



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DIREITOS HUMANOS: ANÁLISE DO ENTENDIMENTO DE MULHERES SOBRE A (DES)HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO¹

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS HUMANOS: ANÁLISIS DE LA COMPRENSIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA (DES)HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

OBSTETRIC VIOLENCE AND HUMAN RIGHTS: ANALYSIS OF WOMEN'S UNDERSTANDING OF THE (DE)HUMANIZATION OF CHILDBIRTH CARE

Tathiany Rezende de Moura²

Vivianny Kelly Galvão³

Verônica Teixeira Marques de Souza³

RESUMO

A qualidade da assistência prestada às mulheres durante o trabalho de parto é preocupação de instituições nacionais e internacionais de saúde, que elaboraram guias para que a assistência seja prestada de forma respeitosa. Essas recomendações, porém, podem não aumentar o nível de informação das mulheres a respeito do tema. Por isso este estudo buscou analisar o entendimento de mulheres sobre violação de direitos humanos e violência obstétrica durante a assistência ao parto. Tratou-se de uma pesquisa quanti-qualitativa utilizando-se formulários e entrevistas semiestruturadas com mulheres que tiveram um ou mais filhos por via vaginal ou cesárea. A análise de dados quantitativos foi feita de forma descritiva e a qualitativa na forma de análise de conteúdo. Conclui-se que condutas consideradas como violência obstétrica e violação

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

² Doutoranda em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas, bolsista CAPES. Centro Universitário Tiradentes, Maceió, AL, Brasil.

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas. Centro Universitário Tiradentes, Maceió, AL, Brasil.

dos direitos humanos não são percebidas pelas mulheres como tal, pois só foi possível identificar a existência dessas condutas na análise qualitativa.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica. Violações dos Direitos Humanos. Parto.

RESUMEN

La calidad de la asistencia que se brinda a las mujeres durante el trabajo de parto es una preocupación de las instituciones de salud, las cuales han desarrollado guías para que la asistencia se brinde de manera respetuosa. Sin embargo, es posible que estas recomendaciones no aumenten el nivel de información de las mujeres sobre el tema. Por lo tanto, este estudio buscó analizar la comprensión de las mujeres sobre las violaciones de los derechos humanos y la violencia obstétrica durante la atención del parto. Esta fue una investigación cuantitativa y cualitativa con mujeres que dieron a luz por vía vaginal o por cesárea. El análisis de datos cuantitativos se realizó de forma descriptiva y cualitativa en forma de análisis de contenido. Se concluye que las conductas consideradas como violencia obstétrica y violación de los derechos humanos no son percibidas como violaciones por las mujeres.

PALABRAS-CLAVE: Violencia Obstétrica. Violaciones de los Derechos Humanos. Parto.

ABSTRACT

The quality of assistance provided to women during labor is a concern of national and international health institutions, which have prepared guidelines so that assistance is provided in a respectful manner. These recommendations, however, may not increase women's level of information on the subject. This study aimed to analyze the understanding of women about human rights violations and obstetric violence during childbirth care. This was a quantitative and qualitative research using forms and semi-structured interviews with women who had one or more children vaginally or by cesarean section. Quantitative data analysis was done descriptively and qualitatively in the form of content analysis. We conclude that behaviors considered as obstetric violence and violation of human rights are not perceived by women, as it was only possible to identify the existence of these behaviors in the qualitative analysis.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Human Rights Abuses. Childbirth.

* * *

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil demonstram preocupação com a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, em termos da qualidade da assistência ofertada, recursos técnicos, práticas assistenciais e experiência das mulheres durante o processo (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Em 2014, a OMS preocupou-se com a assistência ofertada às mulheres relacionando aos direitos humanos, afirmando que muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, o que viola o direito

ao cuidado digno e respeitoso. Nessa declaração a OMS orienta medidas para que sejam eliminados o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto (OMS, 2014).

No contexto nacional, em 2017, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais e Assistência ao Parto Normal ressaltando a importância da qualificação da atenção à gestante, para garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende. As diretrizes, destinadas aos profissionais da assistência objetivam sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e fornecer subsídios e orientação no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Posteriormente, em 2018, a OMS publicou suas recomendações sobre os cuidados intraparto para uma experiência positiva, destacando a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência do trabalho de parto e parto utilizando uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. As diretrizes apresentam um modelo global de atenção durante o parto, considerando a complexidade e a natureza diversa dos modelos de atenção prevalentes e da prática contemporânea (OMS, 2018).

Apesar do grande valor dessas ações como ferramentas de humanização da assistência ao parto, os *guidelines* podem não aumentar o nível de informação das mulheres à respeito da qualidade da assistência prestada ao ciclo gravídico-puerperal, visto que são direcionadas aos profissionais. Dessa forma, este trabalho tem o objetivo de analisar a percepção das mulheres sobre direitos humanos e a violação dos mesmos na assistência obstétrica independente da via de parto, considerando como materiais de referência Diretrizes Nacionais e Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) e as Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018).

Procedimentos Metodológicos

Tratou-se de uma pesquisa quali-quantitativa, realizada online utilizando ferramenta virtual Google Forms para preenchimento dos questionários e formulários e para realização das entrevistas foi utilizada a plataforma Zoom para celular e computador e aplicativo Whatsapp.

A coleta de dados ocorreu através de (1) formulário para coleta de dados sociodemográficos e obstétricos; (2) formulário a percepção de violação dos direitos humanos durante a assistência ao parto e (3) entrevistas online com roteiro pré-estabelecido e coleta de relatos de parto em que as mulheres relataram suas experiências nos momentos de trabalho de parto e parto em relação à assistência obstétrica, participação ativa no processo e respeito à autonomia.

Foram elegíveis para o estudo todas as mulheres primíparas e multíparas maiores de 18 anos, quem tenham acesso à *internet* e que tiverem partos por via vaginal ou cesárea eletiva ou de urgência à termo nos 24 meses anteriores à realização da pesquisa e que tenham retomado a vida sexual.

Foram adotados os critérios de exclusão: condição clínica desfavorável e/ou complicação grave no momento do parto que resultasse em internação da mãe e/ou do bebê em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); capacidade cognitiva materna reduzida ou ausente.

As participantes foram informadas previamente sobre o propósito da pesquisa, os riscos e benefícios e de que poderiam deixar de responder a qualquer uma das perguntas ou de participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus ou obrigação e, após entendimento, aceitaram participar da pesquisa ao clicar “sim” para a pergunta “Deseja participar da pesquisa?” ao final do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada sob o número CAAE 35818720.4.0000.5641 parecer número 4.312.794 do Comitê de Ética em Pesquisa com envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Tiradentes (Maceió/AL).

Utilizou-se uma metodologia mista, com métodos qualitativos e quantitativos. A pesquisa qualitativa, apesar de não permitir conclusões generalizáveis, propicia ouvir a voz das mulheres e facilita a compreensão dos dados quantitativos e da visão das mulheres sobre o tema.

A parte quantitativa se deu através de formulário de pesquisa para coleta de dados obstétricos como condição clínica da gravidez, quantidade de filhos e partos anteriores, idade gestacional no momento do parto, complicações no parto, variáveis de acesso à assistência, realização de episiotomia, uso de ocitocina sintética intravenosa e adoção de posição litotômica no momento do parto e sociodemográficos, a citar: data de nascimento, raça/cor autorrelatada (branca, amarela, parda, negra), instrução (ensino fundamental, médio ou ensino superior completo/incompleto), estado civil (solteira,

casada, divorciada, união estável), procedência (cidade de origem), ocupação (atividade remunerada).

Foi aplicado, também, um formulário elaborado para entender a percepção das mulheres sobre o respeito aos direitos humanos na assistência ao parto e a violação deles quando realizadas intervenções desnecessárias, não explicadas e/ou não consentidas pela mulher e que possam levar a disfunções sexuais após o parto. O formulário elaborado para esta pesquisa foi transcrito para a plataforma Google Forms e a participante teve acesso após receber link de participação, ler e aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa.

Constavam no formulário as perguntas: “Você considera que teve um parto humanizado?”, “Durante o trabalho de parto e parto você recebeu um cuidado de saúde digno e respeitoso?”, “Você considera que foi tratada com compaixão durante o trabalho de parto e parto?”, “Você considera que teve algum direito humano violado durante o trabalho de parto e parto?”, “Você considera que sofreu abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto na instituição em que foi atendida?”. Por se tratar de um questionário objetivo, as opções de resposta eram “sim” e “não”.

A análise quantitativa foi realizada na forma de estatística descritiva e a análise qualitativa se deu na forma de análise de conteúdo utilizando codificação dedutiva, análise temática com enumeração do tipo presença ou ausência (qualitativa) e frequência (quantitativa) e a o critério de categorização utilizado foi o critério semântico.

A metodologia qualitativa se deu através da coleta de relatos de parto através de entrevista aberta online com roteiro semiestruturado com a finalidade de obter uma análise aprofundada das experiências de parto, com relatos da experiência nos momentos de trabalho de parto e parto em relação à assistência obstétrica, participação ativa no processo e respeito à autonomia e disfunções sexuais no pós-parto.

Participaram das entrevistas, após explanação para justificar a importância deste trabalho, as mulheres que aceitaram, havendo uma dificuldade para realizar o cálculo amostral, pois, além da aceitação das participantes foi necessário um agendamento de acordo com a disponibilidade de participante e pesquisadora por conta do teor íntimo da entrevista.

As participantes foram convidadas a fazer seus relatos de parto com direcionamento da pesquisadora através de perguntas previamente elaboradas, de forma a coletar as experiências dessas mulheres no processo de parto e identificar as narrativas

das participantes no contexto do que esperavam do parto, como foram atendidas nas instituições, como o parto foi conduzido e se houve respeito à autonomia e participação ativa no processo do parto. As entrevistas aconteceram de forma online ao vivo pela plataforma Zoom ou pelo aplicativo *Whatsapp* para celular.

No roteiro semiestruturado constavam as perguntas: “Como foi o seu parto desde quando você começou a sentir as dores até depois que o bebê nasceu?”, “Você se sentiu respeitada durante o processo do parto?”, “Você sentiu que teve participação durante o processo do parto?”. Ao final, as participantes foram estimuladas a falar o que sentissem necessário sobre sua experiência de parto, caso as perguntas não contemplassem algo que gostariam de relatar.

A análise qualitativa se deu na forma de análise de conteúdo utilizando codificação dedutiva, análise temática com enumeração do tipo presença ou ausência (qualitativa) e frequência (quantitativa) e a o critério de categorização utilizado foi o critério semântico.

Por se tratar de uma entrevista *online*, houve a preocupação com a segurança das informações coletadas para assegurar a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem das participantes. Para isto, foi utilizada plataforma específica para armazenamento dos dados e os relatos de parto foram coletados em ambiente privativo da pesquisadora com utilização de fones de ouvido. As entrevistas foram armazenadas em “nuvem” (armazenamento online do One Drive) utilizada exclusivamente para armazenamento dos dados de pesquisa com acesso através de e-mail criado unicamente para a realização desta pesquisa, protegido por senha de conhecimento apenas da pesquisadora principal.

Antes de iniciar o processo de resposta dos formulários, a participante foi informada a respeito do estudo, seus objetivos e riscos, bem como da informação de que se trata de uma pesquisa desenvolvida como Tese de Doutorado. Para prosseguir como voluntária, a participante precisava clicar no checkbox, informando assim ter entendido e aceitar participar do estudo por livre e espontânea vontade, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os questionários e formulários estavam disponíveis para resposta apenas após aceitação da participação na pesquisa.

As participantes, por conta do caráter online da pesquisa e da facilidade de encaminhamento umas para as outras, são de diversas cidades do país, caracterizando uma amostragem não probabilística por bola de neve, em que participantes convidam outras participantes. Ao final, 277 mulheres responderam à parte quantitativa da

pesquisa e 36 participaram da etapa qualitativa, no período de fevereiro a junho de 2021.

Resultados e Discussão

Na etapa quantitativa, foram entrevistadas 277 mulheres com uma idade média de 32,1 anos ($\pm 5,0$) anos. Das participantes 57,4 % eram brancas, 63,5% eram casadas, 79,4% possuíam o ensino superior completo. Ocupação remunerada foi confirmada por 71,5% das entrevistadas, com uma renda familiar de 4 a 10 mínimo em 35,7% das entrevistadas (Tabela 1).

Tabela 1: Características gerais das entrevistadas

Variável	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
IDADE	32,1	5,0	18,0	44,0
Variável/Categoria	Frequência		Percentual	
Raça/cor				
Amarela	12		4,3	
Branca	159		57,4	
Negra	16		5,8	
Parda	90		32,5	
Estado civil				
Casada	176		63,5	
Divorciada	4		1,4	
Mora junto	54		19,5	
Solteira	9		3,3	
União estável	34		12,3	
Instrução				
Fundamental completo	2		0,7	
Médio completo	17		6,1	
Médio incompleto	2		0,7	
Superior completo	220		79,4	
Superior incompleto	36		13,0	
Renda Familiar				
Menos que 2 salários-mínimos	27		9,8	
De 2 a 4 salários-mínimos (R\$ 2.090,01 a R\$ 4.180,00)	74		26,7	
De 4 a 10 salários-mínimos (R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00)	99		35,7	
De 10 a 20 salários-mínimos (R\$10.450,01 a R\$ 20.900,00)	57		20,6	
Acima de 20 salários-mínimos (R\$ 20.900,01 ou mais)	20		7,2	
Exerce atividade remunerada (trabalho)				
Não	79		28,5	
Sim	198		71,5	

A Tabela 2 apresenta variáveis relacionadas à gestação e ao parto. Entre as participantes, 83,8% afirmaram que a gestação não foi de risco, 82,7% não teve complicação no momento do parto, 87,4% dos bebês estavam cefálicos. A maior parte das participantes tem o último parto por via cesariana (54,2%) de forma eletiva (19%),

72,9% tiveram seus filhos em maternidade privada e 94,2% das mulheres tiveram um acompanhante de sua escolha, não classificando se foi possibilitado durante todo o processo de trabalho de parto e parto.

Nesta pesquisa, 94,2% das mulheres tiveram um acompanhante de sua escolha, não classificando se foi possibilitado durante todo o processo de trabalho de parto e parto e 75,1% tiveram contato pele a pele com o bebê imediatamente após o parto, independente de amamentar ou não na primeira hora de vida. Com relação à amamentação, 63,5% puderam amamentar o bebê na primeira hora de vida, mesmo que o bebê não tenha efetivamente mamado neste período.

Tabela 2: Estatística descritiva das variáveis relacionadas a gestação e ao parto

Variável/Categoria	Frequência	Percentual
Foi uma gestação de risco?		
Não	232	83,8
Sim	45	16,3
Teve complicações no momento do parto?		
Não	229	82,7
Sim	48	17,3
O bebê estava:		
Cefálico (cabeça para baixo)	242	87,4
Não sei	16	5,8
Pélvico (sentado)	16	5,8
Transverso (deitado)	3	1,1
O último parto foi:		
Cesárea	150	54,2
Vaginal	127	45,9
Se foi cesárea, qual tipo?		
Eletiva (marcada com antecedência)	53	19,1
Emergência	28	10,1
Intraparto (entrou em trabalho de parto, mas foi houve necessidade de cesárea)	71	25,6
Não foi cesárea	125	45,1
Local do último parto:		
Casa de parto	2	0,7
Maternidade privada	202	72,9
Maternidade pública	58	20,9
Parto domiciliar planejado	14	5,1
Parto em transferência (no carro, na ambulância, em casa sem planejamento)	1	0,4
Você teve um acompanhante de sua escolha?		
Não	16	5,8
Sim	261	94,2
Foi proporcionado contato pele e pele com o bebê na primeira hora após o parto (independentemente de ter amamentado)?		
Não	69	24,9
Sim	208	75,1
Foi proporcionada amamentação na primeira hora após o parto (mesmo que o bebê não tenha mamado)?		
Não	101	36,5
Sim	176	63,5

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3, apresenta variáveis relacionadas à assistência humanizada e percepção de direitos humanos independente da via de parto. Das mulheres participantes, 29,2% consideram não ter tido um parto humanizado, 88,8% afirmam ter recebido um cuidado de saúde digno e respeitoso e 83% consideram que foram tratadas com compaixão durante o trabalho de parto e parto. Sobre a percepção de violação de direitos humanos, 18,1% consideram que teve algum direito humano violado durante o trabalho de parto e parto e 10,1% consideram ter sofrido abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto.

Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis relacionadas à assistência humanizada e percepção de direitos humanos independente da via de parto

Variável/Categoria	Frequência	Percentual
Você considera que teve um parto humanizado?		
Não	81	29,2
Sim	196	70,8
Durante o trabalho de parto e parto você recebeu um cuidado de saúde digno e respeitoso?		
Não	31	11,2
Sim	246	88,8
Você considera que foi tratada com compaixão durante o trabalho de parto e parto?		
Não	47	17,0
Sim	230	83,0
Você considera que teve algum direito humano violado durante o trabalho de parto e parto?		
Não	227	82,0
Sim	50	18,1
Você considera que sofreu abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto?		
Não	249	89,9
Sim	28	10,1

Fonte: Elaboração própria.

Na etapa qualitativa foram entrevistadas 36 mulheres e o roteiro de entrevista foi elaborado utilizando como referência os *guidelines* da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. As participantes responderam às perguntas constantes no roteiro de entrevista e, ao final, foram estimuladas a falar livremente o que sentissem necessidade.

A análise foi dividida em dois códigos: violência obstétrica e experiência de parto. O código “Violência Obstétrica” abordou aspectos da assistência que violam a autonomia da mulher, condutas desrespeitosas, não informadas e/ou não consentidas e características do ambiente hospitalar. O código “Experiência de Parto” tratou da percepção das entrevistadas sobre a experiência de parto que viveram, independente da via de parto ter sido vaginal ou cesariana.

Neste trabalho foram consideradas como violência obstétrica características da assistência ao parto que contrariam as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) e as Recomendações da Organização Mundial da Saúde: cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018).

A OMS recomenda garantir a privacidade e a confidencialidade em todos os momentos e que se deve respeitar e responder às necessidades, preferências e perguntas da mulher com uma atitude positiva (OMS, 2018). No entanto, percebe-se nos relatos de algumas mulheres a linguagem desrespeitosa utilizada nos momentos de vulnerabilidade da mulher:

“[...] uma técnica de enfermagem que me chamou de fresca porque eu estava com muito medo da anestesia, porém o anestesista a repreendeu no mesmo momento do infeliz comentário” (E7).

“Eu aos prantos, o anestesista chegou, toda aquela posição que você tem que sentar né, para fazer a anestesia. O anestesista chegou e falou assim “e aí mãezinha tudo em paz?”. Eu virei para ele, estava aqui atrás de mim, eu virei para ele e falei assim “tudo em paz para quem? Eu estou aqui há 11 horas tentando ter o meu filho de parto normal e eu não vou conseguir”. E aí aquele silêncio na sala...” (E14).

“[...] o anestesista falou assim “não precisa você gritar tanto assim”. Ele ficou reclamando, disse que eu estava gritando demais e que como se isso fosse rude, grosseiro ou sei lá” (E15).

“Fui para a sala de anestesia. Eu tenho uma tatuagem gigante e aí é um idiota lá ficou zuando com a tatuagem né, falando que não ia dar pra dar anestesia por causa da minha tatuagem. E aí eu tava com tanta dor, esse cara falando e eu nem consegui prestar muita atenção nele” (E18).

A equipe assistencial deve oferecer à mulher e sua família as informações de que precisam de forma clara e concisa (na linguagem falada pela mulher e sua família), evitando jargões médicos e utilizando materiais pictóricos e gráficos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos (OMS, 2018). Nesse sentido, a forma como são passadas as orientações aparece em um dos relatos:

“O médico eu já sabia que ele era mais grosso e mais avesso às coisas atuais, mais velhaco assim né ele falava “faz a força de boca fechada porque se eu soltasse o ar isso ia me atrapalhar”, mas na verdade eu sei que é mais porque ele queria que eu não gritasse mesmo, mas acabei né tentando gritar menos porque eu não queria que ele fizesse nada que fosse atrapalhar ainda mais o parto” (E33).

Em outro relato, a participante enfatiza como tais frases podem ser marcantes na experiência do parto:

“[...] quando eu voltei para a sala entrou uma outra residente que eu não esqueço o nome dela. E aí ela falou assim. “Nossa, esse parto ainda não aconteceu?”, “nossa, que demora”, aí aquilo tipo toda hora entrava a professora e residente para ver como estava meu parto né...” (E18).

Mesmo quando não é a própria mulher a ouvir frases desrespeitosas, perceber que outra mulher em trabalho de parto está sendo tratada dessa forma, pode marcar a experiência de parto.

[...] uma coisa que me marcou muito durante o parto foi que na minha sala o ambiente lá na sala de parto tinha dois leitos e além de mim tinha outra moça do meu lado que também estava fazendo o parto, a gente não se via porque tinha tipo cortinas separando o lugar onde eu estava fazendo meu parto e o lugar onde estava fazendo o parto dela. Agora em relação a ela eu percebi que que teve, que eu escutei frases que hoje eu sei que não foram legais, sabe? “Você está exagerando nos gritos” “Você, ave Maria, não precisa disso para parir, desses gritos todos para parir” “Presta atenção, tem que fazer força na hora do da contração” (E25).

As recomendações sobre a comunicação com a mulher e seus familiares não se referem apenas ao trabalho de parto. Durante o pré-natal a mulher deve ser informada, dentre outras coisas, sobre riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto, estratégias de controle da dor e seus riscos e benefícios, organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto e os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem-informadas (BRASIL, 2017). Porém, apesar de haver tais recomendações, foi presente em um dos relatos uma postura diferente por parte do profissional, o que motivou uma mudança de médico :

“[...] bem antes do parto com as minhas pesquisas, antes de trocar de ginecologista obstetra, eu ia no obstetra da minha mãe que a gente sempre vai, né, porque a mãe que leva a gente... E ao perguntar para ela sobre partos, a possibilidade de ter um parto normal e ele rápido e prontamente disse “de jeito nenhum! Eu não vou ficar horas com você para ter um parto normal e de repente ter que partir para cesárea, não vale a pena financeiramente” então isso ficou muito marcado para mim, não à toa que troquei de obstetra” (E20).

Assim como pode acontecer antes do trabalho de parto, o uso de frases desrespeitosas foi relatado por uma das participantes após o parto, na forma de brincadeira e ironia:

“Houve uma (frase) negativa, que é uma brincadeira entre aspas, que fazem eu acho que com todas as mães que saem da maternidade pública e entendo o porquê da brincadeira, mas acho que é absolutamente sem propósito. Que é quando eu estava saindo com o meu bebê no dia da minha alta praticamente todo profissional e até mesmo o vigia falou “até ano que vem, até ano que vem”, sabe? Uma coisa irônica que imagino que não aconteça numa maternidade particular” (E28).

A comunicação e a linguagem utilizada para se comunicar com a mulher e seus familiares estão presentes nas recomendações nacionais e internacionais de assistência ao parto, porém nos relatos foi presente uma postura diferente da recomendada por parte dos profissionais da assistência, o que pode gerar desconforto, insegurança e propiciar uma experiência de parto negativa para essas mulheres, mesmo que a linguagem e a comunicação não sejam a totalidade da experiência de parto.

Recomenda-se que a equipe ofereça suporte à mulher e entenda que ela tem uma escolha e garantir que suas escolhas sejam apoiadas (OMS, 2018), porém uma das entrevistadas recusou, no momento do trabalho de parto, a episiotomia e preferiu a laceração espontânea, porém a reação da equipe não foi de apoio à sua decisão:

[...] eu me senti estranha e com medo porque a médica, não a que estava comigo antes, outra médica achou muito absurda a questão da laceração natural, ela queria fazer a episio e eu não deixei. Enfim ela me costurando e me chamando de maluca o tempo inteiro: “menina, mas meu Deus do céu, nunca vi uma coisa dessa!”, costurando e falando. E eu “não doutora, pode deixar assim mesmo, nosso corpo está pronto, meu corpo está pronto para se recuperar disso aí é bobagem” (E28).

Na análise, foram consideradas também as condutas não recomendadas, ou seja, as que estiverem em discordância com as recomendações do Ministério da Saúde (2018) e da Organização Mundial da Saúde (2019). Nesta pesquisa, 10,1% das participantes afirmaram ter passado por manobra da Kristeller, porém desde 2017, quando foram publicadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a manobra de Kristeller não é recomendada no Brasil (BRASIL, 2017). A Organização Mundial da Saúde também não recomenda a aplicação de pressão manual do fundo para facilitar o parto (OMS, 2018).

Nos relatos aparece também a realização da manobra Kristeller, pressão manual no fundo do útero:

“O médico empurrou minha barriga pra ela sair, porque ele disse que ela estava encostada demais na minha costela e eu não ia conseguir sozinha, e eu tava muito fraca. Ele disse “eu vou ter que empurrar para ela conseguir sair porque você não vai conseguir”. Depois disse “eu vou dar um corte para poder ajudar a sair”. Eu disse “pode fazer” estava tão desesperada que saísse que eu disse “pode fazer”. E aí ela fez o corte ele empurrou e a minha filha saiu, só que quando minha filha saiu, que teve laceração” (E21).

“o médico fez corte e também foi para cima de mim porque ele achava que ele não podia sair naturalmente para poder não ter problema posterior” (E23).

Um estudo publicado em 2015, analisou 9473 partos espontâneos ou assistidos a termo com apresentação cefálica e comparou os grupos em que foi realizada a pressão manual no fundo do útero e observou que, nos bebês, quando realizada a manobra houve maior incidência de distocia de ombro, acidose fetal e índices de Apgar baixos. Nas mulheres, a aplicação da manobra foi associada a uma menor chance de períneo íntegro em partos espontâneos e uma maior incidência de lesão de esfíncter anal. Tal estudo concluiu que as possíveis vantagens da aplicação da pressão manual no fundo do útero não puderam ser avaliadas e que como qualquer intervenção obstétrica, a manobra deve ser usada com prudência e mediante avaliação clínica cuidadosa (FURRER *et al*, 2015).

Em 2018, uma revisão sistemática publicada pela Cochrane Library objetivou determinar se a pressão do fundo é eficaz no parto vaginal espontâneo e na prevenção da necessidade de parto operatório e explorar os efeitos adversos maternos e neonatais relacionados à pressão do fundo e, ao analisar nove estudos randomizados controlados, concluiu que não há evidências suficientes para concluir se o uso da pressão do fundo é benéfico ou prejudicial (HOFMEYR *et al*, 2018).

“Fizeram a analgesia e depois que bolsa rompeu me levaram pra sala de parto e me colocaram deitada com as pernas apoiadas. Eu consegui sentir as contrações por um tempo. Sem dor, mas sabia das contrações. No entanto, depois parei de sentir e não sabia mais o que estava acontecendo e não sabia onde fazer força. Ficaram meio que me apressando, falando pra fazer força. Teve um momento uma das residentes subiu na minha barriga para empurrar e não estava ajudando em nada. Enquanto eu estive no hospital, acho que foi um período muito invasivo, pois sempre tinha uma pessoa examinando ou

fazendo toque, não por necessidade e sim porque lá tem faculdade de medicina.” (E6).

Foi presente também a realização da amniotomia precoce, quando é realizada a ruptura da bolsa com a intenção de acelerar o trabalho de parto. No relato em questão, foi realizado o procedimento, que não é recomendado, sem a informação e consentimento da paciente:

“Na consulta de 40 semanas, ela disse que não dava pra esperar. Que antigamente esperava porque não existia tantos exames, era de fazer um cálculo em cima da última menstruação da mulher, era uma coisa assim, não tão precisa, mas os exames de hoje são muito mais precisos, a gente tem noção, então não tem que estar esperando não. 40 semanas é a hora certa não existe negócio de gestação mais que isso não. Nessa consulta ela avaliou, fez um toque, ela só disse assim “vou romper aqui”, eu estava deitada ela disse “vou romper aqui”. E enfiou o dedo. Aí uma dor da pega. Ela pronto, descolei. Sangra e é normal e mostrou os dedos para mim, não se preocupe isso é normal. Eu fiquei arrasada com isso porque primeiro, ela não me disse que ia fazer isso. Eu não queria se fosse para acelerar algum processo, eu não queria que acelerasse né? E assim aquela coisa fria né, enfiou o dedo lá, me machucou porque dói, mostra o dedo de sangue tudo enfim” (E17).

Sobre a amniotomia (ruptura das membranas), as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal recomendam que a intervenção não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde também não recomenda o uso da amniotomia precoce com a finalidade de evitar o atraso do trabalho de parto e afirma que não há evidências claras de que os benefícios potenciais superam os danos potenciais e que são, portanto, práticas de parto desnecessárias que não são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis (OMS, 2018).

Em um dos relatos, a participante tinha havia planejado parto domiciliar acompanhada por equipe de enfermeiras obstetras, porém a equipe identificou necessidade de transferência para a maternidade, onde a participante relata que, após perceber que se tratava de uma transferência de parto domiciliar planejado, a equipe hospitalar adotou uma postura desrespeitosa:

“Eu cheguei no hospital, os enfermeiros que me atenderam já ficaram assim meio desdenhando né, por porque dava para ver que eu estava na banheira, que eu estava com cabelo molhado. Eu cheguei com a enfermeira obstétrica, eles vêm “é parto humanizado?” falando assim

né, já ficaram meio achando ruim eu falando que era parto humanizado. Eles não me deixavam ficar numa posição confortável para me transferir, tinha que ser na marca e eu estava com muita dor né, porque eu estava quase parindo. Eu fiz muita força mesmo sem contração porque eu já estava com muita dor, estava muito desconfortável naquela posição. a médica também ficou segurando meu períneo, ela ficou com o dedo segurando, saiu a cabeça e ela ficou segurando com o dedo e doeu muito, até pedi pra ela parar, pra ela tirar, mas ela não tirou, eu fiz muita força e enfim nasceu.” (E16).

Foi presente, também, em alguns relatos a orientação de puxos dirigidos, contrariando a recomendação apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos (BRASIL, 2008).

“A obstetra de plantão pedia pra fazer força e não só pedia como ela tentava no momento que eu estava sentindo vontade de fazer força e eu vocalizava, eu gritava muito alto e no momento que eu gritava ela dizia que não era para eu gritar daquele jeito. Ela dizia que eu tava colocando a força na garganta, que não precisava eu gritar daquele jeito. Ela dizia pra não fazer essa força na garganta, que era força de fazer cocô. A enfermeira também repetia que era força de fazer cocô, que eu tinha que prender a respiração, que eu tinha que respirar fundo prender a respiração e fazer a força” (E19).

“A obstetriz me orientou a fazer no momento errado, porque depois a minha médica foi avaliar e eu não estava com dilatação total... E isso foi uma coisa muito difícil para digerir depois porque eu sou fisioterapeuta pélvica e eu sempre falo para as minhas pacientes para não fazerem força antes da hora e eu fui orientada errado, então isso para mim foi muito difícil, na hora que a gente é a paciente a gente não sabe avaliar e outra que eu não fiz o toque também né, como que eu ia saber que eu não estava com dilatação total?” (E24).

“Não teve kristeller, mas a médica foi bem inconveniente durante o pouco tempo que esteve por perto. A médica insistia em fazer puxo dirigido, manipulou meu períneo durante o expulsivo até eu conseguir demonstrar que não queria que ela me tocasse. Mesmo assim, vi pelo vídeo que ela continuou insistindo e fazendo essa manipulação. Eu estava na partolândia, sentia e ouvia tudo, mas não conseguia me comunicar com o mundo externo. Com minha filha já no colo, senti a dor mais desconfortável de todo o processo: era a obstetra tracionando o cordão umbilical exatamente em cima da minha laceração. Ardeu demais, muito mais do que a coroação da bebê” (E36).

Neste último relato, a entrevistada se mostra incomodada com a manipulação perineal, não descrita em detalhes, mas que não sua realização não foi consentida, contrariando a recomendação de que os procedimentos sejam explicados à mulher e que haja consentimento verbal e, quando apropriado, por escrito para exames pélvicos e

outros procedimentos (OMS, 2018), focando na mulher e não na tecnologia ou documentação (BRASIL, 2017).

Em um dos relatos, a participante relata não ter sido permitido que ela se alimentasse, contrariando as recomendações atuais são que mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água e que Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve (BRASIL, 2017, OMS, 2018).

“Eu acabei saindo de casa sem jantar nem nada e aí eu já estava com pouco de fome, perguntei pra eles se eu podia jantar eles falaram que eu não podia mais jantar porque se eu precisasse de uma cesárea. E então só me trouxeram gelatinas e daí já está começando a ficar com fome já tava meio incomodada, mas tranquila, a dor era mais incômoda, eu sabia que ia ter que ficar sem comer então azar né...” (E33).

A participação da mulher nas decisões sobre o seu corpo durante o parto, estão intimamente relacionadas com o conhecimento que ela possui sobre o funcionamento do seu corpo e seu entendimento sobre o ciclo gravídico-puerperal e, portanto, a ausência de conhecimento adequado sobre a fisiologia do trabalho de parto, a torna mais vulnerável às decisões das equipes de saúde e reduz seu poder de escolha (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

“Eu não gostei de do momento da cesárea, eu achei uma coisa meio fria, rápida, não gostei. Uma coisa que eu falei que eu sempre repito e digo isso para todo mundo é que se eu tivesse uma tiver uma nova gestação eu prefiro ter esse trabalho de parto novamente do que simplesmente marcar uma cesárea” (E2).

O parto normal é a via de parto de preferência das mulheres por razões como melhor recuperação no pós-parto, possibilitando maior autonomia, por ser a via de parto mais natural e saudável para mãe e recém-nascido, pela dor no parto normal ser momentânea e por já ter tido uma boa experiência de parto normal anterior, porém o medo da dor e a segurança da cirurgia cesariana influenciam na escolha da via de parto (PINHEIRO; BITTAR, 2013; KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Para a realização da cesariana eletiva, variáveis como intercorrências durante a gestação, número de consultas pré-natais e cesáreas anteriores não se apresentaram significativas. As variáveis mais associadas à realização de cesariana

eletiva foram ter a cirurgia de forma privada (particular ou por meio de plano de saúde) e ter a cor da pele autorreferida como branca (ROSSETO *et al.*, 2020).

A influência do profissional que acompanha o pré-natal e as orientações recebidas nesse período são decisivas na escolha do tipo, por isso faz-se problematizar com os profissionais de saúde sobre esta temática, buscando desmedicalizar esse momento da mulher e da família (COPELLI *et al.*, 2015). Foi presente nos relatos de parto a pressão dos profissionais pela realização da cesárea:

“A escolha do parto já pode se considerar uma primeira violência, pois, desde o início do acompanhamento, a obstetra me induziu ao parto cesariano. Descobri que desde o início ela estava me incentivando para eu fazer um parto eletivo, para não chocar com o casamento do filho dela que seria em outro estado, mas ela justificou que era porque minha bebê estava sentada. [...] Fiquei muito chateada, ela podia ter me avisado no início da gestação e eu poderia escolher continuar com ela ou com outro profissional. Teria mais liberdade para escolher meu parto e não parir de acordo com a agenda pessoal dela! Eu era paciente dela já a muito tempo. Minha mãe tinha sido paciente dela. Foi a médica que me colocou no mundo. Eu esperava mais cuidado, atenção com meu parto” (E4).

“[...] eu me senti coagida a fazer a cesárea, eu me senti humilhada depois disso. Quando eu fui no meu resguardo ela (a obstetra) avaliou, parecia que nunca tinha me visto na vida. Ela fez perguntas assim que parecia que nunca tinha me visto na vida, foi fria demais, muito fria. Ela disse assim “quer outro?” isso foi meio que tirando onda. Eu disse “quero” e ela disse “então se prepare porque o próximo vai ser cesárea também viu, nem venha porque é praticamente impossível depois da primeira cesariana fazer parto normal”. Assim o jeito dela é muito rude é muito agressiva sabe?” (E17).

[...] eu não cheguei a sentir contração nem tinha dilatação, acho que isso é uma das minhas frustrações maiores assim, eu não cheguei a sentir nada do que seria um parto normal. A médica disse que teria que ser cesárea... eu já estava, assim, um pouco ansiosa só pelo fato de já está começou acontecer alguma coisa né? Enfim não tive muito tempo de processar a informação, porque não tinha passado nada pela minha cabeça assim, sabe? E na hora eu bloqueei, bloqueei tudo assim, realmente, eu não consigo nem lembrar o que se passava na minha cabeça na hora. [...] Essa minha médica ela foi estranha comigo na cesárea. Tipo eles ficavam conversando assim, sabe? Ela contando da gravidez dela para outra médica e teve vários momentos de silêncio que ninguém falou comigo, eu fiquei assim sem saber o que estava acontecendo. Eu lembro que eu chorei muito, assim, e não de emoção, de tristeza. Na verdade, eu tenho muita tristeza de lembrar no dia. Eu achei que eu já estava melhor, mas eu acho que ainda é uma questão psicológica bem forte para mim. De eu ter sentido realmente que é a equipe que eu que eu contratei não bancou o que eu queria, o que

poderia ser feito né. Então, eu queria muito ter um parto normal, contratei uma equipe particular, não fiz nada pelo convênio” (E27).

“[...] eu me senti pressionada a ter que fazer uma cesárea com ele, ele inclusive me deu o valor me indicou um anestesista eu fui lá fiz a consulta com o anestesista, que também me passou o valor. E aí eu resolvi da minha cabeça tipo assim, tentar entrar pela emergência, sabe? Não só pelo fato de não pagar, mas pelo fato de assim “meu dinheiro ele não vai ver, também se for para ter cesárea eu vou ter cesárea na urgência. E aí o que que eu fiz, eu fui na maternidade, meu esposo tem uma colega que trabalhava lá na parte de atendimento e tal. E aí a gente foi né, eu fui com meu esposo, a gente foi conversar com essa menina, perguntamos sobre a equipe é e tal e aí eu peguei sugestões de qual o melhor médico. E aí eu resolvi ir no dia do plantão dele. Eu perguntei e segunda à noite era o plantão dele. E nisso já estava com a terceira cesárea marcada pelo meu outro médico né. E aí acabou que ele fez meu parto, foi super tranquilo, a equipe dele muito boa, não me senti invadida em nenhum momento assim, sabe, pelo contrário me senti bem acolhida. O anestesista ficou o tempo todo do meu lado conversando comigo né? E meu esposo entrou comigo né, ficou o tempo todo do meu lado” (E34).

A experiência de parto, seja cesárea ou vaginal, inicia-se no momento da admissão na maternidade, porém, diferentemente da cesárea eletiva, o parto vaginal acontece espontaneamente, não havendo uma previsão exata da data do nascimento. O momento da admissão na maternidade para o parto vaginal, já em trabalho de parto ativo, foi relatado como um momento desconfortável:

“Minha médica já tinha avaliado e visto a dilatação no consultório, mas quando cheguei na maternidade a enfermeira dizendo que queria fazer o exame do toque e eu com muita mesmo muita dor e disse “você não vai fazer exame de toque não porque a minha obstetra acabou de fazer e ela mandou vir para cá eu estou com 8 cm”. Ela disse “ah, mas é praxe”. Eu falei “não, não vai fazer, ela acabou de fazer, eu não quero que faça de novo” e brigando mesmo, acho que eu respondi umas 3 vezes para essa enfermeira, foi aí que a minha médica entrou e ela falou assim “não precisa fazer eu já fiz” (E31).

“Eu estava até que tranquila mesmo odiando o hospital profundamente e aí no hospital demoraram meia hora para permitir que eu subisse. Isso foi uma coisa que foi muito ruim para mim, que eu estava com muita dor né, num período do parto muito doloroso e não deixava subir pro quarto e aí eu subi para o quarto” (E32).

É comum, também, que as mulheres não tenham conhecimento adequado sobre os riscos e benefícios dos tipos de parto e dos acontecimentos relativos ao trabalho de parto e, por isso, acredita-se não estarem empoderadas para exercer sua autonomia nessa

decisão (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018; MOURA, 2019). Por isso, uma das formas de evitar a violência obstétrica é buscando informação de qualidade:

“Eu acho que a informação, mais do que tudo, a informação é o que salva as gestantes de ter parto ruim, de sofrer violência obstétrica, de ter uma vida traumatizada né... Eu acho que deveriam sim, essas informações serem amplamente difundidas para todo mundo e não só para quem tem condições de pagar né ou quem tem condições de buscar um grupo de parto natural mesmo que seja só para se informar e não tenha condições de bancar um enfim né... A gente sabe tem um custo alto né de bancar um parto domiciliar, mas isso deveria ser amplamente difundido e pelo que me parece não é... Porque se eu não tivesse ido atrás de todas essas informações talvez eu teria, sim, sido vítima ou de um parto violento ou de alguma cesariana desnecessária né, então isso eu acho bem importante deixar registrado assim que a informação não é divulgada e deveria ser muito divulgada entre as gestantes” (E22).

“Mas eu acho que isso acontece, em parte, por falta de informação da própria pessoa. Algumas coisas eu entendi que era errado bem depois do parto. Porque se eu soubesse, teria o direito de falar não” (E6).

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso (OMS, 2014) e relaciona a assistência obstétrica aos direitos humanos, enfatizando que uma abordagem baseada nos direitos humanos é sobre saúde e não patologias isoladas, isto é, com a premissa de empoderar as mulheres para reivindicar seus direitos, e não apenas evitar morte ou morbidade materna (OMS, 2018).

O termo “violência obstétrica” ficou conhecido por identificar a assistência obstétrica que desrespeita a mulher, retira sua autonomia e se apropria dos processos fisiológicos da gestação, parto e puerpério (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018), porém em 2019 o Ministério da Saúde emitiu um despacho no qual não recomenda o uso do termo “violência obstétrica” e justifica que a definição do termo violência está associada claramente a intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido (BRASIL, 2019).

Dias depois da publicação, o Ministério Público Federal emitiu uma recomendação em discordância com a abolição do termo violência obstétrica (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019), o que levou o Ministério da Saúde a se pronunciar novamente em resposta ao Ministério Público Federal, reconhecendo o direito das mulheres de utilizar o termo que melhor represente sua experiência de parto (BRASIL, 2019).

Desde 2014, a Organização Mundial da Saúde reconhece a violência obstétrica, na forma de desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde como violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente e recomenda ações no sentido de melhorar qualidade da assistência, o que envolve apoio governamental, programas para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materna, produção de dados sobre a assistência obstétrica e conscientização das mulheres sobre a assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto (OMS, 2014).

Percebe-se, portanto, que o termo “violência obstétrica” não tem uma definição exata, mas que pode caracterizar desde uma assistência na qual a mulher não se sentiu respeitada e acolhida pela equipe assistencial até a realização de procedimentos não informados e não consentidos e/ou que causaram aumento da dor, constrangimento ou qualquer outro desconforto à mulher, o que pode caracterizar, também violação dos direitos humanos das mulheres.

Considerações Finais

Esta pesquisa analisou a experiência de parto das mulheres participantes, seja parto vaginal ou por cesariana, e possíveis interferências da assistência obstétrica e do papel materno da sexualidade feminina após o parto. Dessa forma, foi possível compreender a experiência de parir para além do desfecho “mãe e bebê estão bem” após o parto, que remete a mãe e filho estarem clinicamente bem, mas que não considera as vivências da mulher desde o trabalho de parto até o pós-parto imediato, seja a via de parto cesariana ou vaginal e possíveis consequências na sexualidade feminina após o parto, como as disfunções sexuais. Consideramos que tanto o parto “normal”, que ocorre por via vaginal, quanto o parto por cesariana podem ser uma experiência de parto humanizada, ao mesmo tempo em que podem ser uma experiência de violação da autonomia da mulher, dos direitos humanos e dos direitos sexuais ou reprodutivos.

Utilizamos o termo “parto normal” por ser o termo mais próximo de parto por via vaginal que consta nos Descritores em Ciências da Saúde, os outros termos que aparecem na busca pelo termo “parto” são: parto, parto domiciliar, parto humanizado e parto obstétrico. O termo em que aparece a palavra “vaginal” é “nascimento vaginal após cesárea”.

Parto humanizado acreditamos que é assistência que favorece o protagonismo da mulher gestante/parturiente e a entende enquanto parte do processo, enquanto sujeito ativo no processo de parir e que, por isso, tem suas decisões ouvidas, respeitadas e acatadas dentro das possibilidades clínicas e estrutura física do local.

Entendemos que a realização de intervenções, como episiotomia e uso de ocitocina, no parto vaginal não desumaniza a assistência quando é avaliada a necessidade dessas intervenções e os procedimentos são realizados após informação e consentimento da mulher. Da mesma forma, a realização do parto por cesariana não caracteriza, necessariamente, uma assistência desumanizada, seja cesariana eletiva, marcada com antecedência, ou cesariana de urgência.

Apesar de a maioria das participantes ter afirmado, na etapa quantitativa desta pesquisa, que não teve nenhum direito humano violado e que não sofreu abusos, desrespeito e maus-tratos durante a assistência ao parto, percebe-se, na etapa qualitativa, nos relatos de parto, que ao investigar em profundidade a experiência vivida por essas mulheres são diversas as violações de direitos humanos sofridas, mas não percebidas e, por isso, não associadas à assistência desrespeitosa.

A comunicação e a linguagem utilizada para se comunicar com a mulher e seus familiares estão presentes nas recomendações nacionais e internacionais de assistência ao parto, porém nos relatos foi presente uma postura diferente da recomendada por parte dos profissionais da assistência, o que pode gerar desconforto, insegurança e propiciar uma experiência de parto negativa para essas mulheres, mesmo que a linguagem e a comunicação não sejam a totalidade da experiência de parto.

Considerando que tanto o Ministério da Saúde quanto a Organização Mundial da Saúde recomendam que todos os procedimentos devem ser realizados apenas em caso de necessidade e precisam ser consentidos pela mulher após informação dos riscos e benefícios de cada intervenção, as falhas na comunicação ou uma linguagem desrespeitosa podem dificultar uma conduta respeitosa por parte dos profissionais e favorecer a adoção de condutas não recomendadas na assistência à parturiente.

Observou-se, também, que condutas não recomendadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e Organização Mundial da Saúde continuam sendo praticadas, mesmo não havendo evidências científicas que suportem a prática. Além de não haver evidências que embasem essas intervenções, são realizadas também sem a informação e consentimento da mulher, que está suscetível aos riscos de tais intervenções, o que

caracteriza uma assistência desrespeitosa, podendo ser caracterizada como violência obstétrica e violação dos direitos humanos da mulher.

O parto vaginal, por definição, não pode ser considerado sinônimo de parto humanizado, visto que vaginal é uma classificação para a via de parto, mas não para o tipo de assistência prestada ou para o tipo de orientação dada à mulher. Na assistência ao parto vaginal podem existir, por parte da equipe, intervenções desrespeitosas e não recomendadas, que prejudicam a autonomia da mulher e retiram seu protagonismo durante o parto.

Da mesma forma, não se pode afirmar que a realização da cesárea caracteriza uma assistência desrespeitosa, pois a cesárea tanto pode ser uma escolha bem-informada da mulher que ao exercer sua autonomia e direito de escolha deve ser respeitada e acolhida, como pode ser indicada por necessidade em situações em que há risco para a saúde da mãe e/ou do bebê.

Este trabalho buscou analisar com maior profundidade a experiência de parto das mulheres entrevistadas e encontrou na análise qualitativa um cenário diferente do encontrado na análise quantitativa, mesmo que as participantes da etapa qualitativa estavam também na etapa quantitativa. Nos dados quantitativos, as mulheres consideraram, em sua maioria, que tiveram um parto humanizado, que recebeu um cuidado de saúde digno e respeitoso, que foram tratadas com compaixão, que não sofreu abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto e que não tem disfunção sexual.

A análise qualitativa permitiu que as mulheres fizessem seu relato de trabalho de parto e parto, em que foram percebidas condutas consideradas como violência obstétrica e violação de direitos humanos, além de um desconhecimento das alterações fisiológicas do período pós-parto com impacto na função sexual e de disfunções sexuais não percebidas enquanto disfunção por essas mulheres e, por isso, também não tratadas.

Portanto, a via de parto, por si só, não caracteriza uma assistência humanizada ou desrespeitosa. O que pode fazer grande diferença na experiência de parto, seja vaginal ou cesárea, é o nível de informação e orientação da mulher, bem como a qualidade da assistência ofertada pela equipe para que aquela experiência de parto seja positiva, mesmo que não seja possível manter o plano inicial da mulher.

Por fim, percebe-se que as práticas assistenciais não recomendadas e/ou consideradas como violência obstétrica não são percebidas pelas mulheres como tal, bem como não são entendidas como violação dos direitos humanos das mulheres, visto que só foi possível identificar tais condutas por conta da análise qualitativa, que permite

a análise em profundidade, de forma subjetiva, não sendo identificadas pelas mulheres nas perguntas objetivas na etapa quantitativa.

Esta pesquisa não teve a intenção de esgotar o tema acerca da experiência de parto das mulheres, seja por cesariana ou por via vaginal, nem de concluir a respeito da superioridade de uma via de parto sobre a outra no que se refere à qualidade da assistência. Ao contrário disso, busca agregar-se a pesquisas já existentes sobre experiência de parto e fomentar mais pesquisas sobre a qualidade da assistência ao parto do ponto de vista das mulheres.

Referências

BRASIL. **Despacho SEI/MS 9087621 referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”**. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em 26 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 26 mai. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação n. 29 de 07 de maio 2019**. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>. Acesso em 26 mai. 2021.

BRASIL. Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 7 de junho de 2019, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Assunto: **Recomendação n. 29/2019**. IC 1.34.007752/2013-81, Brasília: DF. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-deimprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 24 jun. 2021.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva. Fatores Determinantes para a Preferência da Mulher pela Cesariana. **Texto Contexto Enferm**, n. 2, v. 24, p. 336-343, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rF5JT3cxSzyrQbZjL76mgVP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 26 mai. 2021.

FURRER, Romana et al. Maternal and fetal outcomes aAer uterine fundal pressure in spontaneous and assisted vaginal deliveries. *Journal of Perinatal Medicine*, n. 7, v. 44, p. 767-772, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26352067/>. Acesso em 30 set. 2020.

HOFMEYR, G. Justos; VOGEL, Joshua P.; CUTHBERT, Anna; SINGATA, Mandisa. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.3, 2017, Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Acesso em 20 mar. 2022.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc Anna Nery**, n. 2, v. 22, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9sShvRLLFyrzvwfWcFjnfDx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 26 mai. 2021.

MOURA, Tathiany Rezende. **Níveis de Satisfação com a Experiência de Parto Vaginal em Usuárias de Unidades de Saúde da Família de Aracaju**. Aracaju/SE, 2019 73fls. Dissertação (mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos Pacientes. **Revista CEJ**, n. 75, p. 36-50, 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf. Acesso em 26 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol.**, n. 3, v. 25, p. 585-602, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/SQBcz3zXc9cSGhGNLzYdfBN/abstract/?lang=pt>. Acesso em 26 mai. 2021.

ROSSETTO, Maíra. Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. **Rev. Enferm. UFSM**, n. 54, v. 10, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39398>. Acesso em 26 mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneve, 2018.

Recebido em maio de 2023.
Aprovado em agosto de 2023.