

Percepções de gestantes acerca da violência obstétrica

Perceptions of pregnant women about obstetric violence

Percepciones de mujeres sobre la violencia obstétrica

Recebido: 22/01/2025 | Revisado: 30/01/2025 | Aceitado: 30/01/2025 | Publicado: 01/02/2025

Kauanna Couto Alves

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5084-8931>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: kcouto.ibce@gmail.com

Emanuella Soares Fraga Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5046-3121>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: efernandes@uneb.br

Luzia Célia Batista Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6992-4928>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: luziaceliasoares@gmail.com

Talitha Sonally Soares Fernandes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5868-8651>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: tsfernandes@uneb.br

Resumo

A violência obstétrica se refere a qualquer forma de tratamento desrespeitoso, abusivo ou não consensual que uma mulher pode sofrer durante o pré-natal, parto e pós-parto por profissionais de saúde. Este estudo objetiva conhecer a percepção de gestantes sobre a violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada no município de Guanambi-BA. Foi realizada em Unidades Básicas de Saúde que atendem gestantes provenientes do perímetro urbano e rural, em bairros centrais e periféricos. Foram realizadas 23 entrevistas, das quais foram definidas a partir do critério de saturação dos dados. O instrumento de coleta de dados utilizado foi roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi feita por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. O presente estudo atende em todas suas etapas à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos evidenciaram discrepância significativa no nível de conhecimento sobre o conceito de violência obstétrica quando comparadas gestantes residentes em zonas rurais e bairros periféricos com aquelas que residem em bairros centrais, além de evidenciar que muitas gestantes possuem percepção limitada sobre o conceito de violência obstétrica, com entendimento de que acontece majoritariamente no momento do parto. Conclui-se a necessidade de ampliar a sensibilização das gestantes sobre seus direitos, a sensibilização dos profissionais de saúde sobre o tema e práticas contraindicadas, a participação da sociedade e o fortalecimento de estratégias de educação em saúde que promovam entendimento mais abrangente da violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto Humanizado; Gestantes; Violência Contra a Mulher.

Abstract

Obstetric violence refers to any form of disrespectful, abusive or non-consensual treatment that a woman may suffer during prenatal, childbirth and postpartum care by health professionals. This study aims to understand the perception of pregnant women about obstetric violence. This is a descriptive research with a qualitative approach carried out in the city of Guanambi-BA. It was conducted in Basic Health Units that serve pregnant women from the urban and rural perimeter, in central and peripheral neighborhoods. A total of 23 interviews were conducted, which were defined based on the data saturation criterion. The data collection instrument used was a semi-structured interview script. Data analysis was performed using Bardin's Content Analysis. This study complies with Resolution 466/2012 of the National Health Council in all its stages. The results obtained showed a significant discrepancy in the level of knowledge about the concept of obstetric violence when comparing pregnant women living in rural areas and peripheral neighborhoods with those living in central neighborhoods. It also showed that many pregnant women have limited perception of the concept of obstetric violence, understanding that it occurs mostly at the time of delivery. The conclusion is that there is a need to increase awareness among pregnant women about their rights, to raise awareness among health professionals about the topic and contraindicated practices, to involve society and to strengthen health education strategies that promote a more comprehensive understanding of obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence; Humanizing Delivery; Pregnant Women; Violence Against Women.

Resumen

La violencia obstétrica se refiere a cualquier forma de trato irrespetuoso, abusivo o no consentido que pueda sufrir una mujer durante la atención prenatal, parto y posparto por parte de profesionales de la salud. Este estudio tiene como objetivo comprender la percepción de las mujeres embarazadas sobre la violencia obstétrica. Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cualitativo realizada en el municipio de Guanambi-BA. Se realizó en Unidades Básicas de Salud que atienden a mujeres embarazadas de zonas urbanas y rurales, en barrios centrales y periféricos. Se realizaron 23 entrevistas, las cuales se definieron con base en el criterio de saturación de datos. El instrumento de recolección de datos utilizado fue un guión de entrevista semiestructurada. El análisis de los datos se realizó mediante el Análisis de Contenido de Bardin. El presente estudio cumple con la resolución N° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud en todas sus etapas. Los resultados obtenidos mostraron una discrepancia significativa en el nivel de conocimiento sobre el concepto de violencia obstétrica al comparar mujeres embarazadas que viven en zonas rurales y barrios periféricos, con quienes habitan en barrios céntricos, además de mostrar que muchas mujeres embarazadas tienen una percepción limitada del concepto de violencia obstétrica, en el entendido de que ocurre mayoritariamente en el momento del parto. La conclusión es que es necesario aumentar la concientización de las mujeres embarazadas sobre sus derechos, la concientización de los profesionales de la salud sobre el tema y las prácticas contraindicadas, la participación de la sociedad y el fortalecimiento de estrategias de educación en salud que promuevan una comprensión más integral de la problemática obstétrica, violencia.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; Parto Humanizado; Mujeres Embarazadas; Violencia Contra la Mujer.

1. Introdução

A gestação é um processo marcado por intensas transformações no corpo da mulher, com alterações envolvendo aspectos fisiológicos, morfológicos, hormonais, metabólicos, circulatórios e cervicais, mudanças essenciais para a acomodação do feto (Alves & Bezerra, 2020). Esse também é um período marcado por descobertas e experiências novas, além do despertar de sentimentos que deixam as mulheres consequentemente mais frágeis (Melo et al., 2020).

Diante desse processo complexo para a gestante, o momento do parto que antes era realizado a domicílio por mulheres conhecidas como parteiras-leigas, com o desenvolvimento da ciência e o surgimento de novas tecnologias, passou a ser uma prática institucionalizada dentro de um hospital com a ajuda de um médico(a), com uma série de intervenções, algumas vezes danosas para as mulheres e seus filhos (Kappaun & Costa, 2020).

Desse modo, a violência obstétrica (VO) emerge como qualquer forma de tratamento desrespeitoso, abusivo ou não consensual que uma mulher pode sofrer durante o pré-natal, parto e pós-parto praticado por profissionais de saúde (Silva & Aguiar, 2020). Dentre as suas diversas formas, a violência obstétrica inclui: agressão, omissão e maus-tratos, abusos físicos, psicológicos e verbais, bem como a realização de procedimentos considerados desnecessários e prejudiciais (Lima et al., 2021).

Essa situação revela um cenário preocupante no qual muitas mulheres enfrentam situações traumáticas. A questão se torna ainda mais complexa porque, muitas das vezes, as vítimas não conseguem reconhecer a violência que estão sofrendo, evidenciando um problema importante: a falta de pesquisas e disseminação do tema (Martins et al., 2019).

Dentre as consequências traumáticas associadas a violência obstétrica, a depressão pós-parto é identificada como uma repercussão grave desse tipo de violência, no qual estudos indicam que aproximadamente 60% das mulheres que vivenciaram partos traumáticos apresentam sintomas depressivos nas semanas iniciais do período pós-parto, condição que pode estar diretamente correlacionada às práticas institucionais inadequadas durante o atendimento obstétrico (Assis, 2021).

Além disso, a violência obstétrica está fortemente relacionada ao desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, quando os eventos durante o trabalho de parto, o parto ou o pós-parto colocam em risco a vida da mãe ou do bebê, a quebra de vínculo com os serviços de saúde, visto que mulheres que sofreram violência obstétrica apresentaram menor probabilidade de buscar cuidados pós-natais (Webb et al., 2021) e em relação a amamentação, onde a experiência de violência obstétrica também pode influenciar negativamente esse processo, uma vez que o estresse gerado interfere nos mecanismos hormonais responsáveis pela produção e liberação do leite materno (Leite et al., 2024).

Pesquisas evidenciam a prevalência de violência obstétrica entre gestantes no Brasil mostrando um cenário alarmante, variando entre 18,3% e 44,3%, o que evidencia a falta de consenso sobre o que caracteriza a VO, refletindo a carência de informações claras e acessíveis sobre o tema (Leite et al., 2022). Portanto, o presente estudo tem como objetivo, conhecer a percepção de gestantes sobre a violência obstétrica, que surge através da necessidade de compreender a experiência das gestantes diante desse fenômeno, contribuindo para a identificação do cuidado inadequado que demanda atenção e aprimoramento nas práticas obstétricas.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa social com entrevistas de pessoas e análise do discurso (Pereira et al., 2018). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2019), a essência da pesquisa qualitativa reside em um conjunto de elementos que se complementam mutuamente, conferindo profundidade ao processo investigativo. Esses elementos incluem a experiência, a vivência, o senso comum e a ação, que, juntos, formam a base sobre a qual a pesquisa qualitativa se constrói. Assim, a análise qualitativa vai além da descrição, buscando revelar os sentidos subjacentes às práticas e interações humanas.

Nesse sentido, com o intuito de abranger diferentes contextos socioeconômicos, o cenário de estudo da presente pesquisa compreendeu três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cujo serviço de pré-natal atende gestantes provenientes do perímetro rural, referentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; (PACS); uma UBS da qual a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) está situada em bairros centrais do município, e outra UBS situada em área periférica de Guanambi.

Atualmente no município de Guanambi estão em funcionamento 23 UBS (CNES, 2022). Guanambi é um município brasileiro que está localizado na região sudoeste do estado da Bahia a 796 km da capital, Salvador, em uma microrregião composta por 19 outros municípios. Possui área total de 1.272.366 km² e uma população de 87.817 habitantes, sendo que o percentual de gestantes com 7 ou mais consultas pré-natal em 2021 é de 84,81% (DATASUS).

Participaram desta pesquisa 23 gestantes que atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: estar gestante em qualquer idade gestacional, estar cadastrada em uma das três unidades selecionadas para o estudo; encontrar-se em boas condições cognitivas para responder a entrevista e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pela natureza do estudo, o quantitativo de gestantes foi definido com base no critério de saturação dos dados, ou seja, o número de entrevistas reflete um ponto crítico em que a coleta adicional de dados não contribuiria significativamente para a compreensão do objeto de estudo. Nesse estágio, a adição de novos dados pode se tornar redundante, não agregando na pesquisa e na compreensão já alcançada (Minayo, 2017).

As participantes foram abordadas individualmente em ambiente privativo da Unidade Básica de Saúde. A abordagem inicial foi realizada durante aguardo para consulta de pré-natal com a apresentação da pesquisadora, explanação sobre o tema e o objetivo do estudo. Com o aceite a participar, a gestante foi direcionada a local reservado na unidade, para maior discrição, sigilo e confidencialidade

A coleta de dados foi realizada no ano de 2024 entre os meses de julho a outubro, mediante técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, como meio de garantir a fidedignidade dos dados. Para assegurar o anonimato das participantes deste estudo, as entrevistas receberam uma codificação alfanumérica, a letra G seguida de números arábicos conforme sequência das entrevistas.

O instrumento de entrevista utilizado foi um roteiro, com questões norteadoras, incluindo perguntas fechadas referentes aos dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos e perguntas abertas que versam sobre o tema em estudo.

A análise das declarações obtidas pela entrevista semiestruturada foi feita por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011). O processo de avaliação do material reunido seguiu abordagem metódica, que incluíram a fase inicial de Pré-análise: leitura flutuante das entrevistas, seleção do conteúdo que responde o objetivo da pesquisa, divisão do material em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) e de contexto, agrupamento das unidades de registro em categorias com base nos objetivos do estudo, seguido da análise e interpretação dos dados de acordo contexto teórico e o objetivo da pesquisa.

O presente estudo atende em todas suas etapas à resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2012) que conceitua pesquisa com seres humanos, aquela que individualmente ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa, sendo aprovada conforme CAAE: 77615324.2.0000.0057.

3. Resultados e Discussão

Integraram a esse estudo 23 gestantes, possuindo idades entre 18 a 43 anos, sendo a média de idade de 28 anos, o que reflete um grupo heterogêneo em termos de maturidade reprodutiva, com distribuição que inclui tanto mulheres jovens em sua primeira gestação quanto aquelas em idade mais avançada, possivelmente em suas últimas gestações. Todas as participantes são alfabetizadas e acompanhavam a sua gestação nas consultas de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde do município de Guanambi.

Das gestantes entrevistadas, cinco residiam no perímetro rural de Guanambi e 18 no perímetro urbano. Considerando as do perímetro urbano, 12 residiam em bairros centrais e seis em bairro periférico. Essa divisão geográfica permitiu analisar as percepções de gestantes em contextos distintos, de modo que a presença de mulheres de áreas urbanas e rurais possibilita identificar disparidades no acesso à informação e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

A maioria das participantes relatou estar em união estável ou casadas. Observou-se também nível educacional variado, com predominância de gestantes que concluíram o ensino médio, enquanto outras possuem escolaridade básica incompleta ou ensino superior completo. Em relação à ocupação, muitas entrevistadas estavam desempregadas no momento da coleta de dados ou se identificavam como donas de casa. Entre as que trabalhavam, as profissões incluíam lavradora, autônoma, enfermeira, auxiliar administrativo, tecnóloga em radiologia, pedagoga, balconista e serviços gerais, refletindo perfil socioeconômico de baixa a média renda.

No aspecto racial, a maioria das participantes se autodeclarou parda, sendo 12 delas, seguida de cinco que se identificaram como negras e seis como brancas. Em relação à renda familiar, a maioria das gestantes indicou renda em torno de um a dois salários mínimos, o que demonstra um nível econômico limitado e possivelmente influencia o acesso aos serviços de saúde e às condições de vida.

Quanto ao histórico obstétrico, a maioria das entrevistadas já havia passado por gestações anteriores, variando de uma a 11 gestações. 9 mulheres estavam vivenciando a experiência da sua primeira gestação. A maioria das participantes não relatou experiências de abortos espontâneos, mas algumas indicaram ter vivenciado perdas gestacionais em gestações anteriores. Sobre o tipo de pré-natal, observou-se que cerca de 60% das gestantes estavam realizando acompanhamento de risco habitual, enquanto 40% eram classificadas como gestação de alto risco devido a condições pré-existentes como hipertensão, diabetes ou idade materna avançada.

Com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin, foram definidas quatro categorias principais, que agrupam as percepções e experiências das gestantes acerca da prática de violência obstétrica, sendo elas: "O (des)conhecimento sobre violência obstétrica", "O olhar das gestantes sobre a violência física no parto", "Direitos negados" e "A violência das palavras".

Essas categorias estão organizadas em numeração arábica e serão detalhadas e discutidas ao longo do texto, permitindo análise aprofundada do tema.

1. O (des)conhecimento sobre violência obstétrica

Nessa categoria foram apresentados falas das gestantes que se destacam pela frequência com que elas manifestaram desconhecimento ou compreensão restrita sobre o conceito de violência obstétrica, que pode ser atribuída a fatores como a ausência de informação acessível e à naturalização de práticas inadequadas no contexto obstétrico. Essa invisibilidade não apenas perpetua situações de violência, mas também dificulta o enfrentamento do problema.

“Não sei o que é. [...]” (G2)

“Estou por fora. [...]” (G5)

“Eu nunca ouvi falar disso. [...]” (G15)

“Não sei. Eu tô meio perdida porque assim, eu nunca tive o que reclamar. [...]” (G21)

Segundo Almeida & Ramos (2020), muitas mulheres não sabem o que é violência obstétrica ou não conseguem associar experiências negativas ao conceito, em decorrência, por exemplo, da falta de preparo do profissional em identificar a VO, ausência de discussões amplas e abrangentes sobre o tema na mídia, nos atendimentos pré-natais e a vulnerabilidade social apresentada por muitas gestantes.

No que diz respeito à falta de preparo, muitos profissionais frequentemente exercem sua autonomia baseando-se exclusivamente em seus próprios valores, sem considerar ou dialogar os conhecimentos com as mulheres e sem conseguirem muitas das vezes identificar que aquela prática é uma violência obstétrica (Rodrigues, 2020). As gestantes, por falta de conhecimento, tendem a acreditar que atos considerados VO são processos normais da gestação e parto e que o profissional possui todo o conhecimento para estar onde está, confiando nos mesmos acima de tudo. Por outro lado, os profissionais de saúde, também desprovidos de uma visão crítica sobre o tema, frequentemente reproduzem essas práticas sob a crença de que estão agindo para o benefício das pacientes, sem perceberem que estão perpetuando atos de violência (Lima & Albuquerque, 2019)

Outra lacuna no que diz respeito à ausência de conhecimento das gestantes sobre a violência obstétrica está na falta de diálogo entre profissionais de saúde e as mulheres nas consultas pré-natais. Pelas entrevistas foi evidenciado que esse tema não foi abordado pelos profissionais de saúde durante as consultas pré-natais, o que reforça a ausência de diálogo e educação voltados para manter as gestantes cientes em relação à qualidade do atendimento e aos seus direitos enquanto pacientes, limitando sua capacidade de identificar práticas inadequadas ou abusivas.

É durante as consultas que a educação em saúde deve ser trabalhada como meio de transmissão de informação aliada à elaboração conjunta do plano de parto com a equipe de saúde, pois promove benefícios importantes, como o empoderamento da gestante, incluindo a prevenção da violência obstétrica (Costa et al., 2020).

A pesquisa realizada por Leal et al. (2020), aponta que, embora o Brasil apresenta alta cobertura de pré-natal, atingindo 98,7%, apenas uma parcela reduzida das gestantes (40%) relata ter recebido orientações sobre práticas saudáveis relacionadas ao trabalho de parto, caracterizando por uma abordagem que se concentra nos sinais de risco e que prioriza aspectos patológicos em detrimento da promoção da saúde.

A ausência de conhecimento sobre o tema também se mostra como consequência de barreiras educacionais, econômicas e culturais, evidenciadas em estudos que mostram que mulheres em situações de vulnerabilidade social, como baixa escolaridade ou moradia em áreas de difícil acesso, são mais propensas a desconhecer seus direitos e a tolerar práticas

inadequadas (Leal et al., 2023).

Os resultados provenientes das entrevistas deste estudo evidenciaram discrepância significativa no nível de conhecimento sobre o conceito de violência obstétrica quando comparadas gestantes residentes em zonas rurais e bairros periféricos com aquelas que residem em bairros centrais. Observou-se que as gestantes dos bairros centrais, em sua maioria, demonstraram maior familiaridade com o tema, apresentando mais clareza sobre seus direitos e sobre práticas inadequadas no atendimento obstétrico. Por outro lado, entre as gestantes das zonas rurais e áreas periféricas, foi constatado desconhecimento mais acentuado ou compreensão limitada do conceito.

Corroborando com o achado, Melo et al. (2022) diz que as questões sociais desempenham papel central na formação de valores, práticas e saberes transmitidos dentro de um grupo social, refletindo o conceito de cultura, que molda percepções e comportamentos coletivos, agravando ainda mais as desigualdades no acesso a informações e cuidados adequados, especialmente no campo da saúde reprodutiva.

Além disso, embora desconheça o termo, algumas gestantes, tentam associá-lo a conceitos vagos ou equivocados, como evidenciado nas falas abaixo:

“[...] É sobre aborto essas coisas? [...]” (G4)

“[...] Já ouvi falar que é sobre abuso. [...]” (G6)

“[...] Ó, violência tem a ver tipo com... tem a ver com arrogância? [...]” (G12)

Desse modo, os diálogos trazidos pelas entrevistadas evidenciam carência de conhecimento observado nas mulheres, dificultando sua autonomia, autoridade e participação das mesmas para exigirem atendimento respeitoso e humanizado e para questionarem qualquer tipo de conduta que não vá ao encontro com as suas vontades, seja no pré-natal, parto e pós-parto, como recomendado pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), dando livre acesso a práticas invasivas e desnecessárias (Russo & Nucci, 2020).

Portanto, os prestadores de cuidado atuantes nas unidades de saúde devem ser ativos em relação ao enfrentamento da desinformação sobre a violência obstétrica, principalmente para as gestantes em contextos como baixa escolaridade e vulnerabilidade socioeconômica, fatores que dificultam o acesso a informações adequadas, de modo que a promoção de condutas instrutivas às gestantes com o incentivo ao diálogo com as gestantes garante a orientação sobre todas as etapas do processo gestacional.

2. O olhar das gestantes sobre a violência física no parto

Como uma das formas de apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, essa categoria revela o entendimento das gestantes de que práticas e intervenções sem embasamento científico e que causam danos às mulheres, configuram formas de violência obstétrica frequentemente realizadas no cuidado perinatal. Pode-se destacar a centralidade das falas em torno de procedimentos como episiotomia, aplicação de ocitocina sem aviso prévio e manobras físicas invasivas, evidenciando a presença de entendimento básico e correto por parte de algumas gestantes, sugerindo que, em determinados casos, informações sobre o tema foram parcialmente assimiladas, por meio de experiências pessoais, busca pelo tema ou relatos de familiares e amigos, como evidenciado nas falas abaixo.

“Episiotomia, ocitocina sem querer, fórceps.” (G8)

“A episiotomia, se eu não quero, é uma violência obstétrica. Empurrar o bebê é uma violência [...] E tudo aquilo que

eu não tenho o consentimento, é uma violência. [...]” (G9)

“Empurrar a barriga, eu acho que é a violência obstétrica. Aquele bisturi, que é o corte, né? Sem a permissão da pessoa, sem falar, que vai fazer o corte. [...]” (G10)

“Não pode haver episio, né? Que é o corte na hora do parto. Não pode forçar, apertar a barriga, algumas coisas básicas, assim. [...] Eu entendo que se me cortar, vai ser uma violência obstétrica, se aplicar ocitocina sem me avisar também, se apertar a barriga, também né? [...]” (G7)

“Assim, o que eu conheço é a aquela do corte na região íntima, na hora de fazer o toque tem profissional que não tem calma sabe? e aí doi. [...]” (G18)

“Me falaram uma vez do corte [...]” (G20)

“Que o parto não pode ser induzido. [...]” (G22)

Os depoimentos trazidos pelas mulheres destacam a elevada frequência de práticas relacionadas à violência obstétrica, muitas vezes caracterizadas por procedimentos realizados sem respaldo em evidências científicas e por contra indicações que colocam em risco a segurança da gestante ou por provocarem desconforto físico e emocional. A insistência na realização dessas práticas compromete a autonomia da gestante, resultando em experiências de parto nas quais suas escolhas e preferências são frequentemente ignoradas (Siqueira et al., 2024).

O crescimento alarmante do número de intervenções desnecessárias nas maternidades contrasta com evidências que alertam para os danos físicos e psicológicos que elas podem causar à gestante e ao recém-nascido. Apesar disso, muitas dessas intervenções, claramente caracterizadas como violência obstétrica, continuam acontecendo, em sua maioria devido à pressão cultural que valoriza a autoridade médica acima de tudo, levando-as a questionar pouco ou nada sobre os procedimentos propostos (Siqueira et al., 2024).

Além do entendimento de que práticas invasivas e inadequadas são formas de violência obstétrica, as falas abaixo evidenciam ainda relatos de gestantes e familiares que vivenciaram ou testemunharam procedimentos como os descritos anteriormente, durante o parto. Os depoimentos a seguir revelam desde atitudes invasivas e procedimentos não consentidos até descaso profissional, corroborando a literatura sobre o tema.

“Eu tenho uma amiga que levou dois “piques”, né? Ela nem sabia, só descobriu depois. [...]” (G7)

“Minha irmã estava com 9 cm de dilatação e usaram ocitocina nela. [...] A avó da criança o parto dela foi fórceps. Agora o que eu ouço muito são mulheres que foram vítimas de episiotomia, eu tenho uma vizinha mesmo que foi assim. [...]” (G8)

“No meu parto não teve isso não. Só para empurrar a barriga. [...]” (G10)

“E também empurrou a barriga dela e o bebê nasceu com uma lesão. Ela demorou muito, foi muitas horas sentindo dor. [...]” (G9)

“Foi porque ia trocar de equipe, aí colocaram ocitocina pra andar mais rápido, aí teve um que foi puxar com o fórceps [...] forçaram a barriga também pra sair. [...]” (G22)

“Eu sei que o toque já é muito ruim assim, mas na hora que eu fui fazer o toque, a obstetra, eu senti que ela foi meio ignorante, na primeira vez foi mais tranquilo mas na segunda vez já doeu e eu percebi que ela veio estressada lá de fora, e o profissional não deve descontar o estresse dele na gente [...]” (G18).

Com o desenvolvimento de práticas mais tecnicistas e mecanizadas e de procedimentos invasivos que se deram no decorrer dos anos, temos a realização da episiotomia, um dos procedimentos citados pelas gestantes, também conhecido como

“pique”. Essa prática compreende a incisão do períneo durante o parto, é um procedimento que deve ser realizado exclusivamente em situações específicas, como casos de distocia ou sofrimento fetal. Além disso, é imprescindível que a realização do procedimento seja precedida pela autorização explícita da parturiente (Alvares et al., 2020).

Outra forma de violência relatada pelas entrevistadas está no uso de ocitocina. Embora seja produzida naturalmente durante o trabalho de parto e desempenhe papel crucial na facilitação das contrações uterinas e no pós-parto, o uso inadequado e isolado da ocitocina pode representar risco para a saúde tanto da mãe quanto do bebê, resultando em complicações graves, pois em doses excessivas, pode desencadear contrações uterinas intensas, às vezes até diminuindo o fluxo sanguíneo para o bebê, aumentando a necessidade de realização de parto cesáreo. A administração da ocitocina deve ser minuciosamente considerada pela equipe multidisciplinar, visando a minimização de potenciais danos e o respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos da parturiente, levando em conta a sua condição fisiológica e a da criança (Moraes et al., 2022).

Em relação à violência sofrida no momento do parto, podemos destacar a prática grosseira e excessiva de exames de toque realizada por profissionais de saúde que não realizam o cuidado e sensibilização necessários para a prática somente por estar “estressado”. Diante do trabalho de parto, isso pode ser doloroso e desconfortável, além de aumentar o risco de infecção ou contaminação. Portanto, é crucial que o exame de toque não seja realizado de forma frequente e, ainda mais importante, somente com o consentimento da paciente, com ética e profissionalismo (Dantas et al., 2023).

Tem-se como outro exemplo de violência obstétrica trazido pelas gestantes a manobra de Kristeller, retratado pelas mesmas como o ato de empurrar a barriga, é frequentemente utilizada com o intuito de abreviar o período expulsivo do parto, comumente justificado pela “pressa” da equipe em realizar o procedimento. Portanto, essa prática não reduz o tempo do trabalho de parto e, ao contrário, está associada a uma série de riscos e complicações tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, como lesões uterinas e perineais, fraturas e traumas no bebê. A força aplicada sobre o abdômen da parturiente por meio de mãos, braços ou cotovelos não pode ser devidamente controlada, o que resulta em desconforto e aumenta as taxas de laceração perineal. Devido a esses riscos, tanto o Ministério da Saúde quanto a Organização Mundial da Saúde proibiram a utilização da manobra (Nascimento, et al., 2021)

No que tange o uso do fórceps, desenvolvido inicialmente para auxiliar em partos vaginais difíceis, o instrumento demonstrou grande utilidade ao permitir o nascimento em situações de complicações no período expulsivo, porém com o tempo, sua aplicação foi estendida, podendo ser utilizado também em extrações fetais durante cesarianas. Apesar disso, o uso do fórceps exige treinamento técnico adequado e critérios rigorosos de indicação, considerando os potenciais riscos associados ao procedimento, como traumas para a mãe e o recém-nascido, quando realizado de forma inadequada (Sampaio et al., 2022).

A indução do parto também mencionada pelas mulheres é um procedimento que utiliza hormônios sintéticos para estimular as contrações uterinas e promover a dilatação cervical, como a ocitocina e o medicamento misoprostol, e é um método que pode estar associado ao aumento da intensidade da dor durante o trabalho de parto, o que pode desencadear elevação nos níveis de cortisol, além de intensificar sentimentos de ansiedade e estresse na parturiente (Ramos et al., 2024).

No entanto, há situações em que, por decisão do profissional ou da própria gestante, opta-se pelo uso de ocitocina sintética, sendo necessário a avaliação criteriosa da equipe responsável. Portanto, para que o processo de parto ocorra de maneira natural e fluida, é fundamental que a mulher se sinta segura, acolhida e confortável. Esses fatores contribuem para a liberação eficiente da ocitocina endógena, promovendo contrações regulares, dilatação adequada e parto fisiológico (Santos et al., 2020).

Práticas como as relatadas pelas gestantes devem ser desincentivadas, uma vez que são atitudes que comprometem a qualidade da assistência prestada à gestante, atendimento que deve respeitar os desejos, a dignidade e a integridade das mulheres e garantir cuidado humanizado e ético, levando sempre em consideração os desejos das gestantes.

3. Direitos negados

Foi ressaltado ainda a associação da violência obstétrica a práticas que violam os direitos fundamentais das gestantes, dentre eles a falta de consentimento informado, apontada por algumas mulheres como uma das principais manifestações desse tipo de violência, evidenciado nas falas abaixo:

“Fazer uma coisa sem o seu consentimento.” (G11)

“Não informar direito.” (G14)

“Não ter o direito de acompanhante, livre escolha... [...]” (G8)

“Eu sei que tem médico que não deixa comer nem beber água, umas coisas assim.” (G8)

“Não fazer nada que você não queira.” (G8)

“Deixar a mulher lá. Deixar ela sofrer lá. Não orientar. [...] Vai para o hospital, chega lá, está sentindo dores, volta para ir embora. Mas quando retorna, a mulher já morreu. Está negligente.” (G16)

Nesse sentido, as gestantes relataram a percepção de que a violência obstétrica configura práticas que são feitas sem o seu consentimento e a falta de informação sobre o que vai ser realizado, violência que compromete a dignidade das gestantes e representa uma grave violação de direitos humanos.

Um aspecto crucial do consentimento informado é que embora informar seja um passo essencial, não é suficiente para garantir que a gestante compreenda plenamente os procedimentos propostos, suas implicações, riscos e benefícios, e seja capaz de tomar decisões informadas e conscientes. A comunicação precisa ser efetuada de forma ativa e esclarecedora, cabendo ao profissional de saúde assegurar que a gestante tenha acesso a explicações claras, utilizando linguagem acessível, considerando seu contexto sociocultural e emocional, e criando um ambiente de acolhimento e diálogo (Castro, 2024).

Outro ponto identificado pelas grávidas como VO é a privação da presença de acompanhante. A ausência do acompanhante durante o parto ou no período pós-parto representa séria violação ao direito fundamental de um parto humanizado, podendo favorecer a ocorrência de outras ações que desrespeitem a autonomia da gestante nesse momento tão delicado. A presença de uma pessoa de confiança ao lado da mulher durante o parto não apenas oferece conforto físico e emocional, mas também desempenha papel essencial no apoio à expressão de suas vontades e necessidades, onde em caso de incapacidade da mulher de se expressar, seu acompanhante falará por ela (Castro, 2020).

As falas das mulheres trazem ainda, a restrição alimentar e hídrica como privação do seu direito. Impedir a ingestão de alimentos e líquidos pode causar desconforto físico e emocional, além de contribuir para a sensação de desamparo da parturiente. O trabalho de parto é um processo que exige energia e hidratação adequadas para garantir o bem-estar da mulher e o bom andamento do parto. Por isso, essa conduta é criticada de modo que contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que desde 1996 afirma que essa restrição é desnecessária e sem base científica.

A cesariana corresponde a outra prática que pode ser realizada sem o consentimento informado. Apesar de ser feita na maioria das vezes através de escolha compartilhada entre o médico e a gestante, influenciada pela recomendação médica (Carvalho et al., 2024), estudos trazem que ela também pode ser incluída como ato de violência obstétrica quando realizada sem indicação médica apropriada e quando os profissionais de saúde omitem informações sobre a real condição da gestante ou distorcem os fatos para induzir a escolha pela cesariana eletiva (Lopes & Oliveira, 2023).

Desse modo, as gestantes precisam estar informadas sobre os seus direitos, principalmente através da conversa sobre o assunto com o médico e o enfermeiro do pré-natal, pois dessa forma obtêm o entendimento de que podem exigi-lo, para impedir os impactos negativos que sua violação pode gerar para mãe e bebê.

Conforme Gonzaga et al. (2021), a violência por negligência envolve a recusa de atendimento ou a imposição de barreiras para que a gestante tenha acesso a cuidados essenciais e de seu direito, sendo vista, por exemplo, em casos em que mulheres são mandadas para casa durante o trabalho de parto, mesmo em condições de risco, o que pode resultar em desfechos adversos, como mortes maternas e neonatais, indo totalmente de encontro ao princípio ético da beneficência e o dever profissional de não abandonar o paciente.

Nessa lógica, a negação de direitos, somada à cultura de autoridade predominante na área médica, contribui para a formação de um sistema de assistência ao parto marcado por desorganização e falta de respeito, do qual essas gestantes têm por muito sua assistência negada, realidade que se agrava ainda mais quando os direitos das mulheres são ignorados (Brito et al., 2020). Portanto, é importante que as gestantes tenham os seus direitos respeitados e a sua assistência assegurada de modo que haja profissionais capacitados para isso, evitando a exposição das mesmas a situações de riscos e mortes que poderiam ser evitadas.

4. A violência das palavras

Essa categoria emerge como lacuna no atendimento, evidenciando os impactos de palavras e atitudes desrespeitosas durante o atendimento obstétrico, tornando possível identificar que gestantes associam a violência obstétrica não apenas a práticas físicas invasivas, mas também a palavras ofensivas que afetam a dignidade da mulher, vista em relatos como:

“Pressionar para não gritar.” (G8)

“Ficar falando palavras que não devem ser ditas. [...] Falar na hora de fazer é bom.” (G10)

“Se falar alguma coisa indevida.” (G7)

“O próprio tratar mal.” (G20)

Também foram relatadas nas entrevistas a violência verbal como experiência sofrida pelas gestantes e por pessoas próximas, destacando a presença de comentários agressivos e humilhantes durante a assistência.

“Eles falaram, né, que na hora “você pensou que ia ser fácil?” “Faz força!” não sei o que.” (G9)

“Falaram para mim “vai! força! na hora de fazer foi bom, agora você não tá fazendo nada!” (G22)

“O médico falou para uma amiga que ela não deveria gritar e falou bem assim “Será que quando você estava fazendo o ato estava gritando também?” (G7)

“Assim, a violência que minha amiga sofreu foi de agir com ela com ignorância, falar que se ela não ficasse quieta que eles iam deixar ela só na sala.” (G12)

Uma das manifestações mais comuns de violência obstétrica ocorre quando, durante o trabalho de parto, os profissionais de saúde minimizam os sentimentos e as experiências da mulher. Conforme o relato das gestantes, o ato de pressionar para não gritar vem ao encontro de atitudes como desacreditar da dor relatada e até mesmo humilhar verbalmente a parturiente com expressões que a desqualificam, como chamá-la de "escandalosa" ou "fraca" (Castro, 2024).

O sentimento de ser tratada mal durante a assistência, evidenciado pelas entrevistadas deste estudo, reforça que após essa experiência muitas mulheres optam por se silenciar com medo de novas agressões ou pela sensação de impotência gerada pela situação, impedindo de se expressarem e perpetuando um ciclo de silêncio e subordinação (Nunes et al., 2020).

A fala abaixo evidencia ainda o entendimento da violência obstétrica como práticas discriminatórias que muitas vezes

é acompanhado de preconceito e que colocam mulheres negras e seus filhos em situações de risco, evidenciado em: “Xingar a mãe, falar palavrão, essas palavras é uma violência. Algum tipo de preconceito com o povo, com... com raça. Qualquer tipo de preconceito que tenha.” (G9)

A fala da entrevistada enfatiza um cenário em que profissionais de saúde colocam seus próprios valores, crenças e preconceitos acima da qualidade da assistência. Para Davis (2019), o racismo obstétrico é compreendido como forma de violência que emerge na interseção entre violência obstétrica, gênero e raça, refletindo o impacto do racismo estrutural na saúde reprodutiva das mulheres negras. Assim como a violência obstétrica é caracterizada por ser uma violência baseada no gênero, o racismo obstétrico integra as dinâmicas de violência institucional e contra as mulheres, agravadas pelas desigualdades raciais historicamente enraizadas.

Embora os códigos de ética prevejam que esses profissionais devem prestar cuidados livres de qualquer tipo de discriminação, respeitando o cliente em todas as fases do atendimento, ainda existem casos em que a assistência é realizada de forma discriminatória, rejeitando ou menosprezando a paciente. Ao cumprir essa obrigação, os profissionais contribuem para a promoção de um ambiente de cuidado mais confiável, prevenindo eventos adversos e assegurando o respeito à dignidade e aos direitos das pacientes (Silva, 2021).

Ademais, os dados dessa pesquisa revelaram que muitas gestantes possuem entendimento limitado sobre o conceito de violência obstétrica, com o pensamento de que seja uma prática que acontece majoritariamente no momento do parto, desconsiderando que a violência obstétrica também pode ocorrer em diferentes fases do cuidado materno, como o pré-natal, o atendimento nas unidades de saúde e o puerpério. Essa visão evidencia que as gestantes precisam se sensibilizar sobre os seus direitos, de modo que haja o fortalecimento de estratégias de educação em saúde que promovam um entendimento mais abrangente da violência obstétrica.

4. Conclusão

A violência obstétrica é muitas das vezes um tema pouco propagado, do qual muitas das gestantes entrevistadas para este estudo não tinham o conhecimento do termo e muito menos foi algo discutido entre ela e profissional de saúde durante as consultas pré-natais.

Reforça-se que a informação é uma arma essencial para o combate da prática de violência obstétrica, uma vez que a partir do conhecimento adequado as mulheres podem questionar qualquer conduta que vá de encontro ao que é preconizado para uma assistência segura e respeitosa, e não só as gestantes, seus acompanhantes também devem ser devidamente instruídos sobre o que deve ou não ser feito na assistência para que reconheçam a violência obstétrica e interfiram para evitá-la.

As consultas pré-natais devem ser um momento de propagação de informações de fácil entendimento, onde as gestantes recebem o conhecimento que precisam para assim se sentirem seguras e preparadas. Nesse contexto, é essencial que as futuras mães obtenham orientações que vão desde os aspectos fisiológicos e emocionais da gravidez até os cuidados com a alimentação, os sinais de alerta e os direitos da mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto, para tomarem decisões informadas e enfrentar as diversas etapas da gestação de forma tranquila.

Da mesma forma, é necessário que as unidades de saúde realizem a constante fiscalização e atualização de protocolos de atendimento que permitam o estabelecimento e garantia de que práticas baseadas em evidências vão ser seguidas. A atualização contínua desses protocolos deve considerar avanços na ciência, na medicina e necessidades específicas das comunidades atendidas, permitindo que as práticas adotadas sejam eficazes, que respeitem e sejam de acesso de todos.

Partindo do entendimento de que os profissionais devem adotar práticas mais humanizadas, é necessário também que as unidades de saúde, do serviço básico quanto o de maior complexidade, se adaptem para oferecer espaços acolhedores, além do incentivo a ações como a presença de acompanhantes durante todo o processo.

Por fim, a mudança não deve ocorrer somente no público-alvo e profissionais de saúde, a transformação no enfrentamento da violência obstétrica (VO) exige esforço coletivo, se fazendo essencial que a sociedade como um todo seja incluída no debate e na busca por soluções, uma vez que a normalização de práticas inadequadas está profundamente enraizada em contextos culturais e sociais. Além disso, é necessário abordar a desconstrução de estereótipos e crenças que perpetuam a VO, muitas vezes mascarada como "procedimentos rotineiros" ou "cuidados necessários". Assim, a sensibilização amplia o impacto das ações institucionais e fortalece a luta por um sistema de saúde mais justo e ético para todos.

Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica necessita da participação de profissionais de saúde, gestores públicos, gestantes e a sociedade em geral, através de mudanças na assistência que vão assegurar que todas as mulheres tenham acesso a um atendimento respeitoso e livre de violências e para a construção de uma sociedade mais informada e participativa.

Referências

- Almeida, N. M. O. & Ramos, E. M. B. (2020). O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit*, 9(4), 12-27.
- Álvares, A. S., Corrêa, Á. C. de P., Nakagawa, J. T. T., Valim, M. D., Jamas, M. T., & Medeiros, R. M. K. (2020). Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 54. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018039003606>.
- Alves, T. V. & Bezerra, M. M. (2020). Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia* [Internet]. v. 14 n. 49. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/23242>.
- Assis, K. G., Meurer, F., & Delvan, J. D. S. (2020). Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicologia Argumento*, 39(103), 135–157. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Editora Edições 70.
- Brito, C. M. C. & Costa, A. P. C. A. (2020). Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cad. Ibero Am.* 9(1), 120-140. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.
- Carvalho, F. A. C., Moreira, L. M., Mariana, S. O., Vieira, M. S., Oliveira, V. M., & Oliveira, B. C. S. (2024). Cesariana eletiva: revisão integrativa sobre o discurso de mulheres e fatores que influenciam na escolha do parto cesáreo no Brasil. *Rev Med*. <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/221639/207581>.
- Castro, T. D. V. (2020). Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Revista de Ciências Jurídicas*. 25(1). DOI: <https://doi.org/10.5020/2317-2150.2020.10093>.
- Castro, A. C. (2024). Violência obstétrica no brasil: educação perinatal e responsabilidade civil para o enfrentamento do problema. *Revista Amor Mundi*. 5(5):141-155. DOI:10.46550/amormundi.v5i5.480.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília.
- Costa, N. Y., Córrea, L. R., Xavier, G. P., Panella, A. S., Santos, S. F. D., Franco, I. M., Araújo, N. O., Barros, V. V., Costa, P. V. D. P., & Nogueira, L. M. V. (2020). O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(12), e4929-e4929. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4929>.
- Dantas, N. M. F., Oliveira, C. D., Rodrigues, D. C. M., Gomes, L. V. C., & Batista, J. L. F. P. (2023). Percepção de primíparas acerca da violência obstétrica. *Revista Eletrônica Acervo da Saúde*. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/12842/7603/>.
- Davis, D. A. (2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Med Anthropol*. 38(7):560-573. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521376/>.
- Gonzaga, A. L. R., Ribeiros, K. M., Silva, V. L., Gonzaga, Y. V. L., & Rezende, F. R. (2021). Violência Obstétrica: Um Ponto Fraco da Saúde Brasileira. *UNIFIMES*. <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/anais-semana-universitaria/article/view/1368/1209>.
- Kappaun, A. & Costa, M. M. A. (2020). Institucionalização do Parto e suas Contribuições na Violência Obstétrica. *Revista Paradigma*. 29(1). <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>.
- Leal, M. C., Granado, S., Bittencourt, S., Esteves, A. P., & Caetano, K. (2023). Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. *Fiocruz*. <https://nascemobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>.

- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., & Gama, S. G. N. (2020). Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:8. <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/08/pt>.
- Leite, T. H., Marques, E. S., Corrêa, R., Leal, M. C., Olegário B. C. D., Costa, R. M., & Mesenburg, M. A. (2024). Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 29 (09) <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>.
- Leite, T. H. L., Marques, E. S., Pereira, A. P. E., Portella, Y., & Leal, M. C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 27 (02). <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>.
- Lima, G. A. F. & Lopes, M. C. A. (2019). Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller durante o parto. Orientador: Lídia Câmara Peres. 22f. *Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem)* - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/31>.
- Lima, K. D., Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*; 26(3): 4909–4918. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.
- Lopes, E. F. & Oliveira, R. D. (2023). Violência Obstétrica: A problemática de um abuso silencioso contra as mulheres no momento gestacional. *Editora Científica*. <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/231014837.pdf>.
- Martins, F. L., Silva, B. O., Carvalho, F. L. O., Costa, D. M. C., Paris, L. R. P., Júnior, L. R. G., Bueno, D. M. P., & David, M. L. (2019). Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico, *rev. Saúde em foco*, (11). https://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf.
- Melo, A. da S., Silva, S. B. S. da Costa, F. B., Barbosa, M. dos S. A., Nascimento, K. C. do, & Reis, R. P. dos. (2020). Assistência de enfermagem frente à violência obstétrica: Um enfoque nos aspectos físicos e psicológicos / Nursing assistance in front of obstetric violence: A focus on physical and psychological aspects. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 83635–83650. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-703>.
- Melo, B. L. P. L., Moreira, F. T. L. S., Alencar, R. M., Magalhães, B. C., Cavalcante, E. G. R., Maia, E. R., & Albuquerque, G. A. (2022). Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. *Revista Cuidarte enero*, [S. 1.], 13(1), 1-16. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1536>.
- Minayo, M. C. de S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. 2017.
- Minayo, M. C., & Costa, A. P. (2019). Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa qualitativa em ação (1a). Oliveira de Azeméis - Aveiro - Portugal: Ludomedia.
- Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. (2022). https://CNES2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=13982640000196.
- Moraes, A. C. M. M., Melo, L. V., Moutran, L. G., Santiago, R. C., & Maia, J. S. (2022). Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. *Rev Remecs*. 7(12):11-20. . DOI: 10.24281/rremecs2022.7.12.11-20.
- Nascimento, K. I. M., Lima, V. S., Novaes, C. D. P., Ponte, A. R., Aragão, C. R. B., Trindade, G. B. M., Cardoso, L. R., & Alcântara, L. M. (2021). Manobra de Kristeller: Uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*. 4(2), 7362-7380. DOI:10.34119/bjhrv4n2-278.
- Nunes, G. F. O., Matos, K. K. C., Melo, D. E. B., Viana, L. S. S., & Espínola, M. M. M. (2020). Violência Obstétrica na Visão de Mulheres no Parto e Puerpério. *Perspectivas Online: Biológicas e Saúde*. 10(35). <https://doi.org/10.25242/8868103520202086>.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico*. OMS/SRF/MSM/96.24. Genebra: OMS.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Editora da UAB/NTE/UFSM.
- Ramos, A. C. R., Silva, C. E. R., Lima, V. F. L., Martins, R. G. C. F., & Crespo, B. B. (2024). O papel da ocitocina na humanização do parto: impactos fisiológicos e emocionais. *Brazilian Journal of Health Review*. 7(4), 01-08. DOI:10.34119/bjhrv7n4-178.
- Rodrigues, D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N., Alvares, L. S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). A violência obstétrica na percepção das multiparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgefn/article/view/109826>.
- Russo, J. & Nucci, M. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *INTERFACE*, 24, 1-14. <https://www.scielosp.org/article/icse/2020.v24/e180390/>.
- Sampaio, N. L. F., Korkes, H. A., & Kehdi, J. (2022). The trivialization of cesarean section. *Rev Fac Ciênc*. <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/642492>.