



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GIOVANNA MOREIRA DE PONTES BATILANI

**PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA
OBSTÉTRICA RECEBIDA NO CICLO GRAVÍDICO
PUERPERAL E SEU CONHECIMENTO SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Londrina
2025

GIOVANNA MOREIRA DE PONTES BATILANI

**PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA
OBSTÉTRICA RECEBIDA NO CICLO GRAVÍDICO
PUERPERAL E SEU CONHECIMENTO SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Catia Campaner Ferrari Bernardy.

Linha de pesquisa: **O Cuidado de Enfermagem nas Fases do Ciclo Vital e nos Diversos Níveis Assistenciais**

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B333p Batilani, Giovanna Moreira de Pontes.
Percepção de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida no ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre violência obstétrica / Giovanna Moreira de Pontes Batilani. - Londrina, 2025.
49 f.

Orientador: Catia Campaner Ferrari Bernardy.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2025.
Inclui bibliografia.

1. Violência Obstétrica - Tese. 2. Assistência Perinatal - Tese. 3. Enfermagem Obstétrica - Tese. I. Bernardy, Catia Campaner Ferrari . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 616-083

GIOVANNA MOREIRA DE PONTES BATILANI

**PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA
OBSTÉTRICA RECEBIDA NO CICLO GRAVÍDICO
PUERPERAL E SEU CONHECIMENTO SOBRE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Catia Campaner Ferrari
Bernardy
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Keli Regiane Tomeleri da Fonseca
Pinto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Londrina, 25 de abril de 2025.

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos, que, com amor e paciência, compreenderam a ausência que este percurso exigiu. Este trabalho reflete a resiliência de quem, diante das adversidades, escolheu seguir em frente, mesmo que isso tenha implicado deixar para trás momentos preciosos com aqueles que ama. A cada desafio, aprendi a persistir, mesmo quando o equilíbrio entre o profissional e o pessoal parecia distante. A todos que estiveram ao meu lado, direta ou indiretamente, este trabalho é uma forma de agradecer pela força silenciosa que me deu coragem para seguir adiante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que me sustentou nos momentos em que minha fé vacilava.

Expresso minha profunda gratidão, especialmente à minha família —Marlene, Henrique e Larissa — que, com seu apoio incondicional, foram pilares fundamentais para minha jornada e me conduziram até aqui.

À professora e orientadora Catia, que depositou sua confiança em mim e abriu as portas para este caminho, deixo meu sincero reconhecimento pela importância que teve em minha trajetória acadêmica.

Por fim, sou imensamente grata a todas as mulheres que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, enriquecendo-a com suas contribuições.

***“Para mudar o mundo, primeiro é preciso
mudar a forma de nascer.”
(Michel Odent)***

BATILANI, Giovanna Moreira de Pontes. **Percepção de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida no ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre violência obstétrica**. 2025. 49 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

RESUMO

Introdução: A partir da segunda metade do século XX, emerge a violência obstétrica, definida como atos que causam danos físicos ou psicológicos ao binômio mãe-filho durante a assistência obstétrica, violando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida durante o nascimento e compreender o conhecimento delas sobre violência obstétrica é essencial, pois a informação pode desempenhar o papel decisivo na redução dos casos. **Objetivo:** Descrever a percepção de um grupo de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre a violência obstétrica. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em um hospital público de serviço secundário em um município da região Norte do Paraná. As participantes foram puérperas com idade superior a 18 anos, alfabetizadas, que tiveram parto vaginal ou cesariana no referido hospital. Foram excluídas as puérperas com pós-parto patológico, as que tiveram natimorto ou perda fetal, as que apresentaram algum déficit cognitivo que dificultasse a compreensão da pesquisa, ou que fizeram uso de medicações para estados depressivos. As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira obstetra a partir de um instrumento semiestruturado que possuía questões de caracterização das mulheres e a pergunta norteadora: “Conte-me como foi sua experiência de gestação, parto e puerpério?”, também as perguntas auxiliares: “Houve procedimentos ou situações que te deixaram desconfortável ou constrangida nestes períodos? “Na sua opinião, o que pode ser considerado Violência Obstétrica? A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2024. Para análise utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram 20 puérperas com idades entre 19 e 32 anos, predominantemente solteiras, pardas, católicas, com ensino médio completo e vínculo empregatício. A via de nascimento predominante foi a vaginal e todas as puérperas tiveram a presença de acompanhante, estavam com mais de 37 semanas de idade gestacional, e foram classificadas como risco habitual. Metade das puérperas eram primigestas. Após a análise dos discursos, emergiram cinco Ideias Centrais que foram agrupadas em dois temas: percepções da assistência obstétrica recebida e conhecimento sobre violência obstétrica. As vivências acerca da assistência obstétrica foram percebidas de forma positivas, o que reforça a importância das práticas humanizadas, mas situações desrespeitosas foram pontuadas e impactaram negativamente na experiência das mulheres. Quanto ao conhecimento sobre violência obstétrica, pode-se notar que muitas mulheres ainda desconhecem totalmente, e as que relataram alguma informação tiveram acesso, com maior frequência, por meio da internet e pelas redes sociais. **Considerações finais:** A assistência obstétrica foi relatada tanto por aspectos positivos quanto desafios que impactam profundamente o período perinatal, como a ocorrência da violência obstétrica. O conhecimento sobre o tema ainda é insipiente na população estudada, por tanto, promover a conscientização sobre os direitos das gestantes e assegurar a implementação de boas práticas são passos fundamentais para garantir

experiências mais seguras e respeitadas, bem como a mudança do modelo de assistência ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Assistência Perinatal; Enfermagem Obstétrica; Nascimento.

BATILANI, Giovanna Moreira de Pontes. **Perception of postpartum women about the obstetric care received during the pregnancy-puerperal cycle and their knowledge about obstetric violence.** 2025. 49 f. Master's Degree Defense Exam – State University of Londrina, Londrina, 2025.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence emerged in the second half of the 20th century, defined as acts that cause physical or psychological harm to the mother-child binomial during obstetric care, violating women's sexual and reproductive rights. Knowing women's perceptions of the obstetric care they receive and understanding their level of knowledge about obstetric violence is essential, since information can play a decisive role in reducing cases. **Objective:** Describe the perception of a group of postpartum women about the obstetric care received during the pregnancy-puerperal cycle and their knowledge about obstetric violence. **Method:** Descriptive, qualitative study, carried out in a public secondary care hospital in a city in the northern region of Paraná. The participants were postpartum women over 18 years of age, literate, who had a vaginal or cesarean delivery at the study hospital. Women who had a pathological postpartum period, those who had stillbirth or fetal loss, those who presented some cognitive deficit that made it difficult to understand the research, or who used medications for depressive states were excluded. The interviews were conducted by an obstetric nurse using a semi-structured instrument that had questions characterizing the women, and the guiding question: "Tell me about your experience of pregnancy, childbirth and puerperium?", as well as the auxiliary questions: "Were there procedures or situations that made you uncomfortable or embarrassed during these periods? ; "In your opinion, what can be considered Obstetric Violence? Tell me more about this." Data collection took place between September and October 2024. The Collective Subject Discourse was used for analysis. **Results:** Twenty postpartum women aged between 19 and 32 participated in the study. They were predominantly single, brown, Catholic, had completed high school and were employed. The predominant mode of birth was vaginal and all of the women had a companion present, were over 37 weeks gestational age, and were classified as low risk. Half of the women were primiparous. After analyzing the speeches, five Central Ideas emerged and were grouped into two themes: perceptions of obstetric care received and knowledge about obstetric violence. The experiences regarding obstetric care were perceived as positive, which reinforces the importance of humanized practices, but disrespectful situations were highlighted and had a negative impact on the women's experience. Regarding knowledge about obstetric violence, it can be noted that many women are still completely unaware of it, and those who reported some information had access, most frequently, through the internet and social networks. **Final considerations:** obstetric care was reported to have both positive aspects and challenges that profoundly impact the perinatal period, such as the occurrence of obstetric violence. Knowledge on the subject is still incipient in the population studied, therefore, promoting awareness about the rights of pregnant women and ensuring the implementation of good practices are fundamental steps to guarantee safer and more respectful experiences, as well as changing the model of care during labor and birth.

Key-words: Obstetric Violence; Perinatal Care; Obstetric Nursing; Parturition.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------|--|
| VO | Violência Obstétrica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| E-CH | Expressões Chaves |
| IC | Ideia Central |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| MS | Ministério da Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 13 |
| 2 | CONTEXTUALIZAÇÃO | 14 |
| 2.1 | Modelos assistenciais | 15 |
| 3 | OBJETIVOS | 18 |
| 4 | RESULTADOS | 18 |
| 4.1 | Estudo 1 | 18 |
| 4.1.1 | Título | 18 |
| 4.1.2 | Resumo | 18 |
| 4.1.3 | Introdução | 19 |
| 4.1.4 | Método | 20 |
| 4.1.5 | Resultados | 23 |
| 4.1.6 | Discussão | 27 |
| 4.1.7 | Considerações finais | 33 |
| 4.1.8 | Referências | 34 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| | REFERÊNCIAS | 40 |
| | APÊNDICES | 41 |
| | APÊNDICE A – Instrumento de coleta | 42 |
| | APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido | 43 |
| | ANEXOS | 45 |
| | ANEXO A – Declaração de concordância do serviço envolvido | 46 |
| | ANEXO B – Declaração apoio mental | 47 |
| | ANEXO C – Autorização do comitê de ética | 48 |

1 APRESENTAÇÃO

Exercer a profissão na área de Obstetrícia constitui a realização de um sonho que foi construído ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Iniciei minha graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina, no ano de 2014, e desde o primeiro momento, dediquei-me a buscar participação em pesquisas voltadas para a saúde da mulher, obstetrícia e neonatologia.

Foi durante esse período que tive o privilégio de conhecer a Professora Catia. Em meados de 2017, fui convidada a integrar o projeto intitulado “Cuidado Canguru Contínuo e Prolongado: Uma Possibilidade Protetora para a Resistência Microbiana em Prematuros?”, do qual derivou o recorte temático para a elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Concluí a graduação em Enfermagem no final de 2017, e no ano seguinte, ingressei na residência em Enfermagem Obstétrica, onde atuei tanto na atenção primária à saúde quanto nas diversas maternidades de Londrina e região. O programa de residência durou dois anos, e, ao término, fui honrada com a oportunidade de assumir uma vaga como Enfermeira Obstetra em um dos campos de estágio da residência.

Nesse período, reencontrei a Professora Catia, que ao acompanhar estágio com alunos de graduação em meu ambiente de trabalho, demonstrou confiança em meu potencial e me estimulou a alçar novos horizontes acadêmicos. Foi assim, que decidi ingressar no mestrado, o qual estou prestes a concluir com a apresentação da dissertação intitulada “Percepção de Puérperas sobre a Assistência Obstétrica recebida no Ciclo Gravídico Puerperal e seu conhecimento sobre Violência Obstétrica”.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O processo de parturição passou por transformações significativas ao longo dos anos. Até o início do século XX, o parto era assistido por parteiras leigas, cuja prática se baseava em conhecimentos empíricos transmitidos entre gerações e experiências pessoais. Essas mulheres eram figuras de confiança das parturientes, garantindo que o trabalho de parto e o parto ocorressem no ambiente doméstico, com respeito ao processo fisiológico natural (Kappaun; Costa, 2020).

Com a institucionalização do parto, houve o afastamento das práticas familiares e o processo de medicalização do corpo feminino se intensificou. As mulheres passaram a aceitar passivamente as intervenções rotineiras e muitas vezes desnecessárias, contribuindo para a naturalização de práticas que não respeitam a autonomia feminina. É nesse contexto que, a partir da segunda metade do século XX, emerge a violência obstétrica (VO), definida como atos que causam danos físicos ou psicológicos ao binômio mãe-filho durante o cuidado obstétrico, violando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (Kappaun; Costa, 2020; Moreira *et al.*, 2023; WHO, [2000?]).

A VO consiste em qualquer comportamento, ato ou negligência por profissional de saúde que desrespeite o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de condutas violentas no âmbito físico, psicológico ou verbal (Teixeira *et al.*, 2020).

É notório saber que as gestantes vêm enfrentando todos esses tipos de violência durante o ciclo gravídico puerperal. Tais vivências podem trazer consequências adversas para mãe e para o recém-nascido, pois se trata de um período de grande vulnerabilidade (Oliveira *et al.*, 2023).

A literatura destaca que a VO não se limita apenas a consequências físicas, mas também afeta profundamente a saúde mental das mulheres. Seu impacto psicológico pode ser devastador, representando a importante causa de traumas durante o período perinatal. Práticas desrespeitosas e abusivas estão diretamente associadas ao desenvolvimento de transtornos como depressão pós-parto, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Pereira *et al.*, 2024).

Na tentativa de diminuir a ocorrência da VO e melhorar o atendimento à mulher, nas últimas décadas emergiram diversas diretrizes orientadoras das práticas

obstétricas. Contudo, ainda ocorre a assistência desumanizada, visto que a mulher continua sendo submetida a procedimentos intervencionistas, recebendo orientações limitadas sobre a gestação e o parto, e frequentemente não participando das decisões que envolvem seu corpo (Viana *et al.*, 2024).

Entender como as mulheres percebem a assistência obstétrica que receberam e o quanto sabem sobre VO é essencial, pois o acesso à informação pode ser determinante para diminuir a ocorrência de casos de VO e para influenciar positivamente a qualidade do atendimento oferecido. Diante disso, surge a seguinte questão: "Qual a percepção das puérperas sobre a assistência obstétrica recebida no ciclo gravídico puerperal, e seu conhecimento sobre violência obstétrica?"

2.1 Modelos Assistenciais

Para compreender o contexto histórico relacionado ao parto e nascimento, é essencial destacar os modelos de assistência ao parto, que, especialmente no Ocidente, são fortemente influenciados por valores voltados à tecnologia, ciência e à busca por lucro. Existem três modelos predominantes, observados em diversos países: o tecnocrático, o humanístico e o holístico. O modelo Tecnocrático emergiu entre os séculos XVII a XIX, e deu início a medicalização na assistência à saúde ao parto normal. No Brasil, houve a reprodução de todas as características deste modelo, como a valorização da medicina curativa e intervencionista, favorecendo o uso da alta tecnologia com pouco investimento na prevenção, concentrando todas as fases do atendimento obstétrico sob a responsabilidade do médico, causando uma série de distorções na assistência, com ênfase excessiva nas tecnologias de intervenção. Esse modelo teve um impacto significativo na atuação dos profissionais de saúde e ainda é predominante em muitos serviços no nosso país (Souza, 2011; Backes, et al., 2021).

Dessa forma, houve o predomínio do parto hospitalar, com enfoque na redução da mortalidade materna. Foram criadas normas e rotinas que não apenas passaram a definir o tratamento hospitalar, mas também a moldar o comportamento da mulher dentro desse contexto de assistência. Este modelo reflete a obstetrícia de forma fragilizada, em que o parto é conduzido apenas pelo médico, levando a medicalização excessiva, a altos índices de cesarianas e à ausência de humanização no atendimento (Souza, 2011; Backes, et al., 2021).

Já o modelo humanístico da medicina equilibra tecnologia e humanização, priorizando a relação médico-paciente e considerando aspectos físicos, emocionais e sociais no tratamento. Situado entre a tecnomedicina e o holismo, baseia-se em princípios como a conexão corpo-mente, o corpo como organismo vivo, o cuidado compassivo e o equilíbrio entre ciência e humanismo. Profissionais que adotam esse modelo integram o conhecimento técnico com a sensibilidade e abertura para diferentes abordagens terapêuticas, promovendo um atendimento mais empático e personalizado (Mendonça, 2015).

O modelo holístico de assistência ao parto é o mais abrangente, pois considera a influência de aspectos físicos, mentais, emocionais, espirituais e ambientais no processo de cura. Diferente de abordagens lineares, ele se baseia na integração desses elementos, promovendo um olhar ampliado sobre a parturiente. Entre seus princípios, destaca-se a unidade entre corpo, mente e espírito, a percepção do corpo como um sistema de energia interligado e a individualização dos cuidados, permitindo que cada mulher vivencie o parto de maneira única. O modelo também valoriza a intuição no diagnóstico e tratamento, reforçando a importância da relação entre profissional e paciente para um atendimento mais humanizado (Maia, 2010).

Ademais, o paradigma holístico enfatiza a responsabilidade do indivíduo sobre sua saúde, o uso da ciência e tecnologia de forma equilibrada e um foco no bem-estar a longo prazo. O modelo também defende a adoção de múltiplas abordagens terapêuticas, promovendo o autocuidado e estilos de vida saudáveis. No entanto, seu acesso ainda é restrito a populações de maior poder aquisitivo, pois muitas práticas holísticas não são cobertas por sistemas de saúde convencionais (Maia, 2010).

Com relação a saúde pública, as críticas ao modelo tecnocrático cresceram na década de setenta, levando à criação do Comitê Europeu para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Em 1983, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de aprimorar os indicadores de saúde feminina, garantindo o atendimento mais abrangente e especializado. Em 1985, a OPAS e a OMS realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada ao parto, resultando na Carta de Fortaleza. Esse documento defendeu os direitos das mulheres e inspirou mudanças, como a liberdade de posição no parto, a presença de acompanhantes e o fim de práticas

invasivas como enemas, amniotomia, entre outros. A partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde (1986) ficou conferido por lei à mulher o direito à saúde, integridade física e autonomia corporal (Souza, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha para promover um modelo de atenção humanizada à saúde da mulher e da criança, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, a Rede Cegonha também possui como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas (BRASIL, 2017).

Em 2017, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada pelo Ministério da Saúde, foi elaborada com o objetivo de promover um modelo de cuidado mais humanizado e baseado em evidências científicas. Tal diretriz foi criada no contexto da Rede Cegonha, mas trouxe avanços importantes em relação a essa estratégia. Enquanto a Rede Cegonha, estruturou a assistência materno-infantil no Brasil, garantindo o acesso das gestantes ao pré-natal, parto e puerpério com foco na humanização, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal aprofundou e detalhou boas práticas obstétricas com base em evidências científicas. O documento estabelece recomendações para garantir um parto respeitoso, com protagonismo da mulher, redução de práticas intervencionistas sem justificativa clínica e incentivo ao parto normal como primeira escolha. A implementação dessa diretriz representa um avanço significativo na assistência obstétrica, contribuindo para a redução da violência obstétrica e para a construção de um sistema de saúde mais seguro e acolhedor para as mulheres e seus bebês (BRASIL, 2017)

A Recomendação da OMS: “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, lançada em 2018, foi desenvolvida para orientar profissionais de saúde e sistemas de saúde na promoção de um parto seguro, respeitoso e baseado em evidências científicas. Esse documento surgiu da necessidade de enfrentar desafios globais relacionados à assistência obstétrica desumanizada e ao excesso de intervenções médicas sem indicação clínica. A recomendação da OMS estabelece parâmetros para uma assistência qualificada que equilibre intervenção médica quando necessária e práticas humanizadas. Como um marco na obstetrícia moderna, serve de referência para políticas públicas e protocolos clínicos em diversos países, promovendo a melhoria da saúde materno-infantil e a valorização do protagonismo da mulher no parto (WHO, 2018)

Em setembro de 2024, a Rede Cegonha foi substituída pela Rede Alyne, que possui entre seus principais objetivos a implementação de práticas fundamentadas em evidências científicas, vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto, promoção da equidade e redução da morbimortalidade materna e infantil, sobretudo da população negra e indígena (BRASIL, 2024).

No Brasil, a assistência ao parto tem passado por processos de mudança do modelo tecnocrático para a abordagem mais humanística, com a ascensão do movimento pela humanização do parto, guiado pelas políticas públicas, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, com a inserção de enfermeiras obstetras e doulas, impulsionando a valorização do parto respeitoso e baseado em evidências científicas. Essa transição visa garantir às mulheres maior autonomia, respeito às suas escolhas, suporte emocional contínuo e práticas menos invasivas, reconhecendo o parto como um evento fisiológico e sociocultural (WHO, 2018).

3 OBJETIVO

Descrever a percepção de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre a violência obstétrica.

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação foram apresentados por meio do manuscrito abaixo que será submetido na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

4.1 ESTUDO 1

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre a violência obstétrica. **Método:** Estudo descritivo e qualitativo realizado com puérperas de um hospital público do Norte do Paraná. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com questões de caracterização das puérperas, e a pergunta norteadora: “Conte-me como foi sua experiência de gestação, parto e puerpério?”; como pergunta auxiliar “Na sua opinião, o que pode ser considerado como Violência Obstétrica? Para análise utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram 20 puérperas, com idade entre 19 e 32 anos, em sua maioria solteiras, pardas, católicas, com ensino médio e vínculo empregatício. Emergiram cinco Ideias Centrais agrupadas em dois Temas: Percepções da assistência obstétrica e Conhecimento sobre violência obstétrica. Embora a assistência tenha sido percebida de forma positiva, foram relatadas situações desrespeitosas e desconhecimento sobre violência obstétrica. **Conclusão:** Os discursos evidenciam a complexidade das experiências obstétricas, destacando pontos positivos e desafios que impactam o ciclo gravídico puerperal. Reforça-se a necessidade de maior acolhimento, respeito e empoderamento das mulheres para combater a violência obstétrica.

Descritores: Violência Obstétrica; Assistência Perinatal; Enfermagem Obstétrica; Nascimento

ABSTRACT

Objective: To elucidate the perception of a group of postpartum women about the obstetric care received during the pregnancy-puerperal cycle and their knowledge about obstetric violence. **Method:** Descriptive and qualitative study conducted with postpartum women from a public hospital in northern Paraná. Semi-structured interviews were conducted with questions to characterize the postpartum women, and the guiding question: “Tell me about your experience of pregnancy, childbirth and postpartum?”; as an auxiliary question “In your opinion, what can be considered Obstetric Violence? Tell me more about this”. The Collective Subject Discourse technique was used for analysis. **Results:** Twenty postpartum women participated, aged between 19 and 32 years, most of whom were single, brown, Catholic, with high school education and employment. Five Central Ideas emerged, grouped into two Themes: Perceptions of obstetric care and Knowledge about obstetric violence. Although the care provided was perceived positively, disrespectful situations and lack of knowledge about obstetric violence were reported. **Conclusion:** The speeches demonstrate the complexity of obstetric experiences, highlighting positive aspects and challenges that impact the pregnancy-puerperal cycle. The need for greater acceptance, respect and empowerment of women to combat obstetric violence is reinforced.

Descriptors: Obstetric Violence; Perinatal Care; Obstetric Nursing; Parturition.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um hiato singular na vida da mulher, e a violação

de seus direitos neste período, pode resultar em intervenções desnecessárias, ocasionar complicações tanto maternas quanto fetais, além de causar má percepção sobre a assistência obstétrica recebida. Algumas dessas transgressões são definidas como Violência Obstétrica (VO), considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um grave problema de saúde pública por representar uma violação dos direitos humanos fundamentais (WHO, 2000).

Pode-se caracterizar a VO por desrespeito, negligência, violência física, verbal, sexual, condutas não baseadas em evidências científicas e inadequações nos serviços de saúde. Ela pode ocorrer em diversos serviços de saúde, incluindo consultórios, ambulatórios ou maternidades, e é cometida frequentemente por profissionais de saúde (Leite *et al.*, 2024).

Nas últimas décadas, a percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal, tem sido amplamente discutido nacional e internacionalmente, pois é um aspecto fundamental para avaliar a qualidade do atendimento ofertado. Essa percepção abrange diversos elementos intrínsecos ao cuidado, como o apoio e as atitudes dos profissionais de saúde, a disponibilidade de recursos materiais e físicos, a possibilidade de inclusão da família nesse período, além de fatores como escuta ativa, acolhimento, participação nas decisões e respeito (Aragão; Santos, 2023).

Conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal e identificar o de conhecimento sobre VO é essencial, pois a informação pode desempenhar o papel decisivo na redução dos casos de VO e influenciar a assistência oferecida. Diante disso, surge a seguinte questão: "Qual a percepção das puérperas sobre a assistência obstétrica recebida no ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre violência obstétrica?"

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo elucidar a percepção de um grupo de puérperas sobre a assistência obstétrica recebida durante o ciclo gravídico puerperal e seu conhecimento sobre a violência obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que seguiu o guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) (Souza *et al.*, 2021). Como referencial, foram utilizadas a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicada pelo Ministério da Saúde em 2017, e a Recomendação da OMS:

Cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto, lançada em 2018. Esses documentos estabelecem diretrizes baseadas em evidências científicas para promover a assistência ao parto de forma segura, respeitosa e centrada na mulher, com a redução de intervenções desnecessárias e a valorização do protagonismo da mulher no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Foi realizado em um hospital de serviço secundário, que atende gestantes de risco habitual e intermediário, em um município da região norte do Paraná, no qual, ao longo do ano de 2023, ocorreram 525 nascimentos, sendo 282 por via vaginal (53,7%) e 243 cesarianas (46,3%), todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As participantes do estudo foram puérperas com idade igual ou maior a 18 anos, alfabetizadas, com no mínimo 3 anos de estudo, que tiveram parto vaginal ou cesariana na maternidade do referido hospital. Foram excluídas as puérperas com pós-parto patológico, as que tiveram natimorto ou perda fetal, as que apresentaram algum déficit cognitivo que dificultasse a compreensão da entrevista, ou que fizeram uso de medicações para estados depressivos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, entre os meses de setembro e outubro de 2024. As participantes estavam entre o décimo e o vigésimo dia de puerpério e foram entrevistadas quando retornaram, na data previamente agendada antes da alta hospitalar, para a realização do teste da orelhinha no neonato. A agenda do teste da orelhinha era aberta duas vezes por mês, conforme a disponibilidade da fonoaudióloga, com 25 vagas por dia; no entanto, compareciam ao serviço, em média diária 17 puérperas com seus bebês. Durante o período da coleta, foram atendidas, 68 pacientes.

Utilizou-se a amostragem por conveniência (Campos; Saidel, 2022), e o número de participantes foi determinado com base na saturação dos dados, ou seja, quando as respostas passaram a se repetir e o objetivo do estudo foi plenamente atendido (Minayo, 2017).

As entrevistas foram finalizadas após quatro dias. Conforme a ordem de chegada, as pacientes eram encaminhadas para a abertura da ficha de atendimento, realizada pela recepção do hospital do estudo. A pesquisadora obtinha acesso a essas fichas que classificavam os atendimentos como SUS ou particular, sendo estes um dos critérios de inclusão. Na sequência, as participantes eram abordadas na sala de recepção e era aplicado os demais critérios de inclusão e exclusão.

Durante a abordagem, a participante foi informada sobre o estudo e, após o aceite, a entrevista foi realizada apenas após o término do atendimento do neonato, para que as mulheres não mantivessem mais vínculos com a maternidade e ficassem mais à vontade para responder à pesquisadora. As entrevistas ocorreram em uma sala reservada do próprio serviço, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A maior parte das participantes escolheram ser entrevistadas na presença de seus acompanhantes. Foram realizadas três entrevistas piloto, que não foram utilizadas em nosso estudo.

As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira obstetra e seus áudios foram gravados em um dispositivo digital para posterior transcrição, com duração média de 20 minutos. Ao final, o áudio foi disponibilizado para que a participante pudesse ouvir a gravação e, se desejasse, modificar seu relato. Contudo, nenhuma alteração foi solicitada pelas participantes.

O instrumento de coleta de dados contou com questões de caracterização das mulheres (idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, ocupação, religião, idade gestacional no nascimento, tipo de parto, paridade, presença do acompanhante e estratificação de risco), e teve como pergunta norteadora: “Conte-me como foi sua experiência de gestação, parto e puerpério?” e perguntas auxiliares: “Houve procedimentos ou situações que te deixaram desconfortável ou constrangida nestes períodos?; “Na sua opinião, o que pode ser considerado Violência Obstétrica? Fale-me mais sobre isto.”

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma técnica que organiza informações qualitativas de forma sistemática, agrupando discursos semelhantes. Essa abordagem tem como objetivo elaborar um depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de modo a representar o pensamento coletivo como se fosse expresso por um único indivíduo (Lefèvre; Lefèvre, 2014).

Para efetuar a técnica do DSC, foram realizadas operações a partir do material verbal coletado. Para a produção do DSC, foram necessárias três figuras metodológicas: as Expressões-chaves (E-CH), que são os fragmentos dos relatos individuais que melhor resumem seu conteúdo; as Ideias Centrais (ICs), que se constituem em fórmulas sintéticas que expressam os significados contidos nos relatos individuais, bem como nos conjuntos de respostas de diferentes pessoas que possuem sentidos semelhantes; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), formado

pela combinação das Expressões-Chave (E-CH) presentes nos depoimentos, juntamente com Ideias Centrais (IC) que possuem sentido semelhante ou complementar, organizando-as em frases encadeadas (Lefèvre; Lefèvre, 2014).

Para organizar o material verbal coletado, as entrevistas foram transcritas de forma manual e posteriormente organizadas em uma tabela no Excel com cinco colunas. A primeira coluna era a identificação da puérpera (P1, P2 e assim por diante), a segunda coluna era a resposta da puérpera referente a pergunta, a terceira coluna era com as E-CH, a quarta coluna com as ICs e a quinta e última coluna os DSC propriamente ditos.

O anonimato das mulheres foi preservado com identificação pela letra P de puérpera, seguida do número crescente de relatos (P1, P2, e assim por diante).

O material transcrito será guardado em posse da pesquisadora principal pelo prazo de três anos, apenas o tempo para finalizar a pesquisa e publicar os resultados em periódicos científicos, depois deste período será deletado.

Seguiu-se as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 7.049.372.

RESULTADOS

Participaram do estudo 20 puérperas, com idade entre 19 e 32 anos, a maior parte era solteira (15 puérperas), possuíam ensino médio completo (15 puérperas), com vínculo empregatício (12 puérperas) e se consideravam católicas (11 puérperas). Nove participantes se autodeclararam pardas. A via de nascimento predominante foi a vaginal (13 puérperas), e todas as puérperas tiveram a presença do acompanhante no momento do nascimento, independente da via. A idade gestacional era superior a 37 semanas para todas as puérperas, e foram classificadas como risco habitual. Em relação a paridade, metade das puérperas eram primigestas.

No processo de análise das falas das participantes emergiram cinco Ideias Centrais organizadas em dois Temas seguidas pelas Ideias Centrais: **Tema 1** - Percepções da assistência obstétrica recebida: (**IC01** Vivências positivas com a assistência recebida do pré-natal ao puerpério; **IC02** Peregrinação da gestante e

desapontamento com a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal; **IC03** Situações desrespeitosas que geraram desconforto, constrangimento ou traumas para a vida das mulheres), e **Tema 2** – Conhecimento sobre violência obstétrica: (**IC04** Entendimento sobre violência obstétrica; **IC5** Fonte de informação sobre violência obstétrica).

TEMA 1: Percepções da assistência obstétrica recebida

IC01 – Vivências positivas com a assistência recebida do pré-natal ao puerpério

As percepções sobre a assistência obstétrica recebida no pré-natal e parto revelam vivências positivas, marcadas por acolhimento, esclarecimento de dúvidas e suporte emocional por parte das equipes de saúde. As gestantes destacaram a atenção e o cuidado dos profissionais, que ajudaram a aliviar ansiedades e fortalecer a confiança no processo. No entanto, chama a atenção o fato de considerarem a boa assistência a relação com o parto ter sido rápido.

DSC1 – *“No pré-natal foi tudo bem, passei por todas as consultas, sempre tudo certo. Gostei bastante do médico que me atendeu, ele era atencioso e me tratou muito bem, foi bem tranquilo. Todo mundo me atendeu super bem, muito bem mesmo. As pessoas foram bem atenciosas, me ajudaram porque eu estava muito nervosa e tudo que eu tinha dúvida, eles tiravam”.* (P4, P9, P12, P14, P15, P18)

DSC2 – *“No hospital, o médico fez o toque, e depois eu fui para o banho, disseram que se eu quisesse poderia ficar embaixo do chuveiro, aí eu fiquei, me deixaram à vontade, onde eu quisesse ficar. O parto foi uma experiência rápida, foi muito diferente do que eu imaginava, não tenho o que reclamar. O médico foi muito bonzinho, conversou e explicou tudo certinho, gostei bastante. As enfermeiras me ajudaram muito, foram bem atenciosas, me explicaram, fizeram massagem, falaram para eu mudar de posição e eu confiei muito nelas. Elas me acalmaram porque eu estava muito nervosa. Logo que o bebê nasceu já me deixaram pegar e ficar com ele, amamentar, foi maravilhoso! Eu não esperava que seria tão rápido assim, que fosse dar tão certo”.* (P9, P14, P15, P16, P17, P18)

IC02 – Peregrinação da gestante e desapontamento com a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal

A peregrinação das gestantes e o desapontamento com a assistência no ciclo gravídico puerperal revela desafios significativos enfrentados por algumas mulheres no acesso e na qualidade do atendimento obstétrico. Essas experiências evidenciam problemas como a descontinuidade do cuidado, diagnósticos tardios e a necessidade de insistência para garantir atenção adequada. Além disso, a troca de profissionais e a falta de comunicação entre as equipes, representam problemas no processo de trabalho e geram insegurança e maior desgaste emocional entre as pacientes.

DSC3 – *“A primeira doutora que me atendeu, eu não me senti muito segura. Mesmo eu falando as coisas para ela, parecia que ela não ligava. Não dava importância. No meio do pré-natal eu mudei para outro posto, mudei de médico, O segundo médico ficou preocupado O doutor estava esquecendo do ultrassom morfológico, como eu já tinha tido um aborto, já estava mais esperta, então perguntei: doutor, não tem que fazer a ultrassom morfológica? e ele disse: ah, foi bom você ter lembrado”.* (P3, P10, P11)

DSC4 – *“Eu não queria vir para o hospital porque eles sempre me mandavam de volta para casa, e toda vez o atendimento demorava um pouco. Eu fui ao hospital lá da minha cidade, e eles me mandaram de volta para casa, depois me mandaram para cá. Eles queriam me mandar de volta para minha cidade, mas a gente insistiu, insistiu, então conseguimos ficar. eu acho que o hospital deixou um pouco a desejar no atendimento na hora do parto, pois não me explicaram nada, teve muita demora e acho que eles poderiam ter me tratado um pouquinho melhor”.* (P5, P11, P20)

IC03 – Situações desrespeitosas que geraram desconforto, constrangimento e traumas para a vida das mulheres

Situações desrespeitosas vivenciadas pelas mulheres durante o período de nascimento destacam graves lacunas no atendimento humanizado e no respeito aos direitos das mulheres. Relatos de condutas insensíveis, comentários grosseiros e inconvenientes por parte dos profissionais da saúde geraram desconforto, constrangimento e traumas profundos.

DSC5 – *“Uma enfermeira foi bem estúpida na hora que eu estava com dor, ela olhou e fez um gesto com a mão, tipo assim: “que se lasque”, eu achei que nessa hora ela foi bem seca, ela poderia ter sido mais receptiva. Eu vejo que todo mundo elogia bastante uma enfermeira daqui na rede social, fiquei até contente quando vi ela, aí comigo ela foi super debochada, grossa, um jeito seco de falar. Quando me levaram para o banheiro, a enfermeira não deixou meu acompanhante entrar, eu fiquei muito nervosa.”* (P1, P2, P8, P10)

DSC6 – “Eu acho que forçaram demais o parto, porque eu já tinha dilatado os dez centímetros e estava doendo muito, e eles ainda estavam forçando para fazer o parto, aí rasgou tudo. Mas eu acho que eles ultrapassaram o limite. Eu tive bastante pontos, não sei a quantidade que foi, e quando eu perguntei para o médico, ele falou que não contava pontos, e que só fazia o que precisava ser feito. Me senti envergonhada na hora que eu ganhei, pois tinha muita gente.” (P6, P11, P19, P20)

DSC7 – “Tiveram que me levar para cesárea, eu sofri bastante porque, ninguém me explicou nada do que ia acontecer, só me levaram para a sala. Eu achei que demorou bastante, passava uma, passa outra e outra. Até achei que não ia dar tempo. Eu vim com muita dor e fiquei esperando o anestesista chegar, o médico quis que colocassem a sonda sem dar anestesia primeiro. Eu achei bem desconfortável. Aí na hora da contração a enfermeira estava colocando a sonda. Nossa! eu gritei bastante, foi bem doloroso. A outra enfermeira falou para ela esperar, e mesmo assim ela continuou. O anestesista me tratou muito mal (choro), quando entrei na sala ele estava falando umas coisas muito arrogantes. Na hora que eu pedi explicação, já começaram a me segurar pelos braços e vieram dar a injeção mim, mas lembro que o anestesista fez um comentário do tipo: “vou acabar logo, porque eu quero ir no puteiro, e assistir ao jogo”, ele falou para eu deixar as costas curvadas, reta, não lembro, uma coisa assim, depois ele falou assim: “não é pra empinar a bunda, é pra você arrumar as costas.” (P8, P10, P13)

TEMA 2: Conhecimento sobre violência obstétrica

IC04 – Entendimento sobre violência obstétrica

O entendimento das mulheres sobre VO apresentou nuances variadas, revelando desde a ausência de informações até percepções mais detalhadas sobre práticas consideradas desrespeitosas ou abusivas.

DSC8 – “Eu nunca escutei falar sobre isso, então não sei explicar o que é e se eu passei ou não por isso. Ninguém me explicou o que é violência obstétrica, em nenhum momento, nem no pré-natal, nem no hospital, ninguém comentou nada comigo”. (P4, P11, P18, P20)

DSC9 – “Não sei exatamente o que é, mas já ouvi falar, só não sei explicar, nunca entrei a fundo para tentar entender ao certo. Mas, seria quando o médico faz alguma coisa na hora de te examinar? ou quando machuca o bebê? Já ouvi falar que vai de pequenos comentários a gestos desagradáveis. Seria tentar forçar o parto normal? Por exemplo, ficar falando para a mãe fazer força na hora errada, tentar fazer nascer a força, porque eu acho que até para o parto normal tem hora certa para fazer força, para não ter grandes lacerações, o bebê vai nascer na hora dele e tem muitos lugares também que tenta forçar”. (P6, P7, P12)

DSC10 – *“Eu acho que é ficar fazendo pressão na cabeça, falando coisas desnecessárias na hora do parto. Não respeitar a decisão da mulher na hora do parto quanto a posição que quer ficar, dizer para não ficar em tal posição, ou mandar se deitar na hora de ganhar. Fazer aquele “piquezinho”, cortar sem autorização, as vezes porque não tem paciência de esperar o bebê sair, quer adiantar e faz. Fazer coisas durante o parto que podem até ser prejudicial para a saúde da mulher e do bebê, como empurrar a barriga para baixo ou montar na barriga, isso para mim é violência obstétrica. Colocar aquele ferro que eu já vi, o fórceps, não deixar o pai entrar na cesárea. Acho que é não ter paciência para conversar, ser grosso com o jeito que fala, maltratar.”* (P1, P2, P3, P5, P8, P9, P10, P13, P14, P15, P16, P17, P19)

IC5 – Fonte de informação sobre violência obstétrica

Boa parte das puérperas relataram a busca por conhecimento nas redes sociais, especialmente em plataformas como *Google, Instagram e TikTok*, onde seguem profissionais de saúde e acompanham relatos de outras mães. Além disso, experiências negativas compartilhadas por amigas também contribuem para alertar sobre práticas inadequadas e reforçar a necessidade de vigilância.

DSC11 – *“Pesquisei bastante coisa sobre o nascimento, e até o que seria melhor entre o parto e a cesárea, então aparecia bastante coisa sobre violência na internet, no Google, no Instagram e no Tik Tok, vejo o relato de outras mães nos comentários. Também ouvi no curso para gestantes, teve uma enfermeira que falou sobre o assunto, ela me aconselhou sobre o que era melhor, e o que não era. Quando vim aqui no hospital fazer a visita na maternidade, a enfermeira explicou bastante coisa. Na verdade, todo mundo comenta que não pode o “piquezinho”, que é ilegal, que agora é proibido, então soube dessas coisas pelas pessoas também. As amigas contam como foi horrível o parto delas, então eu fiquei bem atenta na hora do meu parto, e se alguém quisesse fazer algo do tipo, já não aceitaria de imediato”.* (P1, P2, P3, P6, P7, P9, P10, P13, P14, P15, P16, P17)

DISCUSSÃO

A assistência obstétrica recebida no ciclo gravídico puerperal foi percebida por algumas puérperas de forma positiva, envolvendo escuta ativa, prontidão dos profissionais para esclarecer dúvidas, suporte das enfermeiras, além de agilidade no atendimento. No entanto, situações em que as mulheres não se sentiram acolhidas e orientadas o suficiente, desassistidas, desrespeitadas e constrangidas foram relatadas por outras participantes. Esta ambivalência na percepção da assistência demonstra a fragilidade do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Ao longo dos anos, a saúde da mulher tem sido constantemente colocada como prioridade nas políticas públicas de saúde nacional e internacional. Essa relevância é corroborada pelo fato de o tema estar entre os objetivos estabelecidos na Agenda de 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), se encontrando como parte do Objetivo 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ONU, 2000).

A qualidade da assistência é complexa e envolve o processo do atendimento ofertado as puérperas, a estrutura física, a disponibilidade de profissionais capacitados, a localização geográfica da unidade e recursos disponíveis, o que culmina na satisfação ou não da mulher (Donabedian, 2014).

A assistência obstétrica está relacionada ao cuidado oferecido às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério. Os modelos de assistência variam entre os países, mas existem tendências e recomendações internacionais que buscam humanizar o cuidado, garantir segurança e promover a qualidade no atendimento.

No intuito de garantir a humanização e a atenção de qualidade no ciclo gravídico puerperal, que tem início no momento da concepção e se estende até o puerpério, faz-se necessário acolher a gestante, realizar a escuta ativa, realizar atividades educativas e o esclarecimento de dúvidas baseadas em evidências científicas, incluí-las na tomada de decisões, garantir recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários (Brasil, 2017). É essencial que a assistência qualificada esteja presente para que as mulheres vivenciem uma experiência positiva de parto. De acordo com a OMS, o atendimento respeitoso, baseado em boas práticas e livre de intervenções desnecessárias, contribui significativamente para a saúde e o bem-estar materno e neonatal. A presença de profissionais capacitados, o respeito às escolhas da mulher, o controle adequado da dor e o suporte emocional são aspectos fundamentais para garantir um parto seguro e humanizado. Dessa forma, investir na qualificação da assistência obstétrica é essencial para transformar o modelo de cuidado ao parto, promovendo autonomia, segurança e respeito às gestantes (WHO, 2018).

Na região nordeste do Brasil, um estudo demonstrou que a percepção positiva da assistência por puérperas relacionou-se com algumas práticas no contexto da humanização do parto, assim como com o cuidado e atenção prestada

pelos profissionais no processo de gestar, o que consideraram fazer toda diferença, e serem essenciais nessa fase da vida da mulher (Aragão; Santos, 2023).

Por outro lado, vivências negativas e o desapontamento de algumas puérperas com a assistência recebida, demonstram a necessidade de reorganizar o processo de trabalho, ofertando assistência acolhedora, ética, humanizada e atenta às necessidades individuais das gestantes. Enfatiza-se a importância da equipe de saúde em assumir a responsabilidade acerca da oferta de orientações claras no decorrer do período perinatal (Viana et al., 2024).

É de conhecimento que aproximadamente 98% dos nascimentos no país ocorrem em instituições hospitalares. O modelo de assistência passou a ser considerado intervencionista, resultando em menor autonomia para as mulheres, altas taxas de cesariana e de intervenções excessivas, como episiotomias e uso de ocitocina (BRASIL, 2017; UNICEF, 2021; REHUNA, 2021). Em contrapartida, existe um grande movimento pela humanização do parto, com a adoção de boas práticas no SUS, como o programa Rede Cegonha, o incentivo ao protagonismo da mulher e uso de enfermeiras obstétricas e doulas (Nunes et al., 2022).

Nos últimos anos, esses movimentos sofreram algumas modificações. No ano de 2022 o programa Rede Cegonha foi substituído pelo programa Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) (BRASIL, 2022). Porém, logo no ano de 2023, a portaria que instituíra o RAMI foi revogada, sendo atualizada novamente em setembro de 2024 com a criação da Rede Alyne, apresentando como um de seus objetivos a adoção de práticas baseadas em evidências científicas na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2024).

Entre as inovações da Rede Alyne, pode-se destacar a garantia do acesso ao cuidado compartilhado entre atenção primária e atenção especializada ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto, promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais, redução da morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena, entre outras (BRASIL, 2024).

Tanto a OMS quanto o Ministério da Saúde (MS) recomendam a humanização do parto e nascimento. Indicam priorizar o parto vaginal, respeitar a individualidade e a escolha da mulher, garantir o acompanhante de sua escolha, reduzir as intervenções desnecessárias e ampliar o acesso a assistência obstétrica

(OMS, 2018; UNICEF; REHUNA, 2021). No entanto, apesar dos avanços da humanização no Brasil, ainda existe um longo caminho para reverter práticas intervencionistas excessivas e garantir o cuidado respeitoso e centrado na mulher.

As práticas inadequadas e desrespeitosas violam os direitos das mulheres e caracterizam-se como violência obstétrica. Além disso, a VO pode ainda ser caracterizada por desrespeito à lei do acompanhante, a ausência de informação e explicação sobre procedimentos, impedimento à liberdade de movimentação e escolha da posição para o nascimento, além do atendimento desrespeitoso a partir de falas de julgamento e/ou ofensas às mulheres (Souza, 2022).

Certos discursos apresentados pelas mulheres nesse estudo apontaram situações grosseiras e comentários inadequados por parte de profissionais de saúde, corroborando com alguns achados na literatura (Júnior *et al.*, 2021; Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020). No estudo qualitativo de Júnior *et al.* (2021) os principais tipos de VO que ocorrem durante a assistência ao parto foram o tratamento indigno com uso de linguagem severa e grosseira. Atitudes como gestos de deboche, falta de explicação sobre procedimentos e insensibilidade durante momentos de dor foram especialmente marcantes, impactando negativamente a experiência das mulheres em parir.

Um estudo realizado no Sul do País, apresentou que 5,8% das mulheres relataram o desrespeito por parte dos profissionais de saúde. O modelo de assistência intervencionista corrobora por vezes com situações de violência psicológica que estão presentes por meio de ofensas, humilhações, ameaças, deboches, repreensões e/ou maus-tratos. Tais experiências negativas são transmitidas e associadas ao processo de parir (Branco; Meucci; Paludo, 2024).

Em algumas falas das participantes foi possível observar a VO sendo cometida por algumas enfermeiras da maternidade em questão. Estudos mostram que a VO também pode ser praticada por profissionais da enfermagem, talvez pelo seu tempo de experiência e sua formação mais antiga ou por não compreenderem que os procedimentos contraindicados são agentes caracterizadores de VO (Nascimento; Souza, 2022).

No presente estudo, muitas mulheres relataram desconhecimento total do conceito de VO, destacando que nunca foram orientadas sobre o tema durante o pré-natal ou no hospital, o que reflete uma lacuna na educação em saúde e na comunicação sobre direitos reprodutivos. Outras, ainda que tenham ouvido falar

superficialmente, demonstram dificuldade em identificar ou explicar o que caracteriza a VO.

Conhecer sobre VO está diretamente relacionado a compreender os seus direitos reprodutivos. Quando uma mulher conhece seus direitos reprodutivos, ela está mais preparada para identificar situações de VO, reivindicar o cuidado adequado e, se necessário, buscar meios para denunciar e combater essas práticas (Meira; Sousa; Publio, 2023; Souza, 2022). A educação em saúde, direcionada para a compreensão do atendimento humanizado e fundamentado em evidências científicas, constitui uma estratégia essencial para prevenir e reduzir a ocorrência de VO durante o pré-natal, parto e puerpério, pois pode promover a autonomia da mulher (Lopes; Sossae; Ribeiro, 2024).

Embora a VO seja um tema amplamente discutido na atualidade, estudos corroboram com os achados nesse estudo e indicam que muitas mulheres ainda desconhecem seu significado. Esse cenário pode estar relacionado à dificuldade de acesso à informação. O estudo de Aragão (2021) demonstrou que, devido à falta de conhecimento sobre seus direitos e sobre esses abusos, algumas mulheres não conseguem identificar se já sofreram algum tipo de violência obstétrica, um dado também observado nesse estudo (Francisco *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2023; Arantes *et al.*, 2021).

Considerando as participantes que possuem maior clareza sobre o tema, elas apontaram situações como a realização de procedimentos sem consentimento, a falta de respeito às decisões da mulher sobre posições ou métodos durante o parto e atitudes insensíveis por parte dos profissionais, como pressão psicológica ou verbal. Intervenções forçadas, como episiotomias sem autorização, manobras inadequadas ou procedimentos dolorosos, também são reconhecidas como práticas violentas. Esses achados estão em consonância com os estudos de Souza (2022) e Leite *et al.* (2024), que também identificaram essas formas de violência obstétrica em suas pesquisas.

Pode-se perceber, a partir dos discursos, que, apesar do conhecimento de algumas puérperas sobre o tema, esse conhecimento era insuficiente, visto que, em alguns relatos, surgem situações consideradas como violência obstétrica, mas elas não as reconheceram. Assim como em outros estudos, as puérperas participantes têm dificuldade em reconhecer todas as formas de violência obstétrica que podem ocorrer nesse período (Pascoal *et al.*, 2020; Francisco *et al.*, 2023). Esse cenário

poderia ser diferente se os profissionais de saúde fornecessem orientações adequadas durante o pré-natal e a internação para o parto, ajudando as mulheres a identificarem e prevenir práticas inadequadas.

Além de fornecer orientações às gestantes durante o pré-natal, outra maneira de mantê-las informadas é realizando a visita guiada à maternidade de referência para o parto. O direito à vinculação e conhecimento prévio da instituição é garantido pela Lei nº 11.634/2007, esta prática oportuniza às gestantes ambientar-se com a unidade hospitalar e com as condutas adotadas pela instituição para o parto humanizado, promovendo também a aproximação entre profissionais e gestantes, contribuindo para a criação de vínculo e esclarecimento de dúvidas sobre o período gravídico puerperal (Brasil, 2007; Nunes *et al.*, 2022).

Destaca-se que no hospital do, a visita guiada à maternidade é realizada por enfermeiras. Algumas participantes afirmaram ter recebido as orientações sobre VO e esclarecimento de dúvidas durante a visita guiada.

Quando questionadas sobre o que é VO, naturalmente citaram as fontes de informação, entre elas a internet e relatos de mulheres conhecidas. Essas fontes de informação ajudaram algumas mulheres a se posicionarem com maior segurança durante o parto, identificando procedimentos inapropriados e exercendo seus direitos. Estudos mostram que a internet e a mídia possuem papel fundamental sob a crescente disseminação de informações sobre o tema refletindo de maneira positiva no acesso ao conhecimento dessas mulheres (Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020; Pascoal *et al.*, 2020).

Pesquisa qualitativa com 12 puérperas de um hospital filantrópico em Recife apresentou que apesar da internet ser uma fonte ágil para obter informações e ser amplamente utilizada pelo público em geral, incluindo as gestantes, ela pode apresentar dados fragmentados, inconsistentes, mal conectados e com referências inadequadas. Além disso, embora a internet seja uma fonte de informação, ela não substitui as ações de educação em saúde, que devem ser realizadas, sobretudo, durante o pré-natal, envolvendo as gestantes e seus familiares (VASCONCELOS *et al.*, 2020).

Os usuários do Instagram® possuem acesso a inúmeros conteúdos, sendo ele feito por pessoas físicas ou empresas. Pessoas físicas promovem a própria imagem e suas ideias (os chamados influencers ou influenciadores digitais), trazendo consigo experiências pessoais, muitas vezes não associadas as evidências

científicas. Deste modo, esta rede social também pode ser utilizada para a realização de práticas de educação em saúde, como alguns órgãos públicos realizam. Fontes de informação seguras, como a conta oficial do Ministério da Saúde, tem por objetivo fomentar mudanças de comportamentos nos seguidores para adoção de práticas saudáveis (Costa, Brito, 2020; Pinto, 2019).

Dentre as limitações do estudo, pode-se destacar que a entrevista ter sido realizada dentro do ambiente hospitalar pode ter reprimido as puérperas, bem como o fato do estudo ter sido realizado apenas em um serviço de saúde, assim, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas em outros serviços e com entrevistas fora do serviço de saúde, para que os resultados possam incrementar ou rejeitar os encontrados nesse estudo.

Este estudo pode contribuir fornecendo informações para os profissionais de saúde acerca da percepção da assistência obstétrica e o conhecimento das puérperas sobre a VO, oferecendo assim, subsídios para a melhora da assistência durante o ciclo gravídico puerperal dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos revelaram a complexidade das experiências das mulheres em relação à assistência obstétrica, destacando tanto aspectos positivos quanto desafios que impactam profundamente no ciclo gravídico puerperal. Enquanto algumas vivências são marcadas por acolhimento, respeito e suporte emocional, outras expõem falhas graves no atendimento, incluindo desinformação, práticas desrespeitosas e até violência obstétrica. A percepção das mulheres sobre esses eventos é influenciada por sua preparação prévia, pelas orientações recebidas e pela qualidade da interação com os profissionais de saúde.

Os discursos evidenciaram a importância da assistência obstétrica humanizada, pautada no diálogo, na autonomia da mulher e no cuidado integral. Promover a conscientização sobre os direitos das gestantes e assegurar a implementação de boas práticas são passos fundamentais para garantir experiências mais seguras e respeitosas. Além disso, ampliar o acesso à informação e capacitar as equipes de saúde são medidas indispensáveis para transformar o sistema obstétrico em um ambiente de acolhimento e empatia, prevenindo situações

de sofrimento e fortalecendo a confiança das mulheres em um momento tão marcante de suas vidas.

A mudança do modelo de assistência ao parto é necessária e a transição do modelo tecnocrático para o humanístico exige o fortalecimento de políticas públicas efetivas que garantam um atendimento respeitoso e baseado em evidências. O modelo tecnocrático, historicamente dominante, prioriza intervenções médicas excessivas, muitas vezes desnecessárias, como cesarianas sem indicação, episiotomias rotineiras e restrição da autonomia da mulher. Em contrapartida, o modelo humanístico valoriza o protagonismo feminino, o respeito às escolhas da gestante, a liberdade de posição no parto e a redução de intervenções desnecessárias. Para consolidar essa mudança, é essencial a formulação e implementação de políticas públicas que promovam capacitação profissional, ampliação do acesso a boas práticas obstétricas e fiscalização de serviços de saúde. Iniciativas como a Rede Cegonha e a atual Rede Alyne, assim como as diretrizes da OMS são exemplos de esforços nesse sentido. Além disso, a conscientização da sociedade e a garantia de direitos das mulheres são fundamentais para transformar a cultura obstétrica, assegurando partos mais seguros e humanizados dentro do SUS e na rede privada.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, T. E. B.; SANTOS, A. N. do S. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, 2023. DOI: 10.18471/rbe.v37.46421. Disponível em: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46421>. Acesso em: 05 dez. 2024.
- ARANTES, C.R. et al. Violência obstétrica na sala de parto: tipos de violência e perfil das vítimas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 77964–77980, ago. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n8-151. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34046>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- BACKES, M. T. S. *et al.* A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, supl. 4, p. e20200689, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>. Acesso em: 11 de março, 2025.
- BRANCO, M.A.; MEUCCI, R.D.; PALUDO, S.S. Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, 2024;32(2):e32020020 | <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020020> Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/JhwjzylYJYNN85JNC4HG3g/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 20 de jan. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ms Nº 2.228, de 1º de julho de 2022.** REVOGADO PELA PRT G/MS Nº 13 DE 13.01.2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html.

Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ms Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em 17 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Acesso em 16 dez. 2024.

CAMPOS, C.J.G.; SAIDEL, M.G.B. Amostragem em Investigações Qualitativas: Conceitos e Aplicações ao Campo da Saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 10, n. 25, p. 404–424, set./dez. 2022. DOI: 10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545>. Acesso em: 10 dez. 2024.

COSTA, M.A.; BRITO, M.L.A. A utilização da ferramenta Instagram para impulsionar o crescimento de uma pequena empresa. **Revista e-Acadêmica**, São Paulo, v. 1, n.2, 2020. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/8/8>. Acesso em: 20 de jan de 2025.

DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1 of Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Health Administration Press, reprinted; 2014.

FELIX, K. C. *et al.* A assistência de enfermagem no parto normal segundo percepção das puérperas. **Revista Multidisciplinar do Sertão**. v.05, n.3, p. 361-369, set. 2023. DOI: 10.37115/rms.v5i3.594. Disponível em: <https://www.revistamultisertao.com.br/index.php/revista/article/view/594/374>. Acesso em: 06 dez. 2024.

FRANCISCO, P.C. *et al.* Experiência e percepção de puérperas sobre violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, p. e12508, jul. 2023. DOI: 10.25248/reas.e12508.2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12508>. Acesso em: 16 dez. 2024.

JÚNIOR, A.M.F. *et al.* As faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 23, p. e7043, abr. 2021. DOI: 10.25248/reac.e7043.2021. Disponível em:

- <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/7043>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- KAPPAUN, A; COSTA, M.M.M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71–86, out. 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 502-7, abr.-jun. 2014. DOI: 10.1590/0104-07072014000000014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- LEITE, T.H. *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e12222023, set. 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.12222023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- LOPES, C.A.M.; SOSSAE, F.C.; RIBEIRO, M.L. A influência da educação em saúde dos acadêmicos de fisioterapia nas percepções das gestantes sobre a violência obstétrica: estudo sistemático. **Biosciences and Health**. v. 2, set. 2024. DOI: 10.62331/2965-758X.v2.2024.58. Disponível em: <https://bioscienceshealth.com.br/index.php/jbh/article/view/58/19>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 11 de março, 2025.
- MENDONÇA, Susana. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civitas: **Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899>. Acesso em: 11 de março, 2025.
- MEIRA, D. S.; SOUSA, R. S.; PUBLIO, C. A. M. Violência obstétrica como violação dos direitos humanos. **Revista Foco**, v. 16, n. 11, p. e3769, nov. 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n11-224. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3769>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v.5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 05 dez. 2024.
- MOREIRA, M.A.M. *et al.* Violência obstétrica no processo do abortamento. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 12, n. 2, p. e3166, jul.-dez. 2023. DOI: 10.22235/ech.v12i2.3166. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v12n2/2393-6606-ech-12-02-e3166.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2024.
- NASCIMENTO, R.C.; SOUZA, A.C.F. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. **REVISIA**.2022;11(2): 149-62. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n2.p149a162>. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/271/426>. Acesso em: 06 jun. 2025.

- NUNES, L. S. *et al.* Visita guiada à maternidade: perfil das gestantes e entendimento dos temas abordados. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, p. e-021201, mar. 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1214. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1214>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- OLIVEIRA, E.F. *et al.* Percepção de puérperas sobre a violência obstétrica: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 2, out. 2023. DOI: 10.25194/rebrasf.v11i2.1676. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1676>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [20--]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- PASCOAL, K.C.F. *et al.* Violência obstétrica na percepção de puérperas. **Nursing Edição Brasileira**, v. 23, n. 265, p. 4221-4232, ago. 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i265p4221-4232. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/636>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- PAULETTI, J.M.; RIBEIRO, J.P.; SOARES, M.C. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no *Facebook*. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 9, n. 1, p. 3-20, abr. 2020. DOI: 10.22235/ech.v9i1.2145. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n1/2393-6606-ech-9-01-3.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2024.
- PINTO, P. A. Marketing social e digital do Ministério da Saúde no Instagram: estudo de caso sobre aleitamento materno. **Revista eletrônica de comunicação informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1634>. Acesso em: 20 de jan de 2025.
- SILVA, F.C. *et al.* O saber de puérperas sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 13, p. e242100, 2019. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.242100. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242100/33740>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- SOUZA, D. A. J. Modelos de assistência ao parto e nascimento no Brasil: uma revisão de literatura. 2011. 37 f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DNFSF/1/tcc_dilma_sousa.pdf. Acesso em: 11 de mar, 2025.
- SOUZA, L. V. **‘Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir’ violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015)**. Orientador: Tania Maria Dias Fernandes. 2022. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2022.
- SOUZA, V.R.S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 34, p. eAPE02631, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>. Acesso em: 06 dez. 2024.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância; REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21**. Brasília: Unicef; Rehuna, 2021, 148 p. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2024.

VASCONCELOS, P.P. *et al.* Mídias sociais como fonte de conhecimento para o processo de parto normal. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70061>. Acesso em: 19 jan. 2025

VIANA, G.B. *et al.* Qualidade da assistência ao parto na percepção da mulher assistida na rede pública de saúde. **Nursing Edição Brasileira**, v. 27, n. 309, p. 10151–10156, mar. 2024. DOI: 10.36489/nursing.2024v27i309p10151-10156. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3165>. Acesso em: 16 dez. 2024.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** 2018, 210 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 dez. 2024.

WHO. World Health Organization. **Violência contra as mulheres.** [2000?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 05 dez. 2024.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos refletiram experiências marcadas pela atenção, acolhimento e respeito à individualidade de cada paciente. Algumas puérperas destacaram o apoio emocional e técnico das equipes médicas e de enfermagem, que contribuíram para minimizar o nervosismo e proporcionar confiança no processo, em contrapartida, outras também relataram sobre o desconforto com comentários grosseiros dos profissionais de saúde.

A valorização de práticas humanizadas, como o incentivo a posições confortáveis durante o trabalho de parto, a realização de massagens e o contato imediato com o bebê após o nascimento, reforça a importância da assistência obstétrica centrada nas necessidades e expectativas da mulher.

Esses discursos evidenciaram que a abordagem humanizada e informativa pode transformar um momento potencialmente desafiador em uma experiência positiva e memorável.

Também é possível notar que a violência obstétrica foi relatada, mesmo que de forma inconsciente. Assim, emerge como parte de um problema social e de saúde pública que exige maior conscientização, educação em saúde e mudanças nas práticas profissionais, para promover a assistência humanizada e ética.

É evidente que, embora o conhecimento sobre violência obstétrica esteja crescendo entre as mulheres, muitas ainda carecem de informações claras e acessíveis, o que dificulta o reconhecimento de práticas abusivas e o exercício pleno de seus direitos. A internet e as redes sociais têm desempenhado papel importante na disseminação de informações, mas é essencial que profissionais de saúde assumam uma postura proativa na orientação e no esclarecimento durante o ciclo gravídico puerperal.

Portanto, este estudo reforça a necessidade de intervenções integradas que priorizem o respeito, o acolhimento e o empoderamento das mulheres, com foco em práticas baseadas em evidências e na humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

- KAPPAUN, A; COSTA, M.M.M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **REVISTA PARADIGMA**, v. 29, n. 1, p. 71–86, out. 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- MOREIRA, M.A.M. *et al.* Violência obstétrica no processo do abortamento. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, v. 12, n. 2, p. e3166, jul.-dez. 2023. DOI: 10.22235/ech.v12i2.3166. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v12n2/2393-6606-ech-12-02-e3166.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2024.
- OLIVEIRA, E.F. *et al.* Percepção de puérperas sobre a violência obstétrica: Revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 2, out. 2023. DOI: 10.25194/rebrasf.v11i2.1676. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/1676>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- PEREIRA, M. S. *et al.* Impactos da violência obstétrica na saúde mental das puérperas do brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 2660–2676, set. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p2660-2676. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3636>. Acesso em: 07 dez. 2024.
- TEIXEIRA, L. *et al.* A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n.65, p.137-144, out. 2020. DOI: 10.13037/ras.vol18n65.7009. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7009. Acesso em: 09 dez. 2024.
- VIANA, G.B. *et al.* Qualidade da assistência ao parto na percepção da mulher assistida na rede pública de saúde. **Nursing Edição Brasileira**, v. 27, n. 309, p. 10151–10156, mar. 2024. DOI: 10.36489/nursing.2024v27i309p10151-10156. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3165>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- WHO. World Health Organization. **Violência contra as mulheres**. [2000?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 05 dez. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA

a) Dados pessoais e obstétricos

Iniciais do nome: _____ **Idade** ____ **Estado civil:** _____

Escolaridade: _____ **Ocupação:** _____

Raça/Cor: _____ **Religião:** _____

Número de gestações: ____ **Número de partos normais:** ____

Número de cesáreas: ____ **Número de abortamentos:** ____

Diagnóstico de alguma patologia materna ou fetal: _____

b) Dados da última internação

Tempo de trabalho de parto desde a internação: _____ horas _____ minutos

Data e hora do nascimento: ____ / ____ / 2024 às ____ horas _____ minutos

Idade Gestacional: ____ s ____ d **Estratificação de Risco:** _____

Tipo de parto atual

() Normal () Fórcepe () Vácuo () Cesárea Eletiva

() Cesárea Intra Parto

Presença do Acompanhante: () Sim () Não

Pergunta Norteadora: “Conte-me como foi sua experiência de gestação, parto e puerpério?”

Perguntas Auxiliares:

- “Houve procedimentos ou situações que te deixaram desconfortável ou constrangida nestes períodos? Fale-me sobre isso”
- “Na sua opinião, o que pode ser considerado como Violência Obstétrica? Fale-me mais sobre isto.”

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora:

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o cuidado à mulher durante o trabalho de parto, parto e cesárea seja seguro e uma experiência positiva para ela, seu filho e seus familiares, baseado nos direitos humanos e nos estudos científicos. Os cuidados respeitosos incluem manter a dignidade, a privacidade e o que é confidencial, assegurando a ausência de danos e maus tratos para permitir o apoio contínuo durante o trabalho de parto.

Convidamos você para participar desta pesquisa que está sendo orientada pela Prof.^a Dr.^a Catia Campaner Ferrari Bernardy, com o objetivo geral de desvelar a percepção de um grupo de puérperas sobre Violência Obstétrica do Norte do Paraná.

Esclarecemos que sua participação é muito importante e totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo que sua identidade não seja revelada. As gravações serão descartadas assim que a pesquisa puder ser publicada.

Você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Caso seja necessário atendimento de triagem psicológica inicial, você será encaminhada para o Hospital Universitário do Norte do Paraná (HU) e após o término do atendimento, retornará ao local de origem Santa Casa de Misericórdia de Cambé, custeado com recurso próprio da pesquisadora, previsto em \$49,80 através de aplicativo de transporte.

Os benefícios esperados para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão dados para a construção de conhecimento em saúde, oferecendo condições para o desenvolvimento de novas

pesquisas sobre o tema abordado, bem como para divulgar aos profissionais e serviços de saúde a percepção de um grupo de puérperas do norte do Paraná sobre violência obstétrica, a fim de atender cada vez melhor as mulheres.

A coleta de dados poderá expor você a riscos mínimos como constrangimento ao relatar sua experiência de parto ou cesárea. Sendo assim, terá a total liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento que for necessário, para então retornar de maneira mais tranquila, se avaliar que a pausa poderá ser benéfica. O tempo estimado de duração da entrevista é de 20 minutos. A pesquisadora ficará à disposição para uma conversa atenciosa, a fim de valorizar a sua experiência, esclarecer dúvidas ou oferecer alguma informação. A pesquisadora que realizará a pesquisa será responsável pela guarda das gravações por um período de três anos.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contatar: Catia Campaner Ferrari Bernardy,

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo impresso ficará à sua disposição, se assim o desejar.

Londrina, ___ de _____ de 2024.

Pesquisadora Responsável

(NOME
POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

ANEXOS

ANEXO A**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO**

Declaração de concordância do Serviço Envolvido

Londrina, 24 de junho de 2024

Ilma. Sra. Profa. Dra. Adriana Lourenço Soares Russo

Coordenadora do CEP/UUEL

Senhora Coordenadora,

Declaramos que nós da Santa Casa de Misericórdia de Cambé estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa " Percepção de Puérperas sobre Violência Obstétrica no Norte do Paraná" sob a responsabilidade de Profª Drª Cátia Campaner Ferrari Bernardy, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina.

Estamos cientes que a unidade de análise da pesquisa serão as puérperas que tiveram parto ou cesárea nesta instituição, bem como de que o presente estudo deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br MARILIA CAROLINA FERREIRA BITTENCOURT
Data: 24/06/2024 12:36:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Marilia Carolina Bittencourt
Santa Casa de Misericórdia de Cambé

ANEXO B
DECLARAÇÃO APOIO MENTAL

Local, 24 de julho de 2024


Ilma. Sra. Profa. Dra. Adriana Lourenço Soares Russo
Coordenadora do CEP/UEL

Senhora Coordenadora,

Declaro que eu, Profa. Dra. Regina Célia Bueno Rezende Machado, enfermeira, doutora e especialista em Saúde Mental, atualmente coordenando a sub área de conhecimento de saúde mental do departamento de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, estou de acordo em contribuir, caso seja necessário, no acolhimento inicial e em caso de necessidade de continuidade de suporte, encaminhar para um serviço especializado, as puérperas participantes do projeto de pesquisa “Percepção de Puérperas sobre Violência Obstétrica no Norte do Paraná” sob a responsabilidade da pesquisadora Giovanna Moreira de Pontes Batilani, orientada pela Prof^a Dr^a Catia Campaner Ferrari Bernardy, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em Fev/2025.

Estou ciente que os gastos com o deslocamento das entrevistadas, do local de entrevista (Santa Casa de Cambé) até o Hospital Universitário do Norte do Paraná, e também seu retorno após atendimento, será custeado com recurso próprio da pesquisadora, previsto em \$49,80 através de aplicativo de transporte. Estou ciente que as unidades de análise da pesquisa serão através de entrevistas gravadas com puérperas que tiveram parto ou cesárea na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Cambé, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
 **REGINA CELIA BUENO REZENDE**
Data: 24/07/2024 13:09:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Regina Célia Bueno Rezende Machado
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO C
AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO NORTE DO PARANÁ

Pesquisador: GIOVANNA MOREIRA DE PONTES BATILANI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81253124.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.049.372