

Fatores Associados às Percepções Negativas Relacionadas ao Parto Vaginal: Relato das Mulheres no Puerpério Imediato

Factors Associated with Negative Perceptions Related to Vaginal Childbirth: Women's Reports in the Immediate Postpartum Period

Factores Asociados a las Percepciones Negativas Relacionadas con el Parto Vaginal: Relato de las Mujeres en el Puerperio Inmediato

RESUMO

Objetivo: Investigar as percepções de puérperas que vivenciaram o parto vaginal como uma experiência angustiante. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com puérperas em até 48 horas após o parto, que indicaram sentimentos de angústia por meio da questão 7 do questionário Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Foram conduzidas entrevistas narrativas, analisadas por meio de categorização temática. **Resultados:** Participaram da entrevista 4 mulheres sendo que a maioria delas concluíram o ensino médio (50%), 75% eram casadas e o BSS-R, resultou no escore médio de 21,75. A angústia foi associada à dor intensa das contrações, mas também ao sentimento de impotência, ausência de escuta ativa, falhas no acolhimento e sensação de abandono. **Conclusão:** O sentimento de angústia no parto, evidencia que a dor não é o único fator de sofrimento nesse momento. Falhas na escuta, acolhimento e comunicação agravam a experiência, tornando muitas vezes o parto, um momento solitário e assustador.

DESCRIPTORIOS: Parto vaginal; Angústia; Puerpério; Humanização do parto; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To investigate the perceptions of postpartum women who experienced vaginal delivery as a distressing experience. **Method:** Qualitative study conducted with postpartum women within 48 hours after delivery who indicated feelings of distress through question 7 of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) questionnaire. Narrative interviews were conducted and analyzed using thematic categorization. **Results:** 4 women participated in the interview, most of whom had completed high school (50%), 75% were married, and the BSS-R resulted in an average score of 21.75. Distress was associated with intense pain from contractions, but also with feelings of helplessness, lack of active listening, failures in reception, and feelings of abandonment. **Conclusion:** The feeling of distress during childbirth shows that pain is not the only factor of suffering at this time. Failures in listening, welcoming, and communication aggravate the experience, often making childbirth a lonely and frightening moment.

DESCRIPTORS: Vaginal delivery; Distress; Postpartum period; Humanization of childbirth; Women's health.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las percepciones de las mujeres que han dado a luz por vía vaginal y han vivido el parto como una experiencia angustiada. **Método:** Estudio cualitativo, realizado con mujeres en el puerperio hasta 48 horas después del parto, que indicaron sentimientos de angustia a través de la pregunta 7 del cuestionario Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Se realizaron entrevistas narrativas, analizadas mediante categorización temática. **Resultados:** Participaron en la entrevista 4 mujeres, la mayoría de las cuales habían completado la enseñanza secundaria (50 %), el 75 % estaban casadas y la BSS-R dio como resultado una puntuación media de 21,75. La angustia se asoció al dolor intenso de las contracciones, pero también al sentimiento de impotencia, la falta de escucha activa, las deficiencias en la acogida y la sensación de abandono. **Conclusión:** El sentimiento de angustia durante el parto pone de manifiesto que el dolor no es el único factor de sufrimiento en ese momento. Las deficiencias en la escucha, la acogida y la comunicación agravan la experiencia, convirtiendo a menudo el parto en un momento solitario y aterrador.

DESCRIPTORIOS: Parto vaginal; Angustia; Puerperio; Humanización del parto; Salud de la mujer.

RECEBIDO EM: 15/01/2026 APROVADO EM: 18/02/2026

Como citar este artigo: Clini JV, Goulart PM, Ferreira RB, Santos MN, Scudeller TT, Zanetti MRD. Fatores Associados às Percepções Negativas Relacionadas ao Parto Vaginal: Relato das Mulheres no Puerpério Imediato. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(106):19634-19647. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i106p19634-19647

**Julia Vale Clini**

Fisioterapeuta graduada na UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2511-689X>

**Patricia Martins Goulart**

Professora do Depto Ciências do Movimento Humano UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5080-9241>

**Renata Bullio Ferreira**

Fisioterapeuta graduada na UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7105-7096>

**Mariana Nunes dos Santos**

Fisioterapeuta graduada na UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1912-9130>

**Tania Terezinha Scudeller**

Professora do Depto Ciências do Movimento Humano UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7773-5801>

**Miriam Raquel Diniz Zanetti:**

Professora do Depto Ciências do Movimento Humano UNIFESP
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1791-969X>

INTRODUÇÃO

O parto é um momento singular na vida da mulher, permeado por aspectos físicos, emocionais e culturais. Embora seja um processo fisiológico, o parto tem sido progressivamente medicalizado, especialmente em alguns países e acaba afastando a mulher de seu protagonismo. Esse distanciamento contribui para que muitas mulheres vivenciem o parto como uma experiência de sofrimento e angústia¹.

Estudos demonstram que a percepção negativa do parto pode estar relacionada à dor intensa, à sensação de impotência, à ausência de suporte e à forma como a equipe de saúde conduz o momento². Ainda que a sensação de dor seja um elemento esperado, não explica isoladamente a experiência de sofrimento relatada por muitas mulheres. A angústia, neste contexto, ganha relevância enquanto sentimento complexo, que vai além do componente físico³.

Além disso, as construções sociais e culturais que cercam o parto vaginal contribuem para percepções ambivalentes sobre essa experiência. Muitas mulheres, ainda na gestação, escutam relatos negativos, marcados por dor, vio-

lência e solidão, o que gera medo antecipado e insegurança⁴. Esse imaginário coletivo pode influenciar diretamente nas escolhas reprodutivas, visto que a mídia televisiva, possui uma forte influência, de modo que estimula a visão do parto cesáreo como higiênico, seguro e sem sofrimento, e acreditam que o parto vaginal que seria o oposto⁵.

A percepção das mulheres vem sendo cada vez mais valorizadas, principalmente considerando as necessidades de melhorias nos serviços de atenção à saúde materno-infantil. Consideram-se os questionários uma das principais estratégias de acesso às respostas da saúde no geral. No contexto brasileiro, destaca-se a importância do uso do questionário Escala de Satisfação com o Parto (**Birth Satisfaction Scale-Revised - BSS-R**)⁶ como ferramenta padronizada para avaliar a experiência de parto sob diferentes dimensões, como o suporte recebido, a dor vivenciada e o sentimento de controle. A tradução e adaptação cultural desse instrumento para o português do Brasil realizada, amplia as possibilidades de avaliação sistemática da satisfação com o parto, permitindo identificar com mais precisão aspectos críticos da assistência obstétrica⁷. Além

disso, os estudos qualitativos com escuta direta das mulheres brasileiras são essenciais para compreender as singularidades culturais, sociais e institucionais que moldam suas vivências. Essa abordagem contribui para revelar desigualdades, violências e potencialidades do cuidado no parto, gerando subsídios valiosos para a formulação de políticas públicas e práticas de atenção mais humanizada e equitativa⁸.

O uso dos questionários é um importante método para ouvir diretamente o que as parturientes sentem, favorecendo a redução das situações negativas e melhorando assim o atendimento no serviço de saúde nesse momento de alta vulnerabilidade. O questionário Escala de Satisfação com o Parto (**Birth Satisfaction Scale-Revised - BSS-R**)⁶ foi considerado um dos melhores avaliados em revisão sistemática⁷ e analisa a percepção da mulher durante o trabalho de parto e parto a partir da qualidade do serviço oferecido, o estresse e os sentimentos por ela experimentados⁹. Ele foi originalmente desenvolvido no Reino Unido, já foi traduzido e validado em alguns países, tornando possível a citação dos Estados Unidos¹⁰, Espanha¹¹ e no Brasil⁶. A coerência dos resultados,

Artigo Qualitativo

Clini JV, Goulart PM, Ferreira RB, Santos MN, Scudeller TT, Zanetti MRD

Fatores Associados às Percepções Negativas Relacionadas ao Parto Vaginal: Relato das Mulheres no Puerpério Imediato

mesmo entre as versões traduzidas em diferentes países, é um importante indicador mundial de análise da satisfação do parto⁹.

O questionário BSS-R é composto por 10 questões, que transitam desde (pergunta 1: Eu passei pelo parto sem consequências físicas ou emocionais.; pergunta 4: Eu me senti muito ansiosa durante meu trabalho de parto e parto; pergunta 7: Eu achei a experiência de dar à luz angustiante; pergunta 10: A sala de parto estava limpa e higienizada. Apesar desse questionário ser caracterizado como quantitativo, uma vez que as questões pontuam e há o escore total; suas questões podem ser disparadoras para um aprofundamento de estudo qualitativo⁸. Nesse contexto, destacam-se as narrativas, que são ferramentas apropriadas com objetivo de investigar representações da realidade da pessoa entrevistada. A partir dessas representações pode-se captar o contexto em que esse informante está inserido¹². Essa abordagem de envolver o questionário quantitativo e o qualitativo amplia a compreensão de dado fenômeno, somando os dados numéricos à riqueza das narrativas pessoais. Esse recurso possibilita ao pesquisador acessar informações que contribuem para a produção de conhecimento científico pautado na fidedignidade dos relatos e na singularidade dos dados obtidos. Além disso, permite aprofundar as investigações ao integrar histórias de vida aos contextos sociais e históricos nos quais estão inseridas⁸.

OBJETIVO

Investigar as percepções das puérperas ao considerarem a experiência de seu parto vaginal angustiante, bem como analisar a frequência com que esse sentimento aparece e os seus fatores associados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, vinculado a um projeto maior que tra-

duziu e adaptou culturalmente o questionário BSS-R para o português brasileiro. Denominamos então duas etapas para essa pesquisa, a primeira a adaptação transcultural do BSS-R e a segunda, que foi a aplicação da questão 7 do questionário, no qual após as respostas das puérperas foi possível quantificar o grau do sentimento da angústia durante seu parto, as quais foram consideradas elegíveis para esse estudo.

Nesses casos, após a aplicação do BSS-R, as mulheres que relataram sentimentos de angústia foram convidadas a narrar suas experiências, permitindo uma análise mais aprofundada por meio da técnica de categorização temática⁸.

Foram incluídas puérperas alfabetizadas, com idade entre 19 a 50 anos, com até 48 horas após o parto vaginal e internadas na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Aquelas com diagnóstico médico de patologias como doença cardíaca pré-existente, pré-eclâmpsia, problemas renais, distúrbios autoimunes, câncer ou infecção grave, prematuridade (<37 semanas), pós-datismo (>42 semanas), foram excluídas da participação no estudo. Assim como aquelas que apresentaram situações que pudessem alterar a resposta psicológica ao trabalho de parto como morte fetal intrauterina, retardo de crescimento intrauterino, morte neonatal precoce ou anomalias congênitas.

Após o fim da aplicação do questionário BSS-R para as puérperas que avaliaram seus partos como momento de angústia (**questão 7**), solicitamos para que elas narrassem o seu parto. As entrevistas narrativas são ferramentas não estruturadas, que buscam aprofundar aspectos específicos de um objeto, com base nas quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional da pesquisa⁸.

As entrevistas foram gravadas, em seguida transcritas em diário de campo e posteriormente organizadas e analisadas por meio de categorização temática, até o ponto de saturação dos dados. As en-

trevistas foram realizadas em ambiente reservado, garantindo sigilo e conforto para as puérperas. A pesquisadora registrou os relatos em diários de campo e os convertia posteriormente em narrativas estruturadas. Para garantir rigor metodológico, foi utilizada a técnica de categorização temática com base em reiteração e relevância teórica. A análise dos dados buscou identificar unidades de sentido comuns entre os relatos, agrupando-as em categorias que expressassem as dimensões centrais da experiência de angústia durante o parto.

A análise de conteúdo por meio de uma categorização da pesquisa qualitativa, é feita por relevância teórica ou reiteração dos dados, que é realizada pelo pesquisador, e sofre influência pelo mesmo. A partir disso, a conclusão das hipóteses é conceitual, deixando novos conhecimentos e pressupostos revistos aplicados para compreender outras pessoas. Ao final do estudo, entregamos às mulheres suas histórias narradas como uma forma de contribuição¹³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIFESP, respeitando os princípios da Resolução CNS 466/12. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo que o número de aprovação CAAEE: 96412318.8.0000.5505.

A pesquisa de métodos mistos (quali-quantitativos) é a coleta e análise tanto qualitativa quanto de dados quantitativos e sua integração, associando os pontos fortes de ambas as abordagens¹⁴. Para esse estudo foi utilizado uma amostragem por saturação, que se resume em uma ferramenta conceitual que considera a maior importância nos estudos qualitativos. Indagações como: de “quem?”, em relação ao “quantos?” representam estratégias inseparáveis. Afinal, o mais significativo nesse estudo foi a intenção ou o propósito dos sentimentos vivenciados e qual a sua representatividade e qualidade das informações por eles obtidas¹⁴. Além disso, para a análise quantitativa dos dados, foi utilizada análise estatística descritiva simples e de frequ-

ência.

RESULTADOS

Dentre as 35 mulheres que participaram da pesquisa de validação do BSS-R, 40% concordaram com o sentimento de angústia no momento de parto. Destacam-se relatos como “A dor estava muito aguda e, com o passar do tempo, só piorava” e “A dor estava me acompanhando há tanto tempo que me fazia acreditar que eu não teria mais forças para conseguir ter um parto normal”.

Do total de puérperas que participaram da pesquisa maior, todas eram alfabetizadas, em uma média de idade de 28,5 anos, com até 48 horas após o parto vaginal e foram internadas na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Santos ou na enfermaria do Complexo Hospitalar Dr. Silvério Fontes em Santos. Apresentaram escolaridade entre ensino fundamental incompleto (11,4%) e completo (17,1%), ensino médio incompleto (8,6%) e completo (57,2%) e ensino superior (5,7%). Com relação ao status marital, 20% estavam solteiras e a maioria (80%) se consideravam casadas. Já com relação à paridade, a maioria (71,4%) eram multíparas. Quando questionadas sobre participação em alguma atividade de educação em saúde na gestação e mais especificamente se haviam preenchido o plano de parto, poucas mulheres tiveram esse tipo de preparo para o parto (5,7%).

Em relação ao questionário no que diz respeito ao escore total, a pontuação do BSS-R variou entre 0 a 40 pontos, com um score total médio de 24,5, representando uma satisfação moderada em relação ao momento do parto.

Em relação ao subgrupo das mulheres que relataram experiência angustiante com o parto e tiveram seus relatos de experiência coletados (N=4), 50% delas concluíram o ensino médio, 25% tiveram um ensino médio incompleto e 25% concluiu o ensino superior, em relação ao estado civil, 75% eram casadas e o restante solteira, ao avaliar a multi-

paridade apresentou uma taxa de 50%. Ao completarem o questionário BSS-R, resultaram no score total médio de 21,75, apresentando uma diferença de 2,75 pontos quando comparado ao total de mulheres.

Três categorias principais emergiram da análise das narrativas

1. “A dor que paralisa e angústia”

Além dos fatores fisiológicos que propiciam a dor, como a distensão da porção inferior do útero e a abertura do colo uterino, sendo que a queixa mais comum é a dor no baixo ventre e lombossaca nas puérperas de parto vaginal¹⁵. Além disso, o contexto emocional também influencia significativamente a percepção da dor, visto que o medo gera dor e a dor aumenta o medo¹⁹. A forma como o indivíduo a percebe e reage a ela é influenciada por fatores emocionais, sociais e culturais, que moldam sua interpretação e expressão desse estímulo⁵.

As mulheres associaram a dor do parto vaginal a sensações extremamente desagradáveis, definindo-a como algo traumático e difícil de suportar⁴. Em outros estudos a dor foi descrita como intensa e aguda, especialmente no parto normal, sendo comparada a cólicas fortes tanto no trabalho de parto quanto na hora do nascimento¹⁵. A sensação de dor, apesar de ser comum no momento do parto, é multidimensional e influenciada por outros fatores como medo, abandono, solidão e insegurança, principalmente quando se está passando a primeira vez pelo parto e há desinformação sobre o que vai ocorrer¹⁶. Há falta de informações adequadas para as mulheres, que contribuem para o desconhecimento sobre o processo do parto e fortalecem as crenças e mitos que reforçam esses medos⁵. Além disso, a baixa autoeficácia da parte para as mulheres perpetua o receio de não conseguir suportar a dor. Intensificam assim a ansiedade da gestante durante o trabalho de parto, fazendo com que os sentimentos de insegurança e incerteza estejam presentes¹⁶.

“As contrações eram tão for-

tes que a angústia tomou conta de mim e eu comecei a chorar.” (Jadi) “A dor era tanta que achei que não conseguiria. Foi como se meu corpo estivesse em colapso.” (Alexsandra)

Percebemos com essas falas, que o nível de confiança das mulheres no momento do parto tende a ser rebaixado. Esse fato aumenta a insegurança, ansiedade e outra sensação de sentimentos negativos. Já foi amplamente discutida a importância da educação pré-natal envolvendo as mudanças e os sinais do corpo da gestante, reforçando sua eficácia para aumentar o nível de confiança da parturiente de que “tudo está se desenvolvendo como deveria”. De acordo com essa perspectiva, sua confiança ou autoeficácia é maior à medida que ela percebe que suas atitudes e ações podem minimizar as respostas fisiológicas, como o alívio da dor. No contexto mais ampliado da educação em saúde, todas as estratégias que reduzem e controlam a tensão emocional podem fortalecer a autoeficácia das mulheres no parto¹⁷.

2. A espera solitária

Quando a parturiente se encontra em um ambiente onde está ausente o suporte de uma equipe de saúde que esteja preparada para as possíveis ocorrências no momento do parto, tende a desenvolver um padrão ansioso que intensifica a percepção negativa do parto. Nesses contextos, o parto é frequentemente associado ao sofrimento e à dor física, o que pode dificultar a evolução fisiológica do trabalho de parto e comprometer a experiência da mulher de forma negativa¹⁸.

De acordo com a Diretriz Nacional de Atenção ao Parto Normal, do Ministério da Saúde, é imprescindível que os profissionais de saúde avaliem o conhecimento da mulher sobre as estratégias de alívio da dor e do medo e ofereçam informações adequadas e equilibradas para o momento. Essa prática promove maior confiança, autonomia e participação ativa da gestante no processo de parto, reforçando a humanização da assis-

tência¹⁹. Diante desse cenário, torna-se essencial a atuação qualificada dos diferentes profissionais de saúde que podem atuar neste momento, dado que cabe a eles oferecerem uma assistência humanizada e centralizada na mulher. É importante reconhecer os aspectos emocionais e físicos que envolvem o parto, contribuindo, também, para a redução do medo e da dor. Medidas simples, como algumas estratégias não farmacológicas de alívio à dor, como realizar massagens, principalmente na região lombar, orientar exercícios respiratórios, estimular o banho morno de aspersão e atividades com bola ou cavalinho, podem proporcionar um maior conforto e bem-estar neste momento²⁰.

“Fiquei horas no hospital com dor, esperando alguém me dizer o que fazer. Me senti esquecida.” (Ana Caroline)
“Pedi cesárea porque achava que não aguentaria. Mas ninguém me ouvia de verdade.” (Ana Caroline)

3. O apoio que fortalece

Mulheres que receberam apoio físico e emocional durante o parto — da equipe ou do acompanhante — relataram sentimentos mais positivos, mesmo frente à dor. A Lei nº 11.108/2005, conhecida como “Lei do Acompanhante”, garante à gestante o direito de estar acompanhada por uma pessoa de sua livre escolha durante todas as fases, tais como o trabalho de parto, parto e pós-parto, deve ser aplicada em todas as instituições de saúde do SUS. Essa presença proporciona à mulher segurança, conforto e sensação de acolhimento, reforçando seu protagonismo e autonomia no processo de parto. O acolhimento humanizado é caracterizado por uma escuta aberta, livre de julgamentos e preconceitos, que transmite à mulher confiança e favorece sua participação ativa no momento do parto. Essa interação acolhedora contribui para um nascimento mais saudável e para o fortalecimento do vínculo entre mãe e seu filho²¹.

Dentre os acompanhantes que a parturiente pode escolher, o pai do bebê

exerce um papel fundamental durante o parto, pois oferece suporte físico e emocional. Ações como expressar afeto, realizar massagens, oferecer alimentos e líquidos desejados, registrar o momento em fotos e cuidar de aspectos do ambiente, como a música e até os aromas, contribuem para criar um ambiente de acolhimento. Dessa forma, a presença do acompanhante se torna um fator importante para promover uma experiência de parto mais positiva e satisfatória²².

Além da presença do acompanhante, o acolhimento é outro elemento essencial no fortalecimento da mulher durante o parto, pois a equipe de saúde interprofissional promove uma escuta atenta e humanizada, considerando as queixas, dúvidas e sentimentos da gestante, demonstrando empatia e comprometimento na resolução de suas necessidades²³.

Por fim, é essencial reconhecer que o parto é uma experiência única e subjetiva, na qual cada mulher atribui significados próprios. Portanto, os profissionais de saúde presentes naquele momento devem basear sua atuação no diálogo e no respeito às vivências e saberes da parturiente, evitando condutas impositivas que possam gerar desconforto ou dificultar a evolução do parto. O apoio, o conhecimento, o respeito e a escuta ativa são fundamentais para o fortalecimento da mulher nesse momento tão significativo.

“A bola, o chuveiro, a massagem... tudo isso me ajudou a continuar. A equipe estava ali por mim.” (Alexsandra)
“Mesmo com dor, me senti capaz. A fisioterapeuta ajudou muito na respiração.” (Alexsandra)

DISCUSSÃO

A partir da questão sete do questionário BSS-R, houve um número expressivo de mulheres que associaram o momento do parto a sentimentos de angústia. As entrevistas narrativas revelaram que esse sofrimento não se relacionava exclusivamente à dor física, mas também à

vivência de desamparo, medo, sensação de perda de controle, ausência de acompanhante e falhas no acolhimento da equipe de saúde. As participantes descreveram o parto como um momento de alta vulnerabilidade emocional, evidenciando a importância do suporte afetivo, da escuta qualificada e do respeito à autonomia da mulher. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas e práticas clínicas voltadas à humanização do parto e à promoção de ambientes seguros e acolhedores.

Embora o parto vaginal seja um evento fisiológico, pode ser experienciado de forma negativa quando a mulher não se sente acolhida³. A análise dos relatos evidencia que a angústia está frequentemente relacionada à ausência de escuta ativa, negligência, condutas impessoais e à dificuldade de acesso ao cuidado contínuo. Tais fatores acentuam a vulnerabilidade emocional da mulher e intensificam a percepção de sofrimento, e este fato foi notório neste estudo, pois as mulheres que relataram o sentimento de angústia durante o momento do parto, apresentaram um menor score do BSS-R quando comparado com as demais mulheres da pesquisa.

A forma como o parto é compreendido social e culturalmente tem influência direta sobre as escolhas das mulheres. A ideia de que o parto vaginal é doloroso, traumático e até perigoso é sustentada por memórias intergeracionais, discursos sociais e reforços midiáticos⁵. Experiências negativas como o atendimento desumanizado, estão ligadas ao crescimento da quantidade de cesarianas, mesmo sem indicações reais ou sem início do trabalho de parto. Estudos mostram que muitas mulheres iniciam a gestação preferindo o parto vaginal, mas a ausência de valorização dessa escolha no pré-natal, aliada a experiências negativas durante o trabalho de parto, favorece a mudança de preferência para a cesariana²⁴. Isso demonstra que a escolha pelo tipo de parto, quando realizada, não é apenas clínica, mas pode ser influenciada por fatores emocionais, culturais e

assistenciais.

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um documento em parceria com a Organização das Nações Unidas (ONU) denominado “Estratégia Global para a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente” visa estimular que as mulheres prosperem e alcancem todo o seu potencial para a saúde e vida, e não somente de sobrevivência²⁵. A fim de alcançar esse objetivo, com relação à maternidade e saúde materno-infantil, a OMS reuniu recomendações que sanem as necessidades psicológicas e emocionais das mulheres em um documento intitulado “Recomendações da OMS: Assistência intraparto para uma experiência de parto positiva”. Destaca-se que deve haver garantia que a mulher se alimente e hidrate durante o trabalho de parto, do monitoramento regular, da comunicação clara entre a equipe interprofissional presente, entre outras recomendações que estão citadas no documento.

Portanto, combater essa visão negativa do parto vaginal exige a valorização de experiências positivas, a disseminação de informações baseadas em evidências e o fortalecimento de uma assistência obstétrica centrada na mulher. As percepções negativas relatadas neste estudo — como sofrimento, sensação de abandono e intervenções desnecessárias — evidenciam falhas no cuidado, ressaltando a importância da escuta empática e da presença ativa de profissionais sensíveis às necessidades individuais da mulher.

Os relatos das participantes reforçam que, embora a dor seja um elemento marcante, é a qualidade da assistência que determina a forma como essa dor será interpretada. Na literatura, um estudo qualitativo com mulheres gestantes que, embora não houvesse uma quantidade de mulheres que participaram da pesquisa, houve uma construção de um referencial teórico e prático para profissionais da área da saúde com o objetivo de ampliarem a sua compreensão psicológica nos diferentes ciclos da gravidez e no puerpério, identificando vivências,

expectativas, medos e angústias³. Além deste estudo, pode-se ser citado uma pesquisa qualitativa com os depoimentos de 14 parturientes, e foi possível identificar uma padronização de sentimentos ligados à experiência negativa, tais como sensação de vulnerabilidade, frustração e desvalorização no momento do parto, uma vez que o estudo apresentava tratamentos não humanizados, como o estímulo de manobra de valsalva e orientação para não gritar². A presente pesquisa corrobora essas evidências, demonstrando que a angústia está fortemente associada à forma como a mulher é tratada no momento do nascimento do bebê.

A pesquisa apresenta diversos pontos positivos ao relatar a angústia vivenciada por mulheres durante o parto vaginal. O estudo evidencia os aspectos emocionais que ocorrem durante esse momento e que, em boa parte das vezes, são negligenciados. Um dos aspectos mais relevantes da pesquisa é a escuta ativa das puérperas que possibilitou transformar suas entrevistas em narrativas. Essa abordagem permite acessar as vivências a partir da perspectiva das próprias mulheres, valorizando suas experiências individuais e respeitando cada relato, juntamente com o caráter solícito de cada uma das entrevistas, contribuindo para tornar o ambiente da pesquisa mais confortável para ser desenvolvido.

A utilização do questionário BSS-R que foi traduzido para o português, confere validade metodológica à pesquisa, sendo um fator positivo na contribuição clínica e científica. Destacou-se fatores emocionais e contextuais associados ao sentimento de angústia, demonstrando que este não se limita à dor física, mas se relaciona à ausência de apoio, medo, sensação de abandono e falhas no acolhimento por parte da equipe de saúde. Tais resultados fortalecem a importância das diretrizes da OMS para a promoção de uma assistência no momento do parto mais segura, acolhedora e centrada na mulher. Dessa forma, o estudo contribui significativamente para o avanço do cui-

modo humanizado no parto e para a valorização da figura feminina.

Dentre as limitações encontradas durante este estudo é notório ressaltar a dificuldade de encontrar mulher que se encaixavam nos critérios de elegibilidade, dentre eles podem ser citados parturientes sem diagnósticos médico de doenças cardíacas pré-existentes, pré-eclâmpsia, problemas renais, distúrbios autoimunes, câncer ou infecção grave, os bebês precisavam ser a termo (37 a 42 semanas) e as parturientes sem comprometimento do aspecto psicológico durante o trabalho de parto como ter passado pelo episódio de morte fetal intrauterina, retardo de crescimento intrauterino, morte neonatal precoce ou anomalias congênitas. Além disso, quando havia um enquadramento dentro dos critérios, houve, também, a dificuldade de encontrar a mulher dentro do quarto hospitalar para conseguir realizar a coleta de informações para a pesquisa. Esses fatores foram limitantes para que a pesquisa obtivesse um número maior de participantes, porém, é importante enfatizar que os critérios são necessários para que a pesquisa seja realizada da forma mais coesa possível para trazer melhores resultados para a pesquisa.

CONCLUSÃO

A angústia no parto, tal como relatada por 40% das puérperas participantes, evidencia que a dor não é o único, embora seja o mais claramente reconhecido, fator de sofrimento nesse momento. Falhas na escuta, acolhimento e comunicação agravam a experiência, tornando muitas vezes o parto, um momento solitário e assustador.

Compreender essas percepções é fundamental para transformar a assistência obstétrica, garantindo que o parto seja vivenciado como um evento positivo, seguro e respeitoso. Valorizar o relato da mulher contribui para a adoção de práticas verdadeiramente humanizadas.

REFERÊNCIAS

1. Damaceno NS, Marciano RP, Orsini MRC. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. *Psicol Cienc Prof.* 2021;41:e214530. doi:10.1590/1982-3703003224530.
2. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rene.* [s.d.];11(n esp):32.
3. Sarmiento R, Setúbal MSVI. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Cien Med.* 2003;12(3):261-8.
4. Firmino KC, Lima EP, Correia TRL, Silva JCB, Albuquerque NLA. Percepção da mulher frente à dor do parto. *Rev Cienc Plural.* 2020;6(1):87-101.
5. Pereira VS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa de um questionário para avaliação da gravidade da incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(4):182-7.
6. Ferrari RB, Martin C, Hollins Martin CJ, de Souza FG, Clini JV, Onofre LBO, et al. Translation of the UK-Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) into Brazilian Portuguese and description of initial measurement properties. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(25):6373-9. doi:10.1080/14767058.2021.1913579.
7. Nilver H, Begley C, Berg M. Measuring women's child-birth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:203
8. Muylaert CJ, Junior VS, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03358.
9. Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery.* 2014;30(6):610-9.
10. Barbosa-Leiker C, Fleming S, Hollins Martin CJ, Martin CR. Psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) for US mothers. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(5):504-11.
11. Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, Caparos-Gonzalez RA, Camniel-Ledesma A, Hollins Martin CJ, Martin CR. Spanish validation and factor structure of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery.* 2019;70:31-7.
12. Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica.* 1995;29(1):63-74.
13. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica.* 2005;39(3):507-14.
14. Guetterman TC, Fetters MD, Creswell JW. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Ann Fam Med.* 2015;13(6):554-61.
15. Rett MT, Oliveira DM, Soares ECG, Santana JM, Araújo KCGM. Satisfação e percepção de dor em puérperas: estudo comparativo após parto vaginal e cesariana. *ABCS Health Sci.* 2017;42(2):66-72.
16. Silva DAO, Ramos MG, Jordão RLC, et al. Medo e dor no trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UFSM.* 2011;1(2):261-71.
17. Zanetti MRD, Sosa C, Foster T, Rossello JL, Serruya S, Múcio B. What are the benefits of antenatal education as a maternal health promotion tool? A systematic review with meta-analysis. *ABCS Health Sci.* 2024;49:e024305. doi:10.7322/abcshs.2022150.2213.
18. Progianti JM. Partejas, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partear. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
20. Silva ACL, Félix HCR, Ferreira MBG, Wysocki AD, Ontim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev Eletr Enferm.* 2017;19:44139.
21. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 2005 abr 8;Seção 1:1.
22. Diniz CS, Duarte A. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):627-37.
23. Nascimento FCV, Silva MP, Viana MRP. Assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev Nupcis Saude Colet Infec Soc.* 2010;[sem volume]:[paginação não informada].
24. Weidle WG, et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saude Colet.* 2014;22(1):46-53.
25. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015.