

História sobre parto e violências

Stories about childbirth and violence

Historias sobre parto y violencias

Recebido: 26/02/2026 | Revisado: 09/03/2026 | Aceitado: 10/03/2026 | Publicado: 11/03/2026

Maria Eduarda da Costa Mazzotti¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4070-9185>
Universidade Federal de São João del Rei, Brasil
E-mail: dudinha821@aluno.ufsj.edu.br

Tatiana Maria da Silva²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4597-4279>
Prefeitura Municipal de São João del Rei, Brasil
E-mail: tatthymary1905@gmail.com

Rosa Gouvêa de Sousa³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6734-4583>
Universidade Federal de São João del Rei, Brasil
E-mail: rosags@ufsj.edu.br

Resumo

O presente artigo apresenta resultados de um projeto de pesquisa que visou reforçar e constituir o debate sobre Violência Obstétrica (V.O.), a partir da percepção das mulheres que já passaram pela experiência de parto. A questão de pesquisa partiu da busca pelo fenômeno violência obstétrica em uma região de saúde do interior de Minas Gerais e para compreendê-la optou-se pela pesquisa narrativa com enfoque na colaboração entre entrevistadora e entrevistada, entendendo que as mulheres que viveram a experiência do parto hospitalar poderiam a partir de suas histórias visibilizar o tema, seus impactos, bem como ter um espaço para expressar suas próprias questões. Por resultados, foi possível compreender que as mulheres que tiveram assistência ao parto hospitalar nesta região narram sobre situações que apontam para direitos negligenciados, mesmo com iniciativas governamentais brasileiras, tal como o Programa Integral a Saúde da Mulher Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, reforçando a necessidade de uma lei específica sobre violência obstétrica para que ações sejam tomadas quanto à prevenção, conscientização e identificação dessa violência pelas mulheres brasileiras, instituições e profissionais que prestam assistência aos seus partos. Em conclusão, nesta pesquisa realizada durante o período de setembro de 2024 a agosto de 2025 foi possível ratificar a presença da violência obstétrica como fenômeno ainda partícipe do parto.

Palavras-chave: Parto; Saúde; Gênero; Raça.

Abstract

The present article presents the results of a research done with the intention to reinforce and constitute the debate on Obstetric Violence (V.O.), based on the perception of women who have already experienced childbirth. The research question arose from the search for the phenomenon of obstetric violence in a health region in the interior of Minas Gerais. To understand it, narrative research was chosen, focusing on collaboration between interviewer and interviewee, understanding that women who had experienced hospital childbirth could, based on their stories, highlight the issue and its impacts, as well as have a space to express their own questions. The results showed that women who had hospital births in this region reported situations that pointed to neglected rights, even with Brazilian government initiatives, such as the Comprehensive Women's Health Program and the Prenatal and Birth Humanization Program, reinforcing the need for a specific law on obstetric violence so that actions can be taken regarding the prevention, awareness, and identification of this violence by Brazilian women, institutions, and professionals who provide care during their deliveries. In conclusion, this research, conducted between September 2024 and August 2025, confirmed the presence of obstetric violence as a phenomenon that still occurs during childbirth.

Keywords: Childbirth; Health; Gender; Race.

¹ Graduanda de Medicina, Campus Dom Bosco. Universidade Federal de São João del Rei, Brasil.

² Comunicação Social, Agente Comunitária de Saúde. Prefeitura Municipal de São João del Rei-MG, Brasil.

³ Doutora em Psicologia, Docente Médica. Universidade Federal de São João del Rei, Brasil.

Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación que tuvo como objetivo reforzar y constituir el debate sobre la Violencia Obstétrica (VO), a partir de las percepciones de mujeres que ya experimentaron el parto. La cuestión de la investigación partió de la búsqueda del fenómeno de la violencia obstétrica en una región sanitaria del interior de Minas Gerais y, para comprenderlo, se optó por una investigación narrativa centrada en la colaboración entre la entrevistadora y la entrevistada, entendiendo que las mujeres que habían vivido la experiencia del parto hospitalario podrían, a partir de sus historias, visibilizar el tema y sus impactos, así como disponer de un espacio para expresar sus propias cuestiones. Los resultados permitieron comprender que las mujeres que recibieron asistencia para el parto hospitalario en esta región narran situaciones que apuntan a derechos negligenciados, incluso con iniciativas gubernamentales brasileñas, como el Programa Integral de Salud de la Mujer - Programa de Humanización del Prenatal y el Parto, lo que refuerza la necesidad de una ley específica sobre la violencia obstétrica para que se tomen medidas en materia de prevención, sensibilización e identificación de esta violencia por parte de las mujeres brasileñas, las instituciones y los profesionales que prestan asistencia en sus partos. En conclusión, en esta investigación realizada durante el período comprendido entre septiembre de 2024 y agosto de 2025, se pudo ratificar la presencia de la violencia obstétrica como un fenómeno que aún forma parte del parto.

Palabras clave: Parto; Salud; Género; Raza.

1. Introdução

A partir do século XX, iniciou-se a transição dos partos domiciliares, realizados por mulheres da comunidade, que eram as parteiras ou comadres da época, para partos hospitalares, marcados por práticas intervencionistas sobre o corpo das mulheres, com o intuito e justificativa de proporcionar melhores cuidados e recursos, tecnológicos e manuais, tanto para gestantes quanto para seus filhos. Nesse contexto, um fator começou a se tornar cada vez mais presente nesse momento tão importante na vida das parturientes, a violência obstétrica (VO) (Lima, 2016).

O termo violência obstétrica não tem definição pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e nem está presente em suas declarações acerca de práticas dignas de parto, mas esse órgão aborda as questões de abuso, maus-tratos e desrespeito durante esse processo fisiológico, sendo o documento mais recente atestando isso a declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (Matos, Magalhães & Féres-Carneiro, 2021). A utilização e reafirmação do termo violência obstétrica é recente, sendo que a definição e discussão sobre este conceito encontra protagonismo na América Latina, com a tipificação legal dessa violência na Venezuela, em 2007, com a Lei Orgânica sobre o “Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência” (OMS, 2014).

Por violência obstétrica ao final entende-se “qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais [...]” e que leve “à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres” (Tesar, 2015, pág.30) A Argentina é outro país latino-americano que aborda legalmente essa violência, com a criação de sua Lei do Parto Humanizado, em 2018, anos depois da venezuelana.

Quanto ao Brasil, não há legislação que criminalize a violência obstétrica, apesar de haver leis, como a lei do acompanhante, que de forma indireta coíbe questões de violência obstétrica (Matos, Magalhães & Féres-Carneiro, 2021). Cursino, Carderelli e Benincasa (2023) afirmam que essa violência encontra um certo respaldo legal ao ser interpretada como violência institucional, a qual é contemplada pela Lei Maria da Penha, a partir do momento em que pode ser definida como ações ou omissões praticadas em instituições prestadoras de serviços, como os hospitais onde ocorrem a enormidade dos partos, por agentes que têm dever de garantir atenção que seja preventiva, reparadora de danos e humana.

Por mais que a violência obstétrica não seja tipificada em sua completude pelo Brasil em suas instâncias institucionais estruturais e não tenha implicações legais, isso não significa que são inexistentes as iniciativas governamentais de enfrentamento contra esta violência, mesmo que de maneira indireta (Henriques, 2021). Na realidade brasileira, no final da

década de 1980, o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fez referência a violência obstétrica, sem usar termo e referindo-se ao cuidado impessoal e agressivo no momento do parto (Diniz et al., 2015). Em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento institui à gestante o direito a um atendimento digno e de qualidade ao longo do período de gravidez, parto e puerpério e o direito a uma assistência humanizada e segura em ambos os momentos (Matos, Magalhães & Féres-Carneiro, 2021).

Nesse contexto, por mais que se tenham alguns programas e políticas públicas, uma lei que usa o termo violência obstétrica e tipifica legalmente essa violência no Brasil é inexistente, até o presente momento. Nesse cenário de reconhecimento da existência e prevalência dessa violência nas instituições prestadoras de serviço de saúde, as organizações e os movimentos sociais pautados na defesa da saúde feminina exemplificam e ressaltam as práticas consideradas violência obstétrica (Diniz, et al., 2015). Tais práticas variam desde procedimentos médicos intervencionistas sem comprovação científica de eficácia, em muitos casos foram comprovados como maléficos para a saúde e recuperação da mulher puérpera, até negação de direitos sexuais e reprodutivos previstos em lei, como também pela forma de chacotas, preconceitos e humilhações dos profissionais de saúde contra essas mulheres. Portanto, essa é uma violência que se materializa de forma física, psicológica e sexual, podendo levar até a óbitos, da mãe e/ou do filho (Diniz et al., 2015).

Exemplos da V.O. física são negligenciar a dor das mulheres grávidas, negar tratamento, restringir movimentos, alimentação ou ingestão de água durante o trabalho de parto, episiotomia ou realização de cesárea sem indicações científicas, a manobra de Kristeller, parto assistido por fórceps, realização de histerectomia sem consentimento, toques vaginais constantes e agressivos, entre outros (Araújo Moreira et al., 2023). Já a materialização da V.O. psicológica acontece por meio da agressão verbal a essas mulheres, impedi-las de se expressarem no momento do parto, omissão da informação por parte dos profissionais de saúde sobre os procedimentos e progressão do trabalho de parto, negando autonomia à mulher, sendo também um exemplo negar o direito a acompanhante e separar imediatamente a mãe de seu filho após o parto (Valiente et al., 2023).

Dessa forma, a VO constitui-se como um problema de saúde pública visto que ela causa consequências físicas nas suas vítimas como possíveis problemas de amamentação, aumento da morbimortalidade materna ao se realizar desnecessariamente cesáreas, submetendo a mulher gestante a uma cirurgia não desejada previamente, aumento do risco de lacerações dos lábios vaginais devido a episiotomia, procedimento que também se relaciona à incontinência urinária (Brito & Moreira, 2025). A V.O. também tem consequências psicológicas, de acordo com os poucos estudos feitos sobre esse tema, sendo elas aumento do risco em até 6 vezes de desenvolver depressão pós-parto, pode ocasionar o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático em situações de partos muito violentos e traumáticos na percepção da gestante e o desenvolvimento de ansiedade (Valiente et al., 2023; Matos, Magalhães & Féres-Carneiro, 2021; Assis et al., 2021). Nesse contexto, o presente artigo apresenta resultados de um projeto de pesquisa que visou reforçar e constituir o debate sobre Violência Obstétrica (V.O.), a partir da percepção das mulheres que já passaram pela experiência de parto.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa mista sendo em parte um relato de experiência (Gaya & Gaya, 2018; Barros, 2024), em parte um estudo por investigação social envolvendo mulheres que foram entrevistadas e, em parte em um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa (Gil, 2017; Pereira et al., 2018; Risemberg et al, 2026). Essa abordagem metodológica mais ampla fortalece a presença das percepções das mulheres que sofreram a violência nas discussões sobre essa temática nos ambientes de produção de conhecimento científico.

É importante ressaltar que a prevalência deste agravo é quantificada a partir das práticas que neste estudo nomeia-se como como violência obstétrica, tendo em vista que esse não é um termo englobado pelo DATASUS, plataforma do governo

federal brasileiro que oferta informações quanto a situação sanitária do país, importante para elaboração de programas de ações de saúde. Apesar da violência contra mulher ser um fenômeno de notificação compulsória pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde, a V.O., um desdobramento dessa violência, não é notificado e nem reconhecido nominalmente pelo DATASUS, dificultando a descrição epidemiológica dessa violência. Assim, para um recorte epidemiológico, pode-se analisar os dados das cesarianas desnecessárias, por exemplo, visto que esta é um tipo de violência obstétrica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2014) a taxa máxima de cesarianas é de 15% em relação aos partos realizados, sendo que no território brasileiro essa taxa é de 47,8%. Quando necessárias e embasadas por evidências científicas, as cesáreas são uma medida de promoção de saúde, mas a prática deliberativa desse procedimento relaciona-se a aumento do risco de morbidade neonatal, se realizada antes das 39 semanas de gestação, morte materna, admissão em unidade de terapia intensiva, entre outros desfechos maléficos (Lima, 2016; Francisco & Zugaib, 2013). Para compreender em que contexto a V.O. persiste, é interessante abordar a partir do ponto de vista de Maria Lugones (2020), a qual compreende a luta feminista a partir do sistema colonial/ moderno de gênero que se embasa na colonialidade do poder. Esse conceito é descrito por Aníbal Quijano (2005) e centra-se na questão de que além da dominação pelo processo de colonização, os colonizadores brancos europeus impuseram uma nova hierarquia nas sociedades então colonializadas, a da raça.

A partir desse momento, estabeleceu-se papéis, onde o sujeito “homem branco europeu burguês” (Lugones, 2020) ocupa o centro de dominação, subjugando sujeitos outros, como pessoas racializadas em cor e etnia, como forma de justificar a construção de sistemas opressores, que ao final culminam em extermínios de povos e territórios, em especial, africanos e pindorânicos. Para Lugones (2020), e outras teóricas feministas decoloniais, a hierarquização e institucionalização do gênero também foi imposta pelos colonizadores para desestruturar as organizações das sociedades não-brancas e estruturar o patriarcado, restringindo as mulheres ao papel de subserviência em uma cultura antes permeada pela igualdade e valorização de seus saberes. A institucionalização do gênero alterou a organização social dessas comunidades de tal forma que o estabelecimento dessas duas hierarquias foram fundamentais para o processo de exploração e dominação dos povos das Américas. Dessa forma, é importante compreender a violência de gênero como um fenômeno institucionalizado que fortificou a indiferença à violência de gênero contra mulheres, em especial as racializadas, já que ao analisar a interseccionalidade entre as hierarquias instituídas elas são julgadas como corpos de menor prestígio social (Lugones, 2020).

Para este estudo, partimos do fundamento de que esse sistema de gênero conceituado por Lugones (2020) é um dos pilares do Estado brasileiro, o que possibilita visibilizarmos as violências disseminadas por esse sistema como constituintes de instituições públicas e privadas do país, inclusive as de saúde e, principalmente, no momento de assistência ao parto, na forma de violência obstétrica. A partir do momento que se propõe discutir sobre uma violência constituinte da violência de gênero, sob a óptica do sistema colonial/moderno de gênero, e esta, por sua vez, constituinte da base patriarcal e racista que fundamenta a sociedade brasileira, tem-se a percepção de que a normalização da V.O. é cotidiana, seja pelas suas vítimas, seja pelos profissionais de saúde, tanto homens e quanto mulheres. Diante desse panorama, as pesquisas acerca desse tema no Brasil ainda são escassas e tem enfoque na formação dos profissionais de saúde, o agressor, como forma de compreender como essa violência é propagada e ensinada nas instituições hospitalares para que se incentive um pensamento crítico quanto essas práticas violentas, havendo pouca literatura relacionada às experiências das mulheres e os impactos sobre sua saúde (Diniz et al., 2015).

Quando uma mulher não tem apoio para o enfrentamento à violência, dificilmente ela buscará ajuda, além de ter receio de represália e de receber um tratamento ainda mais opressivo durante o seu parto caso faça alguma reclamação, visto que há a existência de hierarquias entre profissionais da saúde e a pessoa assistida, aprofundado por um estado de vulnerabilidade específico, próprio do ciclo de vida da mulher. Interpretar a situação de violência, nomeá-la e enfrentá-la, torna-se difícil em contextos hospitalares, o que dificulta o processo de acolhimento por pares, pelos familiares, por

profissionais de saúde mental. Assim, a nomeação e reconhecimento da VO como processo violento participe do parto é essencial para que os debates sobre essa temática engrandecem e reverberem junto à sociedade brasileira, às categorias da saúde e ao Sistema Único de Saúde (Diniz et al., 2015). No entanto, por mais que seja uma questão de saúde pública, tendo em vista que essas violências se relacionam a maiores taxas de morbimortalidade materna e infantil, percebe-se que essa temática ainda é pouco discutida e declarada pelas principais instituições sociais de saúde (Diniz et al., 2015).

Nesse contexto, esse projeto de pesquisa teve como intenção reforçar e constituir o debate sobre VO, a partir das mulheres com experiências de parto, tendo por fundamento a perspectiva do sistema moderno/ colonial de gênero de María Lugones, feminista decolonial argentina, reconhecendo que essa, como todos os outros tipos de violência de gênero, são agravos interseccionalizados (Lima, 2016). Frente a isso, essa pesquisa voltou-se para a produção de um repertório sobre violência obstétrica ao ter como intuito explicitar a V.O. como fenômeno presente no momento do parto, por meio da coleta de narrativas colaborativas com mães mineiras, pela qual elas compartilhem suas histórias de parto, sendo a narração de sua história uma maneira de valorizar o saber, a vivência e o lugar epistêmico dessas mulheres, bem como incentivar a autonomia de interpretação da situação vivida e proporcionar uma oportunidade de ser ouvida de maneira a compreender como essas mulheres experienciam e sentem suas experiências no contexto hospitalar (Guijarro, 2023; Miñoso, 2020).

Tal proposta foi realizada sob a perspectiva da metodologia qualitativa, com a produção de informações a partir de narrativas colaborativas sobre a experiência e vivência de parto das mulheres entrevistadas e pela produção de auto narrativas como diário de campo. Segundo Minayo (2012) a pesquisa qualitativa é aquela que pretende interpretar, dialetizar e compreender as experiências do respectivo objeto de estudo e como elas se relacionam com o senso comum e a ação social. Tais ações descrevem como o caráter subjetivo do entrevistado permeia a pesquisa assim como as ideologias do pesquisador, a partir da análise dos dados coletados por seu referencial teórico escolhido, também perpassam essa produção de conhecimento, uma vez que não se considera uma possibilidade de neutralidade em uma pesquisa qualitativa.

De acordo com a autora (2012) são estabelecidos então dez passos para a realização de uma pesquisa qualitativa adequada e ética: conhecer os termos que estruturam essa pesquisa, definir uma pergunta problema a partir do objeto de estudo e teorizar sobre ele, delinear as estratégias de campo, dirigir-se ao cenário de pesquisa de forma observacional e informal, ir ao campo embasado teoricamente mas com abertura para questionamentos, organizar o material coletado a partir das informações obtidas e das observações feitas, fazer a transição entre a experiência coletada e a questão teórica, exercitar uma segunda ordem de interpretação, produzir um texto fiel e acessível aos achados do campo de pesquisa e, por fim, assegurar nessa pesquisa os critérios de validade e fidedignidade.

Assim, essa proposta de pesquisa qualitativa materializou-se pela perspectiva de uma pesquisa narrativa, em que se propôs realizar por meio de uma entrevista com perguntas abertas, uma maior proximidade possível com a experiência e vivência da mulher entrevistada, à procura de singularidades, uma vez que a temática é algo extremamente individual para cada uma delas, a sua história de parto. Para Taquette e Minayo (2015), a narrativa é uma ferramenta de pesquisa muito interessante pois nos permite conhecer, por meio da fala dos interlocutores, o sistema de valores de seu grupo social; é reveladora de suas condições estruturais; e, ao mesmo tempo, transmite as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Para além, as pesquisadoras optaram também por uma escrita da narrativa em caráter colaborativo, onde a escrita da história do parto é feita pela fala da participante somado ao registro interpretativo de quem escuta, assim uma autoria em parceria, ou seja, de caráter colaborativo (Batista & Rodrigues, 2020). Após a escrita da narrativa, o texto produzido é compartilhado respectivamente com sua autora e alterado a partir das percepções e vontades dessas mulheres, uma forma de reorganização psíquica e elaboração da sua vivência cujo desdobramento pode ser ajudar outras pessoas que passaram ou podem vir a passar por essa violência (Matos, Magalhães & Féres-Carneiro, 2021). A proposta de narrativas colaborativas

dialoga diretamente com a proposição da feminista decolonial, campo de produção de conhecimento de Maria Lugones. Para a construção de uma luta feminista decolonial, ressalta-se a importância de uma produção de conhecimento que se embasa na análise, compreensão e interpretação da experiência, mais especificamente das mulheres latino-americanas, já que assim é possível que a subjetividade contemporânea dessas mulheres, construída no contexto de tecnologias da modernidade colonial capitalista de domínio determinantes de verdades imperativas, transpareça na pesquisa (Correal, 2011).

A escrita de narrativas colaborativas depende do uso de uma pergunta disparadora para dar início à entrevista livre, sendo necessário transcrever as partes da entrevista consideradas relevantes para a história que se propõe a contar e escrever as impressões de que se tem como pesquisadora ao ter contato com essa história compartilhada. A partir dessas anotações há a elaboração de um texto que deve ser extremamente fiel às informações coletadas durante a entrevista e ser mesclado com questões próprias ou ficcionais, de maneira a garantir os sigilos necessários aos cuidados éticos (Batista & Rodrigues, 2020). Tem-se como delimitação do grupo de mães aquelas que não se encontram em pós-parto imediato ou que perderam seus filhos, uma vez que se reconhece a vulnerabilidade das situações. Essa seleção e recorte pretendeu construir uma participação que seja confortável e respeitosa com essas mães, assegurando o sigilo de participação de todas envolvidas e o direito de pedirem a retirada de suas histórias e dados da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano ou prejuízo com a sua saída.

A partir do reconhecimento e autorização da Secretaria Municipal para construção da pesquisa, foi realizado contato com mulheres, tendo por escolha áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família que tenham assistência psicoterápica em seus estabelecimentos. De acordo com o IBGE e os dados coletados no censo de 2022, a cidade (nome em sigilo), é uma cidade de 90.225 habitantes, 1.452,002 km², pertencente à macrorregião Sudoeste de Minas Gerais. Segundo o DATASUS, esse município possui 20 centros de saúde/ unidade básica, compondo a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com o Ministério de Saúde, essa estratégia tem como foco reorganizar a atenção básica no Brasil, seguindo os preceitos do SUS uma vez que busca (Brasil, 2011): [...] favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Assim, uma vez que a ESF foi criada para expandir, qualificar e consolidar a atenção primária, muitas mulheres entram em contato com esse serviço para as mais diversas assistências, como queixas sobre a gestação, dificuldades do puerpério ou questões de saúde mental. Nesse cenário de maior familiaridade e coletividade com o serviço de saúde, foi interessante para a realização desta pesquisa entrar em contato com as duas equipes da unidade de saúde - Estratégia de Saúde da Família para indicações de mulheres que estivessem dispostas a contribuir com as narrativas e para evitar estranhezas advindas do fato da pesquisadora ser externa a esses territórios e comunidade.

A unidade de saúde, escolhida como ponto de partida para a construção das narrativas, foi inaugurada na década de 2010 já como partícipe da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Dentro da equipe mínima, inserida no Programa de Agentes Comunitárias (PAC), há a presença de doze agentes, em duas equipes (Brasil, 2024). A autora deste artigo participa de uma das equipes e é responsável por uma microárea de alta vulnerabilidade (Brasil, 2024). Sua atuação na área, de longa data, se entrelaça com sua própria história na comunidade, pois a autora desde criança mora no bairro (região com nome oculto para garantir a anonimidade de todas as envolvidas). A cidade em questão fica em uma área predominantemente rural do Estado de Minas Gerais, na região sudoeste e segue como polo de saúde da região. O município possui maternidade e as histórias narradas passam por vivências na casa hospitalar, referência da região. A unidade de saúde é partícipe do itinerário de cuidado de gestantes, puérperas, mães, família e filhos, coordenando este cuidado de diversas formas, tal como pré-natal, planejamento familiar, cuidado no puerpério, na puericultura, vacinação, busca ativa e organização do cuidado que passa pela longitudinalidade, integralidade e equidade, princípios e atributos constitutivos da PNAB.

A agente comunitária contribui e lidera este cuidado coordenado, entrelaçando seu conhecimento comunitário

territorial com o cuidado individualizado das pessoas. Para isso, leva em consideração a história de todas as partes envolvidas, do território e da comunidade. No que tange à comunidade, para a melhor compreensão desta pesquisa, destaca-se seu início como local de moradia de algumas famílias, que foram crescendo e ficando no mesmo território, contribuindo para uma relação comunitária constituída por relações familiares. As vizinhas se conhecem e se apoiam, construindo suportes que otimizam a comunicação, possibilitam o conhecimento sobre demandas e com isso a produção de ações que atuam para o cuidado em saúde das mulheres e de suas famílias. A força das mulheres nesta comunidade é exemplificada em festas religiosas e culturais quando as lideranças são elas, como a Presença da Capitua, liderança feminina do Congado local (relato da agente, 2025).

Para selecionar as mulheres, pautando-se nos critérios de inclusão descritos, foi utilizada a bola de neve, uma amostragem não probabilística embasada em cadeias de referência. Segundo Vinuto (2014), para iniciar a construção dessa bola de neve é necessário estabelecer um informante-chave, ou mais de um, o qual é responsável por localizar e indicar pessoas adequadas ao perfil da pesquisa no âmbito da população geral. Posteriormente, essas pessoas indicadas por essa informante-chave são solicitadas para indicar novos participantes de acordo com as características desejadas pela pesquisadora, explorando sua própria rede pessoal, e isso deve ser feito sucessivamente até que não haja mais novos nomes ou novas informações que possam ser adicionadas à análise (Vinuto, 2014). A escolha, então, feita para a visita de mulheres moradoras da área adscrita à unidade de saúde passou pela experiência da agente comunitária de saúde, autora deste artigo. A autora possui quase duas décadas de atuação no território e, a partir de sua escuta, conhecedora de pessoas e de suas histórias, foi selecionado um grupo de mulheres que já haviam narrado sobre suas histórias de parto para a agente comunitária em momentos de visita domiciliar e que estavam dispostas a compartilhar suas experiências e a indicar mulheres do território com histórias de parto. A escolha passou por alguns critérios bioéticos de cuidado e sigilo. Foram convidadas a participarem da pesquisa mulheres que espontaneamente haviam conversado com a agente comunitária em algum encontro com ela e que concordaram em participar, bem como falar sobre o assunto com as pesquisadoras.

O convite foi feito primeiro pela agente comunitária e depois reforçado pela pesquisadora que fez a narrativa colaborativa. Sempre e a qualquer momento havia a possibilidade de interrupção, cessação da entrevista e exclusão. Todas tiveram retornos, com escuta da narrativa escrita, bem como entrega de uma cópia. Após o dia da visita para a construção da narrativa e também após a entrega da narrativa, houve devolutivas potentes sobre a força do momento e retornos de gratidão pela escuta e pelas partilhas. Ao final, foram realizadas três narrativas colaborativas. É importante ressaltar que a pesquisadora leu o termo de consentimento em voz alta para as participantes e que estas receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)(a outra cópia ficará no arquivo da pesquisadora líder, em seu gabinete) e que todas as informações proporcionadas pelas entrevistadas seguiram a confidencialidade. Todo o material da pesquisa está sob responsabilidade da guarda da pesquisadora líder, no gabinete 3.12, da Universidade Federal coordenadora da pesquisa.

A pesquisa, na forma de artigo, apresenta seus resultados com nomes fictícios para garantir a não identificação das mulheres entrevistadas. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Unidades Educacionais do Campus Dom Bosco (UFSJ), seguindo as resoluções dispostas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da comissão nacional de ética em pesquisas da saúde, em específico as resoluções 466/2012 e 510/2016, tendo por CAAE o número 83831424.5.0000.5151. Como benefícios da pesquisa, há o levantamento de informações sobre a temática, o aprofundamento sobre o tema a partir de abordagens situadas, a divulgação da temática e de sua problematização. Como malefícios, há a abordagem de situações que mobilizam afetos e posições e por isso a equipe de pesquisa disponibilizou rodas de conversa, sem intenções de pesquisa, mas de retaguarda de cuidado, com enfoque no tema para quem quiser dialogar mais; a equipe manterá um grupo de estudos para quem quiser aprofundar seus conhecimentos científicos e compreender por outras perspectivas a temática e situações vividas.

3. Resultados e Discussão

Partimos de uma reunião realizada com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da Unidade de Saúde (nome em sigilo), para a coleta das narrativas a partir da metodologia “Bola de neve” em que a pessoa “chave” foi a ACS. Assim, abril e maio, foi um período de preparação para ida a campo, com o estudo mais aprofundado sobre a metodologia das Narrativas (como seria coletá-las, como acolher as mulheres caso cause algum sofrimento no momento, como escrever as narrativas e como fazer o retorno da narrativa). Depois deste processo, foi feita a ida a campo em junho de 2025, onde as perguntas para iniciar a conversa/narrativa foram:

- Como foi o seu parto/partos (onde, quem estava presente com você, quanto tempo durou, sua relação com o médico, com as enfermeiras)
- Eles te afetaram de uma forma positiva e/ou negativa? Você identifica algum tipo de violência?
- Teve algum acontecimento ou aspecto que dificultou o seu vínculo com o seu bebê? Ou que você acha que ajudou?
- Como foi/é sua rede de apoio?

A entrevista com a primeira participante durou entre 30 minutos, foi realizada na casa dela, em sua sala, local em que ela se sentiu confortável para contar a sua história. A entrevista da segunda participante durou cerca de 15 minutos e foi realizada em sua casa, local em que se sentiu mais confortável. Após a ida ao campo pela primeira vez, as pesquisadoras registraram suas percepções acerca dessa primeira ida ao campo, o contato com essas mulheres. Ainda em junho, foi realizada a entrevista com a terceira participante, que durou cerca de 45 minutos e ocorreu na casa da mulher entrevistada. Também foi elaborada uma percepção sobre essa segunda ida ao campo. Ressaltando que antes do início de cada entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em conjunto com as entrevistadas, posteriormente assinado e lhes deixado uma cópia e telefone para contato. Após a ida ao campo, foram escritas as narrativas colaborativas sobre as histórias das mulheres entrevistadas. Após essa ida, foi realizada uma nova leitura dos artigos utilizados para partir para análise do material coletado e início da produção de um artigo científico. Já em julho de 2025, foi feito o retorno da narrativa para essas mulheres, levando-se uma cópia impressa de sua narrativa para cada uma em sua casa e lendo a história para elas dizerem se concordavam, discordavam ou gostariam de alterar alguma questão individualmente.

Fenômeno Institucional Profissional:

Como resultado principal das narrativas, encontrou-se a presença da violência obstétrica como fenômeno institucional e profissional, orientada por hospitais e instituições filantrópicas, onde a mulher gestante é vista como um procedimento, o parto, participe do cotidiano do profissional da saúde; e a mulher, na posição que a colocam, não se sente capaz de questionar a equipe de saúde pois, no cenário dela precisar da sua assistência, ela teme que eles possam dificultar seu tratamento. Tal compreensão participou de todas as narrativas, a partir de falas, de descrição de espaços hospitalares sem a presença de acompanhantes, da ausência de orientações, tais como: “*ela questionou por que meu parto tinha que ser normal e o médico disse que era porque ele já tinha realizado muitas cesarianas no dia*”(Girassol) e “*Ele nem se deu o trabalho de nos explicar melhor a minha situação e de nos acolher neste momento de tensão e preocupação*” (Flor), “*Sem entender muito bem o que estava acontecendo, porque ninguém se dispôs a me explicar direito*” (Flor). A posicionalidade “hospitalocêntrica” e “objetificadora”, ao participar do raciocínio clínico e de protocolos, deslocou a pergunta da mulher grávida e de sua família para um contexto de conflito.

“*Na minha compreensão, como eu já estava com 37 semanas e um encaminhamento de emergência para realizarem uma cesariana, chegar lá ao 12h e somente ser atendida às 17h da tarde foi uma negligência bem violenta*” (Semente), “*E, ainda mais violento, foi o médico querer fazer a vontade dele quando o assunto era meu corpo, meu parto, minha filha!*”

(Semente). *“Ele não me explicou, não me disse quais seriam os benefícios ou riscos, apenas iniciou a indução, contra a minha vontade porque ele queria fazer valer a pena o dia dele”* (Flor).

Os exemplos de violência obstétrica que permearam essa pesquisa foram: toques vaginais recorrentes, agressivos e desnecessários; falta de informações acerca do seu trabalho de parto e condutas a serem feitas; manobra de Kristeller; omissão de informações sobre riscos e benefícios entre parto vaginal e cirurgia cesárea; falas sobre o humor como muito nervosa e dramática, ou que não é tanta dor assim e restrição de movimentos durante o trabalho de parto. *“Acredito que se não fosse pela minha irmã como acompanhante no momento eu teria sido ainda mais ignorada”* (Girassol). *“Ela começou a brigar com todos lá, contando da minha história de sangramento e foi isso que fez a enfermeira pegar o celular e contatar o médico e descobrir que ele já estava lá”* (Girassol).

“Percebo a violência iniciando-se até mesmo nos momentos pré-internação, em que me negaram informações, queriam me mandar embora mesmo estando em jejum desde o dia anterior e por má comunicação médica” (Flor). *“Em nenhum momento fui informada do horário da minha cirurgia ou porque estava demorando tanto para eu ser internada para realizar a cesárea”* (Flor). *“Em nenhum momento de todo esse processo, me senti segura para poder contestar esses profissionais de saúde, porque estou dependente do trabalho deles”* (Semente). *“Sinto que ao longo de toda essa gestação me deparei com médicos muito negligentes, que não souberam me passar as orientações adequadas sobre os riscos e benefícios relacionados a cada uma das condutas e tratamentos que foram realizados em mim e em meu bebê”* (Flor).

Questão de raça e gênero:

A partir de uma das entrevistas foi possível constatar que a questão de raça e gênero também é um fator agravante quando se discute quais mulheres são mais violentadas. *“Não me senti respeitada como mulher, ainda mais nessa situação delicada e estressante que eu estava, não me senti vista ou escutada. E acredito que o fato de eu ser uma mulher negra influenciou muito esse atendimento, a forma que eles me enrolaram, me negaram informações sobre o meu corpo e meu bebê”* (Girassol). *“Por fim, a anestesia fez efeito, mas minha cabeça não estava em paz, pensava nos diversos desfechos ruins que poderiam acontecer com essa agulha, com essa cirurgia e, enquanto estava assustada com tudo isso, de repente me vem uma enorme falta de ar. Essa pressão foi feita pelo médico, sem me avisar, apenas subiu em cima de mim e empurrou o meu neném, eu apertando a mão da minha irmã, com vontade de chorar, não explicando muito bem por que foi necessário fazer tamanha força e nem me avisando com antecedência dessa manobra. Eu só queria que tudo acabasse”* (Flor).

Também é importante observar como a violência obstétrica se manifesta de formas distintas e como essas formas mobilizam estereótipos e preconceitos, reforçando estigmas sobre as mulheres. *“Fui obrigada a escutar outros profissionais de saúde reclamando das mães que ganhavam bebês lá, como elas eram muito reclamonas e sem paciência, mas quem é que quer passar muito tempo em um lugar que pode te violentarem a qualquer instante? São mulheres passando por um momento delicado, difícil, sensível e geralmente associado a muita dor e os profissionais de saúde querem que nós fiquemos quietas, sem gritar, sem expressar insatisfação com a posição que nos obrigam a ficar durante o parto, sem entender que cada pessoa sente a dor de um jeito, que pode doer muito como doeu para minha irmã”* (Flor).

“A minha história de partos já é relativamente extensa, tive 5 filhos, e comecei a passar aperto a partir da minha quarta filha. Eu a perdi, em uma confusão e erro médico, ninguém me explicou direito porque ela nasceu morta ou se ela nasceu e depois morreu, já me senti muito negligenciada e desrespeitada nesse momento. Meu quinto filho também é uma história complexa e triste. Ele nasceu com 34 semanas, prematuro, porque tive pré-eclâmpsia, além de já ser uma gestação de alto risco porque sou diabética. Esse foi outro caso de muita negligência médica e falta de humanidade desses médicos que nos atendem na Santa Casa” (Girassol).

“Para eu conseguir um atendimento, nem digo que foi um atendimento decente, minha acompanhante teve que brigar

com a equipe de profissionais de saúde, falar que chamaria a polícia pois no meu estado grave daquele jeito, se nenhuma intervenção fosse feita para além da medicação, o desfecho não seria bom, nem para mim nem para o meu filho. Assim, depois de brigar eles decidiram me atender, mas o médico de plantão não queria fazer meu parto. Todo o contato com esse médico foi muito violento, antes de ir para a sala de parto, ele repetiu o toque vaginal inúmeras vezes sendo que eu iria fazer cirurgia, nem ia ser parto normal, e quando ele foi questionado por mim e pela minha acompanhante, ele disse que precisava ser feito, sem mais explicações e continuou me violentando, o que não ajudou em nada a minha pressão que continuava a subir” (Semente).

“O que acaba ficando dessa experiência é um atendimento muito traumático e horroroso, uma violência e erros médicos enormes que quase me mataram e que isso afeta a minha vida ainda hoje, pois depois dessa complicação do parto não consegui mais ir trabalhar, fiquei muito restrita, afetou meu coração, meu pulmão. Ainda bem que hoje estamos eu e o meu filho vivo, mas não dá para negar que foi muito difícil” (Flor).

“Aparentemente, o médico que realizou a minha cirurgia estava muito cansado e lembro de ter ficado muito tempo aberta naquela mesa de cirurgia, de ter sangrado muito durante todo o procedimento, sem ninguém me dar uma satisfação sobre o que estava acontecendo, os médicos não me deram nenhuma atenção. Como já tinha sido tratada bem, em outros trabalhos de parto, soube muito identificar como foi violento e nada humanizado esses meus últimos dois partos” (Girassol).

“Isso me fez ficar muito nervosa, e as palavras que ouvi não foram de acolhimento - momento em que estava aterrorizada e só queria ganhar logo o meu filho para ir embora dali antes que alguma coisa pior me acontecesse – e sim de violência, me mandando ficar quieta! Nervosa, assustada, com medo por mim e pelo meu filho, o máximo que escutei foi um “Vai ficar tudo bem, logo você nem vai mais perceber” e depois falaram para eu ficar quieta, isso só me representa vários tipos de violência obstétrica, do início, meio e ao fim do parto” (Semente).

Centralidade nas mulheres sujeitas de suas narrativas:

Outro resultado obtido está relacionado à importância de ter feito uma entrevista cujo enfoque é nas mulheres, vítimas das violências. A perspectiva proporcionada pela metodologia da genealogia da experiência possibilitou uma análise próxima do fenômeno da violência obstétrica. A partir dessa metodologia, foi possível compreender os possíveis impactos da violência obstétrica na vida dessas mulheres, em ato de pré-parto, parto e pós-parto, porém que se perpetua. *“Sem perceber, essa situação traumática me impactou de forma negativa sim, porque hoje tenho medo de precisar ser assistida por profissionais de saúde como o médico daquele hospital. Tenho medo de engravidar novamente e ter que passar por uma situação semelhante ou pior do que essa experiência. Por mais que as enfermeiras que me atenderam foram de grande ajuda e mais respeitadas, o contato com esse médico já foi o suficiente para me causar receio de precisar ser atendida ou ter outro parto aqui nessa região” (Girassol).*

Quanto à questão metodológica, a utilização da metodologia de bola-de-neve para a escolha das participantes resultou em um desdobramento de entrevistas singulares, mas que possuíam pontos de convergência, mesmo quando havia diferentes faixas etárias e diferentes usos de equipamentos hospitalares. Ademais, a introdução na comunidade sobre essa temática parece ter sido mais reconfortante do que traumatizante para as mulheres que, no momento de contar a sua história, também querem compartilhar as histórias de suas colegas, amigas e irmãs. Infelizmente, essas histórias foram igualmente marcadas pela violência, manifestada por desrespeito, negar acesso a informações sobre seu quadro clínico e do bebê, por necessidades de questionar condutas para alguma atitude ser tomada, e negligência e imperícia ocorrendo por parte dos trabalhadores de saúde. Aparentemente, a construção de narrativas colaborativas foi importante para a construção de um repertório próprio sobre violências para essas mulheres, as quais agradeceram por terem sido escutadas e conseguiram processar de maneira melhor o trauma ao ter sua história contada e valorizada.

Nessa pesquisa, cada mulher entrevistada tem uma história singular sobre sua experiência de parto, e por mais que seja possível uma amplificação da violência que reverberou em cada uma dessas histórias, alguns aspectos estiveram presentes somente em uma, enquanto outros aspectos, presentes em outras. Assim, para discutir sobre a percepção da mulher acerca da temática da violência, tem-se a história de Flor (nome fictício) contribuindo para a pesquisa, mãe que soube nomear a Violência Obstétrica. Para a questão da interseccionalidade, tem-se a contribuição da história da Semente (nome fictício). E, para entender o repertório de enfrentamento, tem-se a contribuição da história da Girassol (nome fictício). A percepção desenvolvida durante as entrevistas é de que além de estarem preocupadas com elas mesmas quando estavam sendo violentadas, pensam muito na sua criança, se ela não estava sofrendo também e queriam poder ver e passar tempo com o seu bebê, mostrando como essa violência afeta diretamente a experiência de ser mãe.

4. Conclusão

Assim, a partir dessa pesquisa é possível compreender que mulheres que tiveram assistência ao parto hospitalar não usufruíram de seus direitos discutidos nas iniciativas governamentais brasileiras (Programa Integral a Saúde da Mulher Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento), reforçando a necessidade de uma lei específica sobre violência obstétrica para que ações sejam tomadas quanto à prevenção, conscientização e identificação dessa violência pelas mulheres brasileiras, instituições e profissionais que prestam assistência aos seus partos, uma vez que por mais que as mulheres tenham percebido a violência nesse 10 processo fisiológico, nem todas foram capazes de nomeá-la como violência obstétrica. Em conclusão, esta pesquisa realizada durante o período de setembro de 2024 a agosto de 2025 foi possível ratificar a presença da violência obstétrica como fenômeno ainda partícipe do parto.

Agradecimentos

Agradecemos às mulheres que participaram da pesquisa conosco.

Agradecemos à Universidade Pública e à Fundação de Fomento à Pesquisa pelo incentivo e pela bolsa de iniciação científica.

Referências

- Acesso à informação – DATASUS. (2024). <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/>
- Araújo Moreira, M. et al. (2023) Representações sociais de mulheres no ciclo gravídico-puerperal sobre violência obstétrica. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2). DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3273>
- Assis, K. G. De; Meurer, F.; & Delvan, J. Da S. (2021). Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicol. argum*, p. 135–157. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07>
- Barandela, A. C. (2023) Producción socio-legal de la violencia obstétrica: apuntes sobre sus condiciones de posibilidad en la Argentina del siglo XXI. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 8(1). DOI: <https://doi.org/10.29112/ruae.v8i1.1789>
- Barros, A. M. D. B. (2024). Manual de trabalhos acadêmico-científicos: relato de experiência. Nova UBM. <https://www.ubm.br/explorer/arquivos/manual-ubm-relato-de-experi%C3%Aancia.pdf>.
- Batista, C. B.; & Rodrigues, N. V. (2020) Guia para a construção de narrativas colaborativas. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFSJ. São João del-Rei: NESJ, 11p. [Série narrativas e cuidado]. <https://saudecoletivasjdr.wixsite.com/meusite/post/guia-de-diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-narrativas-colaborativas>.
- Brasil. (2024) TabNet Win32 3.2: CNES - Estabelecimentos por Tipo - Minas Gerais. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/habmg.def>.
- Brasil. (2024). Estratégia Saúde da Família. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 21 de outubro). *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Ministério da Saúde. https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

- Brito, K. C.; Moreira, E. A. (2023). O impacto da violência obstétrica na saúde física e mental da mulher: o papel da enfermagem na prevenção e humanização do cuidado. *Revista Foco*. 18(12). <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n12-122>.
- Correal, D.M. G. "Feminismo y modernidad/colonialidad: entre retos de mundos posibles y otras palabras". En *otras palabras...*, Bogotá, (12), 43-61, 2011.
- Cursino, T.; Carderelli, L.; & Benincasa, M. (2023). Obstetric Violence: An International Systematic Review. *Psicologia, saúde & doenças*, 24(1), 41–56, 1 mar.. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240104>
- Diniz, S. G. et al. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*, p. 377–384. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Diogo de Lima, K. (2016). Raça e violência obstétrica no Brasil. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife. <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18547>.
- Francisco, R. P. V.; & Zugaib, M. (2013). Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 59(2), 93-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.01.002>
- Gaya, A. C. A. & Gaya, A. R. (2018). *Relato de experiência*. Editora CRV
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (7ª ed.). Editora Atlas
- Guijarro, E. M. (2023). Obstetric violence as epistemic injustice: childbirth trouble. *Salud Colectiva*, 19, e4464–e4464, 3 out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
- Henriques, T. (2021). *Violência obstétrica: Um desafio para a saúde pública no Brasil*. Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ. https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2021/02/violencia-obstetrica_tatiana_henriques_pagina_grena_fev2021.pdf Acesso em 29 de março de 2024.
- IBGE. (2024). Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/>.
- Láinez Valiente, N. G. et al. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta* (San Salvador), p. 70–77, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Lugones, M. (2020). Colonialidade e gênero. In: Hollanda, H. B. (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 52-83.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, 22(3), 935–952, dez. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>
- Matos, M. G. De; Magalhães, A. S.; Fêres-Carneiro, T. (2021). Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. *Psicol. ciênc. prof*, p. e219616–e219616. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626, 1 mar. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Miñoso, Y. E. (2020). Fazendo uma genealogia da experiência: o método rumo a uma crítica da colonialidade da razão feminista a partir da experiência histórica na América Latina. In: HOLLANDA, H. B. (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, p. 97-123.
- OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/562d9fb1-d323-4e1c-b822-4dde906904ef/content>.
- Pereira, A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free ebook]. Santa Maria: Editora da UFSM.
- Quijano, A. (2005). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. En: Buenos Aires CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales Editorial/Editor.
- Risemberg, R. I. C., Wakin, M., & Shitsuka, R. (2026). A importância da metodologia científica no desenvolvimento de artigos científicos. *E-Acadêmica*, 7(1), e0171675. <https://doi.org/10.52076/eacad-v7i1.675>
- Taquette, S. R.; & Minayo, M. C. de S. (2015). Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 60–67, mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02112014>
- Tesser, C. D. et al. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1–12, 24.. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879075>.
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas*, 22(44), 203–220.