

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS UNI-ANHANGUERA
CURSO DE ENFERMAGEM

**O EMPODERAMENTO FEMININO E A ESCOLHA PELA VIA DE
PARTO**

IVAN PIRES DE OLIVEIRA FONSECA DE SOUZA

FLAVIA DAS DORES SILVA

GOIÂNIA
Abril/2020

**IVAN PIRES DE OLIVEIRA FONSECA DE SOUZA
FLAVIA DAS DORES SILVA**

**O EMPODERAMENTO FEMININO E A ESCOLHA PELA VIA DE
PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário de Goiás Uni-
ANHANGUERA, sobre a orientação da
Professora Mestre Anamaria Donato de Castro
Petito, como requisito para a obtenção do título
de bacharelado em Enfermagem.

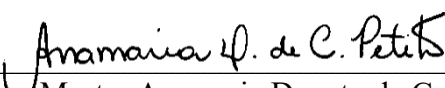
GOIÂNIA
Abril/2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

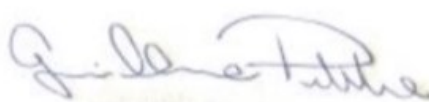
IVAN PIRES DE OLIVEIRA FONSECA DE SOUZA
FLAVIA DAS DORES SILVA

O EMPODERAMENTO FEMININO E A ESCOLHA PELA VIA DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – Uni-ANHANGUERA, defendido e aprovado em 29 de Maio de 2020 pela banca examinadora constituída por:



Professora Mestra Anamaria Donato de Castro Petito
Orientadora



Professor Dr. Guilherme Petito
Membro



Professora Especialista Bruna Cardoso Miranda Nascimento
Membro

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por permitir superar todas as dificuldades, a nossas famílias e nossos familiares pelo apoio prestando durante esse período.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde para superar todas as nossas dificuldades. As nossas famílias pelo suporte e compreensão durante esta jornada. As nossas orientadoras Bruna e Anamaria pelo dom de transmitir conhecimento, paciência e muita serenidade nas orientações. A minha instituição pela qualidade de ensino e recursos que me foram ofertados.

Enfermagem é retirar uma energia que cultivamos no terreno do conhecimento e do coração e utilizamos para cuidar da vida. É ser profissional que cuida, que pesquisa, que educa, que integra e gosta de tanta, muita, diferente gente.

Cristiane Magali F. dos Santos

RESUMO

Reconhecer o empoderamento feminino na escolha da via de parto por meio de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de janeiro a abril de 2020, com artigos publicados entre 2010 a 2020, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e PubMed. Ao final da busca foram selecionados 6 artigos. Vários fatores foram identificados na escolha da via de parto da gestante. A influência exercida sobre a mulher no pré-parto, parto e pós-parto está diretamente relacionado com o seu nível de instrução e estado socioeconômico. Observou-se que quanto maior a escolaridade menor e a influência exercida sobre a sua autonomia. Outro fator relevante foi a falta de informação durante o pré-natal como um fator determinante para a tomada de decisão da escolha da via de parto. Os resultados obtidos neste trabalho evidenciaram a importância de fornecer informações adequadas para retirar os medos da parturiente, sendo o profissional de saúde o principal detentor desse saber. A escassez de trabalhos publicados limitou a o direcionamento deste estudo, evidenciando uma lacuna no conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Parto. Poder. Tomada de decisão.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	MATERIAL E MÉTODOS	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
3.1	Fatores sociocultural da mulher e a via de parto escolhida	15
3.2	Aspectos que afetam o empoderamento feminino na tomada de decisão para a escolha da via de parto	18
3.3	Os projetos dos ministérios da saúde e agência nacional de saúde suplementar direcionam a escolha da via de parto.	24
4	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICE A	33

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros registros de cesarianas realizadas foram encontrados na Roma Antiga (1795-1750 a.C.) Babilônia, onde os procedimentos eram feitos em mulheres mortas com a finalidade de retirar o feto, eventualmente para realizar o seu sepultamento (PARENTE et al, 2010). Em tempos antigos o parto era um evento onde enaltecia a feminilidade da mulher, um acontecimento que era realizado por parteiras, que traziam conhecimentos empírico, de suas vivências anteriores, possuía o reconhecimento da sociedade que era dominado por mulheres, o parto era um processo fisiológico, onde a parturiente era acolhida e recebia apoio de várias mulheres (PIMENTEL-OLIVEIRA, 2016).

A partir do século XVI, com a chegada do modelo biomédico, onde a atenção curativista envolvia a presença masculina e está tornou-se importante para a cultura de elite, onde somente os que tinham aquisições financeiras tinham acesso a assistência (REZENDE, 2010). Com a chegada dos médicos, as parteiras perderam espaço, o princípio médico foi tomando o ambiente onde as parteiras e doulas tinham uma assistência voltada a valorização da mulher, que a partir desse momento houve uma alteração na assistência, onde a mulher deveria sofrer marcada pelo tormento da dor (PIMENTEL-OLIVEIRA, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência de cirurgias cesáreas não deveria ultrapassar 15% de todos os partos nacionais, devem ser realizadas somente quando houver risco evidente para mulher ou feto. As cesarianas trazem um grande risco de morbimortalidade materna e perinatal apresentado após a sua realização além de grandes eventos dolorosos (JUNIOR, STEFFANI, BONAMIGO, 2013).

A responsabilidade das esferas de governo são oferecer uma assistência de excelência, com um pré-natal de qualidade que traga segurança para a parturiente e o feto. Contemplando assim o princípio da autonomia e os objetivos da bioética da proteção e da intervenção (FERNANDES et al, 2019).

Devido aos movimentos como a implantação das primeiras políticas públicas de recorte de gênero, a criação do conselho estadual da condição feminina, delegacia de polícia de defesa da mulher, incluindo questões de movimentos sociais relacionado ao trabalho, saúde, violência, cultura, família, discriminação inclusive de propriedade de terra. Nesta luta feminista na década de 1980, conseguiram ser ouvidas gerando mudanças nos comportamentos de mulheres em toda a sociedade, assim alterando e gerando mudanças na escolha da via de parto. Algumas dessas modificações foram partos cirúrgicos com menor adesão, mesmo assim a taxa de partos

cirúrgicos no Brasil ainda é alarmante. Houve várias mudanças no cenário nacional e com as novas técnicas cirúrgicas o parto natural/fisiológico entrou em declínio devido as características da cirurgia cesariana como a agilidade, escolhas de datas entre outras (DOS REIS et al, 2017).

Qualquer parturiente tem o direito assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de ter uma condição adequada e segura de realizar o seu parto seja ele natural/fisiológico ou cesariano. Os partos cesarianos tiveram um grande aumento se contradizendo com a vontade da parturiente em ter um parto natural/fisiológico (JUNIOR, STEFFANI, BONAMIGO, 2013).

Podemos destacar a participação da equipe de enfermagem na realização do pré-natal o que possibilita o acesso da parturiente a informações sobre a fisiologia do seu corpo e as alterações que ainda estão por vir. Este modelo de assistência resgata a autonomia da mulher tornando-a ativa na tomada de decisão sobre o seu próprio corpo e dando a atenção no momento do parto, respeitando o seu direito de escolha e envolvendo-a no momento da assistência (DOS REIS et al, 2017).

O Projeto Parto Adequado (PPA) é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com amparo do Ministério da Saúde (MS), com o seu principal propósito de criar modelos inovadores da atenção ao nascimento e ao parto, que valorizem o parto normal/fisiológico e que reduzam a taxa de cesarianas sem recomendação clínica na saúde suplementar. Sua criação tem como objetivo gerar uma assistência que visa o cuidado integral da gestante por toda extensão da gestação, no decorrer do trabalho de parto e pós-parto (ANS, 2016).

A atuação da enfermagem obstétrica é reconhecida como um agente contestador mediante as intervenções desnecessárias. Conduzindo a assistência de forma humanitária cuidando da parturiente para que ela se sinta segura neste momento de mudança, criando laços escutando seus medos e esclarecendo todas as suas dúvidas. A inserção da enfermagem obstétrica na atenção direta ao parto é uma recomendação da OMS, visando fortalecer as tecnologias e práticas integrativas que partem do princípio fisiológico (VARGENS et al, 2017). O objetivo central deste trabalho foi o reconhecimento do empoderamento feminino na escolha da via de parto e compreender o seu papel como protagonista na tomada de decisão.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma de revisão integrativa do tipo qualitativa exploratória. Para auxiliar o processo de busca e possibilitar a estruturação teórica das evidências sobre o assunto abordado foram adotadas as seguintes etapas: a) elaboração da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e e) interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento conforme descrito anteriormente por Galvão e Soares e colaboradores (GALVAO, 2006; SOARES et al, 2014). Na perspectiva de encontrar obras dentro desta estratégia, buscou-se levantar os estudos que respondessem ao problema investigado a partir da pergunta norteadora: Quais variáveis influenciam o empoderamento feminino na escolha da via de parto?

Para seleção dos artigos utilizou-se o acesso *online* às bases de dados internacionais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *United States National Library of Medicine* (PubMed), através dos agrupadores de bases de dados da *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), Base de dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS e o *Medical Subject Headings* (MESH) da PubMed, definindo os seguintes: *power*; *parturition*; *decision making*; *poder*; *parto*; *tomada de decisiones*; *poder*; parto e tomada de decisão.

A busca dos artigos foi realizada no mês de janeiro e abril de 2020. Foram incluídos artigos que reconheceram o empoderamento feminino na escolha da via de parto nos idiomas português, inglês e espanhol. Publicados no período de 2010 a 2020. Excluiu-se os estudos que não tiveram como foco principal no empoderamento feminino; a duplicidade de informação, artigos pagos, publicados em forma de cartas, comentários, revisões, relato de casos isolados, dissertações ou teses.

Como garantia da qualidade do estudo empírico utilizou-se o nível de evidência com o seguinte rigor metodológico: Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos

e qualitativos; Nível 6: estudo descritivo ou qualitativo; e Nível 7: opiniões de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (GALVAO, 2006; MELNYK et al, 2015).

Para sistematizar a busca foram utilizados os operadores booleanos, conforme Figura 1. O uso das aspas foi empregado para que o termo exato fosse encontrado.

Na impossibilidade de buscar artigos diretamente nestas bases de dados, o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) também foi considerado como estratégia para busca de periódicos.

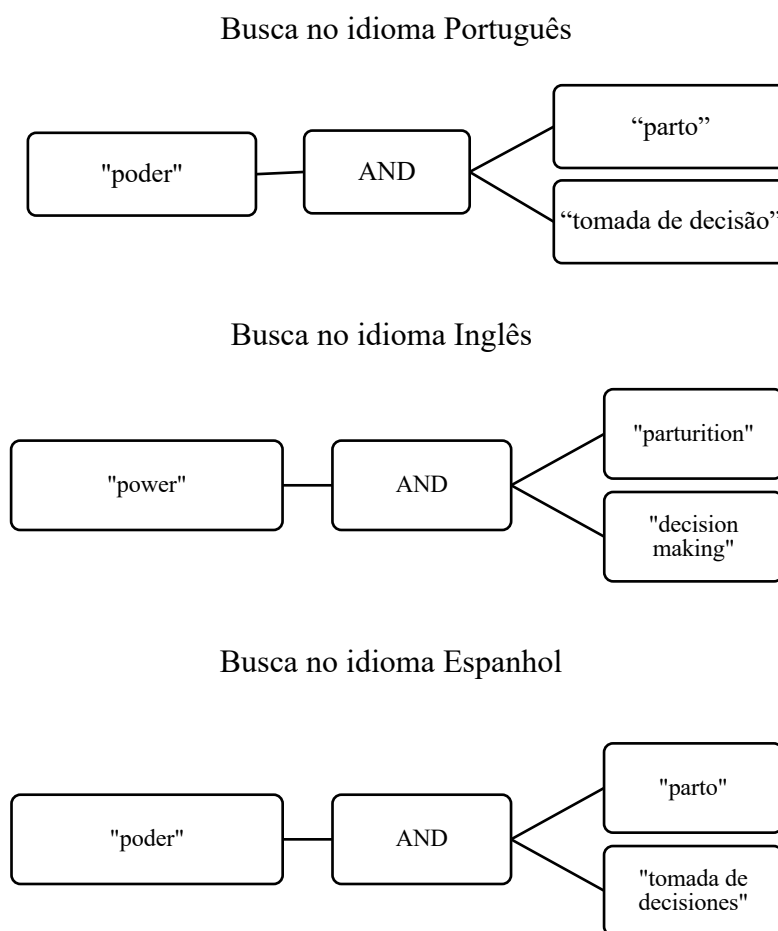


Figura 1. Demonstração de estratégia de busca sistematizada com operadores booleanos.

Para inclusão dos artigos na revisão, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os títulos e resumos foram analisados e posteriormente realizada leitura detalhada dos artigos completos, a fim de buscar resposta à questão norteadora do estudo.

Por fim, desenvolveu-se análise de conteúdo, interpretação e discussão dos resultados, destacando os trabalhos que trouxeram maior contribuição para responder ao problema de pesquisa.

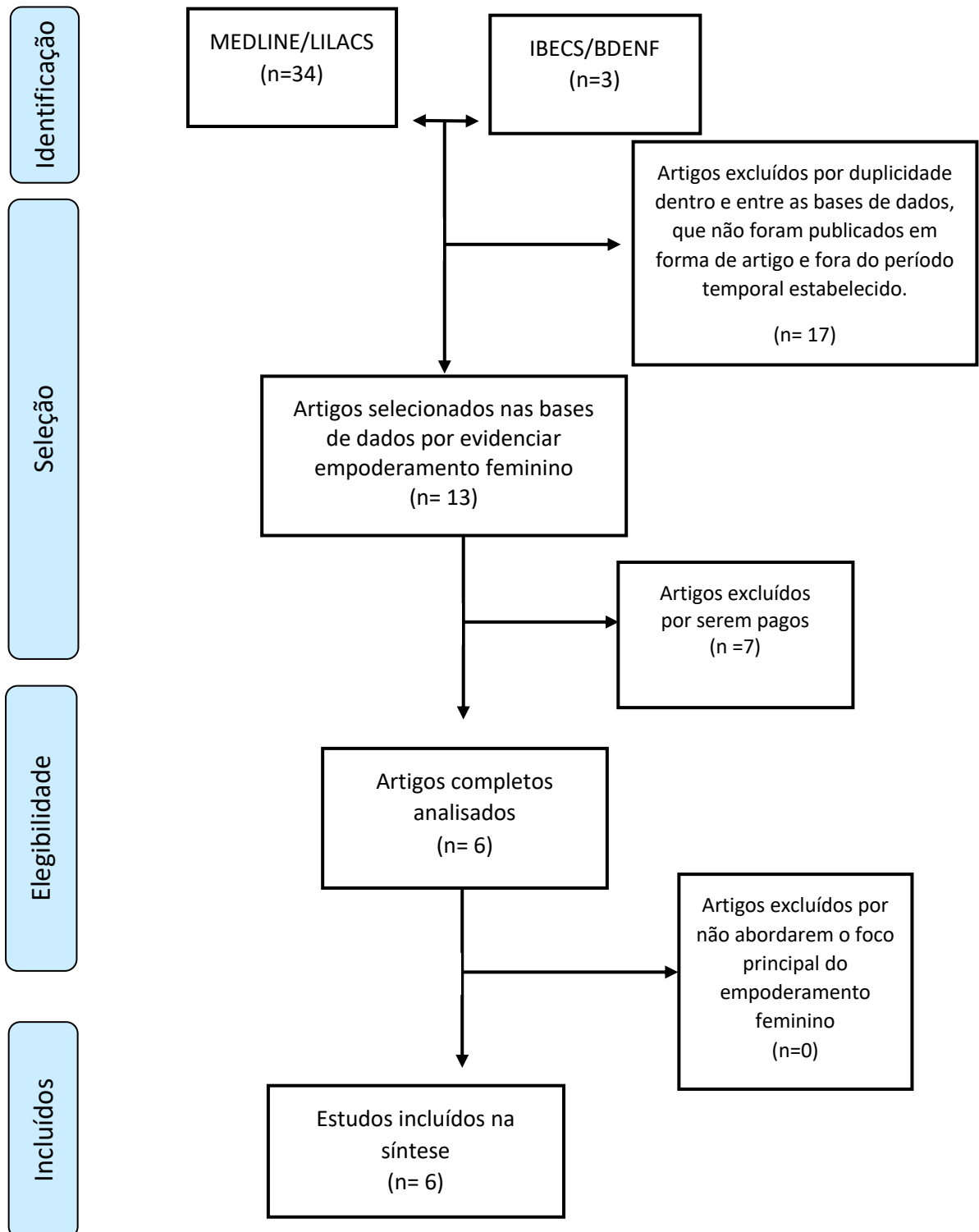
Quanto aos aspectos éticos, ressalta-se que a autoria e as citações dos autores das publicações selecionadas para a amostra foram asseguradas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme observa-se na Figura 2, a busca pelas obras resultou inicialmente em 34 artigos na MEDLINE/LILACS e 3 na IBECs/BDENF, totalizando 37 produções encontradas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 17 artigos na MEDLINE/LILACS e 3 na IBECs/BDENF, totalizando 20 artigos. Os artigos encontrados tanto na MEDLINE/LILACS quanto na IBECs/BDENF, que não avaliaram o empoderamento feminino e que não eram grátis foram excluídos, finalizando 6 artigos para leitura na íntegra.

Figura 2. Diagrama da seleção de artigos para revisão integrativa.

PRISMA 2009 Flow Diagram



Após a leitura na íntegra, 6 artigos foram elegíveis para análise e construção do quadro

sinóptico (Tabela 1), que contou com as seguintes variáveis: autor, ano, periódico, objetivo e tipo de estudo.

Observa-se na Tabela 1, que dos 6 artigos selecionados, dois são de corte etnográfico, dois são coorte, um é de pesquisa e um de estudo transversal. Na análise do período de publicação, 33,33% foram publicados em 2019, 16,67% foram publicados em 2015, 16,67% foram publicados em 2014 e 33,33% foram publicados em 2011. De acordo com a localização da população pesquisada, 66,66% foram do continente americano e 34,34% são europeus. O Brasil tem o maior percentual de publicações (66,66%).

Tabela 1. Características gerais dos estudos analisados classificados por ordem cronológica.

Autor/Ano/Periódico	Objetivo	Tipo de estudo
SANTOS et al (2019) Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.	Verificar a autonomia na assistência no parto de risco habitual pelo enfermeiro obstetra.	Pesquisa etnográfica
FERNANDES et al (2019) Saúde Debate	Descrever os cuidados no decorrer do pré-natal especializado e caracterizar e articular a tomada de decisão compartilhando de purpúreas de alto risco observada em ambulatórios especializados públicos.	Coorte
MARTINEZ-MOLLA et al (2015) Invest Educ Enferm	Analisar a decisão do pai pela decisão do parto domiciliar, pela visão do casal,	Coorte etnográfico
CASAL-MOROS; ALEMANY-ANCHEL (2014) Index Enferm (Gran)	Descrever o pensamento das mulheres durante a gestação e verificar o vínculo com os profissionais de saúde.	Transversal
FREIRE et al (2011) Revista Baiana de Enfermagem	Especificar os motivos relacionados a tomada de decisão a respeito da via de parto e caracterizar o processo de tomada de decisão.	Coorte
PEREIRA et al (2011) Saúde e Sociedade	Entender como o meio social interfere na personificação feminina na escolha pela via de parto.	Coorte etnográfico

3.1 Fatores sociocultural da mulher e a via de parto escolhida

Um dos primeiros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a ser alcançado até 2030 formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é a diminuição da taxa de mortalidade materna no mundo com objetivo de reduzir para menos de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Tendo em vista a reestruturação das estratégias para melhorar os indicadores internacionais de saúde materna, para melhorar os índices de mortalidade materna e neonatal (FERNANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011).

Nos países europeus e nos Estados Unidos da América a taxa de cesárea é duas vezes menor que no Brasil. Nos hospitais privados o alto índice de cesárea chega a ser 80% de todos

os partos realizados, esse acontecimento cultural e histórico vem acontecendo desde a década de 1960. Não somente no Brasil, mas mundialmente decorrente as novas técnicas e tecnologias empregadas na realização do parto desprovido de embasamento científico (FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Na assistência médica atual, podemos concluir que estão considerando os processos fisiológicos como sendo patológicos. Usando meios farmacológicos para iniciar o trabalho de parto, atuando como se fosse uma patologia sem evidências científicas. O termo “violência simbólica”, quer dizer que um autor de cuidados pode influenciar um cliente sem que o cliente saiba que está sendo influenciado, o cliente é submisso ao cuidador indo contra a conduta ética e natural. Podendo dominar o cliente por meio de posturas corporais, gestos, atitudes, falas dentre outros fatores (CASAL-MOROS, 2014; SANTOS et al, 2019).

A diferença socioeconômica no mundo reflete diretamente no índice de mortalidade feminina e está interligado no desequilíbrio ao acesso de saúde entre a população pobre e rico. Conforme publicação de 2018, nos últimos 25 anos a mortalidade materna diminuiu cerca de 44%, entretanto os indicadores de mortalidade materna continuaram análogos (FERNANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011).

As preferencias apontadas pelo estudo mostram a prevalência pelas gestantes pelo parto natural é de 75%, apesar que os índices mostrem a cultura brasileira por cesárea, apesar disso 17% desta amostra pediram a cesárea no decorrer do parto normal, normalmente em decorrer da dor do trabalho de parto. Quando a uma verificação do motivo que levou a puerpera a escolher a via de parto, os fatores coincidiram os mesmos atribuídos pelos médicos. A mulher não tem uma atuação ativa, está presente neste momento somente como uma reprodutora e sem direito de apreciar e dominada pelas funções do parto e nascimento (CASAL-MOROS, 2014; PEREIRA et al, 2011).

Em países desenvolvidos os indicadores são de 5 óbitos para 100.000 já em países subdesenvolvidos esses números sobem para 500 óbitos para 100.000. Podemos destacar que os óbitos ocorridos em países desenvolvidos aconteceram em grupos de riscos em famílias com circunstâncias de fragilidade social e desigualdade entre habitantes de zona rural e urbana (FERNANDES et al, 2019; SANTOS et al, 2019).

Há muitas evidências científicas posicionando a favor das contrações uterinas, provando a maturação pulmonar do recém-nascido, e a importância para a fisiologia materna para a etapa no parto. Comparando o parto normal as cirurgias eletivas podemos observar o

aumento de morbimortalidade materno infantil em crianças que nasceram de cirurgias eletivas com as que nasceram de parto normal (FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Para o desenvolvimento da qualidade de vida materna durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo em 1994, foi introduzido o homem na saúde reprodutiva no intuito de compartilhar as decisões a respeito do parto. A cada um maior número de casais decidem a realização do parto em um ambiente familiar, permitindo que a gestante seja a protagonista principal e promovendo o seu empoderamento diante da tomada de decisão. Este processo de deliberação tem um conjunto de ações envolvida na tomada de decisão podendo haver interferência de fatores como: experiências anteriores, vivências familiares, angústias, medos, compreensão de riscos, aspectos econômicos, crenças dentre outros (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011; MARTINEZ-MOLLA; 2015; PEREIRA et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Com o médico detentor da informação restringindo o conhecimento da gestante na cultura de domínio, ela fica mercê do profissional de saúde, sendo que deveria ser a personagem principal deste momento de transformação. A contração uterina prolongada provoca uma série de reações físico-químicas, além disso estimula diversas funções vitais, incentiva a manutenção de sistemas fisiológicos materno-fetal, proporciona a maturação do recém-nascido em direção a outro estágio da gestação, tanto intrauterina como extrauterina (FERNANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011).

As contribuições advindas das parteiras foram dominadas pelo modelo biomédico, onde as assistências enalteciam o protagonismo feminino passou a ser controlado e instrumentalizado pelo homem. Onde o companheirismo tornou-se autoridade, impondo os procedimentos e tornando detentor do saber perante gestante, sem levar em consideração os conhecimentos empíricos das parteiras (FREIRE et al, 2011; MARTINEZ-MOLLA, 2015; PEREIRA et al, 2011).

Vale ressaltar a participação dos fatores sociais, imputados pelos enfermeiros obstetras levando a humanização ao parto através de seu trabalho, valorizando a mulher diante do modelo biomédico. Oferecendo as experiências sociais, princípios culturais, respeitando as crenças, costumes tornando a gestante protagonista de sua gestação (FREIRE et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Um dos principais motivos que levam as gestantes a escolherem a cesárea é o medo da dor, as manifestações socioculturais estão presentes e influenciam diretamente da decisão, são anseios que são apresentados antes da gestação, aspectos culturais advindo de história de

amigos e familiares. A preocupação está correlacionada a emoção de superação, as duas determinadas pela dor e o medo já instalado na cultura feminina. Culturalmente os anseios não esclarecidos durante o pré-natal causam sofrimento e angústia durante a escolha da via de parto, levando a insegurança na tomada de decisão, quando desmistificar algumas mudanças sobre o seu próprio como a respeito da sexualidade no pré-parto, pós-parto puerpério (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

O modelo tecnocrático hierárquico, compõe a tomada de decisão apenas por um profissional de saúde, implicando na dificuldade de articulação de ideias entre a equipe de saúde, não podendo desenvolver o modelo holístico de alteração de padrões e conceitos, gerando conflitos entre a equipe. Para solucionar estes conflitos deve haver a valorização do profissional e promover a sua autonomia na tomada de decisão. Solucionando os conflitos e estabelecendo um atendimento multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (CASAL-MOROS, 2014; SANTOS et al, 2019).

O poder exercido sobre outro indivíduo podemos chamar de influência, ela é adquirida através de cada experiência pessoal que um ser humano realizou. Durante o modelo biomédico o detentor do saber era quem tomava as decisões, não se importando com a vontade do paciente. Neste período a autonomia feminina é sua vontade de escolha da via de parto permanece por razões socioculturais (PEREIRA et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

A elucidação de dúvidas para a gestante de alto risco é fundamental para o seu processo de tomada de decisão da via de parto. É importante destacar que gestação de alto risco não é expressão de cesárea. A importância de um pré-natal de qualidade em uma gestação de alto risco abrange seguir os protocolos específicos para orientar a gestante e informá-la de cada conduta que será realizada durante a assistência (FERNANDES et al, 2019; FREIRE et al, 2011).

3.2 Aspectos que afetam o empoderamento feminino na tomada de decisão para a escolha da via de parto

A falta de informação sobre o parto natural e seus benefícios no puerpério tornam as mulheres alienadas durante o período da parturização. Determinantes socioculturais como o medo da dor, inclinam-se a influenciar o entendimento social da mulher a desejar a cesárea. Apesar do desejo e as decisões da gestante e do seu parceiro durante o pré-natal e parto serem relatadas, o poder exercido pelo médico e a influência das mídias sociais transmitem a

medicalização como o meio mais seguro e indolor do processo de parturização. A mídia tem um fator favorável na direção a cesárea, motivando e criando uma imagem de parturiente bonita, bela e maquiada após a realização da cirurgia, dando um reforço positivo para escolhas de datas (CASAL-MOROS, 2014; FERNANDES et al, 2019; FREIRE et al, 2011; MARTINEZ-MOLLA, 2015; PEREIRA et al, 2011).

O papel desempenhado pelo pai na tomada de decisão da via de parto pode ser atribuído junto com a evolução da sociedade, quando o papel dele era predominante diante da escolha visto que a masculinidade era detentora das decisões seguindo modelo hegemônico. Com o desenvolvimento de um novo modelo no qual as tomadas de decisões são compartilhadas entre o casal, podemos dizer que a escolha transfigurou e deu uma nova perspectiva, reconhecendo a vontade de ambos os lados (FERNANDES et al, 2019; MARTINEZ-MOLLA, 2015; SANTOS et al, 2019).

Com as novas técnicas de investigação de atividade fetal o parto cirúrgico teve uma alarmante indicação, com um menor tempo de duração e as inovações farmacêuticas os parâmetros para sua recomendação foram ampliados, apresentando na época maiores desfecho e indicadores de morbimortalidade materno-fetal. A pandemia de cesáreas pode ser incentivada pelo retorno financeiro gerado pelo procedimento em hospitais privados no Brasil e no mundo. O desejo de realização da laqueadura tubaria, também tem sido um fator influenciador para a cesárea durante a tomada de decisão. Por outro lado, beneficiando a via de parto normal, o medo quanto aos riscos de uma cesárea e suas complicações levam as gestantes a escolher a via normal. Embora as vantagens podem igualmente ser invertidas em compreensão da ausência da dor durante as contrações, na cesariana levam as gestantes a escolherem a cesárea, estabelecendo um medo e reforçando a imagem da mulher em sofrimento durante o trabalho de parto (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Negligenciando a importância da contração uterina, sem saber da importância para o recém-nascido da adaptação ao ambiente extrauterino, situações promovidas pelo parto natural. A gestante colabora para a epidemia de cesarianas por causa da dor e do medo, fugindo do sofrimento ocasionado pelas contrações (CASAL-MOROS, 2014; FERNANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011).

Para a realização de um parto domiciliar a gestação deve ser de baixo risco, um fator influenciador para a promoção do parto domiciliar são as experiências positivas de familiares e amigos que tiveram. O suporte e apoio de seus cônjuges favorecem a segurança na tomada de decisão (FERNANDES et al, 2019; MARTINEZ-MOLLA, 2015).

Outro fator que interfere na tomada de decisão pela via de parto é o prevalente modelo biomédico que influencia as gestantes na tomada de decisão da via de parto. Sendo a mulher contemporânea desinformada das suas mudanças fisiológicas decorrente a gestação. Com a falta de informação no pré-natal a respeito dos perigos que a cirurgia acarreta, isto é, pela ausência instrução da gestante ou pela carência de instrumentos necessários para monitorar o feto durante o procedimento ela deposita sua confiança no profissional de saúde. A ausência de analgesia durante o trabalho de parto, o medo de modificar o formato vaginal, dificuldade sexual após o parto natural, são alguns motivos que levam a gestante a decidir a favor do da cesárea (CASAL-MOROS, 2014; SANTOS et al, 2019).

Todas essas situações têm sido atribuídas a falta de informação da gestante e a privação de escolha da via durante o trabalho de parto, sendo somente informada da cesariana. Quando a gestante não recebe informações suficientes ela fica submissa as preferencias do profissional de saúde. Através da comunicação de seus medos e anseios, ocasionou um vínculo com o profissional de saúde, neste momento por medo da dor ela transfere com leveza a tomada de decisão da via de parto para o médico renunciando a sua preferência inicial pelo parto normal e optando pela cesariana (FERNANDES et al, 2019; FREIRE et al, 2011; MARTINEZ-MOLLA, 2015; PEREIRA et al, 2011).

As condições pré-existentes podem mudar o curso da gestação, ou fatores que advêm durante a gestação. O conhecimento empírico das pessoas em relação ao parto natural, assustam a gestante, focando apenas na dor e sofrimento durante o processo fisiológico do nascimento. A vivacidade da dor modifica de mulher para mulher de acordo com aspectos como: nível de ansiedade, suporte familiar, estado socioeconômico, instrução da mãe, informação sobre procedimento, convicções individuais dentre outros. O planejamento familiar é um dos fatores que determina a tomada de decisão, tendo em vista que esperava pela chegada do filho. Acredita na sua decisão desde antes o início do trabalho de parto, mas a partir do planejamento tem a sua decisão tomada, o seu suporte está consolidado, abrindo mão de sua decisão perante a alguma intercorrência onde a vida de seu filho vem em primeiro lugar (FERNANDES et al, 2019; FREIRE et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Estudos comprovam que a vivência anterior positiva e decisiva em relação da via de parto, o empoderamento feminino e a comoção no seu desenvolvimento durante o parto anterior a torna protagonista da sua autonomia (MARTINEZ-MOLLA, 2015). A parturiente que busca informação sobre as mudanças que ocorrerá durante a gestação, passa a compreender a

importância do parto normal e apresenta maior tranquilidade tornando-se mais confiante de tomar as suas próprias decisões (MARTINEZ-MOLLA, 2015; PEREIRA et al, 2011).

Um estudo realizado em Campinas, São Paulo em 2016 com 405 gestantes, constatou que 39% delas não discutem a via de parto de sua preferência com o médico, que somente 35,5% tomaram a decisão acompanhada do médico. Neste trabalho foi evidenciado que o tipo de parto foi pouco discutido durante as consultas de pré-natal, contribuindo para o Modelo Biomédico faltando o diálogo e ensinamento das boas práticas para a realização do parto normal. Habitualmente os sistemas de saúde tanto público como privado, tendem a verem os pacientes como seres passivos, com uma visão de dependência do paciente pelo profissional de saúde (FERNANDES et al, 2019; MARTINEZ-MOLLA, 2015).

Há tendência atual no cenário brasileiro e o Modelo Biomédico hierárquico, onde a informação sobre os diagnósticos e a variedade dos recursos terapêuticos ficam nas mãos dos médicos. Transformando o paciente em um indivíduo dependente médico incapacitando a sua tomada de decisão a respeito do seu corpo (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Tabela 2. Critérios que afetaram a tomada de decisão da gestante na escolha da via de parto classificados por percentual de citação nos estudos.

	n	%
Falta de informação;	6	100
Medo	5	83,33
Fator de risco; indicação de laqueadura;	5	83,33
Número de partos	4	66,66
Planejamento familiar;	3	50
Planejamento familiar; Número de partos	3	50
Influência da mídia;	2	33,33

Foi possível identificar os principais fatores que influenciaram a autonomia das gestantes nos artigos selecionados. Estes fatores podem contribuir na escolha da via de parto e o principal fator foi a falta de informação, evidenciada em 6 artigos representando 100%, seguido do medo evidenciado em 5 artigos e representando 83,33%, fator de risco/indicação de

laqueadura evidenciado em 5 artigos e representando 83,33%, números de partos em 4 artigos representando 66,66%, planejamento familiar evidenciado em 3 artigos e representando 50%, planejamento familiar/números de partos evidenciado em 3 artigos e representando 50% e influência da mídia evidenciado em 2 artigos e representando 33,33%.

Culturalmente atribuição da mulher no contexto social está diretamente relacionado as intervenções médicas realizadas em seu próprio corpo, esta representação cultural estabelecida pelo modelo biomédico exerce tomadas de decisões e tratamentos sem evidência científica. Por possuir um vínculo com a gestante durante o pré-natal, o médico possui influência na tomada de decisão da via de parto a ser desejada, com alguns benefícios associativos partindo do interesse próprio e da formação tecnicista, onde inclui o menor tempo de duração do procedimento da realização da cesárea, e maior quantidade de atendimentos. Adeptas a esse desejo da cesariana e evidenciadas pelas mídias de se tornar uma mãe moderna, onde poderão registrar este momento do nascimento (FRENANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Ao inicializar o trabalho de parto a gestante precisa de dedicação constante e permanentemente de profissionais qualificados para retirar as suas dúvidas (FERNANDES et al, 2019). Embora esta responsabilidade perpetuamente cai sobre a equipe de saúde, principalmente, o médico onde seus horários podem ser incompatíveis com a hora do trabalho de parto da gestante, ou muitas das vezes horários de agenda, atendimento em outras unidades, remuneração sobre o procedimento e sem levar em conta que dependendo da decisão da gestante pelo parto, o processo pode levar horas, levando a perda de outros procedimento de rotinas na unidade de saúde (FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Em um relacionamento de hegemonia e repressão, não havendo colaboração levou a medicina a construir uma forte dominação sobre as outras categorias profissionais (SANTOS et al, 2019). Contudo com novas tecnologias e no enaltecimento de procedimentos médicos, impossibilita a humanização na parturiente. O processo passou a ser patológico, incluindo intervenções, medicamentos, onde os cuidados são realizados através de intervenções, retirando a autonomia da parturiente e passando para o médico (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

É fundamental a participação dos profissionais de saúde em partos domiciliares, para desmistificar as crenças populares e orientar a família sobre todos o procedimento de nascimento da criança (MARTINEZ-MOLLA, 2015). Destacando que é um processo fisiológico e que há algumas décadas ocorriam de forma natural na sociedade, e eram realizados

por indivíduos que tinham conhecimento empírico, adquirido através das experiências vividas na comunidade (CASAL-MOROS, 2014; FREIRE et al, 2011).

Dessa forma a decisão foi tomada antes de iniciar as consultas médicas, pode-se entender que foi uma decisão independente retomando o protagonismo de sua história, o estudo verificou se “foi possível barganhar a decisão da escolha da via de parto” (FERNANDES et al, 2019). Passando a ter uma decisão conjunta ao médico, justificando a falta de orientação durante o pré-natal, apoiando a sua decisão em explicações técnicas do médico (FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011).

Destacando as novas tecnologias proporcionou menos tempo de procedimento, um maior número de atendimento com a institucionalização, aumentado pelo tecnocrático e favorecendo para o crescimento das intervenções desnecessárias influenciadas pelos médicos durante o parto (FERNANDES et al, 2019; PEREIRA et al, 2011). Nessa evolução tecnológica a “epidemia” de cesáreas veio tornar-se o protagonismo feminino mínimo sendo influenciada pelo médico em maiorias das suas decisões (FREIRE et al, 2011).

A tomada de decisão da via de parto geralmente ocasiona um debate clínico, normalmente a gestante não manifesta a sua opinião sobre esse debate, somente é comunicada da decisão médica. A decisão é determinada apenas pelos profissionais de saúde nem dando importância a opinião da gestante nesse momento de fragilidade. Com a chegada do modelo tecnocrático o parto deixou de ser algo natural e fisiológico e passou a ser assumido como um procedimento médico, representado pelas novas técnicas e equipamentos trazendo um fator de segurança para a gestante (CASAL-MOROS, 2014; PEREIRA et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Para Fernandes et al (2019), 39% das gestantes a decisão pelo tipo de parto foi tomada apenas pelo médico, sem a possibilidade de comunicação sobre a decisão. Contradizendo as recomendações da OMS, onde expressa a importância do diálogo entre o profissional de saúde e a gestante. Enquanto as decisões sobre a via de parto o estudo comprovou que o médico escolheu cesárea em 71,7% dos casos, e as gestantes escolheram parto normal em 84,4%, das 121 gestantes entrevistadas na pesquisa, contradizendo a recomendação da OMS, que recomenda somente 15% de todos os partos para cesárea (SANTOS et al, 2019; WORLD, 2015).

Rodas de conversas, palestras, cursos introdutórios para parturiente tiveram uma avaliação positiva tendo como mediador um profissional de saúde. O compartilhamento de vivências é um instrumento significativo para levar conhecimento para a gestante tornando-a

detentora da sua própria tomada de decisão. Não somente a gestante, mas a família tem o direito de receber e esclarecer todas as suas dúvidas durante a consulta no pré-natal, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde (CASAL-MOROS, 2014; PEREIRA et al, 2011).

Para conquistar autonomia da gestante, os enfermeiros obstetras entraram na luta contra o modelo biomédico onde as tomadas de decisões são realizadas somente por uma categoria da assistência. Com a introdução dos enfermeiros obstetras o enfrentamento das intervenções desnecessárias sem embasamento técnico científico, tendo a equipe de enfermagem o acompanhamento integral da gestante durante todo o seu tempo de hospitalização, criando um maior vínculo com o cliente. Mesmo após a inclusão da enfermagem obstetra existe uma resistência do modelo biomédico sobre as condutas que deveriam ser realizadas (FREIRE et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

Ao decidir pelo parto domiciliar, uma das grandes indecisões é a questão econômica. O estudo revelou que a busca de informações auxilia na compreensão de seus medos e anseios do parto, o esclarecimento dessas incertezas pode ser tirado através de revistas, livros, redes sociais, relatórios, internet, entrevistas e principalmente da equipe de saúde durante a realização do pré-natal e no decorrer do trabalho de parto (MARTINEZ-MOLLO, 2015; PEREIRA et al, 2011).

3.3 Os projetos dos Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar direcionam a escolha da via de parto

Buscando a integralidade de acesso a saúde foram criadas as Redes de Atenção a Saúde (RAS), uma política que busca a diminuição da mortalidade materna, gerando métodos para auxiliar a logística de gestão em saúde da população. As unidades Básicas de Saúde (uBS), e a principal porta de entrada para o acesso a RAS, através dessas unidades de saúde pode ter acesso a cuidados especializados. Em 2011 ocorreu o lançamento do programa que visa reduzir a mortalidade materna intitulado Rede Cegonha (RC) através do Ministério da Saúde (MS). Após a sua implementação os indicadores de saúde materna diminuíram alcançando as metas estipuladas pela OMS e os ODS (FERNANDES et al, 2019; SANTOS et al, 2019).

Durante uma pesquisa realizada em uma unidade hospitalar no Rio de Janeiro, mostrou que a preferência das gestantes eram pela cesariana em 70% dos casos, durante a realização do pré-natal na rede suplementar, isso ocorre no setor privado devido à falta de medidas de controle de cesariana, onde os profissionais influenciam livremente a gestante durante o pré-natal. Não

havendo monitoramento nem sequer programas de controle obrigatórios do estado o número de indicações para a cesárea prospera (FERNANDES et al, 2019; FREIRE et al, 2011).

Os objetivos da RC são o atendimento integral e igualitário para todas as gestantes, tanto de baixo risco como de alto risco, identificar risco de vulnerabilidade, garantir o acesso ao pré-natal de alto risco, consulta médica especializada, realização de diagnósticos de pré-natal de alto e baixo risco (FERNANDES et al, 2019; SANTOS et al, 2019).

O PPA veio para proporcionar uma atenção integral e de qualidade estruturado em evidências científicas garantindo uma vivência positiva em todo o trabalho de parto (ANS, 2016). Sua criação veio após o Ministério Público Federal (MPF) entrar contra a ANS em uma Ação Civil Pública que teve como o principal objetivo garantir os direitos a todos os usuários de planos de saúde uma atenção de integral e clara sobre os seus direitos e receberem todas as informação sobre os procedimentos e serviços prestados por médicos obstétricos, visando uma melhor assistência a parturiente e gestantes melhorando assim condições de nascimentos pela via natural, e não realização de cirurgias cesarianas contra a vontade da gestante e sem nenhuma evidencia científica, retirando totalmente a autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo (BRASIL, 2014; CASAL-MOROS 2014; SANTOS et al, 2019).

Fundamentado nos princípios éticos na Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro obstetra, por meio de pós-graduação tem a total capacidade e capacitação de realizar a assistência durante o parto, e podendo realizar partos de baixo risco como por exemplo partos domiciliares. Independente dos progressos conquistados durante anos, existe a resistência pelo modelo tecnocrático e biomédico. Diante do cenário cultural de institucionalização a gestante permanece no modelo intervencionista. A enfermagem veio para substituir esse modelo, direcionando para um modelo holístico onde reúne vários questionamentos centralizando no cuidado biopsicossocioespíritual, um cuidado em todas as dimensões (FREIRE et al, 2011; PEREIRA et al, 2011; SANTOS et al, 2019).

De acordo com a Resolução normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016, garante que o profissional qualificado e registrado em seu respectivo conselho, acompanhe a gestante durante a gravidez e durante o trabalho de parto. Tendo também que ser credenciado pela operado de planos de saúde para realizar procedimento em clínicas particulares. Visando reduzir os ricos iatrogênicos e melhorando a segurança da parturiente no pré-parto, parto e pós-parto, proporcionando e incentivando o parto natural, oferecendo um atendimento de excelência e possibilitando a diminuição de cesáreas sem evidência científica e de prováveis eventos adversos relacionados de um parto não adequado (ANS, 2019)

4 CONCLUSÃO

A falta de informação durante o pré-natal é um fator determinante para a tomada de decisão da gestante, para melhorar este diálogo é necessária a reestruturação das políticas públicas de saúde visando solucionar o relacionamento profissionais de saúde e paciente. Ultrapassando a discriminação social e respeitando ao máximo as dimensões biopsicossocioespiritual.

Os resultados obtidos através deste trabalho evidenciaram a importância de fornecer informações adequadas para retirar os medos da parturiente, sendo o profissional de saúde o principal detentor desse saber. Esses profissionais por meio do conhecimento podem auxiliá-las no vencimento de suas próprias inseguranças.

Pode-se destacar que estudos comprovaram que a tomada de decisão em maioria dos casos ainda está sendo feita pelo médico. Com a introdução da enfermagem obstetra há uma mudança desse cenário. A tomada de decisão deverá ser realizada com uma equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, com a comparação e argumentação de outros profissionais de saúde, visando o melhor para o binômio mãe e filho.

Diante do nosso cenário atual a influência da mídia vem mistificando a tomada de decisão da gestante empregando um cenário diferente da realidade mostrando somente os benefícios da cesariana. Cabe aos profissionais de saúde desmistificar através de conhecimento e informações levantando tanto os benefícios quantos os riscos. Portanto é indispensável a realização do pré-natal para acompanhar a gestante durante todas as mudanças fisiologias e informá-la sobre as alterações que irão ocorrer. As experiências negativas de gestações anteriores são fundamentais para a saná-las e tranquilizar sobre medos advindos de traumas sofridos durante a primeira gestação. Um fator fundamental é a participação do parceiro no pré-natal, trazendo as suas dúvidas e da gestante, sendo o seu suporte na tomada de decisão oferecendo conforto e apoio emocional na hora do parto, apresentando o principal fator de segurança.

Com a introdução dos programas de atenção a saúde materna e neonatal como a rede cegonha e a inserção do programa parto adequado pela ANS, houve uma diminuição das cesarianas, mas ainda não contemplamos no Brasil o percentual recomendado pela OMS, visto que a decisão pela via de parto ainda está incorporada ao modelo biomédico, onde ele é detentor do saber. Sabemos que na rede pública de saúde o nível de instrução da gestante é baixo e a faixa etária varia de acordo com a sociedade. Já no sistema privado o nível de instrução da

gestante e maior, mas os fatores estéticos como escolhas de datas, realização de filmagens e books fotográficos, incorporam a decisão da gestante para a cesariana.

Tendo em princípio os aspectos éticos legais a tomada de decisão deveria ser escolhida juntamente com a gestante e seu parceiro, levando em consideração o desejo da gestante, sobretudo o médico pode realizar a cesárea quando houver risco para o binômio mãe e filho. A lei prevê que a tomada de decisão tem que partir da mãe, quando não há consentimento poderá haver instauração de um processo criminal contra o profissional de saúde.

A limitação de trabalhos publicados limitou a o direcionamento deste estudo, o que sugere uma lacuna no conhecimento e sugere-se a realização de mais pesquisas envolvendo este tema para colaborar na reformulação e criação de políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANS. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1.** Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. 2016. 49 p.
- ANS. **Estímulo ao Parto Normal Organização da Atenção ao Pré-natal, Parto e Nascimento.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/Parto_Adequado_final.pdf>. Acesso em 29 out. 2019.
- ANS. **Projeto parto adequando.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em 29 de out. 2019.
- BRASIL. Advocacia-Geral da União (Brasil). **Parecer nº 04/2014/SDD/ CMFIN/PRF 3ªR/PGF/AGU.** 2014.
- CASAL-MOROS, Norma; ALEMANY-ANCHEL, M^a. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. **Index de Enfermería**, v. 23, p. 61-64, 2014.
- DOS REIS, T. R. et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, p. e64677, mar. 2017.
- FERNANDES, Juliana Azevedo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 406-416, 2019.
- FREIRE, Nara Camões et al. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2011.
- GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paul Enferm**, v. 19, 2006.
- JUNIOR, T. L.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, p. 509-517. 2013.
- MARTÍNEZ-MOLLÁ, Teresa et al. The father's decision making in home birth. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 33, p. 573-583, 2015.
- MELNYK, Bernadette Mazurek et al. O estado da prática baseada em evidências em enfermeiras americanas: implicações críticas para líderes e educadores de enfermagem. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, v. 42, n. 9, p. 410-417, 2012.
- PARENTE, R.C.M. et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, v. 38, p 481-486, set. 2010.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 579-589, 2011.

PIMENTEL, T. A.; OLIVEIRA-FILHO, E. C. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, p 187-199, jul/dez, 2016.

REZENDE, J.F. **Rezende obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 16, p. 45-69. jan/dez. 2010.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos et al. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 471-479, 2019.

SOARES, Cassia Baldini et al. Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGI ANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, jan. 2017.

WORLD, Health Organization Human Reproduction Programme et al. WHO Statement on caesarean section rates. **Reproductive health matters**, v. 23, p. 149. Out 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A. Resumo para Congresso de Iniciação Científica

O EMPODERAMENTO FEMININO E A ESCOLHA PELA VIA DE PARTO

SOUZA, Ivan Pires de Oliveira Fonseca¹; SILVA, Flavia das dores¹; PETITO, Anamaria Donato de Castro².

¹Aluno do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – UniANHANGUERA.

²Professora orientadora Mes. Do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Goiás – UniANHANGUERA.

RESUMO

Reconhecer o empoderamento feminino na escolha da via de parto por meio de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de janeiro a abril de 2020, com artigos publicados entre 2010 a 2020, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e PubMed. Ao final da busca foram selecionados 6 artigos. Vários fatores foram identificados na escolha da via de parto da gestante. A influência exercida sobre a mulher no pré-parto, parto e pós-parto está diretamente relacionado com o seu nível de instrução e estado socioeconômico. Observou-se que quanto maior a escolaridade menor e a influência exercida sobre a sua autonomia. Outro fator relevante foi a falta de informação durante o pré-natal como um fator determinante para a tomada de decisão da escolha da via de parto. Os resultados obtidos neste trabalho evidenciaram a importância de fornecer informações adequadas para retirar os medos da parturiente, sendo o profissional de saúde o principal detentor desse saber. A escassez de trabalhos publicados limitou a o direcionamento deste estudo, evidenciando uma lacuna no conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Parto. Poder. Tomada de decisão.