



Experiência e percepção de puérperas sobre violência obstétrica

Experience and perception of puerperal women about obstetric violence

Experiencia y percepción de puérperas sobre la violencia obstétrica

Patrícia Colli Francisco¹, Rosana da Silva Pereira Paiva¹, Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado¹
Andréia Guerra Siman¹, Lilian Fernandes Arial Ayres¹, Pedro Paulo do Prado Junior¹.

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência e percepção de puérperas que vivenciaram a violência obstétrica. **Métodos:** A pesquisa foi de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 21 puérperas residentes em áreas com cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da Zona da Mata Mineira. A amostra foi definida pela saturação dos dados. A análise de dados coletados foi realizada utilizando a proposta de análise de conteúdo temática de Bardin e com o uso do *software* IRAMUTEQ, através da análise lexical de Nuvem de palavra e Classificação Hierárquica Descendente (CHD). **Resultados:** Por meio das falas das puérperas foi possível identificar o fenômeno da violência obstétrica, mesmo diante do desconhecimento delas sobre a temática em questão. Falta de empatia dos profissionais de saúde, negligência no atendimento, realização de cesáreas desnecessárias e falta de orientação com relação aos procedimentos realizados no momento do parto foram as formas de violência mais identificadas no estudo. **Conclusão:** Percebe-se a necessidade de se investir no processo de humanização da assistência obstétrica como forma de garantir as parturientes uma assistência de qualidade e livre de violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Parto, Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience and perception of puerperal women who have experienced obstetric violence. **Methods:** The research had a qualitative approach. The research participants were 21 postpartum women living in areas covered by the Family Health Strategy (ESF) in a municipality in the Zona da Mata Mineira. The sample was defined by data saturation. The analysis of collected data was carried out using Bardin's thematic content analysis proposal and with the use of the IRAMUTEQ software, through lexical analysis of Word Cloud and Descending Hierarchical Classification (CHD). **Results:** Through the speeches of the mothers, it was possible to identify the phenomenon of obstetric violence, even in the face of their lack of knowledge about the subject in question. Lack of empathy from health professionals, negligence in care, performing unnecessary cesarean sections and lack of guidance regarding the procedures performed at the time of delivery were the forms of violence most identified in the study. **Conclusion:** There is a need to invest in the process of humanization of obstetric care as a way of guaranteeing pregnant women quality care free of obstetric violence.

Keywords: Obstetric violence, Parturition, Humanization of assistance.

¹Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia y percepción de puérperas que han experimentado violencia obstétrica. **Métodos:** La investigación utilizó un enfoque cualitativo. Los participantes de la investigación fueron 21 puérperas residentes en áreas de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en un municipio de la Zona da Mata Mineira. La muestra se definió por saturación de datos. El análisis de los datos recolectados se realizó utilizando la propuesta de análisis de contenido temático de Bardin y con el uso del software IRAMUTEQ, a través del análisis léxico de Nube de Palabras y Clasificación Jerárquica Descendente (CHD). **Resultados:** A través de los discursos de las madres, fue posible identificar el fenómeno de la violencia obstétrica, incluso frente a su desconocimiento sobre el tema en cuestión. La falta de empatía por parte de los profesionales de la salud, la negligencia en la atención, la realización de cesáreas innecesarias y la falta de orientación sobre los procedimientos realizados en el momento del parto fueron las formas de violencia más identificadas en el estudio. **Conclusión:** Existe la necesidad de invertir en el proceso de humanización de la atención obstétrica como forma de garantizar a las parturientas una atención de calidad libre de violencia obstétrica.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Parto, Humanización del cuidado.

INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo nem todas as parturientes têm a garantia da realização do parto da forma como idealizaram. O que deveria ser um dos momentos mais respeitáveis experienciados por uma mulher, muitas vezes se torna traumático, visto que, grande parte dessas mulheres durante o seu trabalho de parto e parto, sofre violência obstétrica (FEITOZA SR, et al., 2017).

A Violência Obstétrica consiste em qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde que despreze o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de tratamentos violentos, sejam físicos, verbais ou psicológicos. Esses são exercidos a partir da medicalização, assistência insensibilizada e abusiva, práticas intervencionistas desnecessárias, assim como a transformação patológica do processo fisiológico da parturição, que traz como consequência a perda de autonomia da parturiente em decidir livremente sobre seu corpo (TEIXEIRA LA, et al., 2020).

A ênfase exagerada à fisiologia do parto, sua institucionalização e a negativa da parturiente de exercer o direito de experienciar seu aspecto emocional e social de maneira autônoma, levam as parturientes a se sujeitarem aos procedimentos violentos e invasivos sem nenhum questionamento, seja pela fragilidade física e emocional do momento, seja por confiarem no médico e demais profissionais que conduzem a assistência (OLIVEIRA LGSM e ALBUQUERQUE A, 2018). Estima-se que uma em cada quatro mulheres sofre violência na hora do parto. Tais violências não estão relacionadas apenas à realização de cesáreas desnecessárias, mas também às outras formas de violência como omissões e agressões verbais (MARQUES GM e NASCIMENTO DZ, 2019).

Considerando a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesáreas no Brasil, assim como o atual cenário de práticas e intervenções desnecessárias, abusivas e obsoletas, torna-se de grande importância analisar a assistência à gestação e ao parto (ZANARDO GLP, et al., 2017). De acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde (MS) há uma grande necessidade de mudança no modelo da assistência para a promoção da saúde e prevenção baseada na não maleficência e universalização do cuidado, como a busca de melhorias na qualidade do atendimento, na segurança da assistência ao parto e no conhecimento do que pode vir a trazer danos à saúde da parturiente e do seu filho (LANSKY S, et al., 2019).

Diante do desafio exposto, fez-se necessário responder à seguinte indagação: De que forma o fenômeno da violência obstétrica é percebida e experienciada pelas gestantes no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto? Para responder essa indagação, definiu-se como objetivo do estudo compreender a experiência e percepção de puérperas acerca da violência obstétrica.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida em um município da Zona da Mata Mineira. Os participantes foram 21 puérperas residentes em áreas com cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados, momento em que as percepções e sentidos atribuídos pelas puérperas começaram a ter uma regularidade em suas falas.

Definiu-se como critério de inclusão mulheres acompanhadas pelas ESFs e que aceitaram participar livremente da pesquisa. Foram definidos como critérios de exclusão mulheres com restrições mentais impossibilitadas de responderem ao questionário e as com deficiência auditiva. A coleta de dados foi realizada em um recorte temporal de março a junho de 2022. O cenário foi a residência das puérperas, onde as visitas eram realizadas em companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pela área de abrangência.

No dia da entrevista foi feita a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos. Utilizou-se como instrumento de coleta um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborada pelos autores, que contou com as seguintes etapas: dados de identificação, sociodemográficos, histórico obstétrico e questões relacionadas à experiência das puérperas em relação ao tipo de parto vivenciado e o conhecimento em relação a violência obstétrica.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, de Laurence Bardin, que tem por particularidade a categorização sucessiva das ideias centrais, sendo estas agrupadas em núcleos de sentidos e, posteriormente, em categorias temáticas, onde as mensagens contidas nas falas das entrevistadas foram consideradas a partir de seus significados e significantes (BARDIN L, 2011).

Com intenção de agregar mais valor às falas das puérperas, o estudo conciliou a análise de conteúdo temática de Bardin ao uso do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* –IRAMUTEQ. O *software* IRAMUTEQ é um programa informatizado, de acesso gratuito, que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, até as mais complexas, dentro dos rigores estatísticos (SALVIATI ME, 2017).

Dessa forma, os dados transcritos foram tratados segundo os critérios de análises: análise de conteúdo temático de Bardin, análise lexical – Nuvem de palavras e análise lexical com base na Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Como garantia da privacidade e preservação do anonimato, optou-se por identificar as puérperas entrevistadas por meio da letra “M”, seguida de um algarismo numérico, referente à ordem da realização das entrevistas. O estudo seguiu os preceitos instituídos pela Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa-MG, sob o parecer 5.226.422, CAAE 51862721.2.0000.5153.

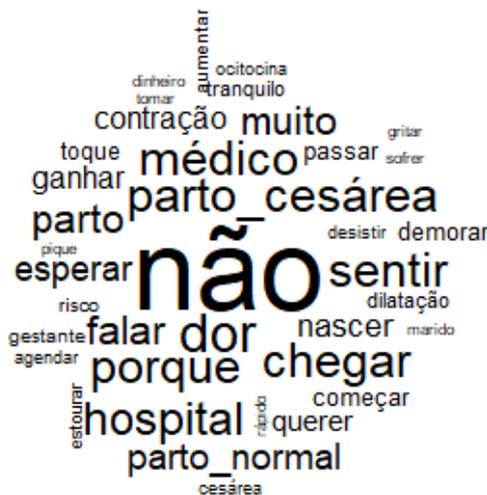
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária predominante foi de mulheres entre 15 a 25 anos (47,62%), seguida pelas faixas de 26 a 35 anos (38,09%) e 36 a 41 anos (14,29%). Em se tratando do estado civil, prevaleceu a situação de casada (47,62%), seguida por união estável (28,57%) e solteira (23,81%). Grande parte das mulheres se autodeclarou branca (38,09%) e preta (38,09%), seguida de parda (23,82%).

Em relação à escolaridade, apenas (9,52%) possuíam ensino superior, (47,62%) finalizaram o ensino médio, sendo que (19,05%) não haviam concluído; (9,52%) relataram ter o ensino fundamental, enquanto (14,29%) não o concluíram. A maioria (90,48%) tinha uma renda familiar maior que um ou dois salários, enquanto que uma pequena parte (9,52%) relatou receber apenas um salário mínimo.

No que tange a profissão/ocupação, (38,09%) puérperas relataram ser do lar, (47,62%) exerciam alguma profissão e (14,29%) eram estudantes. Tratando-se do perfil obstétrico, (61,91%) puérperas eram multíparas e (38,09%) primíparas; dentre as participantes do estudo, (38,09%) realizaram parto normal e (61,91%) o parto cesáreo. Foi elaborada a análise da nuvem de palavras, em que aparecem em evidência as palavras mais utilizadas pelas puérperas, em relação ao tipo de parto vivenciado, possibilitando analisar o motivo e a relação entre elas durante as entrevistas, conforme aponta a **Figura 1**.

Figura 1 – Nuvem de palavras.



Fonte: Francisco PL, et al., 2023. Dados obtidos pelo *software* IRAMUTEQ, 2023.

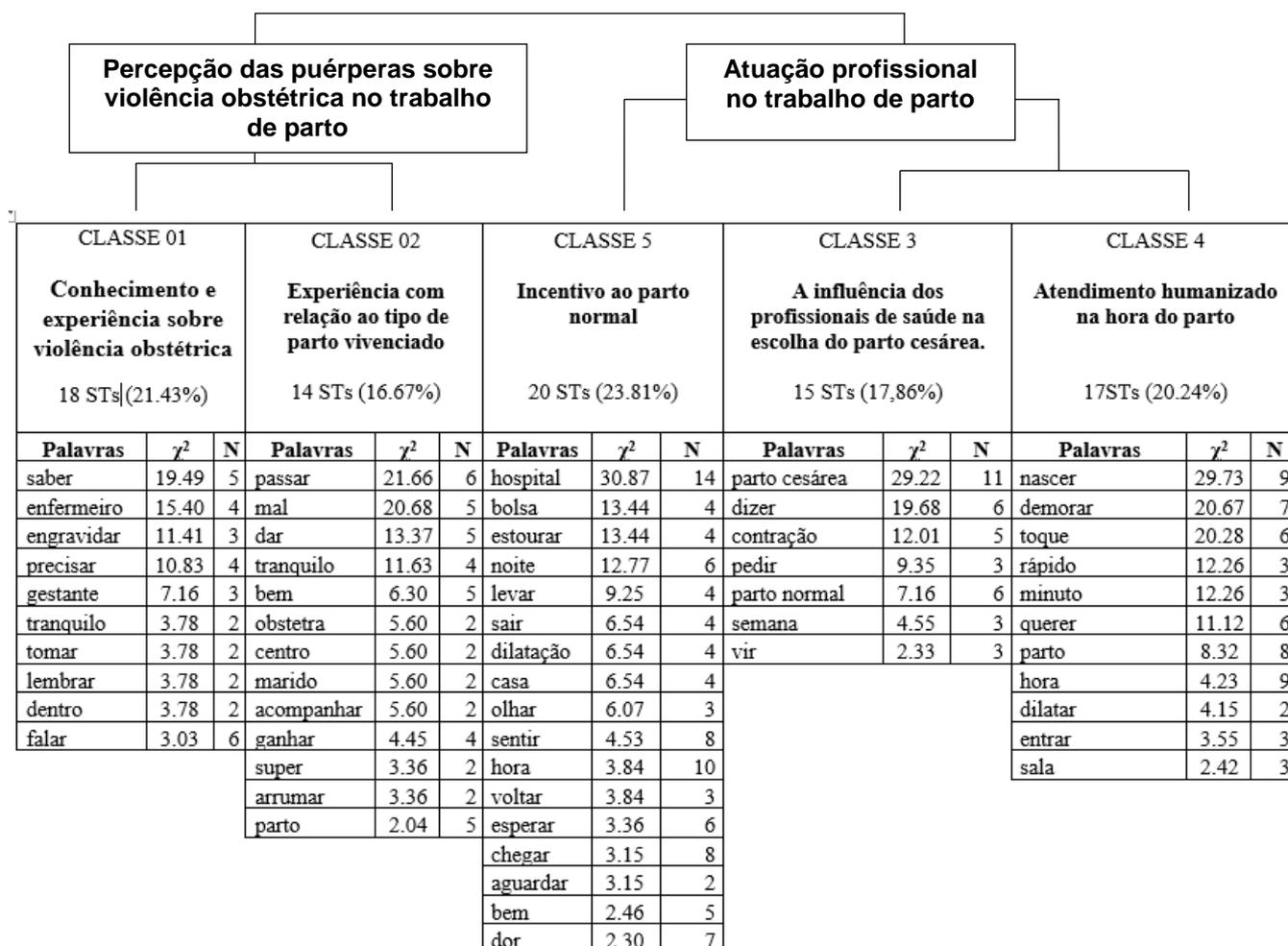
Observou-se a palavra NÃO (67) em maior evidência. Essa palavra em destaque se refere à experiência de cada puérpera durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, evidenciando as dificuldades enfrentadas por elas diante desse momento único. Seu significado também está associado à palavra DOR (27), e refere-se aos processos dolorosos vivenciados durante o trabalho de parto e parto que influenciaram diretamente no medo das mulheres em não conseguirem realizar o parto normal.

Outra palavra em evidência foi o PARTO CESÁREA (24), utilizada pelos médicos para justificar a necessidade da realização de tal procedimento cirúrgico: abortos anteriores, posição do bebê, ausência de contração e dilatação, intensificação da dor no momento do parto, inchaço da mulher, bebê muito grande e gestante com barriga pequena.

A palavra PARTO NORMAL (16), também foi evidenciada pelas puérperas como escolha pessoal, bem como indicação médica através de orientações sobre os benefícios do parto normal tanto para elas quanto para o bebê.

Quanto à análise lexical a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), foi apresentado no corpus geral da pesquisa o total de 59 textos, 93 segmentos textuais, 2.757 ocorrências, sendo retido uma porcentagem de 90,32% dos 93 STs do *corpus* referentes às entrevistas. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes, dispostas na **Figura 2** a seguir.

Figura 2 - Dendrograma da CHD: Percepção das puérperas sobre violência obstétrica e Atuação profissional no trabalho de parto.



Fonte: Francisco PL, et al., 2023. Dados obtidos pelo software IRAMUTEQ, 2023.

Inicialmente, o corpus foi dividido em duas ramificações, originando dois *subcorpus*, o A “Percepção das puérperas sobre violência obstétrica no trabalho de parto” que deu origem à classe “Conhecimento e experiência sobre violência obstétrica” e a classe “Experiência com relação ao tipo de parto vivenciado” e o *subcorpus* B, “Atuação profissional no trabalho de parto”, que originou as classes “Incentivo ao parto normal”, “A influência dos profissionais de saúde na escolha do parto cesárea” e a classe “Atendimento humanizado na hora do parto”.

Percepção das puérperas sobre violência obstétrica no trabalho de parto

De um modo geral, a análise das falas das puérperas nos permitiu identificar o fenômeno da violência obstétrica. A experiência destas, durante o pré-parto, parto e pós-parto foi permeada por situações de violência, o que afetou gravemente o emocional dessas mulheres. A classe 1, faz referência ao conhecimento das puérperas acerca da temática violência obstétrica e do reconhecimento ou não delas terem vivenciado alguma experiência durante seu trabalho de parto, parto e puerpério.

Observou-se, nos relatos, um conhecimento incipiente sobre o significado de violência obstétrica. De um modo geral, para essas mulheres, o que mais caracteriza uma prática de violência são as atitudes agressivas, verbais e/ou físicas, praticadas pelos profissionais de saúde para com a gestante/parturiente.

*“O médico ou a **enfermeira** reclamar **porque** você está gritando. Te ofender **porque** você **engravidou**. Fazer a mulher se sentir culpada de ter **engravidado** e estar ali sentindo dor e não poder fazer nada, não poder gritar.” (M13)*

*“Abuso de alguma prática. Não **sei**. Imagino se alguém me impediu de gritar ou de alguma posição que pudesse ter ficado.” (M16)*

Estudos apontam que 12,6% das mulheres desconhecem o significado de violência obstétrica, e que para reverter tal situação deve-se por meio de mobilização social ampliar o conhecimento sobre a temática entre as gestantes, além de realizar um trabalho efetivo voltado para boas práticas na assistência ao parto e nascimento, no intuito de reduzir as intervenções desnecessárias (LANSKY S, et al., 2019)

Outro ponto importante a ser destacado é que a frequência dos atos de violência na assistência obstétrica tem forte relação com o desconhecimento da mulher sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, já que maioria das puérperas só teve consciência de que sofreram algum tipo de violência durante o decorrer da entrevista.

*“**Falou** que eu era louca de ter **engravidado**. Ficaram enrolando, **sabe...** o médico chegou a **falar** na minha cara que não tinha feito o parto cesárea ainda **porque** eles estavam com medo de eu morrer na hora da anestesia. Eram **coisas** que não **precisava** ter sido falado da forma que foi.” (M18)*

*“Na hora de **tirar** a sonda, a mulher arrancou de qualquer **jeito**. Minha irmã **falou** que eu estava sentindo dor, e ela não se importou. Na hora de **tirar** o esparadrapo foi a mesma **coisa**, eu **falei** com ela e não se importou **também**.” (M4)*

*“Acabou que eu fui embora do hospital e não fui atendida então fui para o outro hospital **porque** meu pai tava arrumando as **coisas** para eu ganhar neném.” (M5)*

Observa-se uma prevalência de violência verbal e psicológica no contato entre a parturiente e os profissionais de saúde, sendo essa relação praticada de forma hierarquizada, sendo imposta à mulher uma postura de submissão (ARANTES CR, et al., 2021).

Inúmeras mulheres que durante o processo de parturição vivenciam algum tipo de agressão aos seus direitos reprodutivos, não conseguem enxergá-la como um ato de violência obstétrica. Primeiro pela confiança depositada na assistência prestada pelos profissionais de saúde, e segundo, pela frágil condição física e emocional proveniente dos processos obstétricos (JARDIM DMB e MODENA CM, 2021).

*“Só dele não ter esperado minha mãe chegar... mas **também** tinha várias outras **gestantes**.” (M2)*

A Lei nº 11.108, de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, foi sancionada e aprovada no Brasil em 2005, tendo como objetivo garantir as parturientes o direito da presença do acompanhante desde sua entrada no hospital até a alta hospitalar. A garantia de um acompanhante a sua escolha se torna uma prática essencial para a qualidade do processo do parto (CASTRO VDP, et al., 2022).

Evidências científicas apontam que mulheres que contam com a presença de um acompanhante no momento do parto se sentem mais seguras, menos traumatizadas, e utilizam menos medicação para dor no momento do parto (ANJOS AM e GOUVEIA HG, 2019).

O principal aspecto da classe 2 diz respeito à experiência das puérperas ao tipo de parto vivenciado. Observou-se que os partos cesáreas foram apontados como sendo tranquilos, enquanto os partos normais foram relatados como uma experiência extremamente dolorosa e traumática.

*“Eu saí de manhã **tranquila**... fui muito **bem** recebida eles já estavam me esperando, tanto o anestesista quanto o meu **obstetra**. Todos, assim como eu estavam ansiosos para essa criança vir ao mundo.” (M16)*

*“Foi **tudo** maravilhoso. Não tive intercorrência nenhuma... família presente, os profissionais de saúde que eram meus amigos estavam presentes, a minha amigona que trabalha comigo me **acompanhou** do início ao fim.” (M21)*

A escolha da mulher pelo tipo de parto está intimamente relacionada ao contexto social e cultural em que ela está inserida, mas também tem estreita relação com a preferência médica, somada aos interesses econômicos dos planos de saúde, o conforto de um procedimento com hora marcada e a falta de estrutura de muitos serviços públicos para realizar adequadamente um parto vaginal (RUSSO JÁ, 2019).

A opção pela cesárea, em muitos casos, também é uma opção para as mulheres que enxergam o procedimento cirúrgico como um atalho para escapar do trabalho de parto, visto que 46,6% delas optam pela cesariana por medo da dor e também como forma de se proteger de atitudes abusivas e desrespeitosas, visto que são recorrentes comportamentos agressivos por parte dos profissionais no manejo da dor, além da prática de intervenções desnecessárias (DINIZ CSG, et al., 2018). Nesta mesma classe, o parto normal é vislumbrado pelas puérperas como uma experiência traumática, prevalecendo relatos intensos de dor, acarretando impactos físicos e psicológicos que irão perdurar por toda vida.

*“Eu cheguei ao hospital às 9h e **ganhei** ela às 10:30h. Uma hora e meia de tortura.”(M3)*

*“Não consigo descrever o trauma. Eu falei que não consigo recomendar o **parto normal** para mais ninguém. Eu senti muita dor, **muito** forte as **contrações**.”(M3)*

*“Eles colocaram ocitocina para **dilatar** mais **rápido**. **Demorou** umas 6 horas para me levarem para **sala de parto**. Eu estava com muita dor.” (M20)*

Através das falas das puérperas, pode-se perceber que a experiência vivida pela escolha do parto normal não se deu de maneira respeitosa e humanizada. Não foram ofertados métodos não farmacológicos para alívio da dor, técnicas de relaxamento e nem foi permitido à parturiente optar pela posição mais confortável, o que incentivaria o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e parto.

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que é uma organização da sociedade civil que luta pelo exercício de uma assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, tem militado veementemente pela diminuição de intervenções desnecessárias durante o processo de parturição, e dentre as propostas estão a liberdade de posição da mulher durante o trabalho de parto e parto; a prevalência na utilização de métodos não farmacológicos de alívio de dor, e farmacológicos se necessário, além de evitar o uso de intervenções invasivas (ocitocina, episiotomia, fórceps, cesarianas, etc) (DINIZ CSG, et al., 2018). A prática do parto humanizado além da utilização de métodos naturais como massagem, técnicas de respiração, banhos e suporte psicológico a gestante, requer também respeito, empatia, esclarecimentos sobre os procedimentos a serem realizados e o protagonismo dessas mulheres nesse momento único de suas vidas (SILVA EL, et al., 2021).

Atuação profissional no trabalho de parto

As classes abordadas nessa temática tratam especificamente sobre como os profissionais de saúde podem influenciar na escolha do tipo de parto das gestantes, e de como o processo de humanização do parto praticada por eles irão contribuir para vivências positivas das parturientes, evitando práticas inadequadas como a violência obstétrica, como demonstra a classe 5.

*“Ela me perguntou se eu queria **parto cesárea** ou **parto normal**, **então** falei que queria **parto cesárea**, mas ela me aconselhou a fazer **parto normal**.” (M2)*

*“**Quando** foi meia **noite** a minha **bolsa estourou**. Ainda segurei **1 hora** e fui para o **hospital** super tranquila. Já estava **esperando** que viesse de parto normal. **Cheguei** lá e fui super **bem** atendida e não demorou nada, logo me encaminharam para sala de **espera**.”(M13)*

Durante o período gestacional, principalmente durante as consultas de pré-natal, é que a mulher decide por qual tipo de parto deseja ter. Por direito, todas as gestantes necessitam receber informações a respeito dos tipos de parto, esclarecimentos de dúvidas, bem como as vantagens e desvantagem de cada um deles (GAZINEU RC, et al., 2018).

Prestar as devidas orientações sobre o processo de parturição durante as consultas de pré-natal pode colaborar para diminuição da ansiedade, medos e inseguranças no momento do parto, permitindo a essas mulheres uma maior autonomia, e tomada de decisões que envolvam seu próprio corpo (PAIER I, et al., 2021). Na classe 3 torna-se evidente como os profissionais de saúde têm influência na decisão das gestantes em se submeterem ao parto cesárea, muitas vezes desnecessários.

*“Ele estava ficando sem espaço por ser grandão. Cheguei lá e a médica **disse** que como não tinha mais espaço para ele, tinha que fazer o **parto cesárea**.” (M8)*

*“Ai a médica viu que estava com 1 centímetro de dilatação, esperou um pouco para a **contração** aumentar, mas resolveu fazer o **parto cesárea** porque minha barriga estava muito pequena e ficou com medo da bebê estar prematura.” (M9)*

*“Eu já estava no tempo de ganhar. Estava com 39 **semanas**, aí ela resolveu tirar e acabou que fez o **parto cesárea**. Na verdade, ela ia **vim** de **parto normal**. Só que a médica resolveu tirar ela.” (M9)*

A maior parte das mulheres no início da gestação almeja pelo parto normal, mas ao final opta pela cesárea, e na maioria das vezes não por opção própria, mas devido à preferência médica. As justificativas são quase sempre as mesmas: circular de cordão, tamanho do bebê, tamanho da barriga, cesáreas e abortos anteriores, dor em excesso, etc (RUSSO JA, 2019).

Atualmente o índice de cesáreas no Brasil é de 56%, um dos mais altos na escala mundial, sendo visto como uma epidemia, já que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um percentual entre 10 a 15% total (PAIER I, et al., 2021). Quando realizados por questões médicas, as cesarianas contribuem para redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal, todavia, nos casos que não são indicativos, ela acarreta riscos imediatos e a longo prazo, tanto para a mãe quanto para o bebê (SILVA AP, et al., 2019).

Todavia, o Brasil vem procurando se esforçar no intuito de humanizar a assistência obstétrica e contribuir para a diminuição e intervenções desnecessárias, propondo diretrizes, normas e protocolos, como por exemplo, o Projeto APICE ON que tem por objetivo reduzir as taxas de cesarianas, o incentivo ao parto normal e a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (GOMES LM, et al., 2020). O principal aspecto da classe 4 diz respeito ao atendimento humanizado na hora do parto, onde se verificou que algumas puérperas se sentiram acolhidas quando foram atendidas com agilidade pelo serviço hospitalar e pelos profissionais de saúde.

*“As dores começaram a aumentar aí não precisou mais de **toque**, já fui para **sala** de **parto** para ele **nascer**. Minha irmã **entrou** comigo.” (M7)*

*“O atendimento foi **rápido**, o médico chegou, fez minha internação e esperei a minha vez. Não **demorou** não.” (M4)*

*“Sempre me perguntava se eu estava bem, se dava pra fazer mais força, aí ele **nasceu**, graças a Deus ele **nasceu**.” (M13)*

A humanização do parto é uma das ações que integram a Política Nacional da Humanização (PNH), cujo fundamento é a prestação de um atendimento humanizado às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de extrema importância para garantir a essas mulheres uma assistência de qualidade e livre de violências obstétricas (SOUZA AO, et al., 2021). No Sistema de Saúde Brasileiro, apesar da determinação de algumas diretrizes que priorizam o bem-estar físico e mental da mulher durante o parto normal e após ele, esse momento ainda vem sendo permeado de procedimentos invasivos, que muitas vezes são realizados sem o consentimento da parturiente (SOUZA AO, et al., 2021). Todavia, quando os profissionais

de saúde efetivam a conduta prática de humanização do parto, a mulher é beneficiada com a garantia da autonomia e poder de decisão nesse momento tão importante (SILVA EL, et al., 2021). A fala dessas puérperas nos permite concluir que, apesar do relato da maioria que optaram pelo parto normal ter sido de intenso sofrimento, algumas trouxeram experiências positivas, na qual se sentiram acolhidas pela equipe responsável, assegurando a elas uma assistência de qualidade, livre de violências que poderiam gerar traumas futuros.

CONCLUSÃO

Constatou-se, por meio deste estudo, que a violência obstétrica é pouco reconhecida pelas mulheres mesmo quando vivenciam essa experiência no momento da parturição. Destarte, torna-se necessário a realização de um trabalho informativo e educacional sobre os direitos das mulheres durante o período gravídico-puerperal, em especial nas consultas pré-natais, onde se tem a oportunidade de orientar as mulheres a fazerem escolhas informadas sobre a gravidez e o parto.

AGRADECIMENTOS

Aos professores da Universidade Federal de Viçosa pela dedicação ao ensino.

REFERÊNCIAS

1. ANJOS AM e GOUVEIA HG. Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise da prática. *Rev enferm UERJ*, 2019; 27.
2. ARANTES CR, et al. Violência obstétrica na sala de parto: tipos de violência e perfil das vítimas. *Brazilian J Dev*, 2021; 7(8): 77964-77980.
3. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. CASTRO VDP, et al. Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto. *Research, Society and Development*, 2022; 11(6).
5. DINIZ C, et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 2018; 26(53): 19–35.
6. FEITOZA SR, et al. Violência obstétrica: uma revisão da produção científica. *Rev. Tendên. da Enferm. Profis.*, 2017; 9(2): 2196-2203.
7. GAZINEU RC, et al. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. *Textura*, 2018; 12(20): 121-129.
8. GOMES LM, et al. Violência Obstétrica: Perspectiva de puérperas atendidas em um Hospital Universitário no interior de Minas Gerais. *Saúde Coletiva*, 2020; 10(59).
9. JARDIM DM e MODENA C M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26: 1-12.
10. LANSKY S, et al. Violência Obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência saúde coletiva*, 2019; 24(8): 2811–2824.
11. MARQUES GM e DO NASCIMENTO DZ. Alternatives that contribute to the reduction of obstetric violence. *Ciencia e Saude Coletiva*, 2019; 24(12): 4743–4744.
12. OLIVEIRA LGSM e ALBUQUERQUE A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*, 2018; 75: 36-50.
13. PAIER I, et al. Fatores relacionados à escolha de via de parto: uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.*, 2021; 10(13).
14. RUSSO JA. A livre escolha pela cesárea é uma escolha livre? *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, 2019; 29(3).
15. SALVIATI ME. Manual do aplicativo Iramuteq [Internet]. Planaltina, Brasil; 2017. Acesso em 05 de agosto de 2022. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativoiramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
16. SILVA AP, et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 24: e624.
17. SILVA EL, et al. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. *Res., Soc. Dev*, 2021; 10(15): 1-10.
18. SOUZA AO, et al. Parto humanizado: uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev*, 2021; 10(16).
19. TEIXEIRA L, et al. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. *Rev. Aten. Saúde*, 2020; 18, (65): 137-144.
20. ZANARDO GLP, et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 2017; 29.