

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**PERCEPÇÕES DE MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO
QUALITATIVO**

ANA CAROLINA CONARTIOLI
MATHEUS DE OLIVEIRA SOBRINHO FERREIRA

MARINGÁ – PR
2024

**ANA CAROLINA CONARTIOLI
MATHEUS DE OLIVEIRA SOBRINHO FERREIRA**

**PERCEPÇÕES DE MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO
QUALITATIVO**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Cesumar de Maringá, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem sob orientação da Prof.^a. Dra. Elizandra Aparecida Britta Stefano.

MARINGÁ – PR

2024

Matheus de Oliveira Sobrinho Ferreira
Ana Carolina Conartoli

**Percepções de Mulheres sobre a Violência Obstétrica: Estudo
Qualitativo**

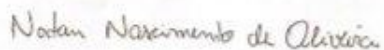
Artigo apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade UniCesumar, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Enfermagem, sob a orientação da Profª Elizandra Aparecida Britta Stefano

Aprovado em: 14 de novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA



Elizandra Aparecida Britta Stefano



Natan Nascimento de Oliveira

PERCEPÇÕES DE MULHERES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO QUALITATIVO

Ana Carolina Conartoli

Matheus De Oliveira Sobrinho Ferreira

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender a perspectiva de mulheres sobre a violência obstétrica em um município do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, conduzida entre julho e setembro de 2024 em um município do Sul do Brasil, participaram 20 mulheres com idade superior a 18 anos, que tiveram filhos a menos de dois anos e que não estavam no período puerperal. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas utilizando o software Happyscribe, realizado análise de conteúdo. Nos resultados emergiram três categorias: percepção de violência obstétrica; falsa percepção de não violência obstétrica; satisfação no contexto de atendimento adequado. Os relatos das participantes evidenciam práticas desumanizadas, como a manobra de kristeller, depilação de pelos pubianos, impedir a mulher de se alimentar, intervenções não consentidas e violação da autonomia durante o parto. Embora algumas mulheres não tenham identificado imediatamente tais práticas como violência, pois, percebe-se uma culturalização de intervenções desnecessárias. Conclui-se que a violência obstétrica é perpetuada pela normalização de práticas abusivas no ambiente hospitalar e pela falta de conscientização sobre os direitos das mulheres. A humanização do atendimento é fundamental para reduzir tais práticas, garantindo autonomia e respeito às escolhas das mulheres durante o parto.

Palavras-chave: Direitos da Mulher; Parto; Saúde da mulher; Violência contra a mulher; Violência de gênero; Violência obstétrica.

WOMEN'S PERCEPTIONS ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE: A QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT

This study aimed to understand women's perspectives on obstetric violence in a municipality in southern Brazil. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, conducted between July and September 2024 in a municipality in southern Brazil. Twenty women over the age of 18 participated, who had children less than two years ago and who were not in the postpartum period. Data collection took place through recorded semi-structured interviews, transcribed using Happyscribe software, and content analysis was performed. Three categories emerged from the results: perception of obstetric violence; false perception of non-obstetric violence; satisfaction in the context of adequate care. The participants' reports highlight dehumanized practices, such as the Kristeller maneuver, pubic hair removal, preventing the woman from eating, non-consensual interventions, and violation of autonomy during childbirth.

Although some women did not immediately identify these practices as violence, there is a culturalization of unnecessary interventions. It is concluded that obstetric violence is perpetuated by the normalization of abusive practices in the hospital environment and by the lack of awareness about women's rights. Humanizing care is essential to reduce such practices, ensuring autonomy and respect for women's choices during childbirth.

Keywords: Women's Rights; Parturition; Women's Health; Violence Against Women; Gender-Based Violence; Obstetric Violence.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública e direitos humanos, caracterizando-a como “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte ou possa resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de direitos”¹. Nesse contexto, a violência obstétrica vem sendo amplamente discutida como uma forma específica de violação dos direitos humanos das mulheres durante o parto, que abrange desde abusos físicos até intervenções médicas não consentidas e negligência emocional².

Além de ser entendida como uma violação física e psicológica, a violência obstétrica é frequentemente descrita como a imposição de práticas hospitalares que desconsideram a autonomia da mulher, como a realização de procedimentos sem consentimento informado, ou a negligência no fornecimento de informações adequadas sobre o processo de parto. Essa violência está inserida em um contexto de desrespeito aos direitos reprodutivos das mulheres, perpetuado por uma cultura médica tecnocrática²⁻³. Estudos destacam que, ao subordinar as decisões sobre o corpo feminino à autoridade médica, reforçam-se relações de poder e controle sobre as mulheres⁴.

Estudos globais têm mostrado que a violência obstétrica é um fenômeno presente em diversos contextos. No Brasil, cerca de 25% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica durante o parto⁵. Em outros países da América Latina, como México e Argentina, a situação é similar, com uma elevada incidência de práticas desumanizadas durante o parto⁶. A violência obstétrica tem efeitos profundos e duradouros sobre a saúde física e psicológica das mulheres, resultando em traumas, depressão pós-parto e na diminuição da confiança nos serviços de saúde⁷. Além disso, mulheres que experienciam essa violência, tendem a evitar serviços médicos futuros, o que pode comprometer o cuidado reprodutivo adequado⁸.

Em um estudo realizado com 2.672 mulheres em quatro países, Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria, 35,4% das entrevistadas relataram experiências de maus-tratos durante o parto. O estudo revelou que mulheres que vivenciaram violência obstétrica apresentaram níveis de satisfação inferiores em comparação àquelas que não a experimentaram, resultando na menor probabilidade de recomendarem os serviços de saúde utilizados⁹.

No contexto brasileiro, uma pesquisa realizada entre 2016 e 2017 analisou o grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em 606 maternidades distribuídos em todos os estados do país, que identificou elevado grau de implantação não

adequada para as intervenções desnecessárias, sendo amniotomia (87,1%), posição de litotomia (86,3%), uso de cateter venoso (63,5%), episiotomia (55,6%), manobra de Kristeller (18,5%)¹⁰. Embora, a OMS estabelece em uma diretriz para experiência positiva de parto, não sendo recomendado: a depilação perineal/púbica de rotina antes do parto, a administração de enema, aminiotomia, uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto, episiotomia, aplicação de pressão manual na barriga para facilitar o parto, entre outras, observa-se que tais práticas ainda existem neste país¹¹.

A violência obstétrica também está relacionada às lacunas na implementação de políticas públicas. No Brasil, a Lei nº 11.108/2005 é uma das principais iniciativas no combate à violência obstétrica, garantindo o direito de a mulher ter um acompanhante durante o parto¹². No entanto, a implementação dessas políticas ainda enfrenta desafios, um estudo realizado no ano de 2020 com gestores de saúde de cinco maternidades do Brasil, demonstrou que as mulheres continuam sendo submetidas a práticas que desrespeitam sua autonomia e seus direitos reprodutivos¹³. Diante desse panorama, este estudo objetiva compreender a perspectiva de mulheres sobre a violência obstétrica em um município do Sul do Brasil.

2 MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, como forma de aprofundar as vivências e experiências sobre a temática. A pesquisa foi realizada entre julho e setembro de 2024, com mulheres vinculadas, através do Programa Estratégia Saúde da Família (PESF), a uma Unidade Básica de Saúde de um município do sul do Brasil.

Foram elegíveis para participação no estudo as mulheres que tiveram parto entre 2022 e 2024, não foram elegíveis aquelas que se encontravam no período puerperal ou que tinham idade inferior a 18 anos. As participantes foram selecionadas aleatoriamente pelo sistema GESTOR SUS, utilizado no PESF. O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados, onde percebeu-se que as entrevistas já continham informações suficientes para o aprofundamento da análise qualitativa.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas presenciais, utilizando um roteiro semiestruturado dividido em duas partes: a primeira referente à caracterização socioeconômica e demográfica, com respostas objetivas, e a segunda composta pela pergunta norteadora: 'Conte-nos como foi a história do seu parto?'

Caso informações importantes para responder à pergunta de pesquisa não fossem relatadas na história do parto, as seguintes perguntas de apoio poderiam ser ditas: Quem foi o seu acompanhante no parto? Ele pode estar com você em todos os momentos? Como foi essa experiência? Conte-nos como foi o atendimento recebido pela equipe durante seu trabalho de parto, considerando a forma como falavam com você e entre eles. Como suas necessidades e solicitações eram recebidas pela equipe? Como foram as avaliações e inspeções durante o trabalho de parto? (por exemplo, o toque para verificar a dilatação e outros procedimentos) Você precisou receber medicação para ajudar na dilatação? O que eles te explicaram sobre isso? Como você se sentiu quanto a isso? Durante o trabalho de parto, foi necessário fazer lavagem intestinal? Como você se sentiu quanto a isso? Pediram para você raspar seus pelos pubianos? Como você se sentiu quanto a isso? Em qual posição você pariu? Foi a posição que você escolheu? Ou foi na posição que pediram para você ficar? Como você se sentiu sobre isso? Conte-nos como aconteceu o atendimento imediatamente após o nascimento do bebê. Conte-nos a história de como foi o atendimento/internação para você e para seu bebê após o parto até a alta hospitalar? De maneira geral você ficou satisfeita com o serviço ofertado, ou teria alguma consideração a respeito? Você considera que sofreu algum tipo de violência obstétrica? O que você considera?

As mulheres foram convidadas para participarem do estudo de forma presencial em sua residência, entre as que estavam no domicílio no momento da abordagem, cinco não quiseram participar do estudo, algumas mulheres aceitaram e a coleta de dados ocorreu nessa mesma visita. Outras aceitaram participar mediante agendamento da entrevista para outro dia, entre as mulheres agendadas cinco desistiram de participar. As primeiras duas entrevistadas foi um teste piloto do instrumento de coleta de dados, considerado adequado e não necessitou de ajustes, pela riqueza de detalhes obtidas nessas entrevistas, essas mulheres foram incluídas na amostra, que totalizou com a participação de 20 mulheres.

Inicialmente foi explicado o termo de consentimento livre e esclarecido para a participante, após sua anuência, procedeu-se com a entrevista, que foi gravada por aplicativo de áudio, posteriormente transcrita utilizando o software Happyscribe. Após a transcrição, cada entrevista foi revisada manualmente para garantir a fidelidade e precisão das falas das participantes, com posterior exclusão dos arquivos de áudio. Esse processo permitiu uma análise mais detalhada e confiável dos dados coletados.

Para garantir o anonimato, foi atribuído um codinome às participantes, composto pela letra "E" seguida de um número arábico crescente (ex.: E1), conforme a ordem das entrevistas. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, cumprindo as etapas:

pré-análise, realizado a organização e leitura “flutuante”, depois a exploração do material, sendo estabelecidas unidades de codificação (Imagem 1), por último o tratamento dos dados, com análise reflexiva e crítica, para interpretação, que foram categorizados por temática conforme a identificação de padrões e temas recorrentes nas falas das participantes. A pesquisa seguiu os princípios éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar com o parecer nº 6.896.635.

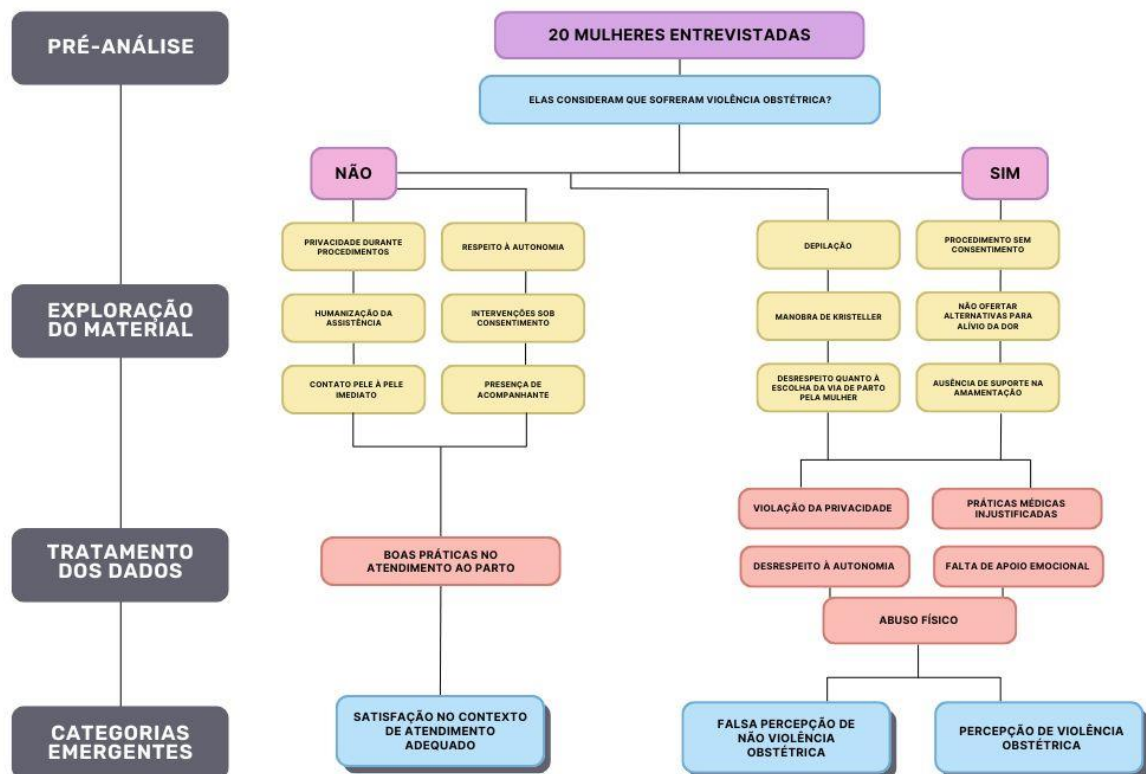


Imagem 1. Codificadores das entrevistas.
Fonte: Autores, 2024

3 RESULTADOS

Quanto as características socioeconômicas e demográficas das participantes, a faixa etária no momento da entrevista variou de 20 a 49 anos. Sobre a idade durante a gestação, seis mulheres tinham entre 20 e 24 anos, sete tinham entre 25 e 29 anos, duas entre 30 e 34 anos, três entre 35 e 39 anos e duas entre 40 e 49 anos. Em termos de escolaridade, três mulheres tinham o ensino fundamental incompleto, sete completaram o ensino médio, três possuíam

ensino superior completo, quatro estavam em cursos de pós-graduação não finalizados e três eram especialistas em suas áreas de atuação. A maioria das participantes (14) não estava trabalhando no momento da entrevista, enquanto seis permaneciam ativas no mercado de trabalho. A renda familiar também variou: duas mulheres declararam viver com cerca de meio salário-mínimo, seis recebiam até um salário-mínimo, duas declararam dois salários, três relataram receber três salários, três recebiam quatro salários-mínimos, duas cinco salários, e outras duas tinham renda de até dez salários-mínimos. Em relação à via de parto, cinco relataram parto normal e 15 cesáreas. A maioria (13) realizou o pré-natal e o parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e as demais pelo sistema de saúde suplementar.

Do processo de análise de conteúdo, emergiram três categorias temáticas: percepção de violência obstétrica; falsa percepção de não violência obstétrica; e satisfação no contexto de atendimento adequado.

Percepção de violência obstétrica

Algumas mulheres relataram que se sentiram violentadas, que tiveram uma experiência negativa de parto e atendimento, com desrespeito a autonomia, sendo evidenciadas as violências física e psicológica.

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

"Enfim, o fato de ficarem ...tentando me tirar dali onde eu queria, que era ter o parto ali sentada, é uma violência... Eu ficava tensa porque queriam me tirar, então eu tinha que ficar meio que ali com o corpo mais duro... ter que reafirmar toda a hora o que você quer. É o momento que eu não precisaria estar fazendo isso". E13

Falsa percepção de não violência obstétrica

No final da entrevista, ou seja, depois que a participante evocou as memórias sobre sua história de parto, ressignificando o que vivenciou, algumas mulheres relataram que não consideravam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, apesar de sua fala anterior descrever situações, como, práticas médicas injustificadas, procedimento sem consentimento, desrespeito à autonomia e falta de apoio emocional, que são consideradas como tal violência.

"Quando o médico o enfermeiro foi aplicar a anestesia [...] a outra moça falou assim: 'Ela quer saber se você está depilada'. [...] Eu não estava porque eu não fui para ganhar o neném [...] e elas me depilaram, eu acho. Acho que passaram a gilete". E1

"eu providenciei, eu fui depilada". E9

"Deu uma empurradinha assim, mas nada que me incomodasse ou que viesse a ser... sentisse que fosse com violência. Senti que foi aquela pressão mesmo para ajudar... para poder tirar". E6

"Apesar de eu já querer cesárea, eles tentaram me induzir para eu fazer parto normal e eu dizendo que não queria... deitada na maca o tempo todo, meu marido não estava comigo... tudo que a gente pedia, depois de você implorar, que era atendido... tinha que ser mesmo cesárea... uma das minhas gêmeas estava presa na minha costela. E12

" Isso eu nunca vou me esquecer. Tinha horário marcado para fazer a cesárea, você vai em jejum, chegando lá, não cumpriu o horário, era para eu ganhar 10:30 da manhã, eu fui ganhar ...18:47h... muita ansiedade, eu tinha muita fome, muita fome... E depois você vai para o quarto, você não é tratado como paciente, quem é paciente é a criança... você perde a sua identidade... não tive suporte algum referente à minha amamentação... quando vinham era só sobre ela". E16

Satisfação no contexto de atendimento adequado

Os relatos evidenciam uma experiência de parto que considerou o respeito à mulher, a assistência multiprofissional adequada e práticas humanizadas.

"Foi bem tranquilo. Agendaram para 6h da manhã. A primeira cesárea já era minha [...] logo eu fui internada... me atenderam super bem." E8

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

"Me trataram bem, super bem, não tenho que reclamar... como eu já tinha cesárea marcada, eles não tentaram normal... ele nasceu, ele já veio para mim para o meu marido...

aquele negócio branco... aquela crostinha quando nasce... nem tiraram tudo, ele ficou 24 horas com aquilo, falaram que é bom... eu achei muito humanizado... as meninas da enfermagem... todo momento super prestativas". E3

4 DISCUSSÃO

A violência obstétrica, fenômeno cada vez mais debatido no campo da saúde e dos direitos humanos, ainda é pouco reconhecida por muitas mulheres que a vivenciam, sendo percebido isso neste estudo. De forma semelhante, um estudo realizado na Suécia identificou nas experiências das mulheres a falta de informação e consentimento, incluindo a ausência de direito de participar das decisões relativas ao processo de parto e o alívio insuficiente da dor. As mulheres relataram também atitudes inadequadas dos profissionais, jargões e ameaças, além de abuso e violência, onde a experiência do parto foi comparada ao estupro¹⁴. Esse cenário destaca a importância de uma abordagem mais informada e empática durante o parto, conforme estudos que relataram que a desumanização do parto e o abuso são desafios globais que precisam ser enfrentados para garantir o respeito aos direitos das mulheres^{4,7}.

Os relatos das mulheres neste estudo evidenciam que a percepção de violência obstétrica está profundamente ligada à violação da autonomia e ao desrespeito às decisões individuais, uma correlação amplamente documentada na literatura^{8,15}. As experiências das participantes expandem-se para além de abusos físicos, abrangendo também intervenções médicas sem consentimento, negligência emocional e práticas desumanizadas, em conformidade com os achados de outras pesquisas que investigam o fenômeno em diferentes contextos culturais^{16,17}.

Nomear e reconhecer tais práticas como violência é um passo crucial para mudar o cenário obstétrico. O impacto das ações dos profissionais de saúde deve ser o foco ao se definir violência obstétrica e compreender os danos que ela pode causar na vida materna, devendo ser evitada¹⁸. Isso se reflete no relato de uma participante que descreve a experiência ruim de ter sua barriga pressionada durante o parto. Além do que, a literatura evidenciou que a manobra kristeller não possui benefício, pode causar disfunções no sistema urinário, dispareunia, dor perineal, incontinência anal e aumento do número de episotomias¹⁹.

Da mesma forma, a participante que descreve a pressão para mudar de posição durante o parto, reflete a perda de autonomia e o sentimento de violência psicológica. Esses achados provocam uma reflexão sobre a influência do patriarcado nas práticas médicas, que frequentemente subjugam a vontade das mulheres em favor de decisões técnicas tomadas por profissionais de saúde²⁰⁻²¹. Esse controle sobre o corpo feminino durante o parto reduz a

participação da mulher nas decisões relacionadas ao seu próprio parto, exacerbando as violações de direitos humanos⁷⁻⁸.

O desrespeito à autonomia da mulher destaca a complexidade da violência obstétrica, que vai além de abusos físicos e envolve também o tratamento indigno e intervenções sem consentimento, caracterizando-se como uma forma de violência de gênero que afeta desproporcionalmente as mulheres mais vulneráveis^{15,17}. Esse ponto é relevante na análise de como as participantes desta pesquisa relataram diferentes formas de violência obstétrica, trazendo à tona experiências de violação física e psicológica, muitas vezes normalizadas no ambiente hospitalar¹⁸.

As fronteiras da violência obstétrica são frequentemente invisíveis para as mulheres, especialmente quando se trata de práticas institucionalizadas e aceitas como parte do processo hospitalar. Resultados dessa pesquisa demonstra essa normalização, como a realização da manobra kristeller, que foi percebida por uma participante como algo natural do processo de parto. Esse tipo de relato reflete como as mulheres internalizam práticas abusivas sem reconhecê-las como violência obstétrica⁴.

A falta de percepção da violência obstétrica também está relacionada à ausência de uma nomeação adequada dessas práticas. Nomear tais ações como violência é um passo crucial para que as mulheres possam reconhecer e combater essas violações¹⁸. Por exemplo, uma das participantes, menciona ter sido depilada sem seu consentimento, reflete uma ação invasiva que não foi imediatamente interpretada como uma violação. Assim como, várias participantes relataram que depilaram os pelos pubianos em casa antes de irem para o hospital porque já sabiam que isso era necessário para o parto. Ou seja, uma prática desnecessária, mas realizada por tanto tempo nas instituições de saúde, que se tornou uma violência oculta, um ato culturalizado na sociedade²²⁻²³. Isso revela a complexidade em reconhecer os limites entre cuidados adequados e procedimentos desnecessários⁸.

Estudos internacionais corroboram essa percepção, destacando que a violência obstétrica muitas vezes se manifesta de maneira sutil, com procedimentos médicos realizados sem consentimento ou explicações claras^{4,9}. Nesse estudo, uma participante expressa seu desejo por uma cesárea em sua gestação gemelar, mas foi pressionada a tentar o parto normal, tal acontecimento pode ser considerado como violência obstétrica por ferir a autonomia da parturiente, demonstrando também a relação de poder do profissional de saúde, principalmente o médico sobre mulher²²⁻²³.

A invisibilidade dessas práticas pode ser compreendida dentro de um sistema patriarcal que domina as práticas obstétricas, relegando as mulheres a um papel passivo durante o parto²¹.

Um relato nesse estudo descreve uma clara situação de desrespeito e falta de apoio emocional, onde a mulher menciona que a maneira como ela foi tratada, fez ela sentir que perdeu sua identidade naquele contexto. Isso reforça essa dinâmica, onde, embora a experiência fosse de evidente violação, não foi imediatamente associada à violência obstétrica, a mulher se sentiu impotente e não conseguiu reagir frente a situação²³.

Por outro lado, uma assistência humanizada exige a incorporação de boas práticas que se iniciam no pré-natal e se estendem até o puerpério. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) defendem a autonomia da mulher, o respeito aos seus direitos e a oferta de apoio empático. Essas diretrizes também incentivam o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, a liberdade de posição durante o parto e a adoção de práticas fundamentadas em evidências científicas¹¹.

Além disso, as práticas obstétricas precisam visar a redução do risco de violência obstétrica e a promoção da saúde. Conforme evidenciado no estudo brasileiro sobre a implantação da Rede Cegonha pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, onde percebeu-se uma evolução gradual no manejo do parto, com profissionais adotando práticas mais humanizadas, que refletiram nas declarações de satisfação das mulheres atendidas, que referiram o direito de tomar decisões sobre seus corpos e o tipo de parto desejado, com ambiente acolhedor, seguro e respeitoso¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender a perspectiva das mulheres sobre violência obstétrica, revelando a complexidade desse fenômeno e sua invisibilidade para muitas que o experienciam. Embora algumas mulheres tenham identificado práticas desrespeitosas e violências físicas ou psicológicas durante o parto, outras não reconheceram imediatamente tais práticas como violência, o que pode ser atribuído à normalização de intervenções abusivas no ambiente hospitalar.

Os resultados reforçam a necessidade de promover maior conscientização sobre os direitos das mulheres no parto, a importância de nomear e reconhecer a violência obstétrica como um problema de saúde pública e direitos humanos. A humanização da assistência obstétrica, com foco no respeito à autonomia e às escolhas das mulheres, mostrou-se um elemento central para garantir uma experiência positiva de parto.

Conclui-se que, além de mudanças nas práticas assistenciais ao parto, é fundamental implementar políticas públicas que ampliem a formação dos profissionais de saúde sobre o

atendimento humanizado e que empoderem as mulheres sobre seus direitos. A continuidade de pesquisas nesta área é essencial para aprofundar a compreensão sobre a violência obstétrica e orientar intervenções que promovam um cuidado mais ético e respeitoso.

8 REFERÊNCIAS

1. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>.
2. Mendes J, Sousa Santos AP, Tavares M. Percepções da violência obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: uma revisão scoping. *Rev Port Inv Comp Soc*. 2022;8(2):1–15. doi: 10.31211/rpics.2022.8.2.271.
3. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J. Pers. Med.*. 2022;12(7):1090. doi:10.3390/jpm12071090.
4. Garcia LM. Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. *Sex Reprod Health Matters*. 2023;31(1). doi:10.1080/26410397.2024.2322194.
5. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018. doi:10.1590/0102-311X00223018.
6. Gebeyehu NA, Adella GA, Tegegne KD. Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10(1117116). doi: 10.3389/fmed.2023.1117116.
7. Kahalon R., Klein V. Unmasking the role of dehumanization in obstetric violence. *Psychol Violence*. 2024. doi:10.1037/vio0000521.
8. Smith-Oka V, Rubin SE, Dixon LZ. Obstetric Violence in Their Own Words: How Women in Mexico and South Africa Expect, Experience, and Respond to Violence. *Violence Against Women*. 2022;28(11):2700-21. doi: 10.1177/10778012211037375.
9. Maung TM, Mon NO, Mehrtash H, Bonsaffoh KA, Vogel JP, Aderoba AK, et al. Women's experiences of mistreatment during childbirth and their satisfaction with care: findings from a multicountry community-based study in four countries. *BMJ Global Health online [Internet]*. 2022 [acesso em 08 out 2024];5(Suppl 2):e003688. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/5/Suppl_2/e003688.

10. Bittencourt SD de A, Vilela ME de A, Marques MC de O, Santos AM dos, Silva CKRT da, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021;26(3):801–21. doi: 10.1590/1413-81232021263.08102020.
11. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 05 de mar. 2024.
12. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*; 7 abr 2005.
13. Paula E de, Alves VH, Rodrigues DP, Felício F de C, Araújo RCB de, Chamilco RA da SI, et al.. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto contexto – enferm.* 2020;29(e20190248). doi:10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248.
14. Annborn A; Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery.* 2022;105: 103212. doi: 10.1016/j.midw.2021.103212.
15. Marthe Goudsmit Samaritter, Herring J, Pickles C. The shadowy boundaries of obstetric violence. *Journal of Gender-Based Violence.* 2024;8(3):302-11. doi: 10.1332/23986808Y2024D000000045.
16. Salter CL, Olaniyan A, Mendez DD, Chang JC. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women.* 2021;27(8):1019-1027. doi: 10.1177/1077801221996443.
17. Madeira DFP, Queiroz MLS, Toledo RL. Violência Obstétrica: A Relação Entre A Violação Do Direito À Assistência Obstétrica Humanizada E O Patriarcado. *Saúde, Gênero e Direito online [Internet].* 2020 [acesso em 01 out 2024];9(04). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/51799>.
18. Oliveira PS de, Couto TM, Gomes NP, Campos LM, Lima KTRDS, Barral FE. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):455-462. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0477.
19. Araújo AAC, Nery IS, Brito MPM, Mesquita MKR, Santos JDM. Kristeller maneuver: is there benefit in this technique? / Manobra de kristeller: há benefício nesta técnica?. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet].* 2021 [acesso em 01 out 2024];13:276-81. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8513.
20. Nascimento DEM do, Barbosa JC, Isaías BB, Nascimento RBH, Fernandes EM, Neto RTL, Rodrigues MPF. Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Rev. Nursing Ed. Bras.* 2022;25(291):8242-53. doi: 10.36489/nursing.2022v25i291p8242-8253.
21. Zampas C, Amin A, O'Hanlon L, Bjerregaard A, Mehrtash H, Khosla R, Tunçalp Ö. Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health Hum Rights online [Internet].* 2020 [acesso em 07 out

2024];22(1):251-264. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2020/06/operationalizing-a-human-rights-based-approach-to-address-mistreatment-against-women-during-childbirth/>.

22. Mufandaedza A, Chiweshe MK. An analysis of obstetric violence among low-income urban women: A case study of Mabvuku Hospital in Harare, Zimbabwe. *Agenda*. 2021;35(3):24–35. doi:10.1080/10130950.2021.1972605.

23. Garcia LM, Jones J, Scandlyn J, Thumm EB, Shabot SC. The meaning of obstetric violence experiences: A qualitative content analysis of the Break the Silence Campaign. *International Journal of Nursing Studies*. 2024;160:104911. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104911.