



Conhecimento de mulheres sobre violência obstétrica e suas implicações: a dor que tentam silenciar

Women's knowledge about obstetric violence and its implications: the pain they try to silence

Conocimiento de mujeres sobre la violencia obstétrica y sus implicaciones: el dolor que intentan silenciar

Fabiula Aquino Vilaverde 

Santa Casa de Alegrete. Alegrete – Rio Grande do Sul – Brasil

Jussara Mendes Lipinski 

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bagé – Rio Grande do Sul – Brasil

Lisie Alende Prates 

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bagé – Rio Grande do Sul – Brasil

Cristiane Lima de Moraes 

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bagé – Rio Grande do Sul – Brasil

Ana Paula de Lima Escobal 

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil

Cenir Gonçalves Tier 

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bagé – Rio Grande do Sul – Brasil

Fernanda Emanuelli Dias Tito 

Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bagé – Rio Grande do Sul – Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar os conhecimentos de mulheres sobre a violência obstétrica e suas implicações. **Método:** Estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratório, realizado entre fevereiro e março de 2022, na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo de 15 mulheres, cujos relatos destacaram vivências marcadas por intervenções desnecessárias, condutas desumanizadas, além da omissão de orientações. Obteve-se, ainda, que muitas mulheres desconhecem seus direitos e naturalizam práticas violentas, além da confirmação de que a violência obstétrica vivenciada por elas deixou marcas emocionais e psicológicas, influenciando negativamente a experiência do parto e a maternidade. **Conclusão:** Percebe-se a necessidade de abordar a violência obstétrica na tentativa de mudar essa realidade e evitar a naturalização das intervenções desnecessárias durante o ciclo gravídico-puerperal, proporcionando uma assistência mais humanizada.

Descritores: Parto; Violência Obstétrica; Direitos da Mulher; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify women's knowledge about obstetric violence and its implications. **Method:** A qualitative, descriptive-exploratory study conducted between February and March 2022 in the Western Border region of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through interviews and analyzed using content analysis. **Results:** The study included 15 women whose accounts highlighted experiences marked by unnecessary interventions, dehumanized care practices, and a lack of guidance. Many women are unaware of their rights and tend to normalize violent practices. Additionally, the obstetric violence they experienced left emotional and psychological scars, negatively affecting their childbirth and motherhood experiences. **Conclusion:** Findings highlight the urgent need to address obstetric violence in order to change this reality and prevent the normalization of unnecessary interventions during the pregnancy-puerperal cycle, thereby promoting more humanized care.

Descriptors: Parturition; Obstetric Violence; Women's Rights; Health Services..



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 10/02/2025

Aceito em: 04/08/2025

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos de las mujeres sobre la violencia obstétrica y sus implicaciones. **Método:** Estudio cualitativo, de carácter descriptivo-exploratorio, realizado entre febrero y marzo de 2022, en la Frontera Oeste de Río Grande do Sul. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas y sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** Participaron en el estudio 15 mujeres, cuyos relatos evidenciaron experiencias marcadas por intervenciones innecesarias, conductas deshumanizadas y la omisión de orientaciones. Asimismo, se constató que muchas mujeres desconocen sus derechos y naturalizan prácticas violentas, además de confirmarse que la violencia obstétrica vivida por ellas dejó huellas emocionales y psicológicas, influyendo negativamente en la experiencia del parto y la maternidad. **Conclusión:** Se observa la necesidad de abordar la violencia obstétrica con el propósito de transformar esta realidad y evitar la naturalización de intervenciones innecesarias durante el ciclo gravídico-puerperal, garantizando una atención más humanizada.

Descriptores: Parto; Violencia obstétrica; Derechos de la Mujer; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

A violência na assistência ao parto se constitui em grave problema de saúde pública, que precisa ser controlado e erradicado no Brasil e no mundo⁽¹⁾. Trata-se de atos praticados por profissionais de saúde que resultam em abuso, desrespeito ou maus-tratos a mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo gerar impactos físicos, psicológicos e sociais duradouros⁽¹⁾. Ao longo do ciclo vital, a mulher pode sofrer diferentes tipos de violência, como por exemplo: a violência obstétrica que, apesar de não resultar, na maioria dos casos, em morte, pode deixar sequelas e marcas por toda vida⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, segundo dados do ano de 2012, apresentava-se uma prevalência de 18,3% a 44,3% de situações de violência física ou psicológica, desrespeito, ausência de informações, falta de privacidade e comunicação, além de perda de autonomia⁽³⁻⁴⁾. Em países latino-americanos, como o México, quatro a cada 10 mulheres sofrem violência obstétrica. Já na Europa, em países como a Itália, 78,4% das mulheres relataram já ter sofrido violência obstétrica⁽⁵⁻⁶⁾. A definição de violência obstétrica, utilizada em grande parte dos estudos brasileiros, está embasada na legislação de países como Venezuela e Argentina, conhecidos como propulsores e defensores da erradicação de qualquer forma de violência contra a mulher⁽¹⁾. Assim, considera-se violência obstétrica toda ação realizada de maneira direta ou indireta pela equipe de saúde, no âmbito público ou privado, marcada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres. Tal violência pode ser expressa por meio do tratamento desumanizado, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais de parturição, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade da mulher em decidir de forma livre e espontânea sobre seu corpo e sexualidade, tendo impacto negativo na qualidade de vida⁽¹⁻²⁾.

As situações de violência obstétrica se contrapõem aos princípios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e do Guia de Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial da Saúde⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse contexto, a promoção da saúde e as ações de saúde coletiva despontam como estratégias fundamentais para o enfrentamento dessas violências, ao fortalecerem a autonomia das mulheres, ampliarem o acesso à informação e estimularem práticas baseadas em evidências e no respeito aos Direitos Humanos. Portanto, ainda que muitas discussões venham acontecendo acerca desse tipo de violência, poucos avanços concretos foram evidenciados.

Este estudo, portanto, justifica-se pela possibilidade de problematizar a temática junto às mulheres, proporcionando um auxílio na busca por maior autonomia e respeito aos Direitos Humanos, sexuais e reprodutivos. Frente ao exposto, delimitou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as implicações da violência obstétrica na vida das mulheres? O objetivo foi identificar os conhecimentos de mulheres sobre a violência obstétrica e suas implicações.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, desenvolvido em um município da Fronteira, Oeste do Rio Grande do Sul, no período de fevereiro a março de 2022, com a participação de 15 mulheres. Os critérios de seleção envolveram mulheres na faixa etária acima dos 18 anos, que relataram ter sofrido violência obstétrica, durante o ciclo gravídico-puerperal, a partir do ano de 2000, ano de lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento⁽⁷⁾. A captação das participantes ocorreu por meio da técnica de *snowball*, que consiste em uma forma de amostra não probabilística, utilizada para pesquisas sociais. Nessa técnica, os participantes iniciais indicam novos participantes, que, por sua vez, sugerem outros participantes e, assim sucessivamente⁽⁹⁾. Não foram aplicados critérios para exclusão de participantes.

A primeira convidada foi uma mulher que fazia parte das relações sociais das pesquisadoras. Ela realizou a apreciação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foi definido, com a participante, data e horário da coleta de dados. A coleta de dados ocorreu durante a pandemia de COVID-19, garantindo a possibilidade de participação de forma presencial ou on-line, via plataforma Google Meet.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras, que incluía perguntas fechadas – com o intuito de caracterizar as participantes – e abertas – que possibilitaram compreender as percepções e vivências das mulheres acerca da violência obstétrica. Posteriormente à entrevista, foi fornecido um *folder* educativo à participante, o que permitiu à pesquisadora explicasse o conceito de violência obstétrica, situações associadas ao termo e meios de evitá-la ou denunciá-la.

Ao finalizar a coleta de dados, solicitou-se às participantes que indicassem uma ou duas possíveis novas participantes. Após o contato e aceite dessas, a pesquisadora deu continuidade às etapas citadas anteriormente. Sete mulheres não retornaram após o primeiro contato e duas recusaram o convite no primeiro contato.

A captação de novas participantes foi finalizada quando foi alcançado o critério de saturação dos dados⁽⁹⁾. As entrevistas foram gravadas em aplicativo de áudio de aparelho celular, e tiveram duração entre de 28 minutos a uma hora, além de 30 minutos para a explanação do *folder*.

As entrevistas foram transcritas na íntegra no arquivo do Google Docs. Na sequência, os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Inicialmente, realizou-se a leitura extenuante das entrevistas e a organização do material. Após, buscaram-se expressões ou palavras significativas, que originaram as categorias de análise. Por fim, na última etapa, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação⁽¹⁰⁾. Com o intuito de garantir o anonimato das participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de flores.

Todos os aspectos éticos referenciados na Resolução 466/2012 foram respeitados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Pampa, em 19 de dezembro de 2021, obtendo o parecer de aprovação sob o nº: 5.177.573 e CAAE: 53729421.6.0000.5323. O manuscrito foi elaborado com base nos critérios do *Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

RESULTADOS

As mulheres entrevistadas tinham idades entre 25 e 53 anos. Das 15 participantes, a maioria era branca (n=10), casada (n=9), com ensino médio completo (n=5) e realizava trabalho doméstico (n=5). Todas residiam com os filhos, e, dentre elas, 11 também moravam com o companheiro. A maioria das participantes era multigesta (n=14), tendo entre dois a três filhos (n=11). A maior parte delas teve parto vaginal (n=11). A maioria iniciou o acompanhamento no primeiro mês de gestação (n=8) e realizou mais de seis consultas pré-natais (n=14).

Com base na análise dos relatos das participantes, os dados foram sistematizados em três categorias: “Eu não escolhi passar por aquilo. Eu sofri: vivências ligadas à violência obstétrica”; “Eu acho que a gente tinha que saber, o corpo é da gente: a violência visualizada a partir da ausência de informações”; e “Me marcou tanto que eu lembro até hoje: os impactos da violência obstétrica”.

“Eu não escolhi passar por aquilo. Eu sofri”: vivências ligadas à violência obstétrica

A maioria das participantes demonstrou conhecimento sobre o termo violência obstétrica, associando-o às vivências pessoais. Relataram intervenções e condutas realizadas durante o processo de parturição, que atrelaram à violência obstétrica.

Eu sofri o corte nos dois partos normais, que não havia necessidade. [...] eles xingavam as mães [...] eu achava normal [...], mas, não pode, é violência [...] os médicos foram estúpidos, me deixaram sofrendo com dor, não recebi orientações adequadas. [...] Eu me sentia num matadouro, ainda mais com os gritos [...] fiquei nua, naquela posição [litotômica] com as pernas para cima, para ganhar o bebê [...] não sabia que eu poderia ficar em outra posição, eles sempre mandam ficar assim [...] E não tive acompanhante [...] ter um acompanhante faz toda a diferença até para ver se estão fazendo tudo certo, uma testemunha do que está acontecendo [...] não recebi orientação depois do parto (Azaleia).

A violência obstétrica é uma violência que ocorre durante o parto por parte dos profissionais de saúde, não necessariamente só o médico, é sobre transformar o evento parto em um evento médico, onde o protagonista deixa de ser a mãe e a criança e passa a ser os profissionais da saúde que vão realizar o parto. Quando, na verdade, quem faz o parto é criança e mãe, o profissional da saúde só assiste. São ações que ocorrem sem o consentimento da mãe [...] uso do fórceps sem o consentimento, manobra de kristeller, conversas aleatórias

que possam atrapalhar a concentração da mulher, enfim, não respeitar a mulher como um todo. Se ela deseja pouca luz, tem que diminuir, ficar em silêncio, tudo que não respeita o desejo da mulher é uma forma de violência [...] uma enfermeira pediu para eu parar de gritar. Ela disse: se gritar resolvesse, porco não morria. Eu disse pra ela: eu tô no meu parto, eu faço o que eu quiser (Íris).

A gente acaba sabendo mais pela mídia [...] Violência obstétrica é deixar a gestante esperando [...] não ter o atendimento dos profissionais [...] não tive a informação da minha obstetra que eu poderia ter o acompanhante [...] eu não levei ninguém de acompanhante, porque eu não sabia [...] na sala de recuperação, eles me levaram ela [filha], me deixaram sozinha com ela, me deu uma crise de ansiedade e eles não me atendiam. [...] Eu me preparei, me depilei, a mulher se prepara antes, mas como ele [segundo filho] nasceu antes, fizeram toda essa parte [tricotomia e lavagem intestinal] (Lótus).

Minha placenta estava grudada, o médico ficou apertando minha barriga até soltar e minha placenta não soltou. Então, ele colocou a mão dentro e puxou. A dor era absurda e a minha barriga ficou totalmente roxa, depois de tanto que ele apertou [...] não respeitam seus sentimentos naquele momento, tu te sentes invadida [...] o médico fazia o exame de toque várias vezes, a última eu já nem conseguia levantar a perna de tanta dor (Margarida).

“Eu acho que a gente tinha que saber, o corpo é da gente”: a violência visualizada a partir da ausência de informações

A maioria das participantes não foi informada, tanto no pré-natal quanto no hospital, sobre os procedimentos que seriam realizados durante a internação hospitalar. De acordo com elas, a ausência de informações caracteriza-se como violência obstétrica.

Nunca me orientaram sobre nada, nem eu perguntava para o médico [...] se tu não tens orientação, tu só esperas e o que eles falam tu acreditas, na hora é a única coisa que tu tens lá [...] eu sofri por falta de orientação. [...] A falta de orientação depois do parto prolongou a minha dor, meu sofrimento, foi uma extensão do trabalho de parto e ela fez com que eu não gostasse de amamentar, o bico rachava, doía tanto, o bebê tomava mama com sangue. Era insuportável a dor. E isso poderia ter sido diferente se eu tivesse sido orientada, se me ensinassem como é a maneira correta de amamentar, da criança pegar o peito, ele não iria rachar (Azaleia).

Observam-se, também, orientações limitadas sobre as vias de nascimento. A maioria das participantes relatou não ter sido orientada sobre o assunto, apenas em alguns casos em que foram realizadas cesáreas.

Foi cesárea, porque a médica não escutou o coraçãozinho da minha filha. (Girassol).

Fiz duas cesáreas. A primeira foi porque o bebê estava entrando em sofrimento fetal. A segunda eu acredito que esteja relacionada com o problema do primeiro parto que teve como diagnóstico desproporção céfalo-pélvica (Íris).

A maioria das mulheres (n=14) não recebeu informações sobre violência obstétrica durante o pré-natal ou no hospital, e algumas (n=3) estavam ouvindo sobre o assunto pela primeira vez. Somente uma das participantes foi informada acerca da temática; entretanto, buscou por vontade própria aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto.

Nunca falaram sobre isso, é a primeira vez que eu escuto (Hortênsia).

Eles falaram nas reuniões, mas o foco não era esse, e eu procurei saber sobre o assunto antes (Íris).

“Me marcou tanto que eu lembro até hoje”: os impactos da violência obstétrica

Todas as mulheres afirmam que a violência obstétrica pode trazer danos e prejuízos, tanto para a mulher quanto para seu bebê, no entanto, os danos são mais evidenciados na saúde da mulher. A maioria das mulheres relatou que a violência obstétrica trouxe algum impacto para suas vidas. Duas participantes relataram que vivenciaram somente violência verbal, pois foram orientadas pelo profissional de saúde a não vocalizar a dor. Desse modo, elas consideraram que a violência sofrida não ocasionou impacto em suas vidas.

A violência traz prejuízo para a saúde da mãe e, consequentemente, vai refletir na saúde do filho. Tu estás cheia de dor com o emocional abalado. Como vamos cuidar bem de uma criança assim? [...] Me diziam: Coisa linda a gestação. Eu acho horrível, eu fiquei traumatizada [...] horrível! Uma tortura que pode ser evitada (Azaleia).

Eu quase entrei em depressão por conta do meu primeiro parto [...] logo que eu o peguei todo machucado [parto com fórceps], eu comecei a chorar porque eu queria ir embora do hospital, já estava cansada e com dor [...] eu decidi que não queria ter mais filhos por conta da gravidez. Logo que eu descobri a segunda gestação, eu entrei

em pânico, com medo de passar por tudo isso de novo [...] eu fiz acompanhamento psicológico (Magnólia).

Tive depressão pós-parto na segunda gestação, porque para mim foi algo muito dolorido, eu fiquei sozinha lá [...] ficou muito gravado na minha mente. Eu fiquei com muito medo de ter relações com meu esposo, eu demorei muitos meses para aceitar ter relações com ele em função da dor da episiotomia (Margarida).

Nunca chorei tanto na minha vida [...] foi horrível! [...] abandono foi o que me marcou, ali naquele lugar, falta de interesse deles, o fato de não explicarem que eu poderia ter alguém, tanto no pré-natal quanto ali [...] eu já estava frágil de ter descoberto a doença [HIV] na gravidez, eu senti como se tivesse me colocado ali pelo fato de eu ser soropositivo, senti uma rejeição [...] aquele quarto estranho, nada a ver com maternidade (Tulipa).

DISCUSSÃO

A maior parte das participantes iniciou o pré-natal em tempo oportuno e realizou mais de seis consultas. Apesar disso, elas tiveram pouco acesso às informações acerca do ciclo gravídico-puerperal, o que pode ter implicado na sua exposição às situações de violência obstétrica na gestação, pré-parto, parto e/ou puerpério.

Dados semelhantes foram evidenciados em estudo, realizado em Goiás, no qual todas as participantes apresentaram acompanhamento pré-natal, atingindo o número mínimo de seis consultas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Contudo, mesmo apresentando boa cobertura do pré-natal, elas consideraram insatisfatória a qualidade da assistência, uma vez que não dispunham de informações sobre o processo de parturição e puerpério⁽¹¹⁾. Desse modo, compreende-se que o desconhecimento do termo violência obstétrica pode estar relacionado à ausência de informações e orientações durante o pré-natal.

Autores apontam que as mulheres têm conhecimento sobre violência obstétrica devido às informações obtidas no ambiente virtual, televisão, palestras ou por pessoas do seu convívio⁽¹²⁾. Logo, compreende-se que essas informações nem sempre são abordadas nos serviços de saúde.

Nessa direção, apesar de o estudo em tela demonstrar que a maior parte das entrevistadas possuía conhecimento sobre violência obstétrica, somente uma delas afirmou ter recebido orientações dos profissionais de saúde sobre o assunto. O mesmo achado foi encontrado em revisão de literatura sobre o tema, a qual demonstrou que, ao longo do acompanhamento pré-natal, as gestantes não recebem informações sobre violência obstétrica, contribuindo para que elas não percebam que foram violentadas durante a assistência obstétrica⁽¹³⁾. Esse resultado revela que as mulheres têm pouca abertura para o diálogo com os profissionais de saúde e, por essa razão, muitas vezes, podem se submeter às suas decisões e imposições⁽¹⁴⁾.

Diante disso, reconhece-se a importância das ações educativas individuais e coletivas, promovidas pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para a disseminação de informações, que permitam à mulher ter maior autonomia no momento de parturição. Para tanto, é necessário proporcionar espaço seguro e acolhedor, no qual a mulher possa expressar seus sentimentos, anseios, expectativas, desejos e dúvidas⁽¹¹⁾.

Ademais, compreende-se que os profissionais de saúde precisam orientar a gestante sobre os riscos e benefícios das vias de nascimento. Essas orientações devem ser fundamentadas em evidências científicas e repassadas às mulheres a partir de uma linguagem acessível, de modo a garantir a sua compreensão e tomada de decisão. Reconhece-se que o fornecimento dessas informações pode evitar a imposição da via de nascimento pelo profissional de saúde, assim como as situações de violência obstétrica e suas consequências⁽¹²⁾.

Frente aos depoimentos das participantes, constata-se que o parto e o nascimento podem constituir eventos importantes e marcantes na vida de uma mulher. Entretanto, a falta de informações baseadas em evidências científicas atualizadas e claras ao longo do período gravídico-puerperal, pode determinar que, em muitos casos, esses eventos sejam lembrados como experiências negativas e traumáticas. Nesse sentido, as vivências limitam-se a lembranças de situações de desrespeito, agressão e violência⁽¹²⁾.

No estudo em tela, ainda se verificou que as mulheres atrelaram a violência obstétrica às suas experiências pessoais. O mesmo achado foi observado em estudo desenvolvido em Coimbra, Portugal, no qual 94,9% das participantes conheciam o significado de violência obstétrica por terem vivenciado situações ligadas ao termo⁽¹⁵⁾.

Desse modo, identificou-se que a violência obstétrica marcou o processo de parto e nascimento das participantes. Seus depoimentos revelam que, no contexto obstétrico, a mulher tem os desejos e vontades colocados em segundo plano. Ao mesmo tempo, indicam que o profissional de saúde se sente autorizado a desenvolver condutas e realizar procedimentos sem orientá-las e sem solicitar o seu consentimento prévio, sendo a omissão de informações a contribuinte para essas atitudes. Além disso, as participantes sinalizaram que tal omissão pode gerar maior exposição à violência obstétrica.

Assim, autores frisam que o modelo vigente de atenção ao parto e nascimento continua centrado na figura médica e nas relações de poder deste sobre as mulheres. Com isso, muitas vezes, o processo parturitivo é conduzido pelas decisões exclusivas do profissional⁽¹³⁾.

Nos relatos, as participantes mencionaram a realização de episiotomia e manobra de Kristeller, uso de fórceps, toques vaginais frequentes, episiorrafia sem anestesia, restrição de movimentação durante o parto, impossibilidade de ter um acompanhante, desrespeito ao plano de parto, negligência e violência verbal. Ademais, elas consideram que toda ação contrária à vontade e ao direito da mulher pode representar violência obstétrica.

Cabe destacar que os procedimentos e situações sinalizados pelas participantes se contrapõem às premissas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o qual assegura o direito da mulher a um atendimento digno e de qualidade ao longo do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, bem como o direito a uma assistência humanizada e segura. Na mesma direção, desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica as boas práticas de parto e nascimento, com a finalidade de possibilitar uma experiência positiva no parto e reduzir as intervenções realizadas rotineiramente dentro das instituições de saúde para apressar e automatizar o parto^(4,7).

Nesse sentido, considera-se que as situações de violência obstétrica violam os Direitos Humanos e os princípios constituintes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006). De acordo com a Declaração, o bem-estar das pessoas deve se sobrepor aos interesses da Ciência ou da sociedade. Portanto, é fundamental que a Medicina garanta os benefícios dos pacientes e permita que eles tenham autonomia para decidir o que é melhor para si, devendo sua escolha ser respeitada⁽¹⁶⁾.

A Declaração também sinaliza que qualquer intervenção médica só pode ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do paciente⁽¹⁶⁾. Esse aspecto se contrapõe aos resultados encontrados no respectivo estudo, uma vez que, as participantes relataram que os procedimentos foram realizados sem o consentimento prévio e que suas escolhas, muitas vezes, não foram respeitadas.

Quanto à realização da episiotomia, citada no estudo, é importante destacar que consiste em uma intervenção frequentemente utilizada de maneira inadequada nas instituições de saúde. A realização da episiotomia de rotina é justificada, pela Medicina, como forma de evitar lacerações mais graves e facilitar o parto. No entanto, tal prática pode ocasionar sangramento, infecção, dor durante a relação sexual e incontinência urinária a longo prazo. Desse modo, conclui-se que não há evidências científicas atuais que comprovem o benefício da episiotomia realizada de forma rotineira na prevenção de traumas perineais graves⁽¹⁷⁾.

As participantes também indicaram a realização da manobra de *kristeller*, a qual consiste na pressão exercida pelo profissional no fundo uterino da mulher durante o trabalho de parto. Essa prática é considerada uma intervenção sem evidência científica suficiente para apoiar uma recomendação clara, devendo ser usada com precaução até que haja maiores pesquisas a respeito dessa prática⁽⁷⁾.

Ainda se verificou a presença de relatos sobre a utilização do fórceps. Nesse sentido, cabe pontuar que, além de ser uma manobra extremamente invasiva, o fórceps pode gerar dor, dano físico e emocional à mulher. No que tange à saúde da criança, o uso do fórceps pode ocasionar a laceração do couro cabeludo, paralisia do nervo facial, lesão da córnea, fratura craniana e lesão da coluna cervical⁽¹⁸⁾. Logo, o uso de fórceps no parto só é considerado quando não há segurança quanto ao bem-estar fetal ou prolongamento do segundo período do parto⁽¹⁹⁾.

A realização frequente de exames vaginais, especialmente por mais de um profissional de saúde, é caracterizado como uma prática utilizada de maneira inadequada dentro das instituições, podendo trazer riscos como: parto prematuro, aumento do risco de contaminação do feto, risco de infecções e traumas nos tecidos maternos. O toque vaginal avalia a evolução do trabalho de parto, a dilatação do colo uterino, e possíveis riscos, bem como a bolsa das águas e apresentação fetal, no entanto, tal procedimento deve ser realizado somente quando for necessário, posteriormente à explicação e ao consentimento da gestante. Um estudo afirma que o excesso de toques vaginais é considerado uma prática de violência obstétrica, sendo possível observar essa realidade nesse estudo^(7,20).

Uma das participantes mencionou a realização de episiorrafia sem anestesia. Com isso, é necessário frisar que a gestante tem o direito de receber métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor. Assim, compreende-se que recusar o fornecimento de medidas de alívio da dor à parturiente constitui violência obstétrica⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, a realização de episiorrafia sem anestesia pode representar exemplo de violação dos direitos da mulher, pois é uma intervenção que gera dor e desconforto à mulher, podendo ser amenizada com métodos farmacológicos.

A partir dos relatos das participantes, verificou-se a presença da restrição da movimentação durante o trabalho de parto, sendo imposto pelos profissionais a permanência na posição litotômica durante o trabalho de parto. No entanto, sabe-se que as mulheres devem ser incentivadas a adotar a posição que considerarem mais confortável. Ainda, recomenda-se a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, sendo as posições de cócoras, lateral ou de quatro apoios as que mais favorecem a descida fetal e o parto^(7,19,21).

Os depoimentos também apontam que, nem sempre, as mulheres têm a possibilidade de ter acompanhante de sua livre escolha durante a internação hospitalar, apesar da existência de legislação que garante esta presença⁽²²⁾. Contudo, sabe-se que a presença de acompanhante constitui uma prática benéfica, que contribui para o alívio da dor e garante suporte emocional à mulher. Ademais, considera-se que a presença do acompanhante pode ser capaz de reduzir a exposição da mulher às situações de violência obstétrica⁽²¹⁻²²⁾. Apesar disso, as instituições e os profissionais de saúde negam esse direito, com justificativas que não possuem validade jurídica para sustentação.

Além disso, as participantes relataram que o plano de parto não é respeitado como um documento legal. Em contraponto, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal apontam o plano de parto como uma prática benéfica que precisa ser estimulada. Nele, estão contidos os desejos da mulher com relação aos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, nascimento e cuidados com o recém-nascido. Trata-se, portanto, de um documento legal que pode assegurar os direitos da mulher, além de promover a reflexão dos profissionais sobre as condutas adotadas, com vistas à qualificação da assistência ofertada^(12,19).

Ainda, foram observadas situações de negligência, as quais envolveram a privação ou abandono da assistência e a desvalorização quanto às demandas da mulher. Autores enfatizam que as situações de desrespeito, abuso e maus-tratos estão presentes em diversas instituições de saúde. Elas se expressam a partir da omissão de informação, privação de assistência digna, descumprimento de leis e normas referentes à proteção do indivíduo⁽¹⁵⁾.

Outra situação verificada nos relatos envolveu a violência verbal, que está presente em diversas pesquisas. Essa forma envolve atitudes verbais ou comportamentais, capazes de gerar sentimentos de abandono, vulnerabilidade, inferioridade, insegurança, medo, instabilidade emocional, alienação, perda da dignidade e acuação. Inclui comentários ofensivos e humilhantes, falas impositivas, repreensivas, moralistas e desrespeitosas, ameaças, mentiras, piadas, grosserias e desprezo de seus padrões culturais, além de informações fornecidas em linguagem pouco acessível^(15,23-24).

Ademais, observa-se, nos depoimentos, que a violência obstétrica está intrinsecamente ligada às questões de gênero, refletindo relações históricas de poder, desigualdade e controle dos profissionais de saúde sobre os corpos das mulheres. Essa forma de violência evidencia a medicalização excessiva e a hierarquização das relações no ambiente hospitalar, onde frequentemente a voz da mulher é desconsiderada, bem como suas decisões sobre o próprio corpo e processo de parto são deslegitimadas. Trata-se de uma manifestação de violência simbólica e institucional, sustentada por estruturas patriarcais que naturalizam a subordinação feminina e dificultam o reconhecimento da violência como um problema social e de saúde pública⁽²⁵⁾.

Ainda, pode-se constatar que alguns procedimentos não foram considerados pelas participantes como violência obstétrica, embora sejam enquadrados como tal. Dentre esses procedimentos, estão: a lavagem intestinal, tricotomia, restrição hídrica e alimentar e uso de ocitocina.

Pondera-se que essas percepções possam estar associadas à naturalização da violência obstétrica. Em alguns casos, situações estabelecidas como violência obstétrica são aceitas e entendidas como normais e aceitáveis, pois, no imaginário feminino, fazem parte do processo de parto e nascimento. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde também banalizam algumas condutas e procedimentos, naturalizando, assim, a violência obstétrica na assistência ao parto⁽²⁶⁾.

A lavagem intestinal, a tricotomia e a restrição hídrica e alimentar devem ser eliminadas da assistência obstétrica, pois as evidências científicas indicam que são práticas prejudiciais e ineficazes^(7,20). Entretanto, percebe-se que, muitas vezes, os profissionais de saúde justificam a realização desses procedimentos, afirmando que representam medidas de segurança no parto⁽²⁷⁾.

A administração de ocitocina, relatada por uma das participantes como “soro”, em qualquer momento anterior ao parto, é considerada prejudicial ou ineficaz para a saúde da mulher e do bebê. É um método farmacológico usado com o intuito de acelerar o trabalho de parto, ajudando na evolução da fase ativa do trabalho no aumento da frequência e intensidade das contrações. Todavia, o uso rotineiro e sem indicação de ocitocina pode prolongar o trabalho de parto, assim como o período expulsivo, gerando desfechos negativos sobre os resultados perinatais⁽²¹⁾. Sua utilização é benéfica quando administrada profilaticamente, no terceiro estágio do parto, em mulheres que apresentam risco hemorrágico⁽⁷⁾.

Na sequência, também se verificou que as situações podem gerar impactos a curto e longo prazo na vida da mulher. Nesse sentido, as participantes relataram consequências como: o desejo de não ter mais filhos, motivado pelo medo de sofrer violência obstétrica novamente; a adoção de métodos contraceptivos definitivos, como a laqueadura; a depressão pós-parto; o medo de ter relações sexuais com o companheiro devido à dor provocada pela episiorrafia; a preferência pelo atendimento particular; além de danos psicológicos e emocionais.

Alguns desses impactos também foram identificados em outro estudo. Neste, as participantes relataram transtorno de ansiedade, estresse pós-traumático, depressão pós-parto, dificuldades na amamentação. Os autores também indicaram a baixa procura por atendimento e utilização dos serviços de saúde no puerpério, aumento da ocorrência de *near miss* e mudança na escolha da via de nascimento nas gestações posteriores à ocorrência de violência obstétrica⁽¹⁾.

A idealização e romantização da maternidade podem silenciar experiências de dor, medo, sofrimento e violências vividas pelas mulheres. Essa construção social tende a invisibilizar os desafios físicos e emocionais do ciclo gravídico-puerperal, dificultando o reconhecimento de abusos e práticas desumanizadas, como a violência obstétrica. Ao não corresponder a essas expectativas idealizadas, muitas mulheres sentem-se culpadas ou invalidadas em seus sentimentos, o que pode agravar o sofrimento psíquico e dificultar a busca por apoio⁽²⁸⁾.

Diante das fragilidades identificadas – como a persistência da violência obstétrica e a limitação de práticas baseadas no cuidado humanizado –, torna-se essencial recorrer ao conceito ampliado de saúde, o qual compreende a saúde para além da mera ausência de doenças, considerando os determinantes sociais, culturais, econômicos e subjetivos que influenciam o bem-estar das mulheres. Nesse sentido, a saúde coletiva e a promoção da saúde se apresentam como caminhos potentes de enfrentamento, ao proporem ações intersetoriais, educação em saúde, fortalecimento da autonomia das usuárias e valorização do cuidado centrado na pessoa. Essas abordagens possibilitam a construção de um modelo de atenção que respeite os direitos humanos, valorize suas necessidades, promova a equidade e combata práticas violentas e desumanizantes nos serviços de saúde⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Sobre a educação em saúde, percebe-se que esta é uma ferramenta essencial na prevenção da violência obstétrica, pois promove o empoderamento das mulheres ao ampliar o acesso à informação sobre seus direitos, o processo fisiológico do parto e as práticas de cuidado baseadas em evidências⁽³¹⁾. Isso é observado no depoimento de uma das participantes, que relata que a sua vivência poderia ter sido diferente se ela tivesse sido orientada.

Portanto, ao fortalecer a autonomia das gestantes e favorecer sua participação ativa nas decisões relacionadas ao seu corpo e ao nascimento da criança, a educação em saúde contribui para romper com padrões autoritários e intervencionistas ainda presentes na assistência obstétrica⁽³¹⁾. Para reduzir ou evitar as situações de violência obstétrica, é imprescindível a inserção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento no cenário obstétrico, a partir da atualização e capacitação constante dos profissionais de saúde em programas de educação permanente, e das ações em saúde direcionadas aos usuários.

Destaca-se que, mesmo depois de anos, as mulheres manifestavam desconforto e resistência em falar sobre suas vivências, demonstrando que, em alguns casos, o processo de parturição pode ser traumático. Diante disso, salienta-se que uma das limitações do estudo foi o receio das participantes em relatar suas vivências e falar sobre a violência obstétrica, pois temiam que as informações fossem compartilhadas e, conseqüentemente, que pudessem ser prejudicadas.

Outra limitação refere-se à homogeneidade da amostra de participantes, o que pode restringir a diversidade de experiências e percepções sobre a temática investigada. As participantes compartilhavam características socioculturais semelhantes, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos ou grupos com realidades distintas. Assim, estudos futuros com amostras mais heterogêneas poderão ampliar a compreensão sobre o fenômeno e evidenciar outros marcadores sociais.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou dar voz a algumas mulheres que, muitas vezes, são silenciadas nos serviços de saúde e pelos profissionais que nelas atuam. Assim, foi possível identificar o conhecimento que essas mulheres possuem sobre violência obstétrica, suas vivências e as implicações da assistência ofertada a curto e longo prazo.

Apesar da maioria das mulheres terem conhecimento sobre esse tipo de violência, a escassez de orientações, assim como a omissão de informação podem ter implicado na sua exposição às situações de violência obstétrica. Nesse sentido, as mulheres foram submetidas a práticas e procedimentos reconhecidos como ineficazes ou sem comprovação científica, que justifiquem a sua realização. Tais experiências deixam marcas nas vidas das mulheres, de ordem emocional, psicológica e física.

Além disso, é preciso considerar que as vivências de algumas participantes ocorreram pouco tempo após o ano 2000. Logo, pondera-se que, ao rememorar essas experiências, elas possam ter esquecido de mencionar situações vivenciadas durante o parto e o nascimento da criança. Entretanto, percebe-se que as situações de violência são marcantes para as mulheres e que, apesar do tempo, elas não esquecem do que foi vivido.

Os achados deste estudo podem contribuir para a construção de conhecimento na área da Enfermagem e demais profissões, gerando reflexões sobre a necessidade de ofertar novas formas de pensar e agir em prol de um sistema de saúde mais humanizado e respeitoso. Logo, as contribuições deste estudo estendem-se aos âmbitos de ensino e da assistência, subsidiando o debate sobre o tema e reforçando a necessidade de evitar que práticas violentas sejam naturalizadas durante o ciclo gravídico-puerperal.

Nesse sentido, torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas que priorizem o cuidado centrado na mulher, assegurando seus direitos e promovendo um ambiente de atenção obstétrica livre de violências. Além disso, é urgente a reorientação dos serviços de saúde, especialmente no que se refere à qualificação dos profissionais, à reorganização dos processos de trabalho e à efetivação de práticas baseadas na escuta, no acolhimento e na autonomia das gestantes. A persistência de modelos tecnocráticos e intervencionistas revela a ineficácia de abordagens descontextualizadas e reforça a necessidade de mudanças estruturais no sistema de saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve qualquer tipo de conflito de interesse junto aos participantes ou a qualquer outro colaborador, direto ou indireto, para o desenvolvimento desta pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES

Fabiula Aquino Vilaverde contribuiu com a elaboração, o delineamento do estudo, a coleta de dados, análise, interpretação e a redação do manuscrito. **Jussara Mendes Lipinski** contribuiu com a elaboração, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Lisie Alende Prates, Cristiane Lima de Moraes e Ana Paula Lima Escobal** contribuíram com a análise, a interpretação e a redação do manuscrito. **Cenir Gonçalves Tier e Fernanda Emanuelli Dias Tito** contribuíram com a redação do manuscrito.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Ortega IMA, Rojas MCS, Bailón PMAB, Martínez JRM. Violencia obstétrica en el Hospital San José de Taisha, año 2020. *Mas Vita Rev Cienc Salud* [Internet]. 2021[citado 07 fev 2025];3(1):66-84. Disponible en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0062>
2. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil [Internet]. *Cien Saude Colet*. 2022[citado 07 fev 2025];27(2):483-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
3. Leite TH, Marques ES, Corrêa RG, Leal MC, Olegário BCD, Costa RM, et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024[citado 07 fev 2025];29(9):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>
4. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AAM. Disrespect and abuse of women during birth and postpartum depression: findings from a national survey on childbirth in Brazil. *J Affect Disord* [Internet]. 2020[cited 2025 Feb 07];273:391-401. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares. México: INEGI; 2021 [citado 07 fev 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
6. Scandurra C, Zapparella R, Policastro M, Continisio GI, Ammendola A, Bochicchio V, et al. Obstetric violence in a group of italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Cult Health Sex* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 07];24(11):1466-1480. Available from: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>
7. Ministério da Saúde (BR). Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.

- Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 07 fev 2025]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
8. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018[cited 2025 fev 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
 9. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração [Internet]. Rev Ciênc Emp UNIPAR. 2021 [citado 07 fev 2025];22(1):105-117. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 11. Conceição RGS, Simões AV, Rodrigues VP, Machado JC, Penha JMN, Balbinote FS. Assistência qualificada no pré-natal como prevenção da violência obstétrica: revisão integrativa [Internet]. Resear Soc Development. 2021[citado 07 fev 2025];10(8):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17505>
 12. Oliveira MRR, Elias EA, Oliveira SR. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem [Internet]. Rev Enferm UFPE. 2020[citado 07 fev 2025];14:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>
 13. Pascoal KCF, Carvalho MA, Candeia RMS, Pereira, JB, Cruz RAO, et al. Violência obstétrica na percepção de puérperas [Internet]. Nursing. 2020[citado 07 fev 2025]; 23(265):4221-4226. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4221-4232>
 14. Escobal APL, Andrade APM, Matos GC, Giusti PH, Cecagno S, et al. Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas [Internet]. Rev Bras Enferm. 2022[citado 07 fev 2025];75(2):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1389>
 15. Kloch LL. A percepção das mulheres sobre violência obstétrica [Dissertação na internet]. Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2021 [citado 07 fev 2025]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1366933>
 16. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Lisboa: Comissão Nacional da Unesco Portugal; 2006 [citado 07 fev 2025]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
 17. Reis J, Junqueira LS, Azevedo MJS. Episiotomia e complicações associadas: uma revisão de literatura [Internet]. Research Soc Development. 2024[citado 07 fev 2025]; 13(5):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i5.45718>
 18. Machado LO, Said M Neto. Uso do fórceps: uma revisão de literatura [Internet]. Rev Patol Tocantins. 2018[citado 07 fev 2025];5(3):56-59. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2018v5n3p56>
 19. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 07 fev 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 20. Goes CS, Almeida JS, Silva PA, Lopes GS, Rodrigues MEA, Santos AM. Percepções de puérperas acerca da violência obstétrica em uma maternidade de Manaus [Internet]. Reser Soc Development. 2021[citado 07 fev 2025];10(15):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22670>
 21. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa [Internet]. Saúde Debate. 2020[citado 18 jun 2025];44(125):556–568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
 22. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2005[citado 07 fev 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
 23. Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto [Internet]. Enferm Foco. 2021[citado 18 jun 2025];12(4):787-793. Disponível em: <https://>

doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4614

24. Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira AMN, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. A violência obstétrica na percepção das múltiparas [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020[citado 18 jun 2025];41:1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
25. Fagundes CS, Marques EFS, Souza IS, Souza LS, Tourinho LOS. Violência obstétrica e a subjugação feminina: uma análise a partir da interseccionalidade gênero, raça e classe social [Internet]. *Rebesbe.* 2023[citado 18 jun 2025];1(2):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/2335218.1.2-10>
26. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2019[cited 2025 Feb 07];26:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
27. Gonzalez PR, Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM, Escobal APL, Silva MLC. Práticas de atenção ao parto na experiência de puérperas: análise à luz da humanização [Internet]. *Rev Enferm UFSM.* 2020[citado 07 fev 2025];11:1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769253146>
28. Nascimento EM, Machado JC, Vilela ABA, Rodrigues VP. Análise estrutural das representações sociais de mulheres sobre a violência obstétrica [Internet]. *Physis.* 2025[citado 18 jun 2025];35(1):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350117pt>
29. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer [Internet]. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015[citado 18 jun 2025];10(35):1-12. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
30. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kõmürçü-Akik B, Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Health* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18];12:1-39. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858>
31. Leal MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança [Internet]. *Cad Saúde Pública.* 2018[citado 18 jun 2025];34(5):1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063818>

Endereço Primeira autora

Fabiula Aquino Vilaverde
Santa Casa de Alegrete
Rua General Sampaio, 88
Bairro: Centro
CEP: 97541-260 / Alegrete (RS), Brasil
E-mail: fabulavilaverde@outlook.com

Endereço para correspondência

Lisie Alende Prates
Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)
Endereço: BR 472 - Km 585 - Caixa Postal 118
CEP: 97501-970 Uruguaiana (RS), Brasil
E-mail: lisieprates@unipampa.edu.br

Como citar: Vilaverde FA, Lipinski JM, Prates LA, Moraes CL, Escobal APL, Tier CG, et al. Conhecimento de mulheres sobre violência obstétrica e suas implicações: a dor que tentam silenciar. **Rev Bras Promoç Saúde.** 2025;38: e15775. <https://doi.org/10.5020/18061230.2025.15775>
