




Escolha da via de nascimento pela mulher: autonomia ou imposição?

Women's choice of birth method: autonomy or imposition?

La elección del método de parto por parte de la mujer: ¿autonomía o imposición?

Fernanda de Freitas Dorneles^I , Carolina Heleonora Pilger^{II} ,
Jussara Mendes Lipinski^{III} , Cenir Gonçalves Tier^{IV} ,
Daiana de Paula Fontoura^{IV} , Lisie Alende Prates^{IV} 

^I Hospital Santa Casa de Uruguaiana, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^{III} Universidade Federal do Pampa Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil

^{IV} Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever os conhecimentos, as experiências e as expectativas de mulheres em relação às vias de nascimento, a fim de verificar se representam escolhas femininas ou imposições profissionais. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com 14 mulheres de um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, entre fevereiro e junho de 2022, por meio de entrevistas semiestruturadas. As participantes foram entrevistadas em duas ocasiões, durante a gestação e após o nascimento do bebê. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** a maioria das mulheres demonstrou preferência pelo parto vaginal. No entanto, foi observado que, após a experiência da parturição, muitas relataram que a escolha da via de nascimento foi imposta, sem que seus desejos fossem levados em consideração. **Conclusão:** constatou-se que as mulheres não têm autonomia para tomada de decisão, tampouco podem dialogar sobre o que consideram melhor para si e para seus bebês.

Descritores: Mulheres; Parto normal; Cesárea; Autonomia pessoal; Relações médico-paciente

Abstract

Objective: To describe women's knowledge, experiences, and expectations regarding birth methods, in order to verify whether they represent feminine choices or professional impositions. **Method:** A qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted with 14 women from a municipality in the Western Border region of Rio Grande do Sul, between February and June 2022, using semi-structured interviews. Participants were interviewed on two occasions, during pregnancy and after the birth of their babies. The data were subjected to thematic content analysis. **Results:** most of the women showed a preference for vaginal delivery. However, it was observed that, after the experience of giving birth, many reported that the choice of delivery method had been imposed, with their wishes not taken

into consideration. **Conclusion:** It was found that women do not have autonomy in decision-making, nor can they discuss what they consider best for themselves and their babies.

Descriptors: Women; Natural childbirth; Cesarean section; Personal autonomy; Physician-patient relation

Resumen

Objetivo: Describir los conocimientos, experiencias y expectativas de las mujeres respecto a los métodos de parto, para verificar si representan elecciones femeninas o imposiciones profesionales.

Método: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio con 14 mujeres de un municipio de la región fronteriza oeste de Rio Grande do Sul, entre febrero y junio de 2022, mediante entrevistas semiestructuradas. Las participantes fueron entrevistadas en dos ocasiones: durante el embarazo y después del nacimiento de su bebé. Los datos se sometieron a un análisis de contenido temático.

Resultados: La mayoría de las mujeres expresaron su preferencia por el parto vaginal. Sin embargo, se observó que, tras la experiencia del parto, muchas contaron que la elección del método de parto fue impuesta, sin que se tomaran en cuenta sus deseos. **Conclusión:** Se constató que las mujeres no tienen autonomía en la toma de decisiones ni pueden hablar sobre lo que consideran mejor para ellas y sus bebés.

Descriptores: Mujeres; Parto normal; Cesárea; Autonomía personal; Relaciones médico-paciente

Introdução

Durante as últimas décadas, o modelo assistencial de saúde passou por reformulações, as quais também impactaram na atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Nesse contexto, o nascimento passou de um evento natural, realizado em âmbito familiar e com assistência de parteiras, para uma prática hospitalar e medicalizada, marcada por uma epidemia de cesáreas.¹

O objetivo da assistência ao parto é garantir que a mulher e o recém-nascido se mantenham seguros e saudáveis. O parto vaginal, por ser um acontecimento fisiológico, é benéfico para mãe e bebê, representando a via de nascimento indicada em gestantes de risco habitual e em gestações de alto risco, desde que bem acompanhadas.²

Contudo, sob a perspectiva capitalista, a cesárea se tornou um procedimento idealizado, pois é relativamente rápido e gera alta produtividade e maior lucro às instituições e profissionais de saúde. Diante disso, alguns profissionais de saúde influenciam as mulheres sobre a sua escolha, alegando ser a vontade da gestante.¹

O desconhecimento quanto à fisiologia do parto torna as mulheres vulneráveis às influências externas. Com isso, elas assumem posição passiva e o processo de nascimento centra-se no profissional de saúde, que, muitas vezes, conduz a vivência a partir de intervenções desnecessárias e prejudiciais.³ Logo, pondera-se que, além da necessidade de

reduzir as taxas de cesárea sem indicações reais, é preciso repensar o modelo de atenção ao parto e nascimento, de modo a garantir as preferências e escolhas das gestantes.⁴

Cabe destacar que as taxas de cesárea continuam em níveis elevados no Brasil. Conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, houve uma progressão das taxas de cesárea no cenário nacional, chegando a 59,5% em 2023.⁶ Essas informações foram confirmadas pelos dados preliminares do Inquérito Nascer no Brasil II, que indica taxas superiores a 50% no país.⁷ Destaca-se que a tendência global seja de elevação, com projeções de atingir quase um terço dos nascimentos até 2030 em contextos internacionais, o Brasil já se situa entre os países com taxas mais altas de cesariana, o que reforça a urgência de compreender os determinantes dessa via de nascimento.⁸

Reconhece-se que a cesariana contribui para a redução de óbitos maternos e neonatais ao garantir intervenção eficaz em situações de risco iminente, configurando-se como uma medida vital em situações específicas e clinicamente indicadas. No entanto, trata-se de uma cirurgia de grande porte e, portanto, deve ser realizada apenas quando os riscos do parto vaginal superam seus benefícios. Quando realizada sem indicação adequada, a cesárea pode estar associada a desfechos negativos a curto e longo prazo para a díade mãe-bebê.⁸⁻⁹ Ademais, em alguns casos, a escolha pela cesárea sem indicação real pode comprometer o protagonismo feminino e a autonomia da mulher, resultando em experiências negativas de parto e no aumento de intervenções desnecessárias.

O presente estudo se justifica pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre as dimensões subjetivas, culturais e institucionais que permeiam a escolha da via de nascimento. Apesar dos avanços nas políticas públicas de humanização do parto, observa-se que muitas mulheres ainda têm suas decisões influenciadas por assimetrias de poder na relação profissional-gestante. Compreender como o conhecimento, as expectativas e as experiências das mulheres interferem nesse processo é essencial para subsidiar estratégias de educação em saúde, empoderamento feminino e qualificação da assistência obstétrica. Além disso, os resultados deste estudo podem contribuir para a reflexão crítica sobre o modelo hegemônico de atenção ao parto, favorecendo práticas mais seguras, humanizadas e centradas na mulher, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, objetivou-se descrever os conhecimentos, as experiências e as expectativas de mulheres em relação às vias de nascimento, a fim de verificar se representam escolhas femininas ou imposições profissionais.

Método

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.¹⁰ Para orientar a redação da pesquisa, utilizou-se os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Uruguaiana, localizado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, entre os meses de fevereiro e junho de 2022. Esse município tem cerca de 117.210 habitantes com um total de 17 Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Foram incluídas gestantes de risco habitual, com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas, atendidas em acompanhamento pré-natal em alguma ESF do município, independentemente da paridade. A justificativa para inclusão de gestantes a partir de 32 semanas centrou-se na tentativa de captar participantes que tivessem vivenciado a maior parte do pré-natal e formado suas expectativas sobre as vias de nascimento. A inclusão de primigestas foi intencional, uma vez que, além das experiências vividas, o estudo buscou analisar conhecimentos e expectativas sobre as vias de nascimento, construídas socialmente ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Não foram utilizados critérios de exclusão, uma vez que, no delineamento qualitativo adotado, buscou-se contemplar a heterogeneidade das experiências maternas, permitindo captar diferentes construções subjetivas sobre o processo de escolha da via de nascimento.

Para operacionalização da coleta de dados, a pesquisadora solicitou aos enfermeiros das ESF acesso aos dados das gestantes em acompanhamento pré-natal. Após, duas gestantes de cada ESF do município foram selecionadas por conveniência e convidadas via *WhatsApp*® para participar do estudo. Neste convite foi apresentada a temática e o objetivo da pesquisa. Diante do seu aceite, foi agendada data e horário para a realização das entrevistas, conforme disponibilidade da participante.

A coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, com perguntas abertas e fechadas. Salienta-se que não foram realizados testes piloto e que houve treinamento prévio da pesquisadora principal para o desenvolvimento da coleta de dados.

Na primeira etapa, as participantes foram entrevistadas durante o período gestacional. Inicialmente, foram coletados dados sociodemográficos e obstétricos. Em seguida, utilizou-se uma entrevista semiestruturada guiada pela questão disparadora: “Antes de iniciar o pré-natal, o que você sabia sobre o parto vaginal e a cesárea?”. Foram incluídas oito perguntas

complementares para aprofundar os conhecimentos prévios, fontes de informação, planejamento e expectativas quanto às vias de nascimento.

A segunda etapa ocorreu até o 15º dia pós-parto, respeitando o período inicial de recuperação puerperal. Nessa fase, buscou-se compreender as experiências vividas no nascimento do bebê, utilizando como questão disparadora: “Como foi para você a experiência do nascimento do seu bebê?”. A entrevista contou com dez perguntas adicionais, adaptadas conforme a via de nascimento (vaginal ou cesariana), investigando a presença de acompanhante, os procedimentos assistenciais, a autonomia nas decisões e as situações de desrespeito ou de violência obstétrica percebida.

Na primeira etapa de coleta, priorizou-se a investigação dos conhecimentos e expectativas das gestantes sobre as vias de nascimento. Na segunda etapa, foram exploradas as experiências efetivamente vivenciadas no momento do nascimento e no pós-parto.

Ambas as etapas aconteceram via chamada de áudio convencional, por meio da rede social *WhatsApp*® ou de chamada de vídeo na plataforma *Google Meet*®, conforme a escolha da participante. O processo de produção de dados foi áudio gravado mediante a autorização e teve duração média de 30 minutos. A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora principal que possuía experiência com a técnica de entrevista.

Foram convidadas 55 gestantes. Contudo, 14 recusaram formalmente e 27 não retornaram o contato da pesquisadora, sendo realizadas duas tentativas com cada uma delas. Desse modo, a pesquisa contou com 14 participantes, que realizaram acompanhamento pré-natal em dez ESF distintas do município. A captação de novas participantes foi encerrada quando foi atingido o critério de saturação de dados.¹⁰

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática.¹⁰ Na pré-análise, as entrevistas foram reproduzidas no programa *Microsoft Word*®, com a finalidade de utilizar as ferramentas disponíveis para destacar palavras com cor de texto e realce para termos e/ou expressões significativas. A partir disso, foi possível a organização do corpus. Procedeu-se à exploração do material, quando foram identificadas 70 unidades de registro (trechos significativos das falas das participantes), que depois foram agrupadas em 21 unidades de significação iniciais. A partir dessas, pela aproximação semântica e convergência de sentido, foram formados sete núcleos de sentido provisórios. Após sucessivas releituras e refinamento analítico, os núcleos foram condensados,

resultando em três categorias temáticas finais. Ao final, realizou-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação com base em referenciais teóricos da área de obstetrícia.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino com parecer nº 5.071.694 de 29 de outubro de 2021. Atende aos preceitos éticos preconizados pelas Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018, do Ministério da Saúde. Para fins de anonimato, as participantes foram identificadas pela letra P de “Participante”, seguida de algarismo numérico. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A caracterização das participantes quanto às características sociais e perfil obstétrico estão demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das participantes. Uruguaiana, 2022

Cód	Idade	Cor/raça	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Com quem reside	Perfil obstétrico
P1	28	B	UE	EMC	Do lar	Companheiro e filhos	G4 P2 C1 A0
P2	22	B	S	EMC	Do lar	Sozinha	G1 P0 C0 A0
P3	26	B	S	ESI	Estudante	Companheiro	G1 P0 C0 A0
P4	31	B	UE	ESC	Veterinária	Companheiro e mãe	G1 P0 C0 A0
P5	31	P	C	ESI	Estudante	Companheiro	G2 P0 C1 A0
P6	25	B	UE	EMC	Autônoma	Companheiro e filha	G2 P0 C1 A0
P7	27	B	C	ESC	Autônoma	Companheiro	G2 P0 C0 A1
P8	35	B	S	ESC	Nutricionista	Companheiro e filho	G4 P0 C1 A2
P9	34	P	S	EMC	Do lar	Avó e companheiro	G1 P0 C0 A0
P10	34	P	S	EFI	Do lar	Irmã, cunhado, sobrinho e companheiro	G2 P1 C0 A0
P11	34	B	C	EMI	Do lar	Companheiro e filha	G3 P1 C0 A1
P12	19	B	UE	EMI	Estudante	Companheiro e irmão	G1 P0 C0 A0
P13	20	B	UE	ESC	Do lar	Companheiro e mãe	G1 P0 C0 A0
P14	23	B	UE	ESI	Estagiária	Companheiro	G1 P0 C0 A0

Legenda: Cor/raça: B - branca; P - parda. Estado civil: C - casada; S - solteira; UE - união estável. Escolaridade: EFI - ensino fundamental incompleto; EMI - ensino médio incompleto; EMC - ensino médio completo; ESC - ensino superior completo; ESI - ensino superior incompleto. Perfil obstétrico: G - número de gestações; P - número de partos vaginais; C - número de cesarianas; A - número de abortamentos

Na primeira etapa, as mulheres encontravam-se entre 32 semanas e 39 semanas e seis dias. Apenas seis participantes planejaram a gestação. Entretanto, todas passaram a desejá-la após a descoberta. Na segunda etapa da pesquisa, verificou-se que das dez gestantes que tinham preferência pelo parto vaginal, cinco passaram por essa via de nascimento e cinco pela cesárea. Já entre as quatro participantes que preferiam a cesárea, uma teve parto vaginal e as demais cesárea. Observa-se que todas as mulheres com cesariana prévia tiveram novamente nascimentos por via cirúrgica.

Mediante a análise, emergiram três categorias: *"Eu escutei que"*: conhecimentos das gestantes sobre as vias de nascimento; *"É muito relativo"*: expectativas de gestantes sobre o nascimento do bebê e Experiências de mulheres sobre o parto e a cesárea: da negação da autonomia às práticas de violência obstétrica.

"Eu escutei que": conhecimentos das gestantes sobre as vias de nascimento

As gestantes mencionaram os benefícios e riscos das vias de nascimento. Em se tratando do parto vaginal, elas indicaram a rápida recuperação no pós-parto, melhora da respiração do bebê após o nascimento, aumento da imunidade e o contato precoce entre mãe e bebê. Mencionaram riscos envolvendo desmaio, falta de força no período expulsivo, problemas cardíacos, hemorragias, falta de dilatação, episiotomia e manobra de Kristeller. Para o bebê, elas consideraram que o parto vaginal pode acarretar sofrimento fetal e morte neonatal.

O parto normal eu acho que tem vários benefícios, até com a criança, você pode ter contato muito mais rápido. (P3).

O parto normal é melhor tanto para mulher quanto para criança [...] A recuperação é melhor. (P8).

Eu acho que o parto normal ajuda no desenvolvimento do corpo do bebê. (P12).

O risco no parto é que se a mulher não tiver dilatação o bebê não nasce e pode morrer. (P5).

Um dos riscos do parto é não ter força para empurrar o bebê ou desmaiar. (P2).

O risco do parto normal é fazer muita força e desmaiar, ou dar problema de coração. (P10).

Existem alguns partos normais, que fazem episiotomia e esse corte altera muito o corpo da mulher. Acho que é um dos riscos, porque não pode ocorrer, nem de empurrar a barriga da mulher para o bebê nascer. (P14).

Em relação à cesárea, as mulheres indicaram que é um procedimento que não causa dor e que poderia salvar a vida da mãe e/ou do bebê, caso o parto vaginal não fosse possível. Entretanto, afirmaram que a cesárea pode implicar em risco de infecção,

ruptura da sutura, dor no pós-operatório, demora na descida do leite materno, necessidade de ajuda para realizar os cuidados com o recém-nascido e o medo da anestesia. Para o bebê, pode ocorrer risco de nascimento prematuro e demora no contato da mãe com o bebê.

Na cesariana, a mãe não sente dor [...] Eu acredito que seja menos traumático para a mulher. (P4).

Acredito que a cesariana serve para salvar a vida do bebê ou da mãe, até porque se não tivesse benefícios ela não existiria [...], mas é mais arriscada por ser uma cirurgia. Eu sei que ela interfere em toda vida ginecológica da mulher depois e diminui as chances de a mulher ter um parto normal em gestações futuras. (P7).

O pós-cesariana é ruim, sente muita dor. (P5).

Na cesariana diz que a anestesia é ruim, tenho medo. (P2).

Na cesariana a recuperação é mais lenta, o leite pode demorar a descer, a mulher precisa se cuidar mais por causa do corte e não consegue cuidar sozinha do bebê nos primeiros dias. (P8).

Tem que ter cuidado depois da cesariana por causa da infecção que pode dar, ou de ruptura dos pontos. (P10).

Algumas participantes indicaram o fornecimento de informações, durante as consultas de pré-natal, pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) em que foram orientadas sobre as características das vias de nascimento e sobre a recuperação.

Falaram sobre o risco de eu ter um parto vaginal depois de passar por uma cesariana, que poderia romper o útero na hora do parto. (P1).

Eu estou com bastante medo do parto, pensei em ter cesariana e perguntei sobre a recuperação, mas me falaram que o parto normal é mais saudável para mim e para o bebê. (P12).

As vias de nascimento também representaram temática abordada nas relações interpessoais. Elas afirmaram conversar sobre o assunto com o companheiro, familiares e amigas, compartilhando seus medos e dúvidas.

Converso bastante com minha mãe e minha patroa, porque elas já têm filhos. [...] Eu pergunto "ah é muito dolorido?", "qual é a sensação?". Mas elas falaram que cada corpo reage de uma forma, que assim como minha mãe sentiu dor, eu posso não sentir. Minha irmã diz que na hora da cesariana tu não sente nada, porque está anestesiada, mas que depois tu começa a sentir a dor na barriga e repuxar os pontos. (P3).

Converso com a minha mãe e minha sogra. Converso que queria fazer uma cesariana, mas tenho que esperar, estamos vendo a possibilidade de fazer uma cesariana por fora, mas não tenho condições. (P4).

Meu marido perguntou se eu queria parto normal ou cesariana, eu disse pra ele que prefiro normal e ele disse que está ótimo, que é melhor pra mim, pra eu me recuperar melhor e cuidar do bebê. Eu falo com ele porque ele faz parte desse processo, é uma decisão nossa. (P9).

Em síntese, observou-se que as participantes apresentaram conhecimentos sobre as vias de nascimento baseados, principalmente, em experiências de terceiros e informações advindas do convívio familiar e social, além de orientações pontuais recebidas no pré-natal. Esses conhecimentos incluíram tanto benefícios quanto riscos atribuídos ao parto vaginal e à cesariana, embora, em alguns casos, estivessem associados a informações imprecisas ou incompletas.

"É muito relativo": expectativas de gestantes sobre o nascimento do bebê

Dez participantes afirmaram preferência pelo parto vaginal. Elas justificaram que essa via de nascimento permite a recuperação mais rápida e têm benefícios ligados ao bebê. As quatro participantes que manifestaram preferência pela cesárea, explicaram que não queriam passar pela dor e sofrimento do trabalho de parto. Elas também relataram medo do parto.

Eu quero cesariana porque já sei como é e porque não tenho muita informação sobre o parto [...] hoje quem ganha de parto normal é quem tem doula [...] eu fico triste de saber que pelo SUS não tem ninguém para fazer isso. (P6).

Se o médico disser que preciso de uma cesariana, eu quero entender [...]. Mas eu pretendo chegar lá e falar que eu prefiro parto normal, que eu prefiro não ficar no soro com ocitocina, porque quero esperar evoluir naturalmente [...] eu só espero que o médico faça o certo por mim. (P7).

Eu acho que o maior medo da mulher grávida nem é o parto, é quem está ali fazendo o parto, principalmente pelo SUS, que não sabe quem vai ser a equipe médica, se vão fazer alguma intervenção desnecessária [...]. Eu gostaria que levassem em consideração meu critério, eu vou falar que quero tentar parto normal. (P13).

Eu quero a cesariana, porque eu acho que seria menos dolorido. (P3).

Verificou-se que, para algumas a escolha pela via de nascimento estava atrelada às vivências anteriores ligadas ao trabalho de parto e/ou parto atrelada também à vantagem de escolher a data de nascimento.

Eu queria uma cesariana, porque eu estou cansada, não quero aquela dor e sofrimento novamente [...] o médico utilizou a ocitocina, pois eu não tinha contrações suficientes e realizou a episiotomia. Foi muito traumático. (P11).

Eu quero a cesariana. Porque eu sofri muito no parto da minha primeira filha e tenho medo de sofrer de novo [...] também pretendo marcar a cesariana porque estou sozinha com minha filha na cidade, meu marido mora em outra cidade, então preciso saber da data do nascimento para que ele venha e fique comigo. (P5).

Quando questionadas sobre introduzir o assunto com os profissionais que as acompanhavam no pré-natal referente a sua preferência de via de nascimento, afirmaram que não iriam falar sobre, pois, como seriam internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), elas consideram que sua vontade não interferiria no desfecho.

Na hora que eu for ganhar meu bebê, se não for o médico que faz meu pré-natal que está de plantão, não vai ser ele que vai fazer meu parto, então fica nesse impasse, porque eu dependo dos outros, é assim que funciona no SUS. (P4).

É muito relativo, como é pelo SUS, se eu chegar lá agora e disser que quero uma cesariana e eles não quiserem, eu sei que não vão fazer. (P11).

Não falei porque quando vou às consultas de pré-natal é bem rapidinho, elas não têm tempo para se sentar e conversar, só veem meus exames e fim. (P13).

Pelo SUS depende muito de quem for o médico, porque eu sei que eles dão preferência para quem está pagando, então se eu falar ou não, não vai mudar. (P14).

De forma geral, as expectativas das gestantes em relação ao parto foram influenciadas por medos, experiências anteriores e condições de acesso aos serviços de saúde. A maioria expressou preferência pelo parto vaginal ainda durante a gestação, embora também tenham manifestado inseguranças quanto à assistência recebida e pouca confiança em que suas escolhas fossem respeitadas no momento do parto.

Experiências de mulheres sobre o parto e a cesárea: da negação da autonomia às práticas de violência obstétrica

As gestantes, que dispunham apenas do SUS como plano de saúde, não foram questionadas sobre a via de nascimento de preferência. Todas as parturientes tiveram acompanhante de sua escolha, durante o nascimento do bebê.

Ninguém perguntou nada, só falaram que se precisasse ser cesariana fariam, mas como estava tudo indo bem era para ser parto normal. (P2).

A médica viu que ela estava de cabeça para baixo, aí falou que ia ser parto normal. Ninguém perguntou o que eu preferia. (P9).

Ninguém perguntou minha opinião. A doutora até ia esperar pelo parto normal, mas como viu o líquido com mecônio, me levou direto para cesárea. (P4).

Ninguém me deu opção, até porque eu queria o parto normal, então se tivessem me dado a opção de tentar o parto eu teria tentado. (P8).

A doutora do particular até me deu opção do parto normal, só que ela disse que não ia adiantar induzir o parto, porque ia passar da hora e que a melhor opção seria a cesariana. (P3).

Uma das participantes, que passou pela cesárea, relatou que foi ofendida por uma médica. Segundo ela, essa profissional a orientou a aguardar em casa até o início do trabalho de parto, porém estava preocupada devido à falta de movimentação fetal. Nos depoimentos das participantes, é possível verificar situações de violência obstétrica, envolvendo a realização da manobra de Kristeller, puxos dirigidos e indução no trabalho de parto, sem o consentimento prévio da mulher.

Quando eu estava na sala de cesariana a doutora entrou lá, me viu e me xingou dizendo que ela tinha me falado para esperar o parto normal em casa, que eu não tinha nada que estar fazendo uma cesariana. No quarto depois da cesariana, ela entrou lá e foi debochada comigo novamente [...] durante a cesariana o médico pediu para que o anestesista empurrasse minha barriga, me senti muito desconfortável. (P14).

O que mais me incomodou foi o puxo dirigido. Quando eu estava lá na maca e o doutor ficava falando para eu fazer força, eu sabia os momentos de fazer força, não precisava que ele me falasse. (P7).

A médica plantonista tentou me forçar a ter um parto normal, utilizando ocitocina, só que ela não perguntou se eu queria a indução. Naquele momento eu preferia a cesariana a induzir o parto. (P13).

As mulheres quando foram questionadas sobre suas vivências e opiniões acerca do nascimento, mencionam os benefícios do parto vaginal. Salienta-se que as participantes que experienciaram o parto vaginal, não tiveram episiotomia e puderam movimentar-se durante o trabalho de parto e nenhuma utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Acho que a maior parte dos relatos que escutamos de coisas ruins sobre o parto são falta de informação, e isso é algo que o pré-natal pode ajudar mais, a informação vai ser o divisor de águas. (P7).

O parto é maravilhoso. Meu primeiro parto foi sofrido, [...] e isso me deixou nervosa para o segundo parto. Por isso, antes eu queria que meu bebê nascesse de cesariana, mas agradeço por ele ter nascido de parto, me ajudou a superar os traumas passados. Foi um parto tranquilo. Acho que por eu ter ficado todo o processo em casa, ajudou a ser mais rápido e menos doloroso. Foi prazeroso parir meu filho. (P11).

A cesariana é um procedimento benéfico, quando há necessidade. Eu acho que as pessoas têm que parar de romantizar a cesariana, dizendo que a mulher não sente dor, porque a gente sente dor e tem várias limitações depois de uma cesariana, além de todos os riscos. (P8).

Dentre as participantes que tiveram cesárea, quatro mencionaram que a equipe indicou essa via de nascimento devido à falta de dilatação. Para as demais participantes, foram mencionadas as seguintes indicações: líquido amniótico com presença de mecônio,

cesárea prévia e bebê macrossômico. Nesse último caso, o peso do bebê foi avaliado pela ultrassonografia obstétrica. Porém, ao nascer, a criança pesou 3375 gramas.

Ainda, as mulheres relataram complicações no pós-operatório, como: deiscência da sutura, vômito devido à anestesia, dor abdominal e uterina devido à manobra de Kristeller, retardo na descida do leite e queda de pressão arterial.

Eu achei que empurrar a barriga da mulher só acontecia no parto normal. Fiquei com bastante dor na barriga devido ao procedimento. (P14).

Quando eu estava em casa, 10 dias de pós-operatório, o corte da cesariana abriu um pouco, agora está cicatrizando, mas ficou aberta por uns dias a camada de fora da pele. (P8).

O pós-operatório foi bem ruim, eu tive bastante queda de pressão. (P3).

Eu gostaria que alguém tivesse falado que o leite demora um pouco para sair depois da cesariana, pois o meu demorou. (P1).

Não sabia que eu podia ficar tão mal durante a cesariana e no pós-operatório, eu sentia um mal-estar, vomitei bastante, os pontos doíam quando eu vomitava. (P4).

No conjunto das experiências relatadas, verificou-se que a via de nascimento foi frequentemente definida pela equipe de saúde sem diálogo ou decisão compartilhada. As participantes relataram situações de imposição profissional, falta de esclarecimento sobre procedimentos e episódios de violência obstétrica durante partos vaginais e cesáreas, além de complicações no pós-parto que impactaram o bem-estar materno.

Discussão

Observou-se que, embora a maioria das gestantes (n=13) tenham iniciado o pré-natal precocemente, nove participantes não receberam nenhum tipo de orientação sobre o parto e nascimento durante as consultas de pré-natal. Dentre as participantes que receberam informações, percebe-se que estas mostraram-se superficiais, focadas, prioritariamente, na rápida recuperação da mulher após o parto vaginal por ser um processo menos invasivo e mais saudável para a mãe e bebê. Porém, estas informações não incluíram pontos específicos sobre a fisiologia e etapas do trabalho de parto e parto.

Pondera-se que o pré-natal é um momento em que as mulheres devem ser preparadas para o processo de nascimento, recebendo orientações referentes aos aspectos fisiológicos, riscos e benefícios das vias de nascimento. Considera-se que essas orientações podem reduzir a ansiedade e o medo sobre essa vivência.¹¹⁻¹² Todavia,

verificou-se que essas condutas não foram adotadas pelos profissionais que acompanharam as participantes do estudo, durante o pré-natal.

Com isso, é preciso refletir que a formação dos profissionais que atendem na APS pode impactar na realização das orientações fornecidas no acompanhamento pré-natal. Pondera-se que os profissionais atuantes na APS possuem uma formação generalista e nem sempre dispõe de um conhecimento aprofundado sobre o período gravídico-puerperal.¹³

A partir dos depoimentos, é possível verificar que as gestantes demonstraram conhecimento sobre as vias de nascimento, reconhecendo tanto os benefícios quanto os riscos associados ao parto vaginal e à cesárea. A preferência pelo parto vaginal, muitas vezes fundamentada em considerações sobre a recuperação e os efeitos positivos para o bebê, contrasta com a percepção de que a cesárea, apesar de ser uma alternativa segura em casos de risco, traz desafios adicionais no pós-operatório. Além disso, os depoimentos revelam que o compartilhamento de experiências e informações com familiares, amigos e profissionais de saúde foi essencial para que elas formassem suas opiniões e tomassem decisões informadas sobre a via de nascimento.

As participantes indicaram que o parto vaginal propicia a rápida recuperação do organismo materno. Elas mencionaram que essa via de nascimento contribui para a respiração do bebê, aumenta a sua imunidade e colabora para o contato precoce entre mãe e filho.

Os benefícios do parto vaginal incluem a recuperação acelerada da mulher após o parto, com menores taxas de hemorragias, infecção puerperal e dor em comparação à cesárea. Ademais, o parto vaginal contribui para o menor tempo de internação hospitalar e menor índice de prematuridade. As mulheres que vivenciam o parto também tendem a apresentar a ejeção de leite mais rápido, demonstrando mais facilidade na adesão e manutenção do aleitamento materno.¹³⁻¹⁵ Ainda cabe destacar que o parto vaginal gera menores custos ao sistema de saúde se comparada à cesárea. Embora o procedimento cirúrgico seja indispensável quando clinicamente indicado, seu uso indiscriminado tem sido associado a um aumento nas complicações maternas e neonatais de curto e longo prazo, maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas e imunológicas na infância, além de elevar significativamente os gastos dos sistemas de saúde.¹⁶⁻¹⁷

A maior parte dos saberes das participantes sobre o parto estavam ligados aos riscos dessa via de nascimento. Elas mencionaram que o parto pode acarretar problemas cardíacos, hemorragia e intervenções, como a episiotomia e manobra de Kristeller. Quanto à primeira associação, destaca-se que não há estudos que comprovem a associação entre o parto vaginal e o desenvolvimento de problemas cardíacos.

Autores afirmam que o parto vaginal pode implicar em risco de hemorragia, quando ocorrem intervenções, como a episiotomia, ou traumas vaginais. Em contrapartida, a cesárea pode implicar na necessidade de transfusões sanguíneas e de histerectomia. Logo, reconhece-se a necessidade estudos, que associem o risco de hemorragia com a via de nascimento.¹⁸⁻¹⁹

Quanto à episiotomia e a manobra de Kristeller, embora sejam desenvolvidas de forma rotineira em muitas instituições, elas consistem em intervenções contraindicadas. Destaca-se que esses procedimentos não apresentam benefícios à saúde materno-infantil.¹⁸

Ademais, as participantes consideraram que o parto vaginal está associado ao maior risco de morte fetal. Contudo, é válido mencionar que o bem-estar fetal deve ser avaliado durante todo processo de trabalho de parto e parto. Portanto, não existem evidências científicas que possam associar o parto vaginal ao risco de morte fetal, desde que o acompanhamento seja desenvolvido de forma adequada durante o trabalho de parto e que, diante de alterações, sejam realizadas intervenções para evitar situações de sofrimento fetal e óbitos fetais intrauterinos.¹⁸

As mulheres que demonstraram conhecimentos sobre as vias de nascimento, indicaram que os saberes eram oriundos de pessoas do ciclo familiar e/ou social. Porém, muitas destas informações mostraram-se equivocadas, especialmente aquelas relacionadas aos riscos do parto vaginal. Dessa forma, reconhece-se que essas pessoas podem exercer influência sobre as preferências e decisões das mulheres. Entretanto, é preciso considerar que, muitas vezes, os conhecimentos repassados pela rede de apoio nem sempre estão respaldados em evidências científicas.²⁰⁻²¹

Nessa perspectiva, pode-se constatar que a ausência de orientações ou informações equivocadas sobre o parto podem gerar medo na mulher. Este sentimento, por sua vez, é capaz de influenciar a sua preferência pela cesárea.² Logo, compreende-se que é necessário

que os profissionais e serviços de saúde promovam a disseminação de informação, oportunizando debates sobre a temática e promovendo a autonomia das mulheres.¹³⁻¹⁴

Entre as diversas ferramentas disponíveis, o plano de parto se destaca como um recurso eficaz que pode ser elaborado durante o pré-natal. Esse instrumento auxilia na compreensão das gestantes sobre os processos envolvidos na parturição, e promove comunicação mais efetiva com a equipe multiprofissional no momento do parto. O plano de parto apoia o processo decisório da mulher, ao permitir que ela manifeste suas preferências e expectativas sobre a via de nascimento, fortalecendo sua autonomia e o exercício de escolhas informadas.²²

A educação em saúde associada ao uso de tecnologias educacionais desempenha papel crucial, pois contribui para o esclarecimento de dúvidas, reduz a ansiedade e empodera a gestante, garantindo sua autonomia e a experiência positiva de parto²². Nesse contexto, é fundamental que os profissionais de saúde atuem como facilitadores desse processo, incentivando as mulheres a protagonizarem suas experiências de parto, exercendo seus direitos de maneira mais informada.²³

É possível observar um complexo panorama de preferências, medos e percepções entre as gestantes. Enquanto muitas destacam os benefícios do parto vaginal, outras expressam a insegurança e a dor associadas a essa experiência, levando-as a considerar a cesárea como uma alternativa menos dolorosa e mais controlada. Além disso, a dinâmica do atendimento pelo SUS gera um sentimento de impotência, revelando que as gestantes sentem que suas preferências podem não ser respeitadas.

No estudo em tela, identificou-se que a maioria das gestantes, mesmo demonstrando pouco conhecimento sobre os benefícios do parto vaginal, tinha preferência por esta via por compreenderem que é um processo natural e fisiológico. Apesar da preferência pelo parto vaginal, manifestada na gestação, verificou-se que nem todas tiveram sua escolha atendida. Pondera-se que, em alguns casos, houve imposição médica sobre a via de nascimento, tal como aponta outro estudo, que indica que o discurso do obstetra reconduz as escolhas das gestantes sobre seus corpos.²⁴

Portanto, apesar da preferência de muitas mulheres pelo parto vaginal, a realidade muitas vezes se impõe, seja pela falta de diálogo ou pela abordagem da equipe médica durante a assistência ao parto, gerando experiências negativas. As

vivências de dor, desconforto e a sensação de desamparo durante a cesárea são contrastadas pelos relatos de partos vaginais que, embora desafiadores, foram descritos como experiências positivas.

Ademais, verificou-se que a escolha pela cesárea ou pelo parto vaginal não foi uma decisão compartilhada entre os profissionais e as gestantes. As participantes também relataram que as suas preferências pela via de nascimento não eram valorizadas. Elas consideraram que não deveriam compartilhar seus desejos com os profissionais que as assistiram no nascimento. Pesquisas reforçam que, muitas vezes, a mulher tende a delegar a decisão ao obstetra. Este, por sua vez, pode demonstrar imposição em relação à via de nascimento, desconsiderando os desejos da mulher.²¹⁻²²

Também se observou que, entre as participantes que mencionaram preferência pelo parto vaginal, o medo da dor era um aspecto recorrente nos depoimentos. Entretanto, vale lembrar que a dor do trabalho de parto varia para cada mulher, podendo ser influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, ambientais e culturais. A dor pode ser intensificada em situações em que a mulher apresenta ansiedade, insegurança, medo e desamparo. Outros fatores que podem exacerbar a sensação dolorosa envolvem o desconhecimento sobre a fisiologia do parto e a ausência de vínculo com a equipe.²⁵⁻²⁶

Algumas mulheres relataram preferência pela cesárea, devido às experiências anteriores traumáticas durante o trabalho de parto e/ou parto. A escolha pela cesárea, geralmente, está associada aos procedimentos realizados durante o parto de forma rotineira e sem evidências científicas que os justifiquem.²⁶ A escolha pela cesárea esteve relacionada a múltiplos fatores. Dentre estes, o medo da dor do parto, o receio por possíveis riscos maternos ou fetais, experiências traumáticas prévias próprias ou de pessoas próximas, o desejo de manter o controle sobre o processo de nascimento e a falta de conhecimento acerca dos riscos e benefícios dessa via de nascimento.²⁶

Os depoimentos das participantes revelam situações de violência obstétrica, incluindo a realização de intervenções e a assistência medicalizada, agressões verbais ou físicas, falta de estrutura para atendimento adequado à gestante, discriminação econômica, racial e sociocultural. Infere-se que tanto a imposição médica sobre a via de nascimento, quanto às violências relatadas pelas mulheres, ocorre devido ao modelo de atenção obstétrica vigente.

Estudo realizado na Suécia demonstrou que o abuso físico e psicológico durante o parto é uma realidade em contextos com ampla cobertura e tecnologia em saúde, sendo reconhecido pelas mulheres como uma forma de violência obstétrica. Essa violência se manifesta por meio de experiências marcadas pela falta de informação e de consentimento sobre os procedimentos realizados, ausência de alívio adequado da dor, além de atitudes desrespeitosas por parte dos profissionais.²⁷

Os profissionais, em grande parte os médicos, utilizam das relações de poder, fundamentadas no saber biomédico, para impor suas vontades sobre os desejos das mulheres. Estas, por sua vez, se submetem sem resistência às decisões dos profissionais, seja pelo medo ou pelo desconhecimento.^{24,27}

Outro aspecto evidenciado nos achados é que nenhuma das participantes sinalizou a utilização de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Reconhece-se que essas medidas aumentam o conforto, promovem o relaxamento, a tranquilidade e o autoconhecimento sobre o seu corpo, bem como restituem o protagonismo feminino.²⁸ O desconhecimento sobre os métodos de alívio da dor é frequente entre gestantes, sendo essencial fornecer informações adequadas para que possam participar ativamente das decisões sobre seu cuidado e manejo da dor durante o parto.²⁸⁻²⁹

É preciso salientar que os motivos apontados pelas participantes para a realização da cesárea não representam indicações reais. Com isso, é preciso reforçar que a realização da cesárea sem necessidade aumenta o risco de complicações para a saúde materno-infantil, podendo levar ao óbito materno e neonatal.²⁹⁻³⁰ No presente estudo, as participantes que passaram pela cesárea declararam que tiveram deiscência de sutura, êmese devido à reação aos anestésicos, dor pós-operatória, dificuldade na amamentação e oscilação da pressão arterial. Nesse sentido, é preciso ponderar que, em situações de risco à vida da mãe e/ou feto, a cesárea representa um recurso fundamental. Além disso, ela pode e deve ser uma alternativa para as mulheres que demonstram preferência e desejo por essa via de nascimento.²¹ Contudo, é imprescindível que elas tenham acesso às informações sobre o procedimento, com destaque, também, para os riscos dessa intervenção.

Pondera-se que a captação de apenas gestantes com acesso à internet ou a celulares pode representar uma limitação deste estudo, uma vez que essa abordagem restringiu a participação de mulheres que não possuíam tais recursos. Essa situação impediu que uma amostragem mais ampla e diversificada fosse obtida, o que pode ter comprometido a representatividade dos dados coletados.

No que se refere à coleta de dados, embora a alternância entre chamadas de áudio e vídeo possa ser considerada uma limitação do estudo, considera-se que isso não comprometeu a padronização metodológica nem a qualidade dos dados. Todas as entrevistas seguiram o mesmo roteiro, foram conduzidas pela mesma pesquisadora e audiogravadas com autorização das participantes, garantindo consistência e fidedignidade. A escolha do formato de entrevista foi definida conforme a preferência das participantes, em respeito ao princípio ético de autonomia. A qualidade dos dados qualitativos está vinculada à profundidade das narrativas e à relação de confiança estabelecida entre pesquisadora-participante, e não ao recurso tecnológico utilizado; assim, entende-se que a ausência de expressões faciais não interferiu na compreensão das experiências e expectativas das mulheres acerca da via de nascimento.

Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, optou-se por não estabelecer critérios de exclusão, pois o objetivo do estudo foi conhecer a construção social e subjetiva das escolhas sobre a via de nascimento, o que inclui não apenas experiências vividas, mas também expectativas e conhecimentos prévios. Nesse sentido, a inclusão de primigestas foi intencional, pois permitiu comparar percepções entre mulheres com e sem experiências anteriores de parto, ampliando a compreensão do fenômeno investigado.

Acredita-se que os achados revelam aspectos importantes sobre a assistência ao parto e nascimento. Nesse sentido, considera-se que os resultados podem contribuir para a reflexão dos profissionais da APS e do contexto hospitalar sobre as condutas adotadas e a necessidade de repensar o modelo de atenção à saúde da mulher, visando um atendimento mais humanizado e respeitoso, que permita maior autonomia e protagonismo feminino. Além disso, as evidências obtidas podem orientar as mulheres no processo decisório sobre o processo de nascimento, fortalecendo sua capacidade de participar ativamente das decisões relacionadas ao cuidado. Esses achados podem ainda subsidiar a melhoria da prática profissional, estimulando a adoção de abordagens centradas na mulher, o aprimoramento

da comunicação entre equipe e gestante, e o uso de tecnologias educativas que promovam experiências de parto mais positivas e satisfatórias.

Conclusão

O estudo possibilitou verificar que as mulheres demonstram preferência pelo parto vaginal, mas não têm autonomia para tomada de decisão. Elas não conseguem expressar suas preferências, tampouco podem dialogar sobre o que consideram melhor para si e para seus bebês. Ainda, constatou-se que as mulheres não foram orientadas adequadamente sobre as vias de nascimento na assistência pré-natal e a maioria dos conhecimentos constituem saberes populares, associados, muitas vezes, à assistência precária e intervencionista dos profissionais de saúde. Tais informações são capazes de associar o parto vaginal à dor e ao sofrimento, ofuscando os benefícios dessa via de nascimento para o binômio mãe e filho.

Portanto, é fundamental que haja um esforço conjunto para promover uma educação mais efetiva e abrangente sobre as vias de nascimento, que valorize os desejos das mulheres e as suas experiências pessoais e familiares. Essa mudança precisa incluir a formação dos profissionais de saúde para que possam oferecer um atendimento mais humanizado e centrado nas mulheres, permitindo que elas tenham espaço para discutir suas preferências e participar ativamente do processo de tomada de decisões. Ao garantir que as mulheres sejam informadas e apoiadas em suas escolhas, a experiência de nascimento poderá ser mais positiva e satisfatória para mulher, bebê e família.

Referências

1. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2020;44(125):556-68. doi: 10.1590/0103-1104202012521.
2. Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SED, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Rev Bras Enferm*. 2022;75 Suppl 2:e20210215. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0215.
3. Souza AM, Peixoto JR, Markiv AJ, Molina BC, Curvo BN, Gomes DD, et al. Parto cesariana e humanização: uma revisão de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(9):2296-305. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p2296-2305.
4. Franca CC, Taveira LM. Indicação de cesariana baseada em evidências. *Rev JRG Estud Acad*. 2022;5(11):395-409. doi: 10.5281/zenodo.7362970.

5. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Nascidos vivos segundo tipo de parto [Internet]. 2023 [acesso em 27 out 2025]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>.
6. Leal MC, Granado S, Bittencourt S, Esteves AP, Caetano K. Dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil II: Pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2023 [acesso em 27 out 2025]. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>.
7. Pires RCR, Silveira VNC, Leal MC, Lamy ZC, Silva AAM. Temporal trends and projections of caesarean sections in Brazil, its administrative macro-regions, and federative units. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(7):2119-33. doi: 10.1590/1413-81232023287.14152022EN.
8. Marinho LRF, Monteiro PV, Esteche CMC GC, Brito JO, Damasceno AK, Lima LOC. Indicadores obstétricos e neonatais de partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica – um estudo transversal. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2023 [acesso em 27 out 2025];97(3):e023180. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1739>.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2014.
10. Silva CHM, Laranjeira CLS, Pinheiro WF, Melo CSB, Silva VOC, Brandão AHF, et al. Pregnant women autonomy when choosing their method of childbirth: scoping review. *PLoS One*. 2024;19(7):e0304955. doi: 10.1371/journal.pone.0304955.
11. Paulo FGGN, Paulo BN, Carvalho ICN, Silva AMGB, Pinto ACS, Santos IMM. Atuação do enfermeiro no preparo para o parto normal e nascimento no contexto da atenção básica: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10(10):e228101018672. doi: 10.33448/rsd-v10i10.18672.
12. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde Debate*. 2023;42(2):111-26. doi: 10.1590/0103-11042018S208.
13. Khanum S, Jabeen S, Souza ML, Naz N, Andrade ZB, Nóbrega JF, et al. Mental health of mothers after natural childbirth and cesarean section: a comparative study in Kohat, Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20220140. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2022-0140en.
14. Herr SL, Devido J, Zoucha R, Demirci JR. Dysphoric milk ejection reflex in human lactation: an integrative literature review. *J Hum Lac*. 2024;40(2):237-47. doi: 10.1177/08903344241231239.
15. Sanches AM, Magalhães FA, Rocha IAC, Nassau LV, Prince MA, Prince KA. Parto vaginal espontâneo no Brasil. *Braz J Develop*. 2021;7(3):26788-99. doi: 10.34117/bjdv7n3-400.
16. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: a call to action. *Health Sci Rep*. 2023;6(5):e1274. doi: 10.1002/hsr2.1274.
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal - Versão Resumida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso 23 mar 2022]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
18. Borovac-Pinheiro A, Ribeiro FM, Pacagnella RC. Risk factors for postpartum hemorrhage and its severe forms with blood loss evaluated objectively - a prospective cohort study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(2):113-8. doi: 10.1055/s-0040-1718439.

19. Torres GS, Santos TM, Martins TLS, Silva GRC, Silva CA. Conhecimento das mulheres sobre a escolha da via de parto: revisão integrativa da literatura. São Paulo (SP): Rev Recien. 2024;14(42):473-83. doi: 10.24276/rrecien2024.14.42.473483.
20. Lima B, Freitas EAM. The choice of the mode of delivery: an integrative review. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2020;8(1):1-12. doi: 10.18554/refacs.v8i1.4496.
21. Honnef F, Silveira S, Quadros JS, Langendorf TF, Paula CC, Padoin SMM. Educational technologies for the promotion of positive childbirth experiences: an integrative review. Ciênc Cuid Saúde. 2023;21:e59213. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v21i0.59213.
22. Honnef F, Padoin SMM, Paula CC. Reasons for women's autonomous actions in the childbirth process: an understanding based on social phenomenology. Texto Contexto Enferm. 2020;29:e20190283. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0283.
23. Escobal APL, Andrade APM, Matos GC, Giusti PH, Cecagno S, Prates LA. Relationship between power and knowledge in choosing a cesarean section: women's perspectives. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20201389. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1389.
24. Pereira ACC, Costa ALML, Costa AB, Geber B, Alkmim BF, Camarano GCV, et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020;12(10):e4448. doi: 10.25248/reas.e4448.2020.
25. Muhandule CJLS, Benetti CMS, Fogulin LB, Bento SF, Amaral E. Caesarean delivery on maternal request: the perspective of the postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth 2024;24(1):257. doi: 10.1186/s12884-024-06464-5.
26. Annborn A, Finnbogadóttir HF. Obstetric violence: a qualitative interview study. Midwifery. 2022;105:103212. doi: 10.1016/j.midw.2021.103212.
27. Pietrzak J, Mędrzycka-Dąbrowska W, Wróbel A, Grzybowska ME. Women's knowledge about pharmacological and non-pharmacological methods of pain relief in labor. Healthcare (Basel). 2023;11(13):1882. doi: 10.3390/healthcare11131882.
28. Nery HC, Medeiros RMK, Alvares AS, Dalprá LAS, Beltrame RCT, Lima JF, et al. Good practices of the obstetric nurse in delivery care in a normal delivery center. Ciênc Cuid Saúde. 2023;22:e66061. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66061.
29. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(2):483-91. doi: 10.1590/1413-81232022272.38592020

Contribuições de autoria

1 – Fernanda de Freitas Dorneles

Enfermeira – dornelesfernandadefreitas@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Carolina Heleonora Pilger

Autor Correspondente

Enfermeira, Doutoranda – carolinapilger@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final

3 – Jussara Mendes Lipinski

Enfermeira, Doutora – jussaralipinski@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Cenir Gonçalves Tier

Enfermeira, Doutora – cenirtier@unipampa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

5 – Daiana de Paula Fontoura

Enfermeira, Mestranda – day.fontoura85@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final

6 – Lisie Alende Prates

Enfermeira, Doutora – lisieprates@unipampa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

Editor-Científico: Eliane Tatsch Neves

Editor Associado: Eva Guilherme Menino

Como citar este artigo

Dorneles FF, Pilger CH, Lipinski JM, Tier CG, Fontoura DP, Prates LA. Women's choice of birth method: autonomy or imposition?. Rev. Enferm. UFSM. 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e36:1-2. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769290771>