

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DE GESTANTES: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE MANAUS

OBSTETRIC VIOLENCE FROM THE PERSPECTIVE OF PREGNANT WOMEN: EXPERIENCES AND PERCEPTIONS AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN MANAUS

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS EMBARAZADAS: EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE MANAUS

Ádria Beatriz Barbosa da Silva Verçosa¹

Renata Ferreira dos Santos²

Elaine Cristina Santana Cordovil³

Nathália França de Oliveira⁴

Valeria Lima da Cruz⁵

Winnie Lagoa de Souza⁶

RESUMO: A violência obstétrica constitui uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, manifestando-se por meio de abusos físicos, psicológicos e institucionais durante o ciclo gravídico-puerperal, muitas vezes naturalizados pelos próprios serviços de saúde. Este estudo visou compreender a percepção de gestantes sobre a violência obstétrica em uma maternidade pública de Manaus. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com onze gestantes internadas nos setores de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto e no Alojamento Conjunto, de uma maternidade pública de Manaus. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática de Bardin. A partir dos achados da pesquisa, emergiram quatro categorias temáticas: desconhecimento sobre violência obstétrica, boas práticas no parto e no nascimento, experiências de violência obstétrica e a importância do protagonismo da mulher. As participantes relataram vivências de manobra de Kristeller, amniotomia e episiotomia sem consentimento, toques vaginais repetidos e maus-tratos verbais, muitas vezes sem reconhecer tais práticas como violência. Por fim, a violência obstétrica permanece naturalizada na assistência ao parto, e o desconhecimento conceitual dificulta seu reconhecimento por parte das próprias gestantes. Reforça-se a necessidade de educação em saúde, de capacitação profissional e de fortalecimento do protagonismo feminino como estratégias de prevenção.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Saúde Materno-Infantil. Educação em Saúde.

¹Especialista em Enfermagem Obstétrica. Universidade do Estado do Amazonas, Manaus – AM, Brasil.

²Professora, orientadora na Universidade do Estado do Amazonas, Manaus - AM, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³Professora, coorientadora na Universidade do Estado do Amazonas, Manaus - AM, Brasil. Mestra em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Amazonas.

⁴Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus-AM, Brasil. E-mail:

⁵Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Docente Instituto Federal do Sul de Minas Gerais, Pouso Alegre – MG, Brasil.

⁶Mestra em Biologia Urbana pela Universidade Nilton Lins, Manaus, AM, Brasil.

ABSTRACT: Obstetric violence constitutes a serious violation of women's human rights, manifesting itself through physical, psychological, and institutional abuse during the pregnancy and postpartum period, which is often normalized by the health care services themselves. This study aimed to understand pregnant women's perceptions of obstetric violence at a public maternity hospital in Manaus. This is a descriptive and exploratory study using a qualitative approach, conducted with eleven pregnant women admitted to the Pre-Delivery, Delivery and Postpartum units, as well as the Mother-Baby Room at a public maternity hospital in Manaus. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Bardin's Categorical Thematic Content Analysis technique. Based on the research findings, four thematic categories emerged: lack of knowledge about obstetric violence, best practices during labor and birth, experiences of obstetric violence, and the importance of women's agency. The participants reported experiences of the Kristeller maneuver, amniotomy, and episiotomy performed without consent, repeated vaginal examinations, and verbal abuse, often without recognizing these practices as violence. Finally, obstetric violence remains normalized in childbirth care, and a lack of conceptual understanding makes it difficult for pregnant women themselves to recognize it. This reinforces the need for health education, professional training, and the empowerment of women as preventive strategies.

Keywords: Obstetric Violence. Maternal and Child Health. Health Education.

RESUMEN: La violencia obstétrica constituye una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y se manifiesta mediante abusos físicos, psicológicos e institucionales durante el ciclo del embarazo y el puerperio, que a menudo son normalizados por los propios servicios sanitarios. El objetivo de este estudio fue comprender la percepción de las embarazadas sobre la violencia obstétrica en una maternidad pública de Manaos. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado con once embarazadas ingresadas en las unidades de Preparto, Parto y Posparto, así como en la unidad de Alojamiento Conjunto, de una maternidad pública de Manaos. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante la técnica de Análisis de Contenido Categorical Temático de Bardin. A partir de los resultados de la investigación, surgieron cuatro categorías temáticas: desconocimiento sobre la violencia obstétrica, buenas prácticas durante el parto y el nacimiento, experiencias de violencia obstétrica y la importancia del protagonismo de la mujer. Las participantes relataron experiencias relacionadas con la maniobra de Kristeller, la amniotomía y la episiotomía sin consentimiento, tocamientos vaginales repetidos y maltrato verbal, a menudo sin reconocer dichas prácticas como violencia. En definitiva, la violencia obstétrica sigue estando normalizada en la asistencia al parto, y el desconocimiento conceptual dificulta su reconocimiento por las propias embarazadas. Se refuerza la necesidad de la educación en salud, de la formación profesional y del fortalecimiento del protagonismo femenino como estrategias de prevención.

Palabras clave: Violencia Obstétrica. Salud Materno-Infantil. Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um fenômeno que tem ganhado visibilidade ao longo dos anos devido ao aumento do risco de morbimortalidade materno-fetal, o que gera traumas físicos e

emocionais e torna-se um problema de saúde pública. É definida como uma violência de gênero que se manifesta por meio de abusos físicos, psicológicos e sociais, muitas vezes cometidos por profissionais de saúde, mas também pode ser praticada por qualquer outra pessoa (TRAJANO AR e BARRETO EA, 2021).

A prevalência de violência obstétrica no Brasil é heterogênea entre os estudos nacionais, principalmente devido a diferenças metodológicas e ao tipo de puérpera avaliada (LEITE TH et al., 2024). Entre os principais inquéritos nacionais, a pesquisa Nascir no Brasil, que entrevistou cerca de 24 mil mulheres em todo o país, identificou que aproximadamente 45% das participantes relataram ter vivenciado ao menos um ato de violência obstétrica durante o parto (LEAL MC et al., 2012; LEITE TH et al., 2024).

Em estudo populacional no Rio Grande do Sul com 1.226 parturientes, identificou-se que o exame de toque (68,3%), episiotomia (41,3%), amniotomia (30,2%) e manobra de Kristeller (23,1%) foram as condutas mais prevalentes associadas à violência obstétrica. Apenas 2,6% das mulheres se reconheceram como vítimas, mesmo diante de práticas severas relatadas por mais da metade da amostra (BRANCO MA et al., 2024). Em estudo realizado em uma maternidade pública do norte do Brasil, 74,8% das puérperas vivenciaram práticas caracterizadas como violência obstétrica, embora a maioria (59,3%) desconhecesse o termo (CASTRO NRS et al., 2023).

3

No âmbito latino-americano, uma meta-análise conduzida pela Organização Pan-Americana da Saúde reuniu 18 estudos de cinco países da região e identificou uma prevalência agregada de 43% de desrespeito e maus-tratos durante o parto, reforçando que o fenômeno constitui um problema de direitos humanos e de saúde pública, prevalente em diversos países latino-americanos, ainda sem consenso conceitual e metodológico consolidado (TOBASÍA-HEGE C, et al., 2019).

Em Manaus, a análise das denúncias registradas no Ministério Público Federal do Amazonas entre 2008 e 2018 identificou 43 casos de violência obstétrica, envolvendo 13 instituições de saúde, 29 técnicas consideradas violentas pelas próprias mulheres e 8 categorias profissionais distintas, evidenciando que o fenômeno já era reconhecido institucionalmente no estado antes mesmo de ganhar maior visibilidade nacional (MARTINS RB, et al., 2022). Desde 2016, o Amazonas conta com o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, uma iniciativa do Ministério Público Federal que articula ações entre diferentes órgãos para a proteção dos

direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2024).

Mais recentemente, entre 2019 e 2023, a Defensoria Pública do Amazonas catalogou 324 denúncias de violência obstétrica apenas em maternidades de Manaus, incluindo óbitos maternos e fetais, uso de manobra de Kristeller e episiotomia sem anestesia, o que motivou recomendação do Ministério Público Federal (MPF) aos conselhos de medicina para a tipificação da prática como infração ética (MPF, 2026). Esse cenário evidencia que, apesar dos avanços institucionais, a violência obstétrica permanece uma realidade estrutural no contexto local, reforçando a relevância de investigá-la sob a perspectiva das próprias gestantes atendidas na rede pública.

A humanização no trabalho de parto e no pré-natal é fundamental para garantir uma experiência positiva e respeitosa para as gestantes, envolvendo práticas que priorizam a comunicação clara, o acolhimento e a criação de um ambiente seguro e confortável. Portanto, um atendimento humanizado está associado a taxas mais baixas de intervenções desnecessárias (SOUZA AM et al., 2024a).

A visão da gestante sobre essa violência é fundamental para compreender a profundidade do problema, pois é ela que vivencia diretamente as diversas formas de abuso, seja por procedimentos médicos desnecessários, por falta de comunicação ou por desconsideração de suas necessidades e desejos (TRAJANO AR e BARRETO EA, 2021). O interesse em desenvolver este estudo surgiu da escassez de publicações que abordem a violência obstétrica sob a perspectiva das próprias gestantes, somada às experiências vivenciadas durante a residência em Enfermagem Obstétrica, na qual foram observadas ações inapropriadas, como negligência no atendimento, imposição da cesariana sem justificativa médica, falta de privacidade, realização de episiotomias sem justificativa e proibição de acompanhante.

A enfermagem obstétrica desempenha função crucial no acompanhamento da gestante, desde o pré-natal, o parto e o pós-parto, oferecendo apoio e atendimento humanizado. Nesse contexto, questiona-se: qual é a percepção das gestantes sobre a violência obstétrica em uma maternidade de Manaus?

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa (GIL AC, 2022), realizado em uma maternidade pública de Manaus, destinada ao atendimento de risco habitual

e de alto risco, com serviço interdisciplinar (medicina obstétrica, enfermagem, farmácia, laboratório e serviço social). A escolha do local justifica-se pelo intenso contato entre gestantes e profissionais, o que torna o contexto propício tanto a práticas humanizadas quanto a situações de violência obstétrica.

Participaram 11 gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, internadas nos setores de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) e no Alojamento Conjunto (ALCON), fora do trabalho de parto ativo no momento da entrevista. O dimensionamento da amostra não foi definido *a priori*; a coleta de dados foi encerrada quando as falas dos participantes passaram a evidenciar repetição consistente das informações e a ausência de novos elementos temáticos, configurando a saturação teórica dos dados, conforme Minayo MCS (2017). Foram excluídas gestantes menores de idade e aquelas com comprometimento cognitivo que impedisse a compreensão das questões.

O recrutamento das participantes ocorreu durante a internação, por meio de abordagem individual nos leitos, em momentos de repouso e sem a presença de acompanhantes ou profissionais da equipe assistencial, a fim de evitar constrangimentos ou influências nas respostas. As entrevistas semiestruturadas individuais foram realizadas em ambiente reservado (ao lado do leito ou em sala privativa disponibilizada pela instituição), assegurando a privacidade e o conforto das participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevista, gravados em áudio e transcritos na íntegra, com duração média de 10 a 15 minutos, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Utilizou-se um instrumento validado no Brasil por Abdul Nour GFA et al. (2024), composto por 33 perguntas abertas e estruturado em três dimensões: dados gerais, dados obstétricos e conhecimentos sobre parto e violência obstétrica. Para esta pesquisa, as autoras selecionaram e adaptaram 12 perguntas relativas à percepção das gestantes sobre os procedimentos e as condutas da equipe multiprofissional durante o parto.

A análise dos dados seguiu a técnica de Análise de Conteúdo Categorial - Temática de Bardin L (2015), com o apoio do software Taguette (Taguette.org, Nova York, Estados Unidos) para a codificação do corpus textual (RAMPIN R e RAMPIN V, 2021). As participantes foram identificadas pela letra "G" seguida de numeração sequencial, garantindo o anonimato. O estudo foi conduzido conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CAAE 92933125.4.0000.5016, Parecer nº 7.910.110, outubro de 2025).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das participantes variou de 19 a 43 anos, com média de 31 anos. Houve predomínio de mulheres pardas (72,7%), com escolaridade igual ou superior a 12 anos (72,7%) e em união estável ou casadas (63,6%). Quanto à renda familiar, a maioria (63,6%) relatou percepção de renda de até um salário-mínimo, evidenciando um perfil socioeconômico majoritariamente de baixa renda entre as gestantes atendidas na maternidade pública estudada (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das gestantes participantes do estudo. Manaus – AM, 2025.

Variáveis	Categoria	n	%
Faixa etária	19-29 anos	4	36,4
	30-39 anos	4	36,4
	40 anos ou mais	3	27,3
Cor da pele	Parda	8	72,7
	Indígena / Branca / Preta	1 cada	9,1 cada
Escolaridade	≥12 anos	8	72,7
	8-11 anos	3	27,3
Renda familiar	≤1 SM	7	63,6
	2-3 SM	2	18,2
	1-2 SM / >3 SM	1 cada	9,1 cada
Estado civil	União estável/casada	7	63,6
	Solteira	4	36,4

Fonte: VERÇOSA AB, et al. (2025).

Quanto ao perfil obstétrico, a maioria das gestantes era multigesta (90,9%), com predomínio de partos vaginais anteriores. Mais da metade (54,5%) apresentava gestação classificada como de alto risco. A maioria das gestações não foi planejada (72,7%), e quase todas as participantes realizaram acompanhamento pré-natal (90,9%), com o número de consultas variando de 1 a 12. Com base na Análise Temática de Conteúdo de Bardin (2015), os relatos foram organizados em quatro categorias e doze subcategorias, apresentadas a seguir (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização obstétrica das gestantes participantes do estudo. Manaus – AM, 2025.

Variáveis	Categoria	n	%
Gestações	Primigesta (G1)	1	9,1
	2-3 gestações	6	54,5
	4 ou mais	4	36,4
Classificação de risco	Habitual	5	45,5
	Alto risco	6	54,5
Tipo de gestação	Única	9	81,8
	Múltipla	2	18,2
Partos anteriores	Nenhum	1	9,1
	Só vaginal	5	45,5
	Só cesárea	2	18,2
	Vaginal e cesárea	3	27,3
Aborto prévio	Sim	4	36,4
	Não	7	63,6
Gestação planejada	Sim	3	27,3
	Não	8	72,7
Realizou pré-natal	Sim	10	90,9
	Não	1	9,1

Fonte: VERÇOSA AB, et al. (2025).

O perfil das participantes reforça a relevância dos achados qualitativos deste estudo. Quanto à idade, um estudo de base populacional identificou maior gravidade das práticas de violência obstétrica entre mulheres mais jovens (BRANCO MA, et al., 2024), o que chama a atenção para a média de 31 anos e para a presença de participantes na faixa etária de 19 a 29 anos nesta amostra. A predominância de mulheres pardas (72,7%) dialoga com a literatura sobre iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil, que aponta um atendimento historicamente mais desrespeitoso e menos resolutivo para mulheres negras e pardas (LEAL MC, et al., 2017).

Quanto à paridade, chama a atenção que a amostra tenha sido majoritariamente multigesta (90,9%), já que estudos apontam maior gravidade da violência obstétrica entre primíparas (BRANCO MA, et al., 2024); ainda assim, os relatos aqui reunidos mostram que a repetição de partos não protegeu as participantes de vivências de violência, com algumas relatando o mesmo tipo de prática em gestações diferentes. Por fim, a renda familiar predominantemente baixa (63,6% com até um salário-mínimo) é consistente com dados que

associam menor renda a menor participação em atividades educativas no pré-natal (HADDAD LSP, et al., 2024), reforçando a ideia de que o desconhecimento sobre violência obstétrica identificado na Categoria 1 pode estar relacionado também a barreiras de acesso à informação vinculadas à condição socioeconômica.

Categorias de análise

Categoria 1: Desconhecimento sobre a Violência Obstétrica

Esta categoria evidencia a lacuna de informação das gestantes sobre o conceito de violência obstétrica, revelando que o desconhecimento antecede e, muitas vezes, condiciona a própria capacidade de reconhecer práticas violentas quando estas ocorrem:

Não faço a mínima ideia.(G1)

Comigo não foi conversado sobre violência obstétrica.(G2)

Nenhum médico vai falar sobre a violência obstétrica, né? Ele vai simplesmente fazer sem informar o paciente.(G4)

Na categoria "Desconhecimento sobre Violência Obstétrica", observa-se uma lacuna de sensibilização e informação, o que pode contribuir para a persistência e a normalização da violência obstétrica no sistema de saúde. O relato de G4 articula diretamente a ausência de informação com a naturalização da prática assistencial: a falta de explicação não é percebida apenas como omissão pontual, mas como padrão esperado de conduta médica. Esse achado dialoga com relatos semelhantes de G1 e G2, que afirmaram desconhecer completamente o termo ou nunca terem sido informadas sobre o tema durante o pré-natal. Uma pesquisa em Pernambuco apontou falhas na oferta de informações sobre boas práticas no pré-natal, o que contribui para a naturalização de condutas desrespeitosas (FERREIRA TSB, et al., 2024).

Conhecer o conceito e as práticas que caracterizam a violência obstétrica constitui um passo fundamental para que a gestante possa atuar de forma mais ativa, consciente e segura ao longo do ciclo gravídico-puerperal, já que a invisibilidade do fenômeno limita diretamente a possibilidade de reconhecimento e de ação (SOUZA AM, et al., 2024b). Esse achado corrobora dados de um estudo de base populacional no Rio Grande do Sul, no qual, apesar de 50,9% das parturientes relatarem ter sofrido práticas mais severas de violência obstétrica, apenas 2,6% se reconheceram como vítimas (BRANCO MA, et al., 2024), evidenciando que o hiato entre vivência e reconhecimento identificado neste estudo não é uma particularidade local, mas um padrão nacional.

Esse padrão de desconhecimento não é aleatório: estudos nacionais apontam associação significativa entre menor escolaridade, menor renda e menor participação em atividades educativas no pré-natal (HADDAD LSP, et al., 2024; LEAL MC, et al., 2017). No presente estudo, a maioria das participantes (72,7%) tinha escolaridade ≥ 12 anos, mas ainda assim relatou desconhecimento do conceito de violência obstétrica. Isso sugere que a informação, quando ofertada, não necessariamente se traduz em compreensão e reconhecimento, o que aponta para a necessidade de estratégias educativas mais efetivas e dialógicas durante o pré-natal, e não apenas de uma transmissão unidirecional de informações.

Categoria 2: Boas práticas ao parto e ao nascimento

Esta categoria reúne percepções das gestantes sobre procedimentos, direitos e recomendações relacionados ao parto e ao nascimento, refletindo o nível de informação e as expectativas construídas ao longo da gestação.

Amamentação

No imediato não, né? Eles passam alguns minutinhos que eles têm que limpar aquele suco gástrico, alguma coisa assim.(G3)

[...] a questão da amamentação é muito importante em todo o processo logo após o nascimento do bebê. A gente pesquisa e sabe que esse contato pele a pele é indicado, mas os dois têm que estar em condições de mantê-lo.” (G8)

Em contraste, o relato de G3 evidenciou uma compreensão mais restrita do procedimento, associando o período imediato ao pós-parto apenas aos cuidados de higiene do recém-nascido.

Posições para parir

Eu acho que a posição certa é em uma sala de parto que já tem aquele preparo próprio. (G1)

De barriga pra cima.(G5)

Eu acho que depende de cada mãe. Eu nunca fiz de outra forma, né. Só deitada mesmo. (G7)

O relato de G7 é revelador por conter, na mesma fala, o reconhecimento teórico do direito de escolha e a constatação de nunca tê-lo exercido na prática. Os relatos de G5 e G1 reforçam a percepção de que a posição supina permanece a única opção disponível.

Direito ao acompanhante

Eu acho que não é permitido.(G3)

Eu acho que o acompanhante, se tiver condições, tem todo o direito. A gestante também tem todo o direito de ter alguém familiar perto dela como uma rede de apoio.(G8)

Em contraposição direta, G3 afirmou acreditar que a presença de acompanhante “não é permitida”, evidenciando desconhecimento de direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005.

Ingesta de alimentos e líquidos no trabalho de parto

Quando eu tive parto normal, eu não comi nada. Eles não deixam.(G1)

Sabia nem que isso podia acontecer, mas acho que não. Acho que a gente tá tão concentrada na dor; acho que não seria uma boa opção não.G2

O relato de G2 declarou desconhecer a possibilidade de se alimentar durante o trabalho de parto, enquanto o relato de G1 afirmou que foi proibida de ingerir qualquer alimento. Esses relatos reforçam a percepção de que a restrição alimentar é vivenciada como uma norma institucional inquestionável.

A adoção de condutas baseadas em evidências, como o direito ao acompanhante, a liberdade de movimentação, a alimentação oral, as posições de parto variadas e o consentimento informado, constitui um elemento central para a humanização do parto (SOUZA AM et al., 2024a). Os relatos reunidos nesta categoria, no entanto, revelam que a assistência recebida frequentemente não se alinha a esses princípios, o que reforça a necessidade de fortalecer o pré-natal educativo como ferramenta de empoderamento e protagonismo (SOUZA AM et al., 2024b). Essa necessidade ganha ainda mais relevância diante de dados nacionais que mostram baixa adesão a atividades educativas durante o pré-natal: em estudo multicêntrico com 3.438 gestantes, apenas 23,2% participaram de atividades educativas, com maior participação entre mulheres com renda familiar mais alta e na primeira gestação (HADDAD LSP et al., 2024), o que reproduz as mesmas desigualdades socioeconômicas que caracterizam a vulnerabilidade à violência obstétrica.

Estudo conduzido com base em consulta pública nacional sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto identificou três famílias de barreiras para a implementação de boas práticas: 1) barreiras relacionadas à formação e à cultura profissional, com destaque para a centralidade do médico, e não da mulher, no processo de parto; 2) barreiras relacionadas à cultura social, que mantém a população pouco informada sobre seus direitos e opções; e 3) barreiras políticas e de gestão, incluindo o desinteresse de gestores, a menor remuneração do

parto vaginal em comparação à cesariana e a precária infraestrutura hospitalar (VIDAL AT, et al., 2021). Esses achados evidenciam que o descompasso entre o discurso da humanização e a prática assistencial não se resolve apenas com informações às gestantes, mas exige intervenções estruturais na formação profissional, na gestão dos serviços e na formulação de políticas públicas que valorizem o parto fisiológico e a autonomia da mulher.

Categoria 3: Experiências de violência obstétrica

Esta categoria reúne relatos de práticas vivenciadas pelas gestantes durante o parto, evidenciando a ocorrência de violência física, informacional e psicológica no cotidiano da assistência obstétrica.

Episiotomia

A minha irmã falou que eles cortaram, mas eu não senti, não me falaram nada.(G1)
Já passei por isso também no meu primeiro e no meu segundo.(G7)

O relato de G1 ilustra uma dimensão pouco discutida da violência obstétrica: a informação sobre o próprio corpo chegando por terceiros, e não pela equipe de saúde, o que evidencia falha direta no dever de informar e de obter consentimento antes do procedimento.

11

O relato de G7, que afirmou ter passado pela mesma experiência "no primeiro e no segundo" parto, sugere que a ausência de explicação sobre a episiotomia não foi um episódio isolado, mas se repetiu em diferentes gestações, reforçando o caráter rotineiro e pouco questionado do procedimento na prática assistencial.

G8, por sua vez, trouxe uma perspectiva mais crítica sobre o tema:

Há situações que infelizmente pedem essa situação. Se tivesse uma outra abordagem menos invasiva e menos agressiva, os profissionais poderiam trabalhar em uma outra abordagem. (G8)

Ao reconhecer que a episiotomia pode, em determinados contextos, ser clinicamente necessária, mas defender alternativas menos invasivas, G8 demonstra um nível de reflexão que vai além do relato de experiência pessoal: ela questiona não a existência do procedimento em si, mas a ausência de esforço para buscar condutas menos agressivas antes de recorrer a ele. Essa fala aproxima-se do debate técnico sobre o uso liberal versus seletivo da episiotomia, no qual a literatura recomenda reservar o procedimento a indicações específicas, e não como rotina (BITTENCOURT SDA, et al., 2021).

Esse tipo de vivência não é exclusividade do contexto brasileiro: um estudo de caso conduzido na Etiópia documentou relato semelhante de uma mulher submetida a episiotomia sem consentimento e deixada sem cuidados básicos após o parto, evidenciando que o desrespeito à autonomia da parturiente configura um padrão observado internacionalmente (ADINEW YM et al., 2021).

Manobra de Kristeller

É muito dolorido, porque já pesa demais a barriga em si e agora quando tu faz a manobra de empurrar a dor é insuportável.(G9)

O relato de G9 reforça, em outro trecho da entrevista, a intensidade da dor associada à manobra de Kristeller, prática desaconselhada por estar associada a lesões perineais e sofrimento fetal, ainda realizada sem consentimento ou explicação prévios em parte considerável dos partos no Brasil.

Em contraste direto, outra participante descreveu experiência semelhante em termos completamente diferentes:

Eu tive essa ajuda que a moça apertou minha barriga e me ajudou bastante.(G1)

Chama a atenção que G1 tenha nomeado a mesma manobra como "ajuda", o que sugere que a falta de informação sobre a natureza não recomendada dessa prática pode levar à sua reinterpretação como cuidado, mascarando sua caracterização como violência física (BOHREN MA, et al., 2015). A contradição entre os dois relatos — um descreve dor insuportável e outro, auxílio bem-vindo — evidencia como a ausência de informação sobre os riscos e as recomendações técnicas da manobra molda decisivamente a maneira como cada mulher interpreta o que vivenciou, ainda que a prática em si seja a mesma.

Amniotomia

Na minha primeira, o médico que estourou a bolsa. Ele que fez toda a violência, né. Já no meu último, [...] eu estava com as técnicas sozinha, então elas não podiam estourar.(G9)

O relato de G9 é revelador por trazer, na mesma fala, dois momentos distintos de sua trajetória obstétrica: em um parto anterior, a ruptura artificial da bolsa por um médico, nomeada por ela mesma como "violência"; e, em outro momento, o relato de que as técnicas de enfermagem presentes "não podiam" realizar o procedimento. Essa comparação indica que G9, ao longo de suas experiências, desenvolveu certa compreensão dos limites de atuação de cada

categoria profissional, ainda que de forma empírica, a partir da própria vivência, e não de orientação recebida durante o pré-natal.

Já o relato de G6 evidencia o extremo oposto: o desconhecimento completo quanto à existência de qualquer restrição em relação ao procedimento.

Eu nem sabia que não podia estourar a bolsa. Achei que fosse normal, eu tive dois partos e foi assim, os médicos que estouraram a bolsa.(G6)

Ao afirmar que "nem sabia que não podia", G6 revela não apenas a ausência de informação sobre a amniotomia em si, mas também o desconhecimento de que a prática, vivenciada em dois partos consecutivos, poderia configurar violação de um direito. A lacuna de informação sobre os limites técnicos de atuação de cada categoria profissional durante o parto, evidente em ambos os relatos, mostra que o próprio reconhecimento da amniotomia como potencial ato de violência obstétrica depende, muitas vezes, de circunstâncias específicas vivenciadas pela mulher, e não de conhecimento prévio garantido pelo cuidado pré-natal.

Direitos negados

Eu queria ter escolhido parido como eu relatei aqui, com as mãos apoiadas, e meio que assim de 'coca', porém em pé. Mas me fizeram deitar. (G4)

O relato de G4 revela um caso particularmente claro de negação de autonomia: a gestante não apenas tinha uma preferência de posição bem definida e articulada, como também chegou a comunicá-la previamente ("como eu relatei aqui"), mas, ainda assim, foi conduzida à posição litotômica contra sua vontade expressa.

O meu foi de barriga pra cima. Eu nunca tive outra posição, só essa.(G11)

Já o relato de G11 aponta para um problema distinto, porém complementar: a ausência completa de alternativa ao longo de toda a sua trajetória obstétrica, sugerindo que, para essa participante, a posição supina nunca esteve, de fato, em discussão. A imposição da posição litotômica em ambos os casos, seja pela recusa explícita de um pedido, seja pela ausência de qualquer oferta de escolha, indica a persistência de um modelo de assistência centrado na conveniência da equipe, em detrimento da autonomia da mulher.

Toque vaginal

[...] médico vem, mete o dedo, aí manda o outro meter, aí vem outro e mete, entendeu? Eu acho que é um descaso isso [...] a gente já chega morrendo de dor aqui, aí os agentes

com experiência dizem: 'Tem que meter o dedo assim, o toque é assim' [...] Eu acho isso errado. (GII)

O relato de GII descreve a repetição do toque vaginal por diferentes profissionais, em sequência, muitas vezes com finalidade aparentemente didática, como no momento em que percebeu que seu corpo era utilizado para fins de ensino, sem que isso lhe fosse explicado ou consentido.

Eu já me senti muito invadida porque foi um atrás do outro. Foram vários profissionais em pouco tempo. (G5)

O relato de G5 corrobora o achado de GII: a repetição do procedimento por múltiplos profissionais em curto intervalo de tempo, ainda que talvez justificada clinicamente ou pedagogicamente pela equipe, é vivenciada pela mulher como uma invasão. Essa prática está associada, na literatura, à objetificação do corpo da mulher em contextos de ensino-aprendizagem, sobretudo em hospitais-escola (BOHREN MA et al., 2015).

Medo e trauma

Como eu vejo assim que acontece muito essas coisas com as mulheres eu fico com medo. Eu não sou assim escandalosa e a gente já vai com medo.(G6)

O relato de G6 descreve o medo "porque essas coisas acontecem muito com as mulheres", evidenciando o que pode ser chamado de temor antecipatório: um medo construído não a partir de vivência própria, mas de experiências alheias, ouvidas ou observadas ao longo da vida. Chama a atenção sua associação entre não ser "escandalosa" e sentir medo, como se a expectativa de controle sobre a própria expressão emocional já fosse, em si, uma forma de se proteger antecipadamente de um tratamento adverso.

Eu lembro que a enfermeira subiu em cima da minha barriga, aí ela "coisava" com o braço dela, né, pra botar minha filha pra baixo, tanto que eu fiquei com a barriga toda roxa. Aí, eu fiquei com trauma disso.(GII)

Já o relato de GII concretiza a outra face do problema: o trauma decorrente de uma experiência efetivamente vivida, não antecipada. A associação direta entre a manobra de Kristeller e a equimose ("a barriga toda roxa") ancora a lembrança traumática em uma marca física concreta, o que talvez explique por que essa lembrança específica persiste com tanta nitidez. Juntos, os dois relatos revelam que o medo relacionado à violência obstétrica opera em dois tempos distintos: antes do parto, como antecipação baseada em relatos de terceiros, e depois do parto, como memória de uma violação já sofrida.

Maus-tratos psicológicos e verbais

Quando eu fui ter a minha filha, a médica falou: “Ah, que na hora de tá fazendo não grita, e agora quer gritar.” Então, em todos os meus partos, eu nunca gritei. Eu aguento calada porque isso ficou realmente no meu psicológico. Isso, eu tinha 17 anos e já estou com 27. Nenhum parto, meu. Eu grito com medo de eles falarem isso. (G9)

Esse relato é especialmente revelador por demonstrar o efeito duradouro de uma única fala de um profissional de saúde: dez anos e múltiplos partos depois, a gestante ainda modula sua expressão da dor por medo de julgamento. A internalização desse comentário isolado, feito ainda na adolescência, ilustra como uma única interação desrespeitosa pode se consolidar como norma de comportamento ao longo de toda a vida reprodutiva da mulher.

Eu pelo menos, não gritava, mas gemia muito alto, porque a dor é insuportável. Quem já passou por isso sabe, a dor é insuportável, mas tem médico mesmo que não gosta, briga com a paciente. Eu acho que não tem que evitar, não; deixa a pessoa fazer o que ela quer. (G1)

O relato de G1 confirma que o episódio vivido por G9 não é isolado: outros médicos também expressam desaprovação diante da expressão sonora da dor, o que obriga a mulher a negociar, no meio do próprio trabalho de parto, entre aliviar a dor e evitar o julgamento da equipe. Ao afirmar que “não tem que evitar”, “deixa a pessoa fazer o que ela quer”, G1 relata, com suas próprias palavras, uma crítica direta ao controle exercido pela equipe sobre a expressão da dor, reforçando que essa manifestação segue sendo tratada como um comportamento a ser reprimido, e não como uma resposta fisiológica esperada do trabalho de parto.

Ressalta-se que a crítica aqui dirigida não se volta contra os procedimentos obstétricos em si, que, quando indicados e realizados com base em evidências científicas, são fundamentais para a segurança materno-fetal. O que caracteriza a violência, conforme amplamente documentado nos relatos, é a execução desses atos sem indicação clínica precisa, sem informação prévia e sem o consentimento livre e esclarecido da gestante, reduzindo-a à condição de objeto passivo do cuidado. Essa distinção é central para que a assistência obstétrica seja compreendida não como um conjunto de práticas intrinsecamente violentas, mas como um campo em que o desrespeito à autonomia e à dignidade da mulher configura a violação de direitos fundamentais.

Esse padrão de práticas relatadas pelas gestantes reflete um problema nacional: um estudo sobre o grau de implantação de boas práticas em maternidades da Rede Cegonha identificou intervenções desnecessárias recorrentes, como amniotomia (87,1%), uso de cateter venoso durante o trabalho de parto (63,5%) e episiotomia (55,6%), o que reafirma a persistência

de um modelo intervencionista (BITTENCOURT SDA, et al., 2021). Esses achados dialogam com o estudo de base populacional que identificou o exame de toque (68,3%), a episiotomia (41,3%), a amniotomia (30,2%) e a manobra de Kristeller (23,1%) como as práticas de violência obstétrica mais prevalentes entre parturientes brasileiras (BRANCO MA, et al., 2024), na mesma ordem de frequência observada nos relatos das gestantes deste estudo.

A literatura mostra ainda que o protagonismo da mulher e a adoção de práticas menos intervencionistas enfrentam barreiras estruturais, culturais e de formação profissional, entre elas a centralidade do médico, e não da mulher, no processo (VIDAL AT, et al., 2021). Esse achado ganha relevância adicional no contexto amazonense, uma vez que a manobra de Kristeller e a episiotomia sem anestesia figuram entre as práticas citadas em denúncias catalogadas pela Defensoria Pública do Amazonas em maternidades de Manaus, o que motivou recomendação do Ministério Público Federal para sua tipificação como infração ética pelos conselhos de medicina (MPF, 2026). A enfermagem obstétrica emerge, nesse cenário, como peça-chave para modificar o paradigma da assistência ao parto (OLIVEIRA DCB, et al., 2023). Em um estudo qualitativo com puérperas em São Paulo, 11 de 31 participantes relataram experiências semelhantes, mesmo sem reconhecê-las inicialmente como violência (SANTOS VM, et al., 2023), o que dialoga com o desconhecimento conceitual relatado na Categoria 1 deste estudo.

16

Essas violações têm ainda impacto psicológico significativo, associado à ansiedade, à depressão pós-parto e ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PINHEIRO PJS, et al., 2023; CONCEIÇÃO HN e MADEIRO AP, 2024). Esse impacto não ocorre de forma uniforme: mulheres em situação de vulnerabilidade social, com menor escolaridade, negras ou usuárias predominantes do sistema público parecem apresentar risco ampliado (LEAL MC, et al., 2017; SANTOS VM, et al., 2023), o que dialoga com o perfil sociodemográfico das participantes deste estudo.

Categoria 4: A importância do protagonismo da mulher

Esta categoria reúne relatos que expressam a percepção das gestantes sobre a centralidade de sua autonomia durante o parto e que reconhecem o protagonismo feminino como fator de proteção contra a violência obstétrica.

Respeitar o momento do parto

Eu acho que não pode interromper porque é um momento dela, que ela está vivendo que já é bem difícil, bem doloroso, e ela tem total liberdade de querer gritar ou não, no meu ponto de vista." (G3)

O relato de G3 defende a liberdade da parturiente de expressar sua dor, seja gritando ou não, sem interrupção por parte da equipe, reconhecendo o momento do parto como uma vivência que pertence à mulher e deve ser respeitada em seus próprios termos.

Tudo tem que ser feito com o consentimento da mãe, até certo ponto, sem comprometer a saúde. Tem que ter equilíbrio, e é esse equilíbrio que muitas vezes falta. Essa é a pauta né, que às vezes o profissional quer fazer do jeito dele, sem respeitar que a mãe pode ter uma rasgadura, alguma coisa assim, pode ter o corte de maneira natural, muito mais sem intervenção violenta. (G8)

Já o relato de G8 avança para um nível mais elaborado de reflexão, ao nomear diretamente a tensão entre segurança clínica e consentimento como a "pauta" central da assistência ao parto. Ao reconhecer que certas intervenções podem ser necessárias, mas defender que a decisão siga o consentimento da mãe sempre que possível, G8 articula, com vocabulário próprio, um princípio que a literatura sobre parto humanizado descreve como cuidado centrado na mulher. Juntos, os dois relatos indicam que as próprias gestantes já identificam o consentimento informado e o equilíbrio entre a necessidade clínica e a autonomia como elementos centrais para uma assistência não violenta (LEITE TH et al., 2024).

O plano de parto tem sido apontado na literatura como um instrumento concreto para viabilizar esse protagonismo, atuando como ato de resistência à violência obstétrica (CARVALHO GJH et al., 2025). A autonomia no período gravídico-puerperal está diretamente associada à prevenção de práticas desumanizadas, o que reforça a relevância dos relatos de G8 e G3 como evidência de que essa compreensão já emerge espontaneamente entre as gestantes, mesmo sem exposição formal a esse conceito. Quando a mulher sente que sua autonomia foi respeitada e que participou das decisões, tende a avaliar sua experiência de parto de forma mais positiva, reduzindo sentimentos de vulnerabilidade, medo e trauma (BITENCOURT AC et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender que a violência obstétrica, embora frequentemente naturalizada no contexto da assistência à saúde, deixa marcas profundas na experiência das gestantes e no modo como vivenciam a gestação, o parto e o puerpério. Os relatos das

participantes evidenciaram que práticas como a manobra de Kristeller, a amniotomia sem consentimento, a repetição de toques vaginais e o silenciamento da expressão da dor não configuram episódios isolados, mas sim um padrão de assistência que compromete a autonomia, a dignidade e o bem-estar físico e emocional das mulheres. O relato de G9, que, por dez anos, suprimiu sua expressão de dor após uma única fala de julgamento de uma profissional durante o parto, ilustra a extensão temporal desse impacto, capaz de atravessar múltiplas gestações.

Ao mesmo tempo, o desconhecimento conceitual sobre violência obstétrica, identificado logo na primeira categoria de análise, revelou-se um fator que antecede e dificulta o próprio reconhecimento da violência por parte das gestantes quando ela ocorre. Esse achado reforça a centralidade da educação em saúde, tanto no pré-natal quanto durante a internação, como estratégia de prevenção. Em contrapartida, os relatos reunidos na categoria sobre o protagonismo da mulher indicam que as próprias participantes já reconhecem, de forma intuitiva, princípios de consentimento e autonomia como elementos centrais para uma assistência não violenta, ainda que nem sempre os tenham vivenciado na prática.

O objetivo deste trabalho foi alcançado ao dar voz às experiências e percepções das mulheres, destacando-as como protagonistas do próprio processo reprodutivo. A partir dessa perspectiva, reforça-se a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de saúde, que incluam a capacitação continuada dos profissionais, a promoção de educação em saúde sobre direitos e opções de parto, a humanização dos atendimentos e a garantia do cumprimento das políticas públicas de proteção aos direitos reprodutivos. Tais medidas são indispensáveis para transformar a assistência obstétrica em uma experiência segura, informada e respeitosa para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

1. ABDUL Nour GFA, et al. Conhecimentos das gestantes acerca da violência obstétrica: construção e validação de um instrumento. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2024; 98(1): e024260.
2. ADINEW YM, et al. "I would have stayed home if I could manage it alone": a case study of Ethiopian mother abandoned by care providers during facility-based childbirth. *International Journal of Women's Health*, 2021; 13: 501-507.
3. BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.
4. BITENCOURT AC, Oliveira SL, Rennó GM. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. *Enfermagem em Foco*, 2021; 12(4): 787-793.

5. BITTENCOURT SDA, et al. Atenção ao parto e ao nascimento nas Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(3): 801-821.
6. BOHREN MA, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 2015; 12(6): e1001847.
7. BRANCO MA, Meucci RD, Paludo SS. Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em município do Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2024; 32(2): e32020020.
8. CARVALHO GJH, et al. Protagonismo da mulher no seu parto humanizado. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2025; 2(2): 124-138.
9. CASTRO NRS, et al. Violência obstétrica na percepção de puérperas em uma maternidade pública do norte do Brasil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 2023; 15(1): e12625.
10. CONCEIÇÃO HN, Madeiro AP. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024; 40(8): e00008024.
11. MINAYO MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2017; 5(7): 1-12.
12. FERREIRA TSB, et al. Manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes durante a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2024; 24: e20230234.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2022.
14. HADDAD LSP, et al. Participation of pregnant women in educational activities and indication of the maternity hospital of reference for delivery during prenatal care. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2024; 24: e20220312.
15. LEAL MC, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health*, 2012; 9: 15.
16. LEAL MC, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(supl. 1): e00078816.
17. LEITE TH, et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29(9): e12222023.
18. MARTINS RB, et al. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2022; 30(1): 68-76.
19. MINISTÉRIO Público Federal (MPF). 2026. MPF recomenda que conselhos de medicina adotem medidas para prevenir e punir violência obstétrica no Amazonas. Procuradoria da República no Amazonas, 28 jan. 2026. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/o->

mpf/unidades/pr-am/noticias/mpf-recomenda-que-conselhos-de-medicina-adotem-medidas-para-prevenir-e-punir-violencia-obstetrica-no-amazonas Acesso em: 06 ago. 2026.

20. FÓRUM Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas – Manaus (AM). São Paulo, 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/iniciativas/comite-de-enfrentamento-a-violencia-obstetrica-no-amazonas/>. Acesso em: 18 ago. 2026.

21. OLIVEIRA DCB, et al. A importância da enfermagem obstétrica na redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 2023; 12(14): e65121444521.

22. PINHEIRO PJS, Barbosa GC, Rodrigues MD. Reflexos da Violência Obstétrica na saúde mental das mulheres: uma Revisão Integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023; 5(5): 1920-1942.

23. RAMPIN R, Rampin V. Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*, 2021; 6(68): 3522.

24. SANTOS VM, et al. Puerperal women's perceptions of obstetric violence during labor. *ABCS Health Sciences*, 2023; 48: e023234.

25. SILVA JN, et al. Fatores associados à ocorrência da violência obstétrica. *REAS – Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2026; 26(1): 1-13.

26. SOUZA AM, et al. O cuidado pré-natal na prevenção da violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2024b; 13(7): 1-10.

27. SOUZA AM, et al. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2024a; 6(5): 1201-1218.

28. TOBASÍA-Hege C, et al. Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: systematic review and meta-analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2019; 43: e36.

29. TRAJANO AR, Barreto EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface (Botucatu)*, 2021; 25: e200689.

30. VIDAL AT, Barreto JOM, Rattner D. Barriers to implementing childbirth recommendations in Brazil: the women's perspective. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2021; 45: e17.