Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social 2025 Vol. 11(1): 1–15
Portuguese Journal of Behavioral and Social Research 20245Vol. 11(1): 1–15
e-ISSN 2183-4938
Departamento de Investigação & Desenvolvimento • Instituto Superior Miguel Torga

ARTIGO ORIGINAL

A voz das mulheres: perceções sobre a violência obstétrica no Sul do Brasil

The voice of women: Perceptions of obstetric violence in Southern Brazil

Matheus de Oliveira Sobrinho Ferreira [1]
Ana Carolina Conartioli [1]
Andressa Larissa Müller Deguchi [2]
Pamela Eloisa Palma Tasca [1]
Sara Wust Beckmann [1]
Elizandra Aparecida Britta Stefano [1]

[1] *Universidade Cesumar, Departamento de Enfermagem, Maringá, Brasil*
[2] *Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, Brasil*

Recebido: 22/11/2024; Revisto: 14/05/2025; Aceite: 22/05/2025.

https://doi.org/10.31211/rpics.2025.11.1.369

Resumo

Contexto: A violência obstétrica é descrita como a imposição de práticas hospitalares que desconsideram a autonomia da mulher no processo de parto. **Objetivo**: Compreender a perceção de mulheres acerca da violência obstétrica num município do sul do Brasil. **Métodos**: Estudo descritivo e qualitativo, conduzido entre julho e setembro de 2024 com 20 mulheres com idade superior a 18 anos, que tiveram filhos nos dois anos anteriores e que não estavam no puerpério. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, gravadas, transcritas com o auxílio do *software* Happyscribe e submetidas a análise de conteúdo. **Resultados**: Emergiram três categorias: perceção de violência obstétrica, falsa perceção de não violência obstétrica e satisfação com o atendimento adequado. Os relatos evidenciaram práticas desumanizadas, como a manobra de Kristeller, depilação dos pelos púbicos, proibição de alimentação, intervenções não consentidas e violação da autonomia durante o parto. Algumas mulheres não reconheceram essas práticas como violência, refletindo uma culturalização de intervenções desnecessárias. **Conclusões**: A violência obstétrica é perpetuada pela normalização de práticas abusivas no ambiente hospitalar e pela falta de consciencialização acerca dos direitos das mulheres. A humanização do parto é essencial para reduzir estas práticas, garantindo a autonomia e o respeito pelas escolhas das mulheres nesse contexto.

Palavras-Chave: Direitos da Mulher; Parto; Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Violência Obstétrica; Pesquisa Qualitativa.

DI&D | ISMT

rpics@ismt.pt
https://rpics.ismt.pt

Publicação em Acesso Aberto
©2025. A/O(s) Autor(as/es). Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Andressa Deguchi (Autor de correspondência)
Universidade Estadual de Londrina, Av. Robert Koch, Nº. 60, CEP 86038-350, Londrina, Brasil
Tel.: (43) 3371-2378
E-mail: andressadmuller@gmail.com

Abstract

Background: Obstetric violence is described as the imposition of hospital practices that disregard women's autonomy during the childbirth process. **Objective**: To understand women's perceptions of obstetric violence in a municipality in southern Brazil. **Method**: This is a descriptive, qualitative study conducted between July and September 2024 with 20 women aged 18 years or older, who had given birth within the previous two years and were not in the puerperal period. Data collection was carried out through semi-structured interviews, which were audio-recorded, transcribed using Happyscribe software, and subjected to content analysis. **Results**: Three thematic categories emerged: perception of obstetric violence, false perception of non-obstetric violence, and satisfaction with adequate care. Participants' narratives revealed dehumanizing practices, such as the Kristeller maneuver, pubic hair removal, food restriction, non-consensual interventions, and violations of autonomy during childbirth. Some women did not initially identify these practices as violent, reflecting a cultural normalization of unnecessary interventions. **Conclusions**: Obstetric violence is perpetuated by the normalization of abusive practices in the hospital settings and by the lack of awareness regarding women's rights. Humanizing care is essential to reduce such practices, ensuring autonomy and respect for women's choices during childbirth.

Keywords: Women's Rights; Parturition; Women's Health; Violence Against Women; Obstetric Violence; Qualitative Research.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública e direitos humanos, caracterizando-a como "qualquer acto de violência baseado no género que resulte ou possa resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos às mulheres, incluindo ameaças de tais actos, coerção ou privação arbitrária de direitos" (World Health Organization [WHO], 2021). Nesse contexto, a violência obstétrica tem sido amplamente debatida como uma forma específica de violação dos direitos humanos das mulheres durante o parto, abrangendo desde abusos físicos até intervenções médicas não consentidas e negligência emocional (Mendes et al., 2022).

Além de ser entendida como uma violação física e psicológica, a violência obstétrica é frequentemente descrita como a imposição de práticas hospitalares que desconsideram a autonomia da mulher, como a realização de procedimentos sem consentimento informado ou a negligência na prestação de informações adequadas sobre o processo de parto. Esta forma de violência está inserida num contexto de desrespeito pelos direitos reprodutivos das mulheres, perpetuado por uma cultura médica tecnocrática (Ferrão et al., 2022; Mendes et al., 2022). Estudos destacam que, ao subordinar as decisões sobre o corpo feminino à autoridade médica, reforçam-se relações de poder e controlo sobre as mulheres (Garcia, 2023).

A violência obstétrica tem efeitos profundos e duradouros sobre a saúde física e psicológica das mulheres, resultando em traumas, depressão pós-parto e na diminuição da confiança nos serviços de saúde (Kahalon & Klein, 2024). Além disso, as mulheres que experienciam esta violência tendem a evitar serviços médicos futuros, o que pode comprometer os cuidados reprodutivos adequados (Smith-Oka et al., 2022).

Perante este cenário, observado a nível mundial, a Organização Mundial de Saúde, em 2014, emitiu uma declaração contendo medidas que deveriam ser adotadas para prevenir e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto, tais como: apoio

governamental para o desenvolvimento de investigação e ação contra o desrespeito e maus-tratos; iniciar e manter programas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com enfoque no cuidado respeitador; enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitadora durante toda a gravidez e o parto; produzir dados relativos a práticas respeitadoras e desrespeitadoras na prestação de cuidados de saúde, com sistemas de responsabilização e apoio aos profissionais; e envolver os intervenientes, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (WHO, 2014).

Desde então, tem-se verificado um esforço global crescente para denunciar estas práticas, acompanhado por um aumento das investigações sobre violência obstétrica e pela elaboração de políticas de saúde destinadas a melhoria desta realidade. Contudo, mais de uma década passou e a violência obstétrica continua a ser um fenómeno presente em vários países. No Brasil, cerca de 25% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica durante o parto (Leal et al., 2019). Noutros países da América Latina, como o México e a Argentina, a situação é semelhante, com uma elevada incidência de práticas desumanizadas durante o parto (Gebeyehu et al., 2023).

Num estudo realizado com 2.672 mulheres em quatro países — Gana, Guiné, Myanmar e Nigéria —, 35,4% das entrevistadas relataram experiências de maus-tratos durante o parto. O estudo revelou que mulheres que vivenciaram violência obstétrica apresentaram níveis de satisfação inferiores em comparação com aquelas que não a experienciaram, resultando numa menor probabilidade de recomendarem os serviços de saúde utilizados (Maung et al., 2022).

No contexto brasileiro, uma pesquisa realizada entre 2016 e 2017 analisou o grau de implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em 606 maternidades distribuídas por todos os estados do país, identificando um elevado grau de implementação inadequada de intervenções desnecessárias, tais como: amniotomia (87,1%), posição de litotomia (86,3%), uso de cateter venoso (63,5%), episiotomia (55,6%) e manobra de Kristeller (18,5%) (Bittencourt et al., 2021). Apesar de a OMS estabelecer, numa diretriz para uma experiência positiva de parto, que não são recomendadas práticas como a depilação perineal/púbica de rotina, a administração de clisteres, amniotomia, o uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto, episiotomia ou aplicação de pressão manual no abdómen para facilitar o parto, observa-se que tais práticas ainda persistem neste país (WHO, 2018).

A violência obstétrica também está relacionada com as lacunas na implementação das políticas públicas. No Brasil, a Lei nº 11.108/2005 (Gomes da Silva et al., 2005) constitui uma das principais iniciativas no combate à violência obstétrica, garantindo o direito de a mulher ter um acompanhante durante o parto. Contudo, sua implementação ainda enfrenta desafios. Um estudo realizado em 2020 com gestores de saúde de cinco maternidades brasileiras demonstrou que as mulheres continuam a ser submetidas a práticas que desrespeitam a sua autonomia e os seus direitos reprodutivos (Paula et al., 2020). A violência contra as mulheres está presente em todo o mundo, mas, no contexto da saúde, a mulher deveria ser protegida e não agredida. Portanto, a violência obstétrica não deveria existir, contrariando o que está estabelecido na Meta 5.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável:

"Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos" (Nações Unidas, 2024).

Face a este panorama, o presente estudo objetiva compreender a perceção de mulheres acerca da violência obstétrica num município do sul do Brasil. Para efeitos desta investigação, entende-se por perceção a forma subjetiva através da qual as participantes interpretam e atribuem significado às suas experiências, com base em elementos sensoriais, vivências pessoais e construções individuais.

Método

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, escolhida por ser a mais adequada para captar a profundidade das vivências das participantes e compreender a perceção de mulheres sobre a violência obstétrica num município do Sul do Brasil. As entrevistas foram realizadas presencialmente no domicílio das participantes, entre julho e setembro de 2024, com mulheres vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde de um município do Sul do Brasil. Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo das informações recolhidas.

Participantes

Recrutamento e Seleção de Participantes

Processo de Recrutamento. As mulheres foram convidadas a participar voluntariamente no estudo, de forma presencial, nas suas residências. Entre as mulheres abordadas no domicílio no momento da visita, cinco recusaram participar. Algumas aceitaram, e as entrevistas foram realizadas imediatamente. Outras concordaram, mas optaram por agendar a entrevista para outro dia; entre estas, cinco desistiram posteriormente.

As duas primeiras entrevistas funcionaram como teste piloto do instrumento semiestruturado de recolha de dados. Contudo, devido à riqueza de detalhes obtida, o instrumento foi considerado adequado e não necessitou de ajustes. Assim, essas entrevistas foram incluídas na amostra, que totalizou 20 participantes. O tamanho da amostra foi determinado com base no critério de saturação dos dados, ou seja, no momento em que se percebeu que as entrevistas já continham informações suficientes para uma análise qualitativa aprofundada.

Inicialmente, explicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes e, após a sua concordância, procedeu-se com as entrevistas. A pesquisa seguiu os princípios éticos e foi aprovada pelo Comité de Ética em Investigação da Universidade Cesumar, com o parecer n.º 6.896.635, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Investigação Brasileira.

Seleção de Participantes. Foram consideradas elegíveis para participar no estudo mulheres que tiveram parto nos dois anos anteriores à realização das entrevistas. Excluíram-se aquelas que estavam no período puerperal ou tinham idade inferior a 18 anos. As participantes foram

selecionadas aleatoriamente através do sistema GESTOR SUS (Sistema Único de Saúde), utilizado no programa Estratégia Saúde da Família, numa cidade com mais de 400.000 habitantes, no Brasil.

Relação Investigador-Participante. Os investigadores não conheciam previamente nenhuma das participantes antes da realização das entrevistas. Tendo em conta a natureza sensível da temática investigada e o contexto privado em que as entrevistas foram conduzidas, procurou-se estabelecer uma relação de confiança e respeito com cada participante. O contacto investigador-participante procurou assegurar um espaço de segurança emocional, favorecendo a expressão livre das experiências, por vezes dolorosas, associadas ao parto, assim como, a relação foi mediada por princípios éticos. Adicionalmente, a equipa de investigação procedeu à reflexão sobre os seus próprios posicionamentos teóricos, sociais e afetivos, adotando uma postura reflexiva contínua ao longo de todo o processo, com o intuito de reduzir potenciais enviesamentos e reforçar a integridade epistemológica da investigação.

Recolha de Dados

Procedimentos de Recolha e Condução das Entrevistas

A equipa de pesquisa contou com três entrevistadores, sendo uma delas a coordenadora da investigação, com experiência neste tipo de recolha de dados, que treinou os outros dois investigadores. Nenhum dos autores do estudo sofreu violência obstétrica, nem teve filhos, mas conheciam a temática devido a pesquisas realizadas na literatura científica e ao contacto com práticas obstétricas abusivas observadas durante estágios ao longo do bacharelado. Nesse contexto, acredita-se que as compreensões prévias do fenómeno em estudo foram geridas criticamente, com o intuito de enriquecer tanto a recolha de dados como a análise.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, utilizando um guião dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização socioeconómica e demográfica, com respostas objetivas, e a segunda composta pela pergunta norteadora: “Conte-nos como foi a história do seu parto?'.

Caso informações importantes para responder à pergunta de pesquisa não fossem espontaneamente relatadas, foram utilizadas perguntas de apoio, tais como:

- "Quem foi o seu acompanhante no parto?"
- "Ele esteve consigo em todos os momentos?"
- "Como foi essa experiência?"
- "Como descreve o atendimento recebido pela equipa durante o trabalho de parto, incluindo a forma como falavam consigo e entre si?"
- "Como foram acolhidas as suas necessidades e solicitações?"
- "Como foram realizadas as avaliações e inspeções durante o trabalho de parto (por exemplo, o toque para verificar a dilatação)?"
- "Recebeu alguma medicação para auxiliar na dilatação? O que lhe foi explicado sobre isso? Como se sentiu em relação a essa intervenção?"
- "Foi necessária a realização de uma lavagem intestinal? Como se sentiu em relação a isso?"

- "Pediram-lhe para raspar os pelos púbicos? Como se sentiu em relação a isso?"
- "Em que posição deu à luz? Foi a posição que escolheu ou aquela que lhe foi indicada? Como se sentiu em relação a isso?"
- "Como foi o atendimento imediatamente após o nascimento do bebé?"
- "Como descreve o atendimento e internamento para si e para o bebé até à alta hospitalar?"
- "De modo geral, ficou satisfeita com o serviço prestado? Teria alguma consideração a fazer?"
- "Considera que sofreu algum tipo de violência obstétrica? O que entende por isso?"

As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes, em data e horário da sua escolha, de forma que se sentissem confortáveis e tivessem a sua privacidade assegurada. Cada participante foi entrevistada uma única vez, com uma duração média de 27 minutos, variando entre 15 e 40 minutos. Durante as entrevistas, também foi utilizado um diário de campo, no qual se registaram informações sobre a comunicação não-verbal das participantes, contribuindo para o enriquecimento da compreensão dos dados recolhidos.

Registo, Transcrição e Anonimização dos Dados

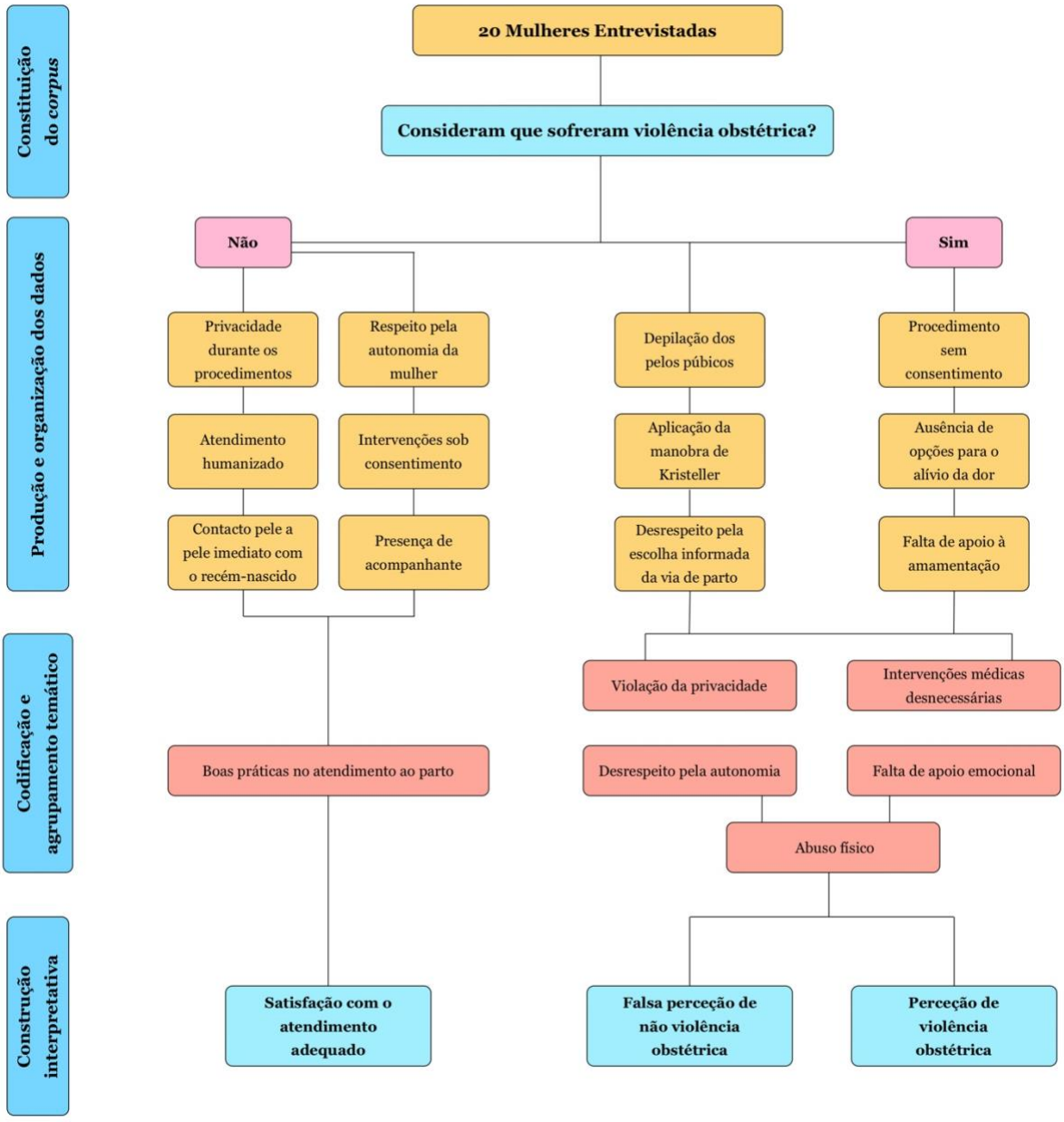
As entrevistas foram gravadas através de uma aplicação de registo áudio e, posteriormente, transcritas utilizando o *software* Happyscribe. Para garantir o anonimato, foi atribuído um codinome a cada participante, composto pela letra "E", seguida de um número arábico sequencial (e.g., E1), conforme a ordem das entrevistas. Após a transcrição, cada entrevista foi cuidadosamente revista manualmente, com o intuito de assegurar a fidelidade e exatidão das declarações das participantes. Os ficheiros áudio foram eliminados após esse procedimento. Este processo permitiu uma análise mais rigorosa e confiável dos dados recolhidos.

Estratégia de Análise de Conteúdo

Os dados foram analisados segundo o método de análise de conteúdo temática. Na primeira etapa, a constituição do corpus, procedeu-se à organização e leitura flutuante do material, com o objetivo de obter uma visão geral das informações recolhidas. Em seguida, realizou-se a exploração do conteúdo, durante a qual foram estabelecidas unidades de codificação com base nas narrativas das participantes (Figura 1). De seguida, procedeu-se a um agrupamento temático intermédio, que organizou os subtemas por afinidade semântica e funcionou como ponte interpretativa entre os dados brutos e a análise inferencial. Por fim, foi efetuado o tratamento dos resultados obtidos, a partir de uma análise reflexiva e crítica, o que permitiu a interpretação e categorização dos dados, mediante a identificação de padrões temáticos recorrentes nos relatos das entrevistadas.

Figura 1

Percurso Interpretativo das Resposta das Participantes até à Emergência das Categorias Temáticas



Integridade Metodológica

A análise permitiu a identificação de resultados que refletem uma diversidade de aspetos associados à violência obstétrica, conforme a perceção das participantes, cumprindo o objetivo do estudo. Verificou-se consistência e transparência nos procedimentos analíticos, assegurando a fidelidade entre os dados e a interpretação. Os resultados foram fundamentados em evidência empírica, ilustrados por excertos representativos das declarações das participantes, o que reforça a credibilidade interpretativa do percurso analítico.

Resultados

Caracterização das Participantes

Participaram 20 mulheres, entrevistadas através de guião semiestruturado que incluiu a caracterização socioeconómica e demográfica. A idade das participantes no momento da entrevista variou entre 20 e 49 anos. Quanto à idade durante a gestação: seis tinham entre 20–24 anos, sete entre 25–29 anos, duas entre 30–34 anos, três entre 35–39 anos, e duas entre 40–49 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, três participantes tinham o ensino básico incompleto, sete completaram o ensino secundário, três possuíam ensino superior completo, quatro frequentavam cursos de pós-graduação e três eram especialistas nas suas áreas de atuação.

No que diz respeito à situação laboral, 14 participantes não estavam inseridas no mercado de trabalho no momento da entrevista, enquanto seis estavam empregadas.

A renda familiar das participantes variou entre meio salário mínimo e até 10 salários mínimos. Duas participantes referiram receber meio salário mínimo, seis reportaram um salário mínimo, duas indicaram dois salários mínimos, três situaram-se na faixa de três salários mínimos, três em quatro salários mínimos, duas em cinco salários mínimos e duas em dez salários mínimos.

Em relação à via de parto, cinco mulheres relataram parto vaginal, enquanto 15 foram submetidas a cesariana. A maioria (13 participantes) realizou o pré-natal e o parto pelo SUS, enquanto as restantes recorreram ao sistema privado.

Categorias Temáticas Emergentes

A análise de conteúdo realizada permitiu a identificação de três categorias temáticas, que expressam diferentes formas de apreensão da experiência de parto pelas participantes. Estas categorias foram construídas com base na recorrência de significados nas declarações, na coerência interna dos agrupamentos semânticos e na sua relevância para os objetivos da investigação. As categorias apresentadas a seguir são: (1) perceção de violência obstétrica, (2) falsa perceção de não violência obstétrica e (3) satisfação com o atendimento adequado. Cada uma é ilustrada com excertos representativos das declarações das participantes.

Perceção de Violência Obstétrica

Esta categoria reúne os relatos de participantes que reconheceram explicitamente ter experienciado formas de violência obstétrica, ainda que por vezes não utilizassem esse termo para a nomear. As narrativas descreveram práticas médicas invasivas, sem consentimento informado, frequentemente acompanhadas de desrespeito verbal e físico, evidenciando a violação da autonomia e da dignidade da mulher durante o parto.

Algumas participantes relataram intervenções dolorosas e inesperadas, como a manobra de Kristeller, realizada sem explicação prévia ou autorização:

"Eles subiram em cima de mim ... eu senti que eu tinha sido atropelada. Imagina se uma pessoa pega tua costela e quebra pela força que está lá". (E2)

"O facto de ficarem... tentando tirar-me dali onde eu queria, que era ter o parto ali sentada, é uma violência ... eu ficava tensa porque queriam tirar-me, então tinha de ficar meio que ali com o corpo mais duro ... ter que reafirmar toda a hora o que eu queria. É o momento em que eu não precisaria estar a fazer isso". (E13)

Falsa Perceção de Não Violência Obstétrica

No final da entrevista — ou seja, depois de a participante evocar as memórias sobre da sua experiência de parto e ressignificar o que vivenciou —, algumas mulheres relataram que não consideravam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, apesar de as suas declarações anteriores descreverem situações associadas a práticas médicas injustificadas, procedimentos sem consentimento, desrespeito pela autonomia e falta de apoio emocional, elementos amplamente reconhecidos como configurando tal forma de violência.

"Quando o médico foi aplicar a anestesia ... a outra moça falou assim: 'Ela quer saber se você está depilada'... Eu não estava porque não fui para ganhar o bebé ... e elas depilaram-me". (E1)

"Eu providenciei, eu fui depilada". (E9)

"Deu uma empurradinha assim, mas nada que me incomodasse ou sentisse que fosse com violência. Senti que foi aquela pressão mesmo para ajudar ... para poder tirar o bebé". (E6)

"Apesar de eu já querer cesariana, eles tentaram induzir-me para eu fazer parto normal e eu dizendo que não queria ... deitada na maca o tempo todo, o meu marido não estava comigo... tudo o que pedíamos, depois de implorar, era atendido ... tinha de ser mesmo cesariana ... uma das minhas gémeas estava presa na minha costela". (E12)

"Isso eu nunca vou esquecer. Tinha horário marcado para fazer a cesariana, vais em jejum, chegando lá, não cumpriu o horário, era para eu ganhar às 10:30 da manhã, fui ganhar às 18:47h ... muita ansiedade, tinha muita fome ... depois vais para o quarto, não és tratada como paciente, quem é paciente é a criança ... perdes a tua identidade ... não tive suporte algum referente à minha amamentação ... quando vinham era só sobre ela". (E16)

Satisfação no Contexto de Atendimento Adequado

Os relatos evidenciam uma experiência de parto caracterizada por respeito à mulher, assistência multiprofissional adequada e práticas humanizadas, o que gerou perceções de satisfação e segurança durante o processo.

"Foi bem tranquilo. Agendaram para as 6h da manhã, a primeira cesariana já era minha ... logo fui internada ... atenderam-me super bem". (E8)

"Quando tinha homem no quarto para fazer o toque ... os homens saíam e as mulheres ficavam ... foi tranquilo ... não houve nada". (E11)

"Trataram-me super bem ... ele nasceu, já veio para mim, para o meu marido ... aquele negócio branco ... aquela crostinha quando nasce ... nem tiraram tudo, ele ficou 24 horas com aquilo, disseram que é bom ... achei muito humanizado ... as meninas da enfermagem ... a todo o momento super prestativas". (E3)

Discussão

Os resultados deste estudo permitiram compreender a perceção das mulheres sobre a violência obstétrica, revelando a coexistência de experiências de violência explícita, perceções distorcidas de normalidade face a práticas abusivas e vivências positivas marcadas por um atendimento humanizado. Os relatos de violência física e psicológica, como a imposição de posições desconfortáveis e a realização de procedimentos sem consentimento, demonstram situações de desrespeito pela autonomia das parturientes. Por outro lado, algumas mulheres, apesar de relatarem práticas incompatíveis com os princípios da humanização do parto, não as identificaram, inicialmente, como formas de violência, o que revela um processo de naturalização e interiorização dessas condutas. Em contraste, outras participantes descreveram experiências positivas, nas quais se destacaram o respeito, o cuidado multiprofissional e a adoção de práticas centradas na mulher e no recém-nascido, demonstrando que uma assistência adequada é possível e valorizada.

Nesse estudo a violência obstétrica, foi pouco reconhecida por muitas mulheres que a experienciaram; no entanto, outras manifestaram sofrimento ao recordarem a forma desrespeitosa e violenta como foram tratadas. Num estudo realizado na Suécia, identificaram-se experiências semelhantes, como a falta de informação e de consentimento, incluindo a ausência do direito de participar nas decisões relativas ao processo de parto e o alívio insuficiente da dor. As mulheres relataram também atitudes inadequadas por parte dos profissionais, uso de jargão técnico, ameaças, abuso verbal físico, tendo algumas descrito a experiência do parto como comparável a estupro (Annborn & Finnbogadóttir, 2022). Este cenário destaca a importância de uma abordagem informada e empática durante o parto, conforme demonstrado em estudos que apontam a desumanização da assistência obstétrica e o abuso como desafios globais urgentes, que devem ser enfrentados para garantir o respeito pelos direitos das mulheres (Garcia, 2023; Kahalon & Klein, 2024).

Os relatos das mulheres neste estudo evidenciam que a perceção de violência obstétrica está profundamente ligada à violação da autonomia e ao desrespeito pelas decisões individuais — uma correlação amplamente documentada na literatura (Samaritter et al., 2024; Smith-Oka et al., 2022). As experiências das participantes ultrapassam os abusos físicos, abrangendo também intervenções médicas realizadas sem consentimento, negligência emocional e práticas desumanizadas, em conformidade com os achados de outras pesquisas que investigam o fenómeno em diferentes contextos culturais (Madeira et al., 2020; Salter et al., 2021).

Nomear e reconhecer tais práticas como violência constitui um passo crucial para transformar o cenário obstétrico. O impacto das ações dos profissionais de saúde deve ser o elemento central na definição da violência obstétrica e na compreensão dos danos que esta pode causar na vida materna, sendo

fundamental que tais práticas sejam evitadas (Oliveira et al., 2019). Este ponto reflete-se no relato de uma participante deste estudo que descreve a experiência negativa de ter a sua barriga pressionada durante o parto. Além disso, a literatura demonstrou que a manobra de Kristeller não apresenta benefícios comprovados, podendo causar disfunções no sistema urinário, dispareunia, dor perineal, incontinência anal e aumento do número de episiotomias (Araújo et al., 2021).

De igual modo, a participante que descreve a pressão para mudar de posição durante o parto evidencia uma perda de autonomia e um sentimento de violência psicológica. Estes achados suscitam uma reflexão crítica sobre a influência persistente do patriarcado nas práticas médicas, que frequentemente subjugam a vontade das mulheres em favor de decisões técnicas impostas pelos profissionais de saúde (Nascimento et al., 2022; Zampas et al., 2020). Este controlo sobre o corpo feminino durante o parto limita a participação da mulher nas decisões relativas ao seu próprio parto, exacerbando as violações dos direitos humanos (Kahalon & Klein, 2024; Smith-Oka et al., 2022).

O desrespeito pela autonomia da mulher sublinha a complexidade da violência obstétrica, que ultrapassa os abusos físicos e abrange também o tratamento indigno e intervenções sem consentimento, caracterizando-se como uma forma de violência de género que afeta desproporcionalmente as mulheres mais vulneráveis (Madeira et al., 2020; Samaritter et al., 2024). Este ponto revela-se particularmente relevante na análise de como as participantes deste estudo relataram diferentes formas de violência obstétrica, dando visibilidade a experiências de violência física e psicológica, frequentemente normalizadas no ambiente hospitalar, semelhante ao evidenciado noutro estudo (Oliveira et al., 2019).

As fronteiras da violência obstétrica são frequentemente invisíveis para as mulheres, sobretudo quando se trata de práticas institucionalizadas e socialmente aceites como parte integrante do processo hospitalar. Os resultados deste estudo demonstram essa normalização, como no caso da realização da manobra de Kristeller, percecionada por uma participante como algo natural ao processo de parto. Este tipo de relato reflete como as mulheres internalizam práticas abusivas, sem as reconhecerem como violência obstétrica (Garcia, 2023).

A falta de perceção da violência obstétrica está também relacionada com a ausência de uma nomeação adequada dessas práticas. Nomear tais ações como violência constitui um passo crucial para que as mulheres possam reconhecer e combater essas violações (Oliveira et al., 2019). Por exemplo, uma das participantes menciona ter sido depilada sem o seu consentimento, o que reflete uma ação invasiva que não foi imediatamente interpretada como uma violência. De forma semelhante, várias participantes relataram que depilaram os pelos púbicos em casa antes de se dirigirem ao hospital, por saberem que previamente que tal lhes seria exigido para o parto. Ou seja, uma prática desnecessária, mas reiteradamente implementada nas instituições de saúde, acabou por se tornar uma violência oculta, um ato culturalizado na sociedade (Garcia et al., 2024; Mufandaedza & Chiweshe, 2021). Isto revela a complexidade em distinguir os limites entre cuidados adequados e procedimentos desnecessários (Smith-Oka et al., 2022).

Estudos internacionais corroboram esta perceção, destacando que a violência obstétrica, muitas vezes, se manifesta de forma subtil, através de procedimentos médicos realizados sem consentimento ou sem

explicações claras (Garcia, 2023; Maung et al., 2022). Neste estudo, uma participante expressou o desejo de realizar uma cesariana durante a sua gestação gemelar, mas foi pressionada a tentar o parto vaginal. Tal acontecimento pode ser considerado violência obstétrica por negligenciar a autonomia da parturiente, evidenciando também a relação de poder estabelecida pelo profissional de saúde, particularmente o médico, sobre a mulher (Garcia et al., 2024; Mufandaedza & Chiweshe, 2021).

A invisibilidade destas práticas pode ser compreendida dentro de um sistema patriarcal que estrutura as práticas obstétricas, relegando as mulheres a um papel passivo durante o parto (Zampas et al., 2020). Um dos relatos deste estudo descreve uma situação clara de desrespeito e falta de apoio emocional, em que a mulher menciona que a forma como foi tratada a fez sentir que perdera a sua identidade enquanto sujeito de cuidados. Este relato exemplifica a interiorização de práticas abusivas no contexto obstétrico, evidenciando como o modelo biomédico assimétrico obscurece a identificação da violência por parte das mulheres (Garcia et al., 2024).

Por outro lado, uma assistência humanizada exige a incorporação de boas práticas clínicas, que se iniciam no pré-natal e se prolongam até ao puerpério. As diretrizes da OMS defendem a autonomia da mulher, o respeito pelos seus direitos e a oferta de apoio empático. Estas diretrizes também incentivam o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, a liberdade de escolha da posição durante o parto e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (WHO, 2018).

Além disso, as práticas obstétricas devem ter como finalidade a redução do risco de violência obstétrica e a promoção da saúde materna e neonatal. Tal como evidenciado num estudo brasileiro sobre a implementação da Rede Cegonha, orientada por boas práticas na atenção ao parto e nascimento, verificou-se uma evolução gradual no modelo de assistência ao parto, com profissionais a adotar condutas mais humanizadas — o que se refletiu nas declarações de satisfação das mulheres entrevistadas. Estas relataram o exercício do direito de tomar decisões sobre os seus corpos e sobre o tipo de parto desejado, num ambiente acolhedor, seguro e respeitador da sua autonomia (Bittencourt et al., 2021).

Síntese Interpretativa Final

Os resultados deste estudo evidenciam a complexidade da perceção das mulheres sobre a violência obstétrica, revelando a profundidade deste fenómeno e a sua invisibilidade para muitas daquelas que o experienciam. Embora algumas mulheres tenham identificado práticas desrespeitosas e episódios de violência física ou psicológica durante o parto, outras não reconheceram imediatamente tais práticas como violência, o que pode ser explicado pela normalização de intervenções abusivas no ambiente hospitalar.

Estes resultados reforçam a necessidade de promover uma consciencialização mais ampla sobre os direitos das mulheres no parto, destacando a importância de nomear e reconhecer a violência obstétrica como um problema de saúde pública e de direitos humanos. A humanização da assistência obstétrica, com ênfase no respeito pela autonomia e pelas decisões informadas das mulheres, revelou-se um elemento central para garantir experiências de parto mais positivas e respeitadoras.

Limitações

Como limitação deste estudo, destaca-se o recorte regional em que foi conduzido — uma cidade de grande porte, com condições socioeconómicas mais favoráveis em comparação com outras localidades do Brasil. Essa realidade diferenciada pode influenciar positivamente aspetos como a infraestrutura de saúde, a formação dos profissionais e o acesso das mulheres à informação sobre os seus direitos e sobre o parto. Assim, os resultados obtidos não podem ser generalizados para todas as regiões do país, especialmente aquelas onde os recursos são mais escassos e as desigualdades no acesso à saúde são mais acentuadas. Tais diferenças estruturais podem impactar significativamente as experiências das mulheres, o que reforça a necessidade de novos estudos em contextos sociogeográficos diversos.

Conclusão e Recomendações

Este estudo contribui para o desenvolvimento científico ao aprofundar a compreensão da perceção das mulheres sobre a violência obstétrica, evidenciando a complexidade e a invisibilidade de práticas abusivas frequentemente naturalizadas no contexto hospitalar. Ao revelar a coexistência de experiências explícitas de violência, perceções distorcidas e relatos de atendimento humanizado, reforça a necessidade de promover a humanização do parto e o respeito pela autonomia feminina. Além disso, estes achados fornecem subsídios importantes para a formulação de políticas públicas e estratégias educativas que capacitem profissionais de saúde, impulsionando a transformação das práticas obstétricas e a defesa dos direitos reprodutivos e humanos das mulheres em diversos contextos socioculturais.

Conclui-se que, para além de mudanças nas práticas assistenciais, é fundamental implementar políticas públicas que ampliem a formação de profissionais de saúde em atendimento humanizado e que empoderem as mulheres relativamente aos seus direitos. A continuidade de pesquisas nesta área é essencial para aprofundar o conhecimento sobre a violência obstétrica e orientar intervenções que garantam um cuidado mais ético, respeitoso e centrado na mulher.

Agradecimentos e Autoria

Agradecimentos: Os autores não indicaram quaisquer agradecimentos.

Conflito de interesses: Os autores não indicaram quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Não se aplica.

Contributos: **MOSF:** Conceptualização; Metodologia; Análise Formal; Investigação; Recursos; Redação – Rascunho Original; Visualização. **ACC:** Conceptualização; Metodologia; Análise Formal; Investigação; Recursos; Redação – Rascunho Original. **ALDMS:** Conceptualização; Metodologia; Análise Formal; Investigação; Redação – Rascunho Original; Redação – Revisão & Edição; Supervisão. **PEPT:** Investigação; Redação – Revisão & Edição. **SWB:** Investigação; Redação – Revisão & Edição. **EABS:** Validação; Redação – Revisão & Edição.

Referências

Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery, 105,* Artigo 103212. https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2021.103212

Araújo, A. A. C., Nery, I. S., Brito, M. P. M., Mesquita, M. K. R., & Santos, J. D. M. (2021). Manobra de Kristeller: Há benefício nesta técnica? *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 13,* 276–281. https://doi.org/10.9789/2175-5361.RPCFO.V13.8513

Bittencourt, S. D. de A., Vilela, M. E. de A., Marques, M. C. de O., Santos, A. M. dos, Silva, C. K. R. T. da, Domingues, R. M. S. M., Reis, A. C., & Santos, G. L. dos. (2021). Atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede cegonha/Brasil: Avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(3), 801–821. https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020

Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: Scoping review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(7), Artigo 1090. https://doi.org/10.3390/JPM12071090

Garcia, L. M. (2023). Obstetric violence in the United States and other high-income countries: An integrative review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *31*(1). https://doi.org/10.1080/26410397.2024.2322194

Garcia, L. M., Jones, J., Scandlyn, J., Thumm, E. B., & Shabot, S. C. (2024). The meaning of obstetric violence experiences: A qualitative content analysis of the break the silence campaign. *International Journal of Nursing Studies*, *160*, Artigo 104911. https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2024.104911

Gebeyehu, N. A., Adella, G. A., & Tegegne, K. D. (2023). Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, *10*. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1117116

Gomes da Silva, J. A., Barreto, L. P. T. F., & Lima, H. S. C. (2005). *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 – SUS*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm

Kahalon, R., & Klein, V. (2024). Unmasking the role of dehumanization in obstetric violence. *Psychology of Violence, 15*(1), 21–31. https://doi.org/10.1037/vio0000521

Leal, M. do C., Bittencourt, S. de A., Esteves-Pereira, A. P., Ayres, B. V. da S., Silva, L. B. R. A. de A., Thomaz, E. B. A. F., Lamy, Z. C., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., Gama, S. G. N. da, Domingues, R. M. S. M., & Vilela, M. E. de A. (2019). Avanços na assistência ao parto no Brasil: Resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, *35*(7). https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018

Madeira, D. F. P., Queiroz, M. L. S., & Toledo, R. L. (2020). Obstetric violence: The relationship between the violation of the right to humanized obstetric care and patriarchy. *Revista Gênero & Direito*, *9*(4), 83–123. https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/51799

Maung, T. M., Mon, N. O., Mehrtash, H., Bonsaffoh, K. A., Vogel, J. P., Aderoba, A. K., Irinyenikan, T. A., Balde, M. D., Pattanittum, P., Tuncalp, Ö., & Bohren, M. A. (2022). Women's experiences of mistreatment during childbirth and their satisfaction with care: findings from a multicountry community-based study in four countries. *BMJ Global Health*, *5*(Suppl 2), Artigo e003688. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003688

Mendes, J., Santos, A. P. S., & Tavares, M. (2022). Perceções da violência obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: uma revisão scoping. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *8*(2), 1–15. https://doi.org/10.31211/RPICS.2022.8.2.271

Mufandaedza, A., & Chiweshe, M. K. (2021). An analysis of obstetric violence among low-income urban women: A case study of mabvuku hospital in Harare, Zimbabwe. *Agenda*, *35*(3), 24–35. https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1972605

Nascimento, D. E. M. do, Barbosa, J. C., Isaías, B. B., Nascimento, R. B. H., Fernandes, E. M., Neto, R. T. de L., & Rodrigues, M. P. de F. (2022). Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Nursing (São Paulo)*, *25*(291), 8242–8253. https://doi.org/10.36489/NURSING.2022V25I291P8242-8253

Nações Unidas. (2024). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/5

Oliveira, P. S. de, Couto, T. M., Gomes, N. P., Campos, L. M., Lima, K. T. R. dos S., & Barral, F. E. (2019). Best practices in the delivery process: Conceptions from nurse midwives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(2), 455–462. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477

Paula, E. de, Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Felicio, F. de C., Araújo, R. C. B. de, Chamilco, R. A. da S. I., & Almeida, V. L. M. (2020). Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *29*. https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248

Salter, C. L., Olaniyan, A., Mendez, D. D., & Chang, J. C. (2021). Naming silence and inadequate obstetric care as obstetric violence is a necessary step for change. *Violence Against Women*, *27*(8), 1019–1027. https://doi.org/10.1177/1077801221996443

Samaritter, M. G., Herring, J., & Pickles, C. (2024). The shadowy boundaries of obstetric violence. *Journal of Gender-Based Violence*, *8*(3), 302–311. https://doi.org/10.1332/23986808Y2024D000000045

Smith-Oka, V., Rubin, S. E., & Dixon, L. Z. (2022). Obstetric violence in their own words: How women in Mexico and South Africa expect, experience, and respond to violence. *Violence Against Women*, *28*(11), 2700–2721. https://doi.org/10.1177/10778012211037375

World Health Organization. (2014). *Prevention and elimination of abuse, disrespect and mistreatment during childbirth in health institutions*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

Zampas, C., Amin, A., O'Hanlon, L., Bjerregaard, A., Mehrtash, H., Khosla, R., & Tunçalp, Özge. (2020). Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth. *Health and Human Rights*, *22*(1), 251–264. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348458/