

# Situações de violência obstétrica identificadas pelas doulas no Brasil

Situations of Obstetric Violence Identified by Doulas in Brazil

Situaciones de violencia obstétrica identificadas por doulas en Brasil

 Renata Conceição Demétrio<sup>1</sup>

 Thainá Santos Farias<sup>2</sup>

 Michelle Araújo Moreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Santa Cruz

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas

Recebido: 18/09/2025

Aceito: 27/03/2026

## Correspondência:

Renata Conceição Demétrio  
rcdemetrio.efe@uesc.br

## Como citar:

Demétrio RC, Farias TS, Moreira MA. Situações de violência obstétrica identificadas pelas doulas no Brasil. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2026;15(1):e4842. doi: 10.22235/ech.v15i1.4842

**Financiamento:** Este estudo não recebeu nenhum financiamento externo ou apoio financeiro.

## Disponibilidade de dados:

O conjunto de dados que embasa os resultados deste estudo não está disponível.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não ter conflito de interesse.



**Resumo:** Introdução: A violência obstétrica configura-se como qualquer ato praticado contra a mulher durante a gestação, parto, puerpério ou abortamento resultando em prejuízos físicos, psicológicos, sexuais ou morais. Objetivo: Analisar as situações de violência obstétrica identificadas pelas doulas no Brasil. Metodologia: Estudo descritivo e exploratório, qualitativo, ancorado na teoria das representações sociais e desenvolvido entre agosto de 2024 e fevereiro de 2025 no sul da Bahia. Participaram doulas segundo critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado, e amostragem em bola de neve. O perfil socioeconômico e profissional foi analisado por meio de estatística descritiva e os discursos, por meio da análise de conteúdo de Bardin. Resultados: As participantes tinham entre 29 e 59 anos, entre 2 e 10 anos de experiência, 80 % atuavam em ambientes domiciliares e hospitalares, e sua renda mensal variava entre 1 e 6 salários mínimos. As situações identificadas foram agrupadas em violência verbal, física e psicológica. Os relatos evidenciam falta de respeito à autonomia, ofensas verbais, imposições e intervenções sem consentimento, expressando um modelo de atendimento tecnocrático e autoritário. Conclusão: Apesar das adversidades, as doulas atuam como agentes de apoio e empoderamento da mulher, promovendo um parto respeitoso e humanizado.

**Palavras-chave:** violência obstétrica; doulas; representação social.

**Abstract:** Introduction: Obstetric violence is defined as any act committed against a woman during pregnancy, childbirth, the postpartum period, or abortion that causes physical, psychological, sexual, or moral harm. Objective: To analyze instances of obstetric violence identified by doulas in Brazil. Methodology: A descriptive and exploratory qualitative study grounded in the theory of social representations, conducted between August 2024 and February 2025 in southern Bahia. The study included doulas selected according to pre-established criteria. Data collection was conducted through semi-structured interviews and snowball sampling. Socioeconomic and professional profiles were analyzed using descriptive statistics, and discourses were analyzed using Bardin's content analysis. Results: Participants were between 29 and 59 years old, had between 2 and 10 years of experience, 80 % worked in home and hospital settings, and their monthly incomes ranged from 1 to 6 minimum wages. The situations identified were grouped into verbal, physical, and psychological violence. The accounts reveal a lack of respect for autonomy, verbal insults, impositions, and interventions without consent, reflecting a technocratic and authoritarian model of care. Conclusion: Despite the adversities, doulas act as agents of support and empowerment for women, promoting a respectful and humanized birth experience.

**Keywords:** obstetric violence; doulas; social representation.

**Resumen:** Introducción: La violencia obstétrica se define como cualquier acto cometido contra la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio o el aborto que provoque daños físicos, psicológicos, sexuales o morales. Objetivo: Analizar las situaciones de violencia obstétrica identificadas por doulas en Brasil. Metodología: Estudio descriptivo y exploratorio, cualitativo, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales y desarrollado entre agosto de 2024 y febrero de 2025 en el sur de Bahía. Participaron doulas seleccionadas según criterios previamente establecidos. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y muestreo bola de nieve. El perfil socioeconómico y profesional se analizó mediante estadística descriptiva y los discursos, mediante análisis de contenido de Bardin. Resultados: Las participantes tenían entre 29 y 59 años, entre 2 y 10 años de experiencia, el 80 % actuaba en ámbitos domiciliarios y hospitalarios, y sus ingresos mensuales variaban entre 1 y 6 salarios mínimos. Las situaciones identificadas se agruparon en violencia verbal, física y psicológica. Los relatos evidencian falta de respeto a la autonomía, ofensas verbales, imposiciones e intervenciones sin consentimiento, expresando un modelo de atención tecnocrático y autoritario. Conclusión: Pese a las adversidades, las doulas actúan como agentes de apoyo y empoderamiento de la mujer, favoreciendo un parto respetuoso y humanizado.

**Palabras clave:** violencia obstétrica; doulas; representación social.

---

## Introdução

O período gravídico-puerperal é marcado pelas transformações fisiológicas materno-fetais, psicológicas, comportamentais, emocionais, e sociais provocadas pelo gestar, parir e nascer. Esse período enfrentado pela gestante, parturiente e puérpera vai muito além de um estado de transitoriedade, e embora, possa parecer um momento de tranquilidade e felicidade, essa jornada muitas vezes não se desenvolve com todo o cuidado e respeito que se espera. Nesse cenário, a fragilidade e vulnerabilidade desta fase aliadas a fatores como desconhecimento de seus direitos e falta de informações, viabilizam à ocorrência de casos de violência obstétrica. <sup>(1)</sup>

A violência obstétrica por sua vez, é definida por qualquer ato de violência praticado contra a mulher durante a gestação, parto, puerpério e em situações de abortamento, resultando em prejuízos físicos, psicológicos, sexuais, inter-relacionais e morais. <sup>(2)</sup> Para além disso, deve ser compreendida como uma manifestação da violência de gênero, uma vez que se fundamenta em relações historicamente desiguais de poder entre homens e mulheres, expressando-se por meio do controle do corpo feminino, da deslegitimação de sua autonomia e da naturalização de práticas autoritárias no cuidado à saúde reprodutiva. Assim, sua ocorrência não se restringe a falhas assistenciais, mas integra um fenômeno estrutural mais amplo de desigualdade de gênero, o que reforça sua relevância como problema social e de saúde pública. <sup>(3)</sup> A equipe de saúde muitas vezes atua com exercício desmedido de poder e ausência de empatia, suscitando a submissão feminina, a perda da autonomia e decisão sobre seus corpos, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Estudo realizado com gestantes afrodescendentes no sul da Bahia revelou que várias delas não entendem completamente o que é a violência obstétrica, limitando sua definição ao instante do parto, o que contribui para tornar essas práticas normais e veladas no cotidiano da assistência obstétrica. <sup>(4)</sup>

O estudo “Nascer no Brasil” evidenciou que a ocorrência dessa prática apresenta variação conforme o perfil das mulheres e os contextos institucionais, revelando números preocupantes de intervenções. Nesse estudo, observou-se que mais da metade das mulheres sofreram episiotomia, 91,7 % vivenciaram litotomia, cerca de 40 % foram submetidas à administração de ocitocina ou amniotomia, e 37 % vivenciaram a manobra de Kristeller. <sup>(5)</sup> Para superar e mitigar tal problemática, tem-se o movimento em prol da humanização do parto e nascimento, através de uma assistência digna e qualificada às gestantes, parturientes e puérperas, reduzindo a abordagem patológica do parto, as intervenções desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres com a presença da doula. <sup>(6)</sup> O papel das doulas é bastante valorizado em diversos países.

Nos Estados Unidos, apesar de não possuir regulamentação federal, há várias instituições que oferecem certificações, como a Doulas of North America International (DONA), que define requisitos de princípios éticos e formação do exercício da doulagem. <sup>(7)</sup>

No Brasil, a atuação das doulas vem ganhando respaldo legal, especialmente com o Projeto de Lei (PL) nº 77/2022, que dispõe sobre o exercício da atividade das doulas e tem como objetivo estabelecer a regulamentação da profissão em todo o território nacional. <sup>(8)</sup> Além de, assegurar a doulagem como parte integrante da atenção multidisciplinar no período gravídico-puerperal. O PL

caracteriza a doula como uma profissional que proporciona suporte físico, emocional e informativo durante a gravidez, parto e o pós-parto, sem realizar qualquer atividade de natureza clínica. <sup>(9)</sup>

Sabe-se que o exercício da doulagem proporciona suporte físico e emocional para a pessoa que gesta e sua rede de apoio, contribuindo para a evolução gestacional saudável e o desfecho positivo no momento do parto. Considerando a alta demanda do SUS e suas particularidades, a atuação da doula se transforma em um instrumento para completar a assistência obstétrica em suas diferentes etapas, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde (MS), que fortalece a integralidade e humanização do cuidado à saúde da mulher. <sup>(10)</sup> Além de, resgatar o protagonismo e empoderamento da mulher, aperfeiçoando a assistência no período gravídico-puerperal. <sup>(11)</sup>

Contudo, as doulas encontram-se imersas em um modelo obstétrico que nem sempre é favorável a uma gestação, parto e puerpério seguros, sendo necessário conhecer as situações de violência obstétrica que identificam no seu cotidiano, humanizando a equipe de saúde da qual fazem parte e possibilitando uma assistência acolhedora e respeitosa.

Desse modo, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as situações de violência obstétrica identificadas pelas doulas no Brasil? Nesse sentido, definiu-se como objetivo: analisar as situações de violência obstétrica identificadas pelas doulas no Brasil.

Diante do exposto, a relevância social e científica dessa pesquisa está embasada em revelar as práticas consideradas violência obstétrica identificadas pelas doulas, permitindo que novas estratégias possam ser implementadas para prevenção de novos casos de violência obstétrica, tais como: capacitações para as mulheres exercerem autonomia em seus direitos reprodutivos; fortalecimento das doulas na assistência ao período gravídico-puerperal; fornecimento de informações com base em evidências científicas para a tomada de decisão dos gestores de saúde, com vistas à melhoria no planejamento do cuidado à gestação, parto e puerpério.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com desenho qualitativo, ancorado na teoria das representações sociais (TRS), que busca compreender de forma profunda os fenômenos sociais a partir da perspectiva dos indivíduos, valorizando suas experiências pessoais, significados e ambientes culturais. <sup>(12)</sup> A TRS abarca o saber que é coletivamente construído e disseminado, com o propósito de explicar a realidade, guiar ações e facilitar a comunicação entre os integrantes de um grupo. Assim, torna-se uma ferramenta essencial para o estudo de fenômenos sociais, destacando como os indivíduos geram e trocam significados sobre certos objetos ou eventos. <sup>(13)</sup>

O estudo foi realizado em uma empresa de doulagem localizada no Brasil. A empresa foi escolhida por ser a única instituição na região que proporciona formação continuada para doulas com suporte regular às gestantes, parturientes e puérperas, operando em ambientes domiciliares e hospitalares (públicos e privados). Essa instituição, através do processo formativo, permite que as doulas realizem um trabalho diversificado e abrangente, possibilitando o desvelamento de práticas institucionais caracterizadas como violência obstétrica sob variadas óticas. A escolha do local baseia-se em critérios regionais diversificados, a exemplo da diversidade étnica, composta por população indígena e quilombola, o que implica práticas culturais específicas e representações sociais distintas. <sup>(14)</sup> No contexto estadual e epidemiológico, há taxas desproporcionais sobre mortalidade materna, com 85,15 % dos óbitos maternos relacionados a mulheres afrodescendentes, tidas como as maiores vítimas de violência obstétrica no país. <sup>(15)</sup> Ressalta-se ainda que a instituição foi fundada há três anos por uma doula e oferece formações anuais a depender da disponibilidade e demanda. Até o momento foram realizados seis cursos com aproximadamente 60 doulas formadas, mediante a instrução de psicólogas, outras doulas, enfermeiras obstetras e obstetizas, com aulas expositivas e práticas.

As participantes do estudo foram doulas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: maior de 18 anos, que tenham curso comprovado de doulagem e experiência no pré-natal, parto ou puerpério. O critério de exclusão foi: que esteja de licença médica durante o período de coleta dos dados. A amostragem foi do tipo não probabilística, caracterizando-se como amostragem intencional, uma vez que as participantes foram selecionadas com base em critérios previamente estabelecidos e na relevância de suas experiências para o objeto investigado. Utilizou-se a técnica de amostragem em

cadeia, também conhecida como *snowball* (bola de neve), na qual a primeira participante foi selecionada por conveniência e, posteriormente, indicou outras doulas que atendiam aos critérios de inclusão, ampliando progressivamente o grupo. Ressalta-se que essa estratégia não se configura como amostragem por conveniência, pois a seleção não ocorreu apenas pela facilidade de acesso, mas pela pertinência teórica e vivencial das participantes em relação ao fenômeno estudado. <sup>(16)</sup> A pesquisadora disponibilizou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e todas as entrevistas foram gravadas após autorização das participantes, transcritas e analisadas, sendo mantidas por no mínimo cinco anos e após esse período serão deletadas.

A coleta de dados foi realizada remotamente, por meio da plataforma Google Meet, no período de agosto de 2024 a fevereiro de 2025. Foi aplicado como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada contendo idade; o tempo médio e local de atuação; religião; nível de escolaridade; estado civil; cor/etnia e renda mensal, além das questões orientadoras contendo o conceito; experiências marcantes de violência obstétrica vivenciadas; os profissionais que mais perpetraram violência obstétrica e o que confere tais práticas. As entrevistas tiveram duração média de 30 a 50 minutos. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica, sendo a coleta encerrada quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de informações, sem o surgimento de novos elementos relevantes para as categorias analíticas do estudo. A análise ocorreu de forma concomitante à coleta dos dados, possibilitando identificar o momento de saturação. Não foi realizada devolutiva formal aos participantes, contudo, buscou-se garantir a fidedignidade das análises por meio de transcrição integral das entrevistas e revisão criteriosa das categorias temáticas.

A análise de dados do perfil socioeconômico e profissional das doulas foi processada pela estatística descritiva e a parte discursiva das entrevistas foi respaldada na análise de conteúdo, segundo o referencial metodológico de Bardin, através de três polos cronológicos: pré-análise, análise e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. <sup>(17)</sup> A pré-análise consistiu na estruturação do corpus (os depoimentos) e uma leitura dinâmica das entrevistas permitindo um melhor entendimento para seleção. A fase exploratória do material compreendeu a organização dos depoimentos destacando e agrupando as falas por semelhança e criando categorias referentes aos fatores socioeconômicos, vida profissional, religião e ao local de atuação. Em suma, a análise das informações permitiu compreender as categorias e o significado da doulagem na visão grupal, ancorada na TRS. Para assegurar o rigor metodológico, adotaram-se os critérios de credibilidade, transferibilidade, confiabilidade e confirmabilidade. A credibilidade foi garantida pela gravação, transcrição integral e análise sistemática das entrevistas; a transferibilidade, pela descrição detalhada do contexto e das participantes; a confiabilidade, pela explicitação das etapas metodológicas; e a confirmabilidade, pela fidelidade às falas transcritas. Não foi realizada validação posterior com as participantes, considerando-se que o rigor analítico e o uso das transcrições integrais asseguraram a consistência interpretativa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), tendo obtido aprovação sob número de parecer 7.083.094, com base nas Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e Lei nº 14874. <sup>(18-20)</sup> Foi assegurado às participantes o anonimato, tendo sido identificadas pela letra P seguida de numeração cardinal.

## Resultados

Participaram 10 doulas com faixa etária entre 29 e 59 anos, sendo 50 % casadas, 40 % solteiras e 10 % divorciadas. Em relação à escolaridade, 40 % têm ensino médio completo, 10 % ensino superior incompleto, 30 % superior completo e 20 % possuem mestrado. No que tange à cor/etnia, há predominância de pardas (50 %), seguidas por brancas (40 %) e pretas (10 %), refletindo diversidade racial no grupo.

Ademais, 40 % das doulas se declaram sem religião, enquanto 20 % são espíritas, 10 % católicas, 10 % evangélicas, 10 % cristãs e 10 % candomblecistas. A renda mensal variou entre 1 e 6 salários mínimos, sendo que metade das participantes (50 %) estavam na faixa de até um salário. Quanto à atuação profissional, 70 % exercem outras atividades paralelas à doulagem, sendo as mais comuns: técnica de enfermagem, enfermeira, professora e fotógrafa. O tempo de formação varia entre dois e 11 anos, sendo 50 % entre quatro e seis anos, 30 % até três anos e 20 % mais de seis anos. Já o tempo de atuação é distribuído entre 2 e 10 anos, sendo 50 % até 3 anos, 40 % entre 4 e 6 anos, e apenas 10 % a

mais de 6 anos. Por fim, 80 % atuam nos ambientes domiciliar e hospitalar, e 20 % apenas em hospitalar, demonstrando versatilidade no cuidado prestado.

A avaliação das características sociodemográficas e profissionais das doulas auxilia na compreensão de elementos significativos que afetam a maneira como as doulas representam as situações de violência obstétrica. A maior presença de mulheres pardas com níveis educacionais mais altos indica uma maior consciência social e um olhar crítico em relação às práticas institucionais de gestação, parto e puerpério, o que pode facilitar a identificação e a denúncia de comportamentos abusivos. Ademais, o fato de que as doulas desempenham várias funções profissionais e possuem rendas variáveis mostra os desafios financeiros que permeiam a prática da doulagem no Brasil, um cenário que pode influenciar o reconhecimento social dessa atuação e a interação com outros profissionais de saúde. Portanto, o perfil das doulas oferece informações valiosas e plurais que colaboram para a construção das suas representações.

Posteriormente à análise do perfil, codificou-se os depoimentos transcritos, com base na TRS, em uma figura, revelando três categorias, apresentadas a seguir:



**Figura 1.** Categorias analíticas desenvolvidas a partir dos termos que são mais frequentes nos depoimentos das doulas.

### ***Violência verbal***

Percebe-se, no discurso das doulas, práticas que desqualificam, infantilizam e constroem as mulheres durante o processo gestacional, parturitivo e puerperal. As falas dirigidas às vítimas, retratam não apenas desrespeito individual, mas a persistência de um modelo tecnocrático na assistência obstétrica, como evidenciado abaixo:

Uma das violências é: “pare de olhar para sua doula, eu que estou falando com você, quem está falando aqui é o médico, eu sou o plantonista, eu é que dou conta disso aqui, sua doula não sabe de nada”. O marido que é advogado falou com toda a propriedade “não doutor, nós somos informados, nós sabemos que a OMS preconiza...” e ele “não venha com essa história de OMS, aqui não tem OMS não, aqui sou eu” (P1).

Ela ficou umas duas ou três horas, não tinha contração, e ela ouvindo desaforo. A cliente disse que não queria que medisse a pressão naquele momento, ela não queria que fizesse o toque porque estava tendo contração, estava com dor, “ah, aquela cliente fica lá escolhendo que hora ela quer” (P3).

Eu vejo que eles têm uma propensão a ter pequenas falhas na hora da conduta, pedem a mulher para não fazer tanto grito. Teve a situação que uma gestante pariu naquele ambiente, não foi aquela luz toda, e aí ela falou assim: Meu Deus! Está parindo no breu! São questões

que às vezes não acarretam uma complicação mais séria, mas são violência para aquela mulher. Porque pensa aí, a mulher ouvindo que está parindo no breu e fala de formas assim... rindo e sarcástico (P5).

É possível observar padrões frequentes de violência obstétrica revelando um modelo de cuidado autoritário que desconsidera a autonomia da mulher durante o parto. Nota-se a imposição de ações sem levar em conta o plano de parto prévio, a utilização de palavras ofensivas e degradantes, além de tentativas de silenciar manifestações de dor e sofrimento, algo percebido a seguir:

O médico chegou gritando dizendo que quem mandava era ele e que ela só obedecia, e que era para ela parar de presepada de querer parto natural. E várias outras coisas que a gente como profissional ouve, coisas como: “tenta não gritar muito”, ou como mencionei anteriormente, chamar a mulher de “mãezinha” parece que não, mas também é uma violência (P6).

E o médico gritando: “bora, tem que parir, tem que parir”. É violento! Às vezes, essa mulher não está pronta, não está disposta para isso (P7).

A enfermeira chegou para ela e falou assim: “olha, arreventou um bocado” e chamou o marido da gestante para conferir, disse: “mas eu vou costurar e vou deixar novinha para você”. Depois que ela costurou, ainda fez questão de dizer que estava apertadinha para o marido. Eu já passei por outra situação: tinha uma gestante que tinha treze anos e quando eles chegaram falaram: “olha, arretadinha, novinha e está parindo, na hora de fazer foi bom” e chamou todo mundo e isso virou um evento no corredor do hospital que uma menina de treze anos estava parindo normal (P8).

A gestante já chegou parindo e evacuando, não me recordo se tinha sido enfermeira ou uma técnica que foi muito grosseira e rude. Ela começou a gritar porque ela estava evacuando, achei um pouco rude e não queriam deixar o marido dela entrar. Teve outra situação também que o bebê estava em uma posição que dificultava o nascimento. Direcionaram ela para a cesariana sem uma conversa ou um esclarecimento prévio. Falaram que se acontecesse algo com o bebê a culpa seria da mãe (P9).

Em suma, há presença de discursos impositivos, exemplificados por médicos ou enfermeiros que proferem ordens de maneira abrupta, reforçando a expectativa de que a mulher deve aceitar a assistência sem questionar. Além disso, observa-se tentativas de minimizar a dor por meio de comentários como “tente não gritar tanto” que desvalidam o sofrimento da mulher em um momento de fragilidade. Também existem falas que desrespeitam e sexualizam o corpo feminino, como expressões do tipo “vou deixar novinha para você”, pronunciados na frente de outras pessoas, como o parceiro da gestante. Essas formas de agressão, tratadas de maneira leviana como “brincadeiras” ou “costumes”, consistem em violência obstétrica.

### ***Violência física***

Essa tipificação de violência engloba condutas e procedimentos que vão além do cuidado técnico, resultando em dores e desconforto físico através de intervenções inadequadas, desnecessárias ou coercitivas. Em diversas circunstâncias, essas ações ocorrem sem a autorização da mulher ou sob a justificativa de serem consideradas “normais”, como desvelado a seguir:

Em situações de toque, que a mulher fala assim: “tira, pelo amor de Deus, tira a mão daí” e o profissional: “não, calma, relaxa, você não está colaborando. Outras violências: romper a bolsa artificialmente, a mulher diz: “não quero!”, tem médicos que rompem sem falar, vai fazer um toque e no toque rompe a bolsa; recusar aumentar a temperatura do ar condicionado; recusar que a gestante se movimente, e obrigar que a gestante se movimente (P1).

O profissional tem o hábito de fazer aquilo mecanicamente a X tempo, mesmo que não tenha mais indicação de uso. Por exemplo: toque na consulta ginecológica de cada mulher que está gestando, quando não tem nenhuma queixa. São toques que violam a integridade da mulher, que vão beirar a violência sexual. Já vi situações que a gestante ficou em jejum mais de 24 horas, sem água e sem comida. Já vi da cliente pedindo no plano de parto que não fizesse episiotomia e foi feita episiotomia. Puxo dirigido é uma realidade. A enfermeira obstétrica falava: “faz força, segura na perna e puxa assim” (P3).

Mesmo tendo um parto normal tem um tempo para poder ter alta. Quando foi dada alta, ela veio para casa e não fizeram os exames que são necessários (P5).

Esse tipo de violência obstétrica se revela pela adoção de condutas com uso de força física ou de procedimentos dolorosos entendidos como parte do cotidiano nos hospitais. Longos períodos de jejum, posições de parto determinadas exclusivamente pelos profissionais de saúde, toques de forma excessiva estão entre os casos relatados. Nesse cenário, o corpo feminino é utilizado como um objeto, perdendo sua importância no processo do parto, como revelado abaixo:

Essa gestante pediu água, que ela estava com muita sede, foi negada a água para ela (P5).

Vários alunos de medicina fazendo toque vaginal, tinha aproximadamente seis alunos e todos fizeram. A mulher estava sozinha, era uma mulher afrodescendente, sabemos que mulheres afrodescendentes estão mais vulneráveis a sofrer violência. Eu imagino o desconforto, em um momento tão íntimo sendo tocada por vários desconhecidos, onde claramente ela estava desconfortável (P6).

Eu presenciei Manobra de Kristeller e exame de toque desnecessário. Ele ficou com o dedo nela tocando, estava desconfortável. A contração veio, ele não tirou, não explicou, só ficou calado e forçando. Ele estava com o toque afinado o colo, a gente sabe que isso não é necessário e não precisa porque o corpo vai levar um tempo para acelerar. A mulher precisou empurrá-lo (P7).

A gestante chegou com a bolsa rota, já tinha algumas horas. A enfermeira foi fazer o toque e perguntou: “você tem certeza que a bolsa rompeu?”. Ela respondeu que sim e ela foi conferir. Puxou de uma forma que machucou, puxou a parte íntima da gestante para ver se realmente tinha rompido (P8).

A gestante já estava em trabalho de parto ativo e a médica de plantão em uma sala meio insalubre até avaliou e achou que estava na hora do bebê nascer, pediu o bisturi sem autorização de ninguém (P9).

Essas práticas de violência obstétrica, mesmo quando veladas pelas rotinas hospitalares, ferem princípios humanitários e éticos. É preciso fomentar uma assistência que se baseie na escuta, respeito e valorização da autonomia das mulheres no período gravídico-puerperal.

### ***Violência psicológica***

Refere-se à realização de ações ou à ausência delas que provocam dor emocional, insegurança, vergonha e sentimentos de inferioridade. Esse tipo de violência obstétrica, embora velada, é intensa e ocorre através das palavras, comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde que desmerecem e abalam a estabilidade emocional da mulher. Frequentemente, esse tipo de violência é normalizado nos serviços de saúde, sendo erroneamente interpretado como parte da “rotina” ou de “práticas padrão”, como elencado a seguir:

Ele [médico] entrava no quarto, na sala de parto, olhava para a mulher e dizia assim: “ai não nasce não, quer dizer, nascer nasce, mas não nasce normal não”. Fazia o toque e dizia assim:

“tá com 6 para 7 centímetros, mas do jeito que tá aí não vai não” A mulher perguntava por que, e ele: “porque você já tá aí há tanto tempo, você tá cansada...”. Aí ele fazia um carinho na cabeça da mulher: “você tá cansada, você precisa de paz, às vezes a mulher precisa, fica assim tentando o parto normal, mas quando não é pra ser, não é.” E aí virava pro marido e dizia assim: “se fosse minha mulher já tinha levado pra fazer cesárea” Toda uma manipulação. Outra situação: a gestante era testemunha de Jeová e disse que não queria receber transfusão de sangue. No momento do parto, a enfermeira quis fazer uma palestra sobre transfusão de sangue, a menina tinha feito um plano de parto, tinha um documento registrado em cartório dizendo: “não recebo sangue, nem eu nem meu bebê”. Talvez a violência maior seja roubar o parto normal dessa mulher tocando o terror (P1).

Eles queriam ter a liberdade dela parir na posição que queria, ela queria parir fora da cama e solicitaram que ela fosse para a cama, sobre o uso do nitrato também. Eles ficaram coagindo e dizendo que não era por conta da presença da doula ou porque a doula tinha falado que eles tinham que atender. Após ir para o quarto ficaram de piadinhas: “foram vocês, o casal, que trouxeram a doula”? (P4).

Tem essa questão de que eles querem muito levar a mulher para cesárea, muitas vezes enganam a gestante inventando problemas que não são problemas e quando o profissional fala e ela acredita. Eles fingem que, “eu tô cuidando muito bem de você, eu não quero que nada de ruim aconteça com você, para evitar que você tenha um problema lá na frente, vamos já marcar cesária” (P5).

Diante o exposto, nota-se uma violência psicológica contínua, que se revela por meio de comentários degradantes, sugestões ameaçadoras, humilhações e pela marginalização das gestantes nas escolhas sobre seus próprios corpos. Esses comportamentos debilitam emocionalmente as gestantes e revelam um atendimento marcado por relações de poder assimétricas, falta de apoio e uma escassez de capacitação para oferecer um cuidado humanizado, como destacado abaixo:

E várias outras coisas que a gente como profissional ouve, coisas como: “quando a vontade de gritar vier, você engole junto com o choro” (P6).

Começa muito no pré-natal essa violência, do médico definir escolhas da paciente falando que o parto tem que ser cesariano. E não oferecendo as informações para que ela possa decidir com conhecimento, autonomia, que não seja algo imposto por medo. Outra coisa é foto sem autorização, já vi situações de pessoas divulgarem. E mesmo com autorização prévia, só que de repente coloca a pessoa em uma posição que não é legal, uma posição muito exposta (P8).

No momento em que nós chegamos, eu e o casal, escutei algumas conversinhas pelo fato de eu estar acompanhando. Achei um pouco rude e desfazendo o fato da gestante estar com a doula. E outra situação, depois do nascimento, precisei ficar um pouco mais tempo com a gestante e o médico foi fazer a visita. Ele falou coisas totalmente desnecessárias, que se ele fosse o médico dela ele não faria, porque ninguém mais faz isso hoje e que a mulher dele nunca faria um parto normal, que isso são coisas que as doulas colocam na cabeça das gestantes (P9).

Situação do médico dar um prazo e falar: se você não parir até tal hora, vai para a cesárea, ou falar que a mulher não pode levantar, se mexer ou falar para fazer força (P10).

A violência psicológica afeta profundamente o bem-estar das grávidas, sendo, portanto transversal a todas às demais. Expressões como “se você não der à luz até um determinado momento, precisará passar por uma cesárea” ou a culpa imposta à mulher em circunstâncias difíceis relacionadas ao bebê demonstram como o medo e a coerção funcionam como formas de controle. A falta de informações adequadas, a desconsideração da autonomia das mulheres e o uso de uma atitude agressiva por parte dos profissionais de saúde ajudam a criar um contexto que é, simultaneamente, opressivo e

---

desumanizador. Essas ações não só violam as diretrizes que asseguram os direitos das gestantes, mas também reforçam um modelo biomédico que prioriza a autoridade do profissional em detrimento da pessoa sob cuidados.

As modalidades de violência apontadas nesta pesquisa demonstram que essas expressões não se limitam a comportamentos isolados ou desvios morais específicos, mas estão inseridas em uma configuração social permeada por relações de gênero que são historicamente desiguais. Os casos de silenciamento, a desvalorização da dor, a ironia, as ameaças sutis e as intervenções feitas sem o devido consentimento evidenciam a continuidade de um modelo de assistência que se baseia na autoridade técnica e científica, onde o corpo da mulher é tratado como um objeto passível de intervenção e controle.

Sob essa perspectiva, a violência obstétrica se manifesta como uma forma particular de violência de gênero, baseada na validação da autoridade médica sobre os processos de reprodução e na criação de desigualdades nas tomadas de decisão que limitam a autonomia da mulher.

Assim, as violências descritas pelas doulas destacam o vínculo entre as práticas de assistência e as condições socioculturais que, ao longo da história, colocam a mulher em uma posição de tutela e subordinação. A normalização de narrativas que tratam a parturiente de maneira infantilizada ou silenciando a mesma, além de prejudicar a qualidade do atendimento reforça padrões de dominação de gênero fazendo com que a violência obstétrica seja entendida como um fenômeno de caráter estrutural, e não meramente ocasional.

Essas violências não acontecem de forma isolada, mas frequentemente se entrelaçam, intensificando o sofrimento das mulheres e afetando sua independência em um momento de grande fragilidade e singularidade. As doulas ressaltam a necessidade imediata de reestruturar os sistemas de atendimento, com o objetivo de promover uma prática ética, acolhedora e respeitosa, que coloque a mulher em primeiro plano ao longo de todo o processo.

## Discussão

A violência obstétrica representa um fenômeno complexo que abarca diversas facetas da assistência à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, englobando abusos de natureza verbal, física e psicológica. Uma pesquisa conduzida na Espanha com 899 mulheres revelou que 67,4 % relataram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica, sendo 54,5 % violência física, 36,7 % psicoafetiva e 25,1 % verbal. <sup>(21)</sup>

Foi observado que a caracterização sociodemográfica e profissional das doulas é representada por uma variedade étnica, racial e financeira que podem impactar de forma significativa na sua habilidade em identificar e simbolizar situações de violência obstétrica. Doulas que possuem um nível de educação mais elevado e uma experiência profissional mais abrangente costumam perceber de maneira mais crítica as ações institucionais que desrespeitam os direitos das mulheres na gestação, trabalho de parto e puerpério, o que reforça a função dessas profissionais como facilitadoras na promoção de gestações, partos e nascimentos humanizados. Além de ocorrer durante a gestação e o parto, essa violência também está presente em situações de abortamento, podendo ser manifestada por ausência de acolhimento e assistência, julgamentos de cunho religiosos e morais. <sup>(22)</sup>

Em uma revisão sistemática sobre a violência obstétrica, estima-se que milhões de mulheres, em uma variedade de cenários socioeconômicos, enfrentam uma forma de abuso físico ou verbal durante o parto. Esta análise revela que os principais fatores ligados à ocorrência dessa violência estão associados à relação de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, à falta de políticas públicas eficazes de humanização e ao desconhecimento dos direitos femininos. Esses resultados enfatizam que a violência obstétrica não se limita a alguns países, mas representa uma questão estrutural que demanda respostas políticas e profissionais coesas e urgentes. <sup>(23)</sup> Tais ações indicam a manutenção de um modelo autoritário e tecnocrático caracterizado pela ênfase nos métodos médicos e pela influência predominante destes profissionais em detrimento da autonomia feminina. É um modelo baseado na visão do corpo da mulher como uma “máquina” que tem a necessidade de ajustes, reduzindo a figura da gestante a um objeto de intervenção. <sup>(24)</sup>

Estudos evidenciam que as práticas violentas no período gravídico-puerperal são muitas vezes entendidas como algo necessário para vivenciar o processo da maternidade, algo que está diretamente

relacionado ao baixo nível de conhecimento das mulheres, sendo fundamental educação em saúde para orientá-las e empoderá-las. <sup>(25)</sup>

Nota-se ainda que a violência verbal é uma constante e se mantém através de observações negativas, infantilização, imposição de comportamentos e ironias que desvalorizam a vivência da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Essa forma de interação aponta para relações desiguais de poder, onde a autonomia da gestante é perdida indo contra com os princípios da humanização do cuidado. Expressões que parecem inofensivas contêm sarcasmo ou conotação de caráter sexual, afetando diretamente a dignidade e o bem-estar emocional das mulheres que se encontram nessa fase do ciclo de vida. <sup>(26)</sup>

Estudos globais mostraram que as mulheres que passam por experiências de violência, desprezo ou falta de cuidado no momento do parto expressam emoções de vergonha, temor e falta de controle, as quais podem se transformar em transtornos de ansiedade, depressão ou estresse pós-traumático. A falta de compaixão e de uma comunicação eficaz durante o atendimento ajuda a criar “feridas invisíveis”, que permanecem mesmo depois que o bebê nasce. <sup>(27)</sup>

Em relação à violência física, constatou-se a execução de intervenções invasivas sem a devida autorização, incluindo episiotomias, ruptura artificial da bolsa amniótica e diversos exames de toques vaginais sem evidência científica, além da imposição de determinadas posições durante o parto e longos intervalos de jejum. <sup>(28)</sup>

Ademais, a violência psicológica é transversalizada em todas as outras violências, aparecendo por meio de ameaças, instigação de medo, manipulação das emoções e desrespeito às escolhas previamente documentadas no plano de parto. Essa forma de violência é especialmente prejudicial, pois mina a confiança nos serviços de saúde e enfraquece a relação entre as profissionais e as clientes além de danos psicológicos e traumas para as mulheres e bebês. No estudo em questão, essas práticas foram maximizadas por uma resistência à inclusão da doula, revelando que, mesmo com o suporte legal disponível em localidades brasileiras, a verdadeira incorporação dessa profissional ainda enfrenta obstáculos de natureza cultural e institucional. <sup>(29)</sup>

Em um estudo realizado na Espanha descobriram que mães que passaram por situações de abuso durante o parto enfrentaram mais desafios na amamentação inicial e na formação do laço afetivo com o seu bebê. Vivenciar desrespeito e sofrimento emocional durante o parto geralmente enfraquece a autoconfiança das mães e sua percepção sobre a habilidade de cuidar do filho. <sup>(30)</sup> Um aspecto que vale a pena ressaltar é que, mesmo com o aumento do reconhecimento do papel das doulas como apoio físico, emocional e informativo, ainda existem profissionais de saúde que mostram resistência à sua participação no processo de gestar e parir. Foram documentados episódios de constrangimento e tentativas de deslegitimar a atuação dessas profissionais, evidenciando que a integração da doula em uma equipe de profissionais de saúde continua sendo um desafio. Essa resistência pode advir de uma visão distorcida que sugere que a doula interfere nas decisões médicas e de enfermagem, quando, na verdade, sua função é auxiliar e complementar, sem substituir o cuidado clínico. <sup>(31)</sup>

Em uma pesquisa realizada com pesquisadores de nove países: Alemanha, Bélgica, Chile, Escócia, Espanha, Islândia, Reino Unido, Suécia e Países Baixos, desvelou-se que vivenciar um parto doloroso envolve mais do que possíveis complicações clínicas, está relacionada às percepções e experiências pessoais da mulher. O estudo revelou que essas experiências se originam, em grande parte, de condutas inadequadas por parte dos profissionais de saúde, da falta de apoio emocional, da realização de procedimentos sem a devida permissão, de comportamentos desrespeitosos ou de ações ligadas à violência obstétrica. Entre os danos psicológicos, destacam-se, medo, tristeza, desespero e impotência. Esses sentimentos podem permanecer mesmo após o parto e podendo evoluir para quadros de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. <sup>(32)</sup>

Em consonância, um estudo realizado em 18 países como Alemanha, Bélgica, Chile, Espanha, Escócia, França, Grécia, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Islândia, Noruega, Países Baixos, Polônia, Portugal, Sérvia, Suíça e Turquia mostrou que a violência obstétrica acarreta consequências negativas, tais como redução da autoconfiança, dificuldades nas relações com o companheiro e a criança, percepção de solidão, pensamentos autodepreciativos e interrupção inesperada e precoce do aleitamento. Ademais, nota-se uma hesitação ou resistência em buscar ajuda profissional, o que evidencia um efeito psicoemocional considerável podendo comprometer a qualidade de vida das mulheres e levar ao adoecimento mental. Ao articular as evidências científicas sobre o parto traumático com as experiências

---

reais das doulas, a pesquisa contribui para entender que a violência obstétrica pode resultar em traumas físicos, emocionais e sociais. <sup>(33)</sup>

A liberdade sobre o corpo e o consentimento esclarecido devem ser valores essenciais na ajuda durante o parto. Contudo, em diversos cenários, as abordagens dos profissionais continuam a seguir padrões autoritários e paternalistas, que ignoram as escolhas e desejos da gestante. A autora ressalta que o aprimoramento das diretrizes de direitos reprodutivos e a formação ética dos profissionais de saúde são ações fundamentais para evitar abusos e promover um atendimento que seja verdadeiramente humanizado e focado na mulher. <sup>(34)</sup>

Portanto, a presença das doulas no cenário obstétrico é percebida como estratégia de fortalecimento da humanização do parto, corroborando iniciativas como o projeto “Doulas Comunitárias”. Entretanto, observa-se que, apesar dos avanços normativos, ainda existem desafios relacionados à efetiva implementação dessas políticas, o que reforça a necessidade de fiscalização e comprometimento institucional. <sup>(35)</sup>

Os resultados demonstram que as doulas compreendem a violência obstétrica como práticas que desrespeitam a autonomia, a dignidade e o protagonismo da mulher no processo de gestação e parto. Suas representações evidenciam uma postura crítica frente ao modelo intervencionista e reforçam a defesa de um cuidado centrado na escuta, no respeito e na valorização das escolhas femininas, revelando a importância da humanização e às estratégias de mitigação desse fenômeno danoso à vida de mulheres, seus filhos e famílias. Nesse contexto, entender os elementos que promovem ou dificultam a procura por assistência é fundamental, pois a maneira como se vê o apoio social e a acessibilidade de recursos institucionais são essenciais para que a mulher consiga superar esse histórico de violência.

As modalidades de violência mencionadas pelas doulas vão além da esfera técnica da assistência e evidenciam uma dinâmica relacional plena de desigualdades de poder. Quando examinadas sob a ótica da violência de gênero, essas práticas mostram que a violência obstétrica não se restringe a ações isoladas, mas se insere em um quadro histórico e social onde os corpos das mulheres frequentemente sofrem com a medicalização excessiva, a desvalorização de suas decisões e a hierarquização dos conhecimentos biomédicos. Essa situação é agravada pelo fato de que a violência baseada em gênero ocorre com frequência em diferentes ambientes sociais, onde as normas de gênero muitas vezes desencorajam as vítimas a procurarem ajuda, contribuindo diretamente para o ciclo de silêncio e repetição. As representações sociais elaboradas pelas participantes sugerem que o silenciamento, a infantilização e a imposição de procedimentos sem consentimento representam formas de controle que afetam particularmente mulheres em situações vulneráveis. <sup>(36)</sup>

Assim, a violência obstétrica pode ser entendida como uma forma particular de violência de gênero no âmbito da saúde, sustentada por um modelo de assistência tecnocrática que naturaliza a desigualdade entre os profissionais de saúde e as mulheres. À luz da Teoria das Representações Sociais, é possível perceber que as doulas atribuem sentido a essas situações não só como falhas institucionais, mas também como manifestações de uma lógica estrutural que mantém desigualdades e reforça a subordinação das mulheres na assistência ao parto e nascimento.

Os achados deste estudo acrescentam às evidências científicas existentes ao analisar em profundidade as representações sociais das doulas sobre a violência obstétrica, revelando aspectos que ainda não foram amplamente investigados, em especial no Brasil, e sugerindo direções para o fortalecimento das práticas humanizadas e para a transformação das relações entre os profissionais e as parturientes na área obstétrica. Dessa forma, os resultados dialogam com a literatura nacional e internacional, enfatizando que a presença de doulas pode contribuir para a minimização da violência obstétrica, redução das intervenções sem evidências científicas e sem consentimento da gestante, parturiente ou puérpera, além de informar essa mulher sobre todos os seus direitos, visto que elas atuam como mediadoras entre a cliente e a equipe de saúde. Contudo, essa contribuição será plenamente efetiva apenas se for acompanhada de mudanças estruturais, institucionais e socioculturais que coloquem a autonomia da mulher no centro das atenções durante a gestação, parto e nascimento.

## Conclusões

O estudo demonstra que as situações de violência obstétrica estão na esfera verbal, física e psicológica, revelando que muitas ações apontadas pelas doulas são naturalizadas pelas próprias mulheres ou permanecem veladas no cotidiano da assistência. Tais tipificações de violência obstétrica ocasionam sentimentos de impotência, perda da autonomia e dignidade nas vítimas, além de prejuízos na dimensão física, emocional e relacional das mulheres.

Embora as doulas sirvam como apoio físico, emocional e informativo, essas profissionais enfrentam resistência por parte de alguns profissionais de saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional, desvelando que esse problema reflete um modelo assistencial obstétrico ultrapassado.

Nesse sentido, sugere-se a elaboração de protocolos institucionais do sistema de saúde e políticas públicas para o exercício da doulagem, seja no espaço público ou privado, contribuindo dessa maneira para a prevenção e mitigação da violência obstétrica. Além disso, é essencial criar programas de capacitação e conscientização para as equipes interdisciplinares sobre o papel da doula, e também implementar iniciativas educativas voltadas para gestantes, suas famílias, redes de apoio e a comunidade em geral. É igualmente crucial promover a presença de doulas dentro das equipes obstétricas que atuem de maneira colaborativa. A essas medidas, é necessário adicionar a criação de canais para que ocorram denúncias e o acompanhamento de situações de violência obstétrica, bem como incentivar pesquisas científicas que evidenciem a importância do trabalho das doulas, auxiliando na valorização e reconhecimento social deste trabalho.

Por tratar-se de um estudo qualitativo, não se objetivou a generalização estatística dos achados, mas a compreensão aprofundada do fenômeno investigado no contexto analisado. A descrição detalhada do cenário, das participantes e do percurso metodológico constitui recurso que favorece a transferibilidade dos resultados para contextos semelhantes.

## Referências

1. Sturza JM, Nielsson JG, Andrade EP. Obstetric violence: a denial of human rights and women's sexual and reproductive health. *Rev Juris Poiesis*. 2020;23(32):389-407. doi: 10.5935/2448-0517.20200017
2. World Health Organization. Compendium on respectful maternal and newborn care: promoting dignity and eliminating mistreatment during facility-based childbirth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2ccf29b8-2c8d-45ba-a44c-a45138b88df4/content>
3. Yirdaw BW, Yimer BB. Gender-based violence and associated factors among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*. 2025(25):312. doi: 10.1186/s12905-025-03867-0
4. Moreira MA, Conceição CS. Social representations of black pregnant women regarding obstetric violence. *REAS*. 2025;15(1):e20257493. doi: 10.18554/reas.v15i1.7493
5. Leite TH, Marques ES, Corrêa RG, Leal MC, Olegário BCD, Costa RM, et al. Epidemiology of obstetric violence: a narrative review of the Brazilian context. *Ciênc. Saúde Colet*. 2024;29(9):e12222023. doi: 10.1590/1413-81232024299.12222023
6. Sousa NB, Matos KO, Sousa PMLS. Obstetric violence: concepts on its implications in childbirth. *Res., Soc. Dev*. 2021;10(13):e90101321060. doi: 10.33448/rsd-v10i13.21060
7. Dona International. The DONA Advantage; 2024 [Internet]. Disponível em: <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/>
8. Brasil. Projeto de Lei nº 77, de 2022. Regulamenta o exercício da profissão de doula. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/151541>
9. Brasil. Projeto de Lei nº 3.946, de 2021. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. Brasília (DF): MS; 2021. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-3946-2021>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 13/2024-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Brasília (DF): MS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-13-2024-cosmu-cgaci-dgci-saps-ms.pdf/view>
  11. Rondon MCS, Sampaio GT, Talizin EV. Mulheres assistidas por doulas: estudo exploratório. *Nursing* (São Paulo). 2021;24(279):6045-8. doi: 10.36489/nursing.2021v24i279p6045-6052
  12. Faustino LSS. Método qualitativo: origem, conceitos e relevância nas Ciências Humanas. *SciELO Preprints*. 2024. doi: 10.1590/SciELOPreprints.9093
  13. Sousa KN, Souza PC. Social representation: A theoretical review of the approach. *Res., Soc. Dev.* 2021;10(6):e38610615881. doi: 10.33448/rsd-v10i6.15881
  14. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. No Dia Nacional de Luta dos Povos Indígenas, nasce Yarin, mais uma Tupinambá no Hospital Materno-Infantil de Ilhéus. Salvador (BA): SESAB; 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2024/02/07/no-dia-nacional-de-luta-dos-povos-indigenas-nasceyarin-mais-uma-tupinamba-no-hospital-materno-infantil/>
  15. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. DGC realizou Oficina de Morbimortalidade Materna de Mulheres Negras e Indígenas. Salvador (BA): SESAB; 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2024/05/28/dgc-realizou-oficina-de-morbimortalidade-materna-em-indigenas-e-negras/>
  16. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Rev de Ciências Empresariais da UNIPAR*. 2021;22(1):105-117. doi: 10.25110/receu.v22i1.8346
  17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília (DF): MS; 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 14.874 de 28 de maio de 2024. Brasília (DF): MS; 2024. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm)
  21. Martínéz-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández- Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. 2021;34(5):526-536. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002
  22. Moreira MA, Souza AS, Oliveira PM, Souza MX, Araújo Junior JC, Ribeiro PS. Obstetric violence in the abortion process. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2023;12(2):e3166. doi: 10.22235/ech.v12i2.3166
  23. Hakimi S, Lee M, Ahmed R, Santos D. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2025;168(3):210-23S. doi: 10.1002/ijgo.16145
  24. Buffon TM, Martins CAL. A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(3):11095-1109. doi: 10.34119/bjhrv6n3-216
  25. Moreira MA, Souza MX. Social representations of women in the pregnancy-puerperal cycle regarding obstetric violence. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2023;12(2):e3273. doi: 10.22235/ech.v12i2.3273
-

26. Gonçalves LM, Lana LD, Tier CG, Lipinski JM, Escobal APL, Prates LA. Perceptions and experiences of women regarding obstetric violence. *CLCS*. 2024;17(1):7777-7790. doi: 10.55905/revconv.17n.1-469
27. Özer E, Demir S, Kaya A, Yilmaz B. Invisible wounds of childbirth: women's experiences of obstetric violence. *Reproductive Health*. 2025;22(1):68. doi: 10.1186/s12978-025-02109-8
28. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa: uma revisão integradora. *Saúde em Debate*. 2022;44(125):556-568. doi: 10.1590/0103-1104202012521
29. Brunet FBS, Costa KLP, Gonçalves TRFT, Bezerra WKT, Oliveira CRT, Adriano MPF, et al. Characterization of unnecessary interventions in low-risk labor and the importance of the obstetric nurse. *CLCS*. 2024;17(7):1-19. doi: 10.55905/revconv.17n.7-191
30. Ballesta-Castillejos A, Gutiérrez-Prada C, López-Rodríguez MM, Martínez-Galiano JM. Influence of abuse and disrespect during childbirth on early initiation of breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*. 2025;20(1):45. doi: 10.1186/s13006-025-00709-5
31. Mourão MA, Arrais AR. Differences and similarities between the role of doulas and psychologists in the childbirth setting. *CLCS*. 2023;16(7):7024-7043. doi: 10.55905/revconv.16n.7-168
32. Leinweber J, Fontein-Kulpers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekstrom-Bergstrom A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: a discussion paper. *Birth*. 2022;49(4):687-696. doi: 10.1111/birt.12634
33. Thomson G, Diop MQ, Stuijzand S, Horsch A. Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge mapping exercise. *BMC Health Services Research*. 2021;21:1206. doi: 10.1186/s12913-021-07238-x
34. Pickles C. Emerging human rights standards on obstetric violence and abuse during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2025;168(2):184-192. doi: 10.1002/ijgo.70174
35. Secretária de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Projeto Doulas Comunitárias é implantado no Hospital Materno-Infantil, em Ilhéus. Salvador (BA): SESAB; 2023. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/2023/06/01/projeto-doulas-comunitarias-e-implantado-no-hospital-materno-infantil-em-ilheus/>
36. Owuse-Antwi R, Fedina L, Robba MJB, Khatibi K, Bosomtwe D, Nsereko E, et al. Prevalence of gender-based violence and factors associated with help-seeking among university students in sub-Saharan Africa. *Women's Health*. 2024; 20:1-13. doi: 10.1177/17455057241307519

---

**Contribuição de autores (Taxonomia CRediT):** 1. Conceitualização; 2. Curadoria de dados; 3. Análise formal; 4. Aquisição de financiamento; 5. Pesquisa; 6. Metodologia; 7. Administração do projeto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisão; 11. Validação; 12. Visualização; 13. Redação: esboço original; 14. Redação: revisão e edição.

R. C. D. contribuiu em 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14; T. S. F. em 1, 2, 3, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14; M. A. M. em 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

**Editores científicos responsáveis:** Dra. Natalie Figueredo.