



## Percepção de parturientes nas categorias de violência obstétrica

Perception of parturients in the categories of obstetric violence

Percepción de las parturientas en las categorías de violencia obstétrica

Fernanda Pinto Lima da Silva<sup>1</sup>, Lana Priscila Meneses Ares<sup>1</sup>, Ricardo José Oliveira Mouta<sup>1</sup>, Sandra Cristina de Souza Borges Silva<sup>1</sup>, Edymara Tatagiba Medina<sup>1</sup>, Marcele Zveiter<sup>1</sup>, Renata Martins da Silva Pereira<sup>1</sup>, Luiza Mara Correia<sup>1</sup>, William Santos Chao<sup>2</sup>, Luciane Pereira de Almeida<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as violências vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto. **Métodos:** Estudo de campo exploratório, transversal e quantitativo, realizado com 40 parturientes residentes no Estado do Rio de Janeiro. Foi aplicado as participantes um questionário de identificação de violência obstétrica e um formulário de dados socioeconômicos e antecedentes obstétricos. Os dados foram tabulados na planilha de Excel. Foi realizada uma análise das variáveis as descrevendo pela frequência absoluta simples (N) e frequência relativa simples (%). **Resultados:** Pôde-se observar através dos resultados dessa pesquisa diversos tipos de violência obstétrica sofrida por mulheres no período de parturição, no entanto grande parte das vezes essas mulheres não conseguem reconhecer as violências obstétricas sofridas a partir de fatores associados a este fenômeno, refletindo um fraco empoderamento frente aos processos envolvendo seus próprios corpos. **Conclusão:** É de extrema importância que essas mulheres sejam orientadas durante todo o processo gravídico por profissionais de saúde que as acompanham, sobretudo o enfermeiro, enquanto sujeito facilitador do conhecimento, com práticas humanizadas e singulares, para a construção e empoderamento sobre seus próprios corpos.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica, Humanização da assistência, Direito a saúde, Direitos humanos, Direitos sexuais e reprodutivos.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the violence experienced by women during labor. **Methods:** Exploratory, cross-sectional and quantitative field study conducted with 40 parturients living in the State of Rio de Janeiro. A questionnaire to identify obstetric violence and a form with socioeconomic data and obstetric history were applied to the participants. The data were tabulated in an Excel spreadsheet. An analysis of the variables was performed, describing them by simple absolute frequency (N) and simple relative frequency (%). **Results:** It was possible to observe through the results of this research several types of obstetric violence suffered by women during parturition, however, most of the time these women are not able to recognize the obstetric violence suffered from factors associated with this phenomenon, reflecting a weak empowerment in the face of processes involving their own bodies. **Conclusion:** It is extremely important that these women are guided throughout the

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro - RJ.

pregnancy process by health professionals who accompany them, especially the nurse, as a facilitator of knowledge, with humanized and unique practices, for the construction and empowerment of their own bodies.

**Keywords:** Obstetric violence, Humanization of care, Right to health, Human rights, Sexual and reproductive rights.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la violencia vivida por las mujeres durante el trabajo de parto. **Métodos:** Estudio de campo exploratorio, transversal y cuantitativo realizado con 40 parturientas residentes en el Estado de Río de Janeiro. A las participantes se les aplicó un cuestionario para identificar la violencia obstétrica y un formulario con datos socioeconómicos y antecedentes obstétricos. Los datos fueron tabulados en una hoja de cálculo de Excel. Se realizó un análisis de las variables, describiéndolas por frecuencia absoluta simple (N) y frecuencia relativa simple (%). **Resultados:** Los resultados de este estudio mostraron varios tipos de violencia obstétrica sufrida por las mujeres durante el parto, sin embargo, la mayoría de las veces, estas mujeres son incapaces de reconocer la violencia obstétrica sufrida por factores asociados a este fenómeno, reflejando un débil empoderamiento frente a los procesos que involucran sus propios cuerpos. **Conclusión:** Es sumamente importante que estas mujeres sean guiadas durante todo el proceso de embarazo por profesionales de salud que las acompañen, especialmente la enfermera, como facilitadora de conocimientos, con prácticas humanizadas y únicas, para la construcción y empoderamiento de sus propios cuerpos.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica, Humanización de la atención, Derecho a la salud, Derechos humanos, Derechos sexuales y reproductivos.

---

## INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal e o nascimento reúnem importantes experiências na vida das mulheres e familiares. A gestação é um período por muitas vezes repleto de expectativas e para além de diversas mudanças anatômicas, fisiológicas e sentimentais, constitui um período de adaptação para uma nova etapa de vida, onde a mente pode vir a aflorar angústias e medos. Com isso, a fragilidade emocional e o desconforto físico seguem paralelos durante toda a gestação, e para uma vivência positiva, é preciso haver uma visão respeitosa, humanizada e acolhedora do profissional de saúde que a assiste a gestante (SILVA FM, et al., 2017; NUNES GF, et al., 2020).

Ao longo dos anos, o processo de parturição sofreu significativas mudanças. Antes, o parto era realizado por parteiras nos domicílios das gestantes e sua família, sob uma ótica fisiológica e natural de cada uma e através de um conhecimento empírico perpetuado entre as gerações. Posteriormente, a partir da década de 40 o processo de nascimento passou a ser gradualmente um evento hospitalar, mais invasivo e intervencionista, no qual as mulheres passaram a ser levadas ao hospital com o objetivo de reduzir riscos maternos e fetais. (DIAS SL e PACHECO AO, 2020; NASCIMENTO SL, et al., 2019).

A partir disso, instituiu-se o modelo tecnocrático de assistência, onde o protagonismo feminino deu lugar ao uso elevado de tecnologias hospitalares, no qual o saber médico foi posto como autoridade máxima de conhecimento no assunto. Inicia-se então, uma era de assistência obstétrica repleta de intervenções e medicalizações associadas muitas vezes a dor e sofrimento. Essas práticas invasivas no corpo da mulher acabaram reprimindo a autonomia feminina, tornando o processo de parturição repleto de práticas hospitalares mecanizadas, muitas vezes com intervenções dolorosas, favorecendo um espaço obstétrico de perda de autonomia e violação de direitos. (DIAS SL e PACHECO AO, 2020; LEAL SY, et al., 2018).

Essas mudanças trouxeram um sentimento de despreparo nas mulheres, que começaram a acreditar serem incapazes de parir sem que houvesse intervenções médica. Além do distanciamento familiar, a institucionalização do parto colaborou para uma aceitação passiva ao progressivo processo de medicalização do corpo feminino, passando as mulheres a serem submetidas a intervenções rotineiras e desnecessárias (NASCIMENTO SL, et al., 2019).

Nesse cenário, surge a violência obstétrica (VO), a qual pode ser caracterizada por práticas/danos contra a saúde sexual e reprodutiva feminina, que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério, seja no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, podendo ser perpetrada por profissionais que atuam no ambiente da saúde. Os tipos de V.O podem ser descritos em caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material (DIAS SL e PACHECO AO, 2020).

Martins FL, et al. (2019) discute a VO como qualquer ato exercido por profissionais de saúde que tenham uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalizadas ou qualquer tipo de transformação no processo fisiológicos do parto que envolva maus tratos físicos, psíquicos ou verbais e que provoquem perda de autonomia e capacidade de livre decisão sobre o corpo feminino, com consequências negativas para a vida das mulheres.

Com isso, esse artigo possui como objetivo identificar as violências vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto e tem como objeto de estudo o conhecimento de parturientes acerca da violência obstétrica em seu amplo aspecto (o que envolve as categorias de violência física, psicológica, verbal, sexual, discriminatória, institucional e financeira). A justificativa se dá pelo fato de a violência obstétrica constituir atualmente um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos com elevados índices no Brasil onde é ressaltado a importância de discussões e pesquisas sobre a temática, de forma a contribuir para a construção de políticas públicas que favoreçam a resolução do problema (SENS MM e STAMM AM, 2019; QUEIROZ FD, et al., 2020; GUIMARÃES LB, et al., 2018; SCHWETTER FA e SANTOS SG, 2021).

## MÉTODOS

Estudo e campo exploratório, descritivo, delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado através por uma plataforma digital, por um aplicativo intitulado “*Google Forms*” o qual trata-se de um aplicativo de gerenciamento de pesquisas lançado pelo Google. A pesquisa foi realizada com 40 parturientes residentes no Estado do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão adotados foram: mulheres que tiveram seus partos no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2018 e 2022, maiores de 18 anos. Os de exclusão: mulheres que se encontrassem com dificuldades de comunicação e menores de 18 anos de idade.

O recrutamento dos participantes foi feito através da técnica de bola de neve, conhecida também como cadeia, *snowball* ou *snowball sampling*. Essa técnica metodológica possibilita uma forma de amostra não probabilística, utilizada em pesquisas sociais onde o participante inicial, chamado de “semente”, indica novos participantes e estes, por sua vez, indicam os novos participantes e assim continuamente, até que seja alcançado o “ponto de saturação”. Esse ponto é determinado quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa. Sendo assim, a Técnica *Snowball* é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência e uma espécie de rede (VILLARINHO PR e CARDOSO MM, 2016). Dessa forma, a participante semente desta pesquisa foi uma parturiente do convívio pessoal de um dos autores.

A coleta de dados se deu através de plataforma online. Foi garantido o sigilo das informações, sendo feito uma codificação para manter o anonimato das participantes. O processo de coleta de dados ocorreu via formulário buscando informações socioeconômicos, antecedentes obstétricos e questionário de identificação de violência obstétrica.

O Questionário de identificação de violência obstétrica consiste em um instrumento auto aplicado, elaborado e validado em uma pesquisa de Souto RE (2020), na qual teve sua validação de aparência e conteúdo feita por Juízes *experts* nesta área de interesse, junto a uma validação semântica pelo público-alvo. O questionário corresponde a questões descritivas fechadas sobre sete tipos de violência obstétrica, sendo: violência verbal, violência psicológica, violência física, violência sexual, violência discriminatória, violência institucional e violência financeira.

Os dados foram tabulados na planilha de Excel. Foi realizada uma análise das variáveis relacionadas aos dados socioeconômicos e de violência obstétrica, nos quais realizou-se uma descrição destas pela frequência absoluta simples (N) e frequência relativa simples (%), sendo apresentadas em tabelas.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob CAAE: 57164922.0.0000.5282, e parecer 5378994.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 40 mulheres que tiveram seus partos no Estado do Rio de Janeiro. A maior parte das mulheres possuem mais de 30 anos (57,50%), casadas (60,52%), de cor parda (50%), seguida da cor branca (40%), com uma renda maior que dois salários-mínimos (53%), evangélicas (38,46%) e católicas (20,51%).

Em relação ao número de gestações, 66,66% das mulheres engravidaram apenas uma vez, a maioria com seus partos realizados em hospital particular (56,41%), com tipo de parto cirúrgico (58,97%), seguido de vaginais (33,33%), a maior parte deles realizados por profissionais médicos (79,48%). 100% das mulheres realizaram acompanhamento de pré-natal. A seguir serão apresentados os resultados relacionados ao questionário sobre violência obstétrica.

**Tabela 1** - Informações sobre violência obstétrica, violência verbal ou psicológica (n=40).

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Gritos pelos profissionais.	1	2,5%	Humilhação pelos profissionais	8	20%
Apelido desagradável	1	2,5%	Inibição de seus gritos/emoções	6	15%
Comentários irônicos em tom de deboche pelo profissional sobre seu comportamento.	9	22,5%	Desamparada pelos profissionais de saúde	8	20%
Culpabilizada por algum profissional por não seguir alguma orientação.	3	7,5%	Ameaça de algum profissional	0	0%
Nenhuma das alternativas	4	10%			

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

De acordo com os achados da pesquisa, observa-se que 22,5% das mulheres disseram ter sofrido violência obstétrica psicológica com comentários irônicos em tom de deboche pelo profissional sobre seu comportamento, 20% sentiram-se desamparadas pelos profissionais de saúde; 20% relatam terem sofrido algum tipo violência verbal em tom de humilhação; 15% relatam que foram inibidas a não vocalizar, gritar ou expressar suas emoções no momento do parto e apenas 10% das participantes da pesquisa afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência psicológica ou verbal no momento do parto.

**Tabela 2 - Informações sobre violência obstétrica, Violência Física (n=40).**

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Toques vaginais seguidos por diferentes profissionais.	11	27,5%	Sentiu-se abusada pelo profissional durante toque vaginal	1	2,5%
Pernas ou braços amarrados durante o parto.	1	2,5%	Não foi pedida permissão para administrar ocitocina	4	10%
Administrado soro com ocitocina.	6	15%	Não informada sobre indicação de ocitocina	7	17,5%
Realizado tricotomia	2	5%	Manobra de Kristeller	8	20%
Lavagem intestinal	1	2,5%	Episiotomia sem explicação e sem autorização	8	20%
Não foi explicado o cuidado com o períneo depois do parto	5	12,5%	Episiotomia sem anestesia	1	2,5%
Sutura perineal sem anestesia	2	5%	Não escolheu posição de parir no parto vaginal, sendo imposta pelo profissional.	7	17,5%
Sem explicação sobre motivo da cesariana.	1	2,5%	Bebê não foi para o colo imediatamente após nascimento, não sendo informado o motivo	16	40%
Bebê não mamou na primeira hora, pois não estava com você e não foi explicado motivo	12	30%			

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

Em relação a violência obstétrica física, a maior parte das participantes da pesquisa manifestou ter sofrido mais de um tipo. Para 40% das entrevistadas, o bebê não foi para seu colo imediatamente após o nascimento, não sendo informadas sobre o motivo. 30% informaram que o bebê não mamou na primeira hora e 27,5% relataram terem sofrido toques vaginais seguidos por diversos profissionais.

**Tabela 3 - Informações sobre violência obstétrica, Violência Sexual (n=40).**

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Toque vaginal sem permissão	4	10%	Toque vaginal sem luva	0	0%
Sentiu-se violentada sexualmente, em algum momento pelos profissionais de saúde	0	0%	Realizado algum toque retal sem permissão	1	2,5%
Realizado toque retal sem explicar motivo	1	2,5%	Nenhuma das alternativas	34	85%

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

Sobre violência obstétrica de cunho sexual, 85% das mulheres disseram não terem sofrido. 10% relataram toque vaginal sem permissão e 2,5% relataram toque retal sem explicação e sem permissão.

**Tabela 4** - Informações sobre violência obstétrica, Violência Discriminatória. (n=40).

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Sentiu que sua cor/raça/etnia interferiu no atendimento dos profissionais com você.	2	5%	Sentiu que sua religião interferiu no atendimento dos profissionais de saúde com você	2	5%
Nenhuma das alternativas	36	90%			

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

Em relação a violência obstétrica discriminatória, 90% das participantes não se sentiram discriminadas contudo 10% afirmaram que sua cor/raça/etnia ou religião interferiram negativamente no atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

**Tabela 5** - Informações sobre violência obstétrica, Violência Institucional. (n=40).

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Teve que procurar mais de um hospital/maternidade para conseguir vaga.	5	12,5%	Ficou em uma enfermaria sem nenhuma privacidade, com outras pacientes durante o trabalho de parto	3	7,5%
Negado atendimento por causa de vaga.	2	5%	Teve que mudar de enfermaria quando foi ter seu parto normal	2	5%
Ficou em jejum durante o trabalho de parto.	11	27,5%	Nenhum acompanhante durante o trabalho de parto	4	10%
Não teve acompanhante de escolha durante o trabalho de parto	5	12,5%	Nenhuma das alternativas	8	20%

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

Sobre violência obstétrica institucional, 27,5% disseram ter ficado em jejum durante o trabalho de parto, 20% não tiveram relatos deste tipo de violência e 12,5% tiveram que procurar mais de um hospital/maternidade para conseguir vaga; A 10% das mulheres entrevistadas foi negado o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto.

**Tabela 6** - Informações sobre violência obstétrica, Violência Financeira. (n=40).

Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Você já sofreu algum destes:</b>					
Cobrada alguma taxa extra para que você pudesse ter o direito de ter parto vaginal.	3	7,5%	Sua condição financeira interferiu no atendimento dos profissionais com você	2	5%
Nenhuma das alternativas	35	87,5%			

**Fonte:** Silva FP, et al., 2025.

Em relação a violência obstétrica financeira, 87,5% das participantes relataram não terem sofrido nenhuma das alternativas apresentadas.

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos relacionados a idade apontaram que a maior parte da população estudada possuía 30 anos ou mais (57,50%). Um estudo realizado por Silva JL e Surita FG (2009) evidencia que as gestações de mulheres na faixa acima dos 30 anos têm crescido expressivamente, sendo observadas especialmente em países industrializados. Mudanças de hábito e aumento na expectativa de vida da mulher instigam a postergação da primeira gestação, o que acaba ocorrendo em idades superiores, depois de alcançados outros objetivos de vida, pessoais e profissionais.

A maioria das mulheres estudadas possuem renda mensal maior que 2 salários mínimos (53%), seguido de 1 a 2 salários mínimos (47%). Leone E (2019) discute em sua pesquisa que o fortalecimento da participação de mulheres nas atividades econômicas se solidifica a partir do momento em que elas não mais se afastam do trabalho remunerado com o casamento e nascimento dos filhos, o que possibilita as mulheres trabalhadoras a concretude de suas carreiras profissionais.

Um estudo realizado por Welters A (2022) discute a desigualdade de gênero e socioeconômica qual as mulheres estão imersas como a fragilidade na inserção no mundo do trabalho, a sobrecarga do casamento e das responsabilidades com o lar e filhos na inserção produtiva. Salum EO, et al., (2020) evidencia que hoje as mulheres na maioria das vezes acumulam multitarefas, exercendo o papel de mãe, esposa e conciliando casa, trabalho a fim de operacionalizar a complexa rede de responsabilidades domésticas, familiares e profissionais. A inserção das mulheres no mundo econômico reforçou as desvantagens já vividas pelas mesmas, que hoje dividem com os homens a provisão financeira da família conjuntamente com a responsabilidade da esfera reprodutiva.

A maior parte das entrevistadas são casadas (60,52%) e evangélicas (38,46%). Goes SC, et al., (2021) ressaltam em sua pesquisa que o estado civil é um fator de risco que contribui com a violência obstétrica, pois mulheres solteiras grávidas estão mais suscetíveis a VO, visto que na maior parte das vezes existe uma gestação não planejada, fato que acaba tornando-as mais vulneráveis à violência.

Em relação a raça/cor, 50% das mulheres estudadas são pardas, seguida de brancas (40%). Teophilo RL, et al., (2018) discutem que essa variável deve ser entendida como uma questão social que traz em si a carga das construções históricas e culturais que retratam um relevante determinante da falta de equidade em saúde entre os grupos raciais. Nesse estudo supracitado evidenciou-se que houve uma considerável desigualdade na atenção a gestação e ao parto entre as populações de raça/cor preta/parda.

A maior parte das mulheres tiveram apenas uma gestação (66,66%), resultado que vai de encontro com estudos que trazem a mudança demográfica com o acelerado declínio da fecundidade desde os anos 90 e

consequentemente taxa de natalidade, especialmente nas regiões metropolitanas, sendo associada a uma melhor condição socioeconômica dessa população (LEONE E, 2019; QUEIROZ FD, et al., 2020; GOES, et al., 2021).

A maior parte das mulheres deste estudo (58,97%) realizaram cirurgia cesariana e esse achado vai ao encontro com pesquisas atuais que evidenciam o aumento das taxas de cesariana em todas as regiões do mundo, com uma representação atual que chega a 21,1% de todos os nascidos vivos no planeta. Este aumento de nascimentos cirúrgicos é motivado especialmente pela crescente onda de cirurgias desnecessárias em diversos países de média e alta renda. No entanto, os países da América Latina concentram também uma das maiores incidências cirúrgicas, representando 44,3% dos nascimentos. O Brasil especificamente, se destaca no cenário internacional apresentando a segunda maior taxa de cesárias do mundo (56,3%), onde há maior prevalência cirúrgica em mulheres com idade maior que 35 anos, com maior nível de escolaridade e acesso a hospitais privados e que vivem nas regiões metropolitanas, resultados que vai exatamente ao encontro com os resultados obtidos por essa pesquisa (DIAS BA, et al., 2022).

O Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – Nascer no Brasil, realizado entre os anos de 2011 e 2012 apontou que a maior parte das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesarianas (52%) e quando a análise foi feita apenas no setor privado, o resultado foi ainda mais alarmante com (88%) dos nascimentos sendo por cirurgias sem justificativa clínica. É estimado que no Brasil, quase um milhão de mulheres todos os anos são submetidas a cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdendo a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos, além da exposição a um maior risco de morbidade e mortalidade e aumento desnecessário de recursos gastos com a saúde (BRISOLA EM, et al., 2023).

No que se refere ao pré-natal, todas as mulheres estudadas tiveram acesso as consultas (100%). Este resultado corrobora com o estudo realizado por Mario DN, et al., (2019), que mostra que a maior parte das mulheres hoje em dia tem acesso a 6 consultas durante a gestação, que é o número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. O início oportuno do pré-natal, assim como sua condução de forma adequada é essencial para garantia à saúde e redução da morbidade e mortalidade da mãe e do feto. Falhas na atenção ao pré-natal, dificuldades no acesso, início tardio, baixo número de consultas e falta de orientações adequadas durante o processo da gestação afetam a qualidade da assistência, favorecendo o aumento da morbimortalidade materna e neonatal. O acompanhamento efetivo do pré-natal é essencial na assistência às gestantes, com finalidade de garantir melhores desfechos maternos e neonatais (GONÇALVES MF, et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a implantação de modelos de continuidade de cuidados conduzidos por especialistas, nos quais uma enfermeira obstetra através da vinculação instituída com a mulher, a apoia no pré-natal, parto e pós parto, certificando uma maior efetividade na qualidade do cuidado direto oferecido ao binômio mãe-criança, aumentando os índices de satisfação materna e diminuindo os índices de violência obstétrica (WHO, 2016).

No tocante aos resultados específicos do questionário aplicado nesta pesquisa, as situações de violência verbal como gritos, apelidos e humilhação, (15%) das participantes relataram que tiveram suas emoções ou gritos inibidos e (20%) informaram já terem experienciado alguma situação onde se sentiram humilhadas pelos profissionais que as assistiam.

Na violência verbal, as mulheres são maltratadas por chorar ou gritar de dor, ansiedade, emoção ou alegria durante o trabalho de parto ou parto por meio de xingamentos, ameaças, gritos e humilhações como: “não chora que no ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”; “Se gritar eu paro agora o que estou fazendo” e “Se ficar gritando vai fazer mal pro seu nenê, ele vai nascer surdo” (CASTRO AT e ROCHA SP, 2020).

Em um estudo sobre violência obstétrica realizado com 23 profissionais de medicina e enfermagem atuantes em sala de parto, 45% dos profissionais apontaram situações de violência verbal na instituição, como agressividade mediante frases que buscam coagir, ridicularizar ou menosprezar, como “na hora que fez não chorou, não gritou, que ano que vem vai tá novamente aqui pra parir” ou “ah não doeu pra fazer, mas tá doendo pra nascer né [...]”, além da elevação no tom de voz e ordens realizadas de maneira grosseira durante o atendimento (BERTOLDO BG e MOLIN D, 2022).



Diversos autores trazem o desconhecimento das mulheres acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos, assim como, da violência obstétrica, condições que aumentam a vulnerabilidade a estes acontecimentos, além do não reconhecimento de estarem ou terem sofrido algum tipo de violência. Neste sentido, observou-se que as poucas entrevistadas que disseram ter conhecimento sobre a problemática, a possuíam de forma superficial, com destaque para os acontecimentos de violência física (CUNHA AL, et al., 2020; RIBEIRO DO, et al., 2020; GOES SC, et al., 2021; BERTOLDO BG e MOLIN D, 2022).

Como medida de combate a este problema, o Ministério da Saúde (MS) destaca a importância do enfermeiro para mudança neste cenário junto aos demais profissionais de saúde, pois seu papel é cuidar, ensinar e pesquisar, contribuindo para o cuidado holístico das pessoas e suas famílias. Ribeiro DO, et al., (2020) complementa sobre a relevância da ampliação de discussões sobre a temática nas instituições e sociedade, como uma forma de promover uma melhor qualidade dos partos e nascimento. (CUNHA AL, et al., 2020).

Trajano AM e Barreto BG (2021) dispõe sobre a importância de mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde, além da sociedade, retirando a imagem e o lugar dessa mulher submissa às intervenções e saberes impostos. Para isso, é necessário um maior conhecimento e esclarecimento das mulheres sobre seus direitos. Portanto, se torna imprescindível uma orientação efetiva durante as consultas de pré-natal para que estas mulheres estejam seguras das decisões a serem tomadas no que se refere a seu próprio corpo (GOES SC, et al., 2021; BERTOLDO BG e MOLIN D, 2022).

Quando questionadas sobre situações de violência psicológica, (22,5%) das mulheres relataram comentários irônicos com tom de deboche pelo profissional sobre seu comportamento e (20%) das entrevistadas se sentiram desamparadas pelos profissionais de saúde.

As lembranças positivas ou negativas de um parto continuam vivas e marcam psicologicamente mulheres por toda a vida. As vítimas de violência obstétrica podem manifestar repercussões físicas e/ou emocionais, o que pode gerar desfechos graves quando a assistência à saúde é desqualificada e desumanizada. A presença do acompanhante é um direito garantido a todas as gestantes e puérperas através da Lei Federal nº 11.108/2005, trazendo a estas mulheres a desconstrução do sentimento de solidão e desamparo no momento do parto, sendo o acompanhante, importante fonte de apoio emocional, promovendo segurança, conforto e assim contribuindo positivamente durante todo o processo (NOGUEIRA AG, et al., 2020; PONTES B F, et al., 2021).

A atenção humanizada a parturiente também deve compreender além do cuidado físico, o amparo emocional por parte dos profissionais de saúde que devem proporcionar possibilidades terapêuticas de alívio e conforto. É de extrema relevância que estes profissionais disponibilizem uma escuta ativa, atenção e gentileza para que a experiência do parto se torne agradável e não geradora de traumas para toda uma vida (MOSCON SC, 2019).

Sobre situações de violência física, 27,5% relataram toques vaginais seguidos por diversos profissionais, 20% sofreram manobra de Kristeller e episiotomia sem explicação e autorização; e outras 17,5% não puderam escolher a posição mais confortável para parir. Em um estudo realizado por Farias MM, et al. (2021) constatou-se que procedimentos como exame de toques vaginais em excesso, manobra de Kristeller, episiotomia, uso indesejado de ocitocina, ausência de autonomia na posição de parir entre outras atitudes, demonstram a agressividade no que diz ao aspecto biológico da mulher durante o parto e trabalho de parto e o grande poder que os profissionais de saúde acabam exercendo no corpo da mulher, em um contexto de hierarquia e dominação médica.

Em relação a vinculação com o recém-nascido, 40% relataram que o bebê não foi para o colo imediatamente após o nascimento não sendo informado o motivo e 30% disseram que o bebê não mamou na primeira hora de vida pois não estava junto da mãe. Neste sentido, há grande consenso científico por meio de vários estudos que comprovam a importância de um ambiente acolhedor para o recém-nascido (RN) como por exemplo, o contato pele a pele logo após o nascimento e promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida. Essas práticas visam um estímulo ao desenvolvimento saudável do bebê e promoção de vínculo afetivo. Além disso, há benefícios fisiológicos em cadeia como primeiro contato direto com micro-organismos da mãe para proteção contra possíveis infecções, primeira mamada que desencadeia contrações uterinas

para liberação do hormônio ocitocina, diminuição do risco de hemorragia materna, favorecimento da amamentação e o estreitamento do laço afetivo. O contato pele a pele entre mãe e bebê é de grande importância, tendo em vista que o corpo da mãe consiste no primeiro ambiente o qual o bebê precisa para se desenvolver emocionalmente (OLIVEIRA AS, et al., 2024; BATISTA IM, et al., 2024).

Em relação aos resultados sobre violência sexual, 85% das mulheres disseram não terem sofrido, 10% relataram toque vaginal sem permissão e 2,5% relataram toque retal sem explicação e sem permissão. Vieira TE, et al. (2020) discutem sobre a passividade das mulheres em relação a manipulação de seu corpo por consequência de uma falta de esclarecimento quanto a condutas tomadas em grande parte das vezes, por medo de questionar o profissional médico. Com isso, a baixa prevalência na violência obstétrica do tipo sexual ocorre em sua maioria, por essa falta de conhecimento da necessidade ou não daquela manipulação, o que faz as mulheres se sentirem coagidas a permitir que a manipulação ocorra, o que oculta, portanto, o relato desta tipologia de violência.

Quanto a violência discriminatória, 90% relataram não ter sofrido nenhuma das opções enquanto apenas 5% disseram que sua cor/raça/etnia e religião interferiu no atendimento prestado pelos profissionais. Neste sentido, os resultados desta pesquisa são antagônicos a outros estudos onde se observa que ser negra é considerado um atributo negativo que favorece ações discriminatórias, negligência e omissão de atendimento nas maternidades. Além disso, também há indicadores que apontam que desigualdades raciais estão atreladas a taxas de mortalidade materna e aumento de agressões físicas durante a gestação (SANTOS VC, et al., 2020; BRITO BM, et al., 2022; LIMA KD, et al., 2022).

Em um estudo realizado por Lima KD, et al. (2021) com mulheres negras acerca dos cuidados no ciclo gravídico-puerperal, observou-se que as experiências vivenciadas e contadas por elas evidenciam que as violências sofridas na assistência ao parto não são sentidas de forma homogênea por todas, sendo essas mulheres submetidas com uma maior frequência a condutas violentas na hora do parto como episiotomia, kristeller, repetidos toques vaginais e abandono em meio a dor.

Sobre violência obstétrica institucional, 27,5% disseram ter ficado em jejum durante o trabalho de parto e este resultado vai ao encontro de outros estudos, onde o jejum também é relatado como uma prática rotineira entre as parturientes. É importante salientar que não há evidências científicas que justifiquem a prática rotineira do jejum durante o trabalho de parto de baixo risco obstétrico e mesmo na ocorrência de cesariana, as atuais técnicas de anestesia local tornam raras a síndrome de Mendelson. Como agravante, o jejum propicia o aumento de cetonas e ácidos graxos que por consequência, diminuem os aminoácidos disponíveis a mulher e ao bebê, como uma resposta para obtenção da energia durante o esforço realizado no trabalho de parto e parto. Ingerir carboidratos e líquidos permitem as mulheres melhores desempenhos cardiorrespiratórios quando comparadas a mulheres que permaneceram em jejum durante assistência obstétrica (SANTOS VC, et al., 2022).

Em relação a violência obstétrica financeira, 87% das participantes relataram não terem sofrido nenhuma das alternativas apresentadas. Esta é uma conquista importante já que o Sistema Único de Saúde se origina de uma conquista popular, cujo foco principal é o atendimento de forma universal, integral, gratuito e com equidade em todos os níveis de atenção (NASCIMENTO GS, et al., 2022).

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar diversos tipos de violência obstétrica sofridas por mulheres no período de parturição. No entanto, frente aos resultados, pôde-se observar que essas mulheres, de uma forma geral, não conseguem reconhecer as violências obstétricas sofridas a partir de fatores associados a este fenômeno, o que reflete um fraco empoderamento frente aos processos envolvendo seus próprios corpos. É de extrema importância que todas sejam orientadas durante todo o processo gestacional pelos profissionais de saúde que as acompanham, sobretudo o enfermeiro, enquanto sujeito facilitador do conhecimento, com práticas humanizadas e singulares, para a construção do empoderamento. Se faz importante também que todos os profissionais responsáveis pelo bem estar feminino no ciclo gravídico-puerperal participem de projetos de educação continuada com treinamentos sobre práticas científicas atualizadas a fim de incluírem

em seu campo de atuação a mulher como principal agente de seu corpo e sua história o que proporcionará protagonismo feminino na tomada de decisões. Constatou-se ainda neste estudo, uma subjetividade associada ao conceito “violência obstétrica” o que torna necessária discussões e reflexões sobre a temática por meio de debates ampliados e estudos científicos. O conhecimento solidificado se constitui como um recurso valioso de transformação de práticas colaborando para uma assistência obstétrica segura e humanizada.

## REFERÊNCIAS

1. BATISTA IM, et al. Atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2024; 24: e13634.
2. BERTOLDO BC, MOLIN RS. Discussão sobre humanização do parto: atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(2): e9460.
3. BRISOLA EMA, et al. A Violência Obstétrica como violação de Direitos Humanos das mulheres. *Revista Ciências Humanas*, 2023: 16(1).
4. BRITO BM. Narrativas de gravidez e parto em três gerações: do “desconforto” à “violência obstétrica”. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022; 164 p.
5. CASTRO ATB, ROCHA SP. Violência Obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*, 2020; 11(1): 176-181.
6. CUNHA AL, et al. Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: O lado invisível do parto. *Nursing Edição Brasileira*, 2020; 23(260): 3529-3532.
7. DIAS BAS, et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Caderno de Saúde Pública*, 2022; 38(6): e00073621.
8. DIAS SL, PACHECO AO. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, 2020, 3(1): 04-13. ISSN 2595-4407.
9. FARIAS MMPC, et al. Análise da violência obstétrica pela mulher: vivência e reconhecimento de procedimentos obstétricos associados. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(2): 18425-18437.
10. GOES CS, et al. Percepções de puérperas acerca da violência obstétrica em uma maternidade de Manaus. *Research, Society and Development*, 2021; 10(15): e381101522670.
11. GONÇALVES MF, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Revista Gaúcha Enfermagem (Online)*, 2017; 38(3).
12. GUIMARÃES LBE, et al. Violência obstétrica em maternidades públicas do Estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis*, 2018; 26(1): e43278.
13. LEAL SYP, et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 2018; 23(2): e52473.
14. LEONE E. Participação das mulheres na atividade econômica em contextos de crescimento econômico e de recessão. XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Poços de Calda/MG – Brasil, 2019.
15. LIMA KD, et al. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 4909-4918.
16. MARIO DN, et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, 2019; 24(3).
17. MARTINS FL, et al. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, 2019; 413-423.
18. MOSCON CS. Tecnologias não invasivas no cuidado de enfermagem no trabalho de parto: em busca de evidências. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2019; 52 p.
19. NASCIMENTO GL, et al. Violência obstétrica: análise conceitual no contexto da enfermagem. *Aquichan*, 2022; 22(4): e2248.
20. NOGUEIRA AG, et al. A. G. Women’s perception about patient escort in labor. *Braz J Hea Ver*, 2020; 3(4): 11316-11327.

21. NUNES GFO, et al. Violência obstétrica na visão de mulheres no parto e puerpério. *Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*, 2020; 10(35): 12-29.
22. OLIVEIRA AS, et al. Violência obstétrica: percepção e condutas para a perpetuação do cuidado. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, 2024; 1.
23. PALMARELLA VPR, et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 2019; 37. ISSN 1409-4568.
24. PONTES BF, et al. Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 2021; 11(35): 443-450.
25. QUEIROZ FD, et al. Violência obstétrica: um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, 2020; 3(5): 14435-14445.
26. RIBEIRO DO, et al. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaúcha de enfermagem*, 2020; 41: e20190419.
27. SALUM EO, et al. Perfil epidemiológico de mães trabalhadoras. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2020; 8(2).
28. SANTOS VC, et al. Violência Obstétrica na Perspectiva de Raça/Cor: Uma Revisão Integrativa. *Revista Paulista de Enfermagem*, 2020; 31.
29. SCHWETTER FA, SANTOS SG. A violência obstétrica sob o prisma da declaração universal sobre bioética e direitos humanos. *Repositório UNIUBE*, 2021; 15 p.
30. SENS MM, STAMM AM. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface. Botucatu*, 2019; e170915.
31. SILVA DZ, et al. Expoente sobre a prática de cesarianas no Brasil: análise a partir dos grupos de Robson. *Revista de Patologia do Tocantins*, 2021; 7(1): 105-107.
32. SILVA FM, et al. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. *Rev Pre Infec e Saúde*, 2017; 3(4): 25-34.
33. SILVA JL, SURITA FG. Idade materna: Resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2009; 31(9).
34. SOUTO RE. Construção e validação de um questionário de identificação de violência obstétrica. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção*, 2020. 119 p.
35. TEOPHILO RL, et al. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(11): 3505-3516.
36. TRAJANO AR, BARRETO EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2021; 25: e200689.
37. VIEIRA TF, et al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(4): 9912-9925.
38. VILLARINHO PR, CARDOSO MM. Características e habilidades dos enfermeiros empreendedores adquiridas por meio do aprendizado na formação e na prática profissional. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*, 2016; 71 p.
39. WELTERS A. Mulheres e cuidado no Brasil: desigualdades e invisibilidades. *Abep - Associação Brasileira de Estudos populacionais*, 2022.
40. WHO, World Health Organization Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. *Geneva: WHO*, 2016.