

A avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas usuárias do serviço municipal de saúde sobre violência obstétrica

The evaluation of knowledge of pregnant and postpartum women who use municipal health service about obstetric violence

Walckenise Rannyele de Oliveira Sousa Silva¹

Ana Luisa Bueno Batista²

Oswaldo Goncalves Barbosa Junior³

Sávia Denise Silva Carlotto Herrera⁴

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica constitui importante problema de saúde pública e representa violação dos direitos reprodutivos e da autonomia feminina durante o ciclo gravídico-puerperal. **Objetivo:** Analisar o conhecimento de gestantes e puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde do município de Paraíso do Tocantins acerca da violência obstétrica. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 96 gestantes e puérperas usuárias da rede pública municipal. A coleta ocorreu entre dezembro de 2025 e março de 2026 por meio de questionário estruturado contendo variáveis sociodemográficas, obstétricas e relacionadas à violência obstétrica. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, utilizando os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de relato autorreferido de violência obstétrica foi de 28,1%. As situações mais frequentes incluíram ausência de alívio da dor e violência verbal. Observou-se elevado desconhecimento sobre mecanismos de denúncia e prevenção. Houve associação significativa entre multiparidade, capacidade de identificação da violência obstétrica e relato de ocorrência do evento ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os achados evidenciam sub-reconhecimento da violência obstétrica e reforçam a necessidade de fortalecimento das ações educativas, humanização da assistência obstétrica e promoção dos direitos reprodutivos na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Gestantes. Puérperas.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence represents an important public health problem and a violation of women's reproductive rights and autonomy during the pregnancy-puerperal cycle. **Objective:** To analyze knowledge and occurrence of obstetric violence among pregnant and postpartum women assisted in Primary Health Care in Paraíso do Tocantins, Tocantins, Brazil. **Methods:** Observational, cross-sectional, descriptive, and analytical study with a quantitative approach, conducted with 96 pregnant and postpartum women assisted in the municipal public health system. Data collection occurred between December 2025 and March 2026 through a structured questionnaire containing sociodemographic, obstetric, and obstetric violence-related variables. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Pearson's chi-square and Fisher's exact tests, adopting a significance level of 5%. **Results:** The prevalence of self-reported obstetric violence was 28.1%. The most frequent situations included absence of pain relief and verbal violence. High levels of lack of knowledge regarding prevention and reporting mechanisms were observed. Significant associations were identified between multiparity, ability to identify obstetric violence, and occurrence of obstetric violence ($p < 0.05$). **Conclusion:** The findings demonstrate underrecognition of obstetric violence and reinforce the need to strengthen health education actions, humanized obstetric care, and promotion of reproductive rights within Primary Health Care.

¹Graduanda em Medicina. Universidade de Gurupi UnirG, campus Paraíso do Tocantins-TO – ORCID: 0009-0001-0351-5670 – E-mail: walckenise.r.o.s.silva@unirg.edu.br

²Graduanda em Medicina. Universidade de Gurupi UnirG, campus Paraíso do Tocantins-TO – ORCID: 0009-0009-0237-4616 – E-mail: ana.l.b.batista@unirg.edu.br

³Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Preceptor da Universidade de Gurupi UnirG, campus Paraíso do Tocantins-TO – ORCID: 0009-0005-1144-957X E-mail: osvaldobjr2@hotmail.com

⁴Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Universidade de Gurupi UnirG, campus Paraíso do Tocantins-TO – ORCID: 0000-0002-0695-9621 – E-mail: saviaherrera@unirg.edu.br

Keywords: Obstetric violence. Pregnant woman. Postpartum women.

1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica constitui importante problema de saúde pública e violação dos direitos humanos das mulheres, manifestando-se por meio de práticas abusivas, desrespeitosas ou negligentes durante o ciclo gravídico-puerperal^{1,2}. Essas práticas incluem violência verbal, intervenções sem consentimento, restrição de acompanhante, negação de analgesia, peregrinação obstétrica, realização de procedimentos desnecessários e desrespeito à autonomia feminina durante a gestação, parto e puerpério³. Além de comprometer a saúde física materna, a violência obstétrica associa-se ao aumento de sofrimento psicológico, medo do parto, traumas emocionais e impactos negativos duradouros sobre a experiência reprodutiva feminina^{2,4}.

A Organização Mundial da Saúde reconhece o desrespeito e os maus-tratos durante o parto como problema global relacionado às desigualdades sociais, fragilidades estruturais dos sistemas de saúde e violações dos direitos reprodutivos das mulheres⁵. No Brasil, embora não exista legislação federal específica utilizando oficialmente o termo “violência obstétrica”, diferentes práticas associadas ao tema configuram violações éticas, institucionais e legais relacionadas à assistência obstétrica⁶. Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo identificou que aproximadamente uma em cada quatro mulheres brasileiras relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto ou nascimento⁷. Além disso, resultados do inquérito nacional Nascer no Brasil evidenciaram elevada frequência de intervenções obstétricas desnecessárias, limitação da autonomia feminina e ocorrência de práticas incompatíveis com as recomendações de assistência humanizada ao parto^{8,9}.

Estudos publicados em periódicos de Saúde Coletiva demonstram que a violência obstétrica apresenta forte relação com desigualdades de gênero, raciais e socioeconômicas, afetando de maneira mais intensa mulheres negras, pobres e em situação de vulnerabilidade social^{6,8}. Além disso, a assistência obstétrica historicamente centrada no modelo biomédico e intervencionista contribui para redução do protagonismo feminino e naturalização de práticas violentas durante o parto¹⁰.

Na região Norte do Brasil, os impactos da violência obstétrica assumem relevância adicional diante das desigualdades territoriais, dificuldades de acesso aos serviços especializados e fragilidades relacionadas à assistência obstétrica humanizada¹¹. Estudos realizados na Amazônia Legal demonstram que mulheres residentes em regiões periféricas e com menor acesso à informação apresentam maior vulnerabilidade a práticas abusivas e

menor conhecimento acerca de seus direitos reprodutivos¹². Entretanto, apesar da relevância epidemiológica e social do tema, ainda são escassos estudos regionais avaliando a percepção e o reconhecimento da violência obstétrica no estado do Tocantins, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Outro aspecto importante refere-se à invisibilidade e subnotificação da violência obstétrica nos serviços de saúde. Muitas mulheres não reconhecem situações abusivas como violência devido à naturalização histórica de práticas desumanizadas durante o parto e nascimento¹³. Além disso, o desconhecimento acerca dos direitos das gestantes, das formas de prevenção e dos mecanismos formais de denúncia contribui diretamente para manutenção da subnotificação e perpetuação dessas práticas^{6,14}. Evidências científicas demonstram que mulheres com maior acesso à informação apresentam maior capacidade crítica para identificar situações de violência, exercer autonomia durante o parto e reivindicar assistência respeitosa e humanizada⁴.

Nesse contexto, a educação em saúde durante o pré-natal desempenha papel fundamental no fortalecimento da autonomia feminina, promoção do empoderamento materno e ampliação do conhecimento sobre direitos reprodutivos¹⁵. Estratégias educativas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde podem contribuir para maior protagonismo da mulher no processo de parto e nascimento, fortalecimento da assistência humanizada e redução de práticas violentas e intervencionistas¹⁶.

Diante desse cenário, considerando a elevada prevalência da violência obstétrica no Brasil, a persistência de fragilidades relacionadas ao conhecimento sobre direitos reprodutivos, a invisibilidade desse fenômeno nos serviços de saúde e a escassez de estudos regionais no estado do Tocantins, torna-se necessária a ampliação das investigações acerca da percepção de gestantes e puérperas atendidas na rede pública de saúde. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar o conhecimento de gestantes e puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde do município de Paraíso do Tocantins acerca da violência obstétrica.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com gestantes e puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde de Paraíso do Tocantins, Tocantins. O estudo seguiu as recomendações do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)¹⁸.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2025 e março de 2026 nas Unidades Básicas de Saúde Gentil Costa, Clóvis Carneiro, Wilfran Marinho Ferreira e Juceneuza Lobo, além da Clínica da Mulher.

A população do estudo foi composta por gestantes e puérperas vinculadas às unidades participantes durante o período de coleta. A amostra foi obtida por amostragem não probabilística consecutiva e incluiu 96 participantes elegíveis abordadas durante o atendimento nas unidades de saúde. Foram incluídas mulheres com idade ≥ 18 anos, residentes em Paraíso do Tocantins e com capacidade de compreensão do instrumento. Foram excluídas usuárias atendidas exclusivamente na rede privada, participantes com questionários incompletos e mulheres com comprometimento cognitivo que impossibilitasse o preenchimento adequado do instrumento. O processo de seleção das participantes está apresentado no Fluxograma 1.

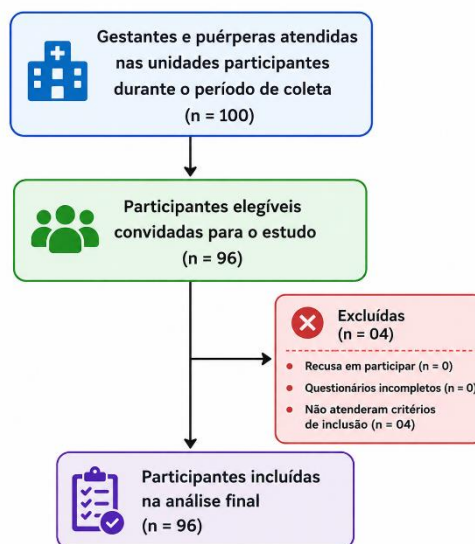


Figura 1. Fluxograma STROBE do processo de seleção das participantes do estudo. Paraíso do Tocantins, Tocantins, Brasil, 2025–2026.

A coleta foi realizada em ambiente reservado, após atendimento médico ou de enfermagem. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes responderam individualmente a questionário estruturado autoaplicável elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura científica. O instrumento continha 23 questões objetivas relacionadas às características sociodemográficas, histórico obstétrico, conhecimento sobre violência obstétrica, identificação de práticas abusivas, conhecimento sobre direitos das gestantes, mecanismos de denúncia e relato de experiências relacionadas à violência obstétrica.

As variáveis sociodemográficas incluíram idade, escolaridade, renda familiar e município de residência. As variáveis obstétricas incluíram gravidez de risco, número de partos, tipo de parto, local do parto e profissional responsável pela assistência obstétrica. O desfecho primário foi o relato autorreferido de violência obstétrica durante o ciclo gravídico-puerperal. Os desfechos secundários incluíram conhecimento sobre violência obstétrica, reconhecimento de práticas abusivas e conhecimento sobre mecanismos de denúncia.

Os dados foram digitados no Microsoft Excel 2019 e analisados no Statistical Package for the Social Sciences, versão 25.0. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Associações entre variáveis sociodemográficas, obstétricas e relato de violência obstétrica foram avaliadas pelos testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme adequação. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Foram adotadas estratégias para redução de vieses de seleção, informação e constrangimento, incluindo aplicação padronizada do instrumento, garantia de anonimato e coleta em ambiente reservado. A possibilidade de viés de memória e subnotificação foi considerada durante a interpretação dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi, sob parecer nº 8.000.216/25, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Foram analisadas 96 respostas de gestantes e puérperas usuárias da rede municipal de saúde de Paraíso do Tocantins. Todas as participantes possuíam idade igual ou superior a 18 anos.

Em relação às características sociodemográficas, predominou escolaridade correspondente ao ensino médio completo (50,0%). A maior parte das participantes apresentou renda familiar de até um salário mínimo (68,8%). Quanto às características obstétricas, 51,0% relataram gravidez de risco. O número mais frequente de partos foi um parto (42,7%). Houve predominância de parto normal (47,9%), seguido de cesariana (42,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes (n = 96).

Variável	Categoria	n	%
Idade	≥18 anos	96	100,0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	8	8,3
	Ensino fundamental completo	2	2,1
	Ensino médio incompleto	13	13,5
	Ensino médio completo	48	50,0
	Ensino superior incompleto	14	14,6
	Ensino superior completo	11	11,5
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	66	68,8
	Entre 2 e 4 salários mínimos	30	31,3
Município de residência	Paraíso do Tocantins	96	100,0
Gravidez de risco	Sim	49	51,0
	Não	47	49,0
Número de partos	1 parto	41	42,7
	2 partos	34	35,4
	3 ou mais partos	21	21,9
Tipo de parto	Normal	46	47,9
	Cesariano	41	42,7
	Ambos	9	9,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

Quanto ao conhecimento sobre violência obstétrica, 54,2% das participantes afirmaram conhecer o tema e 57,3% relataram saber identificar práticas relacionadas à violência obstétrica. Entretanto, 64,6% afirmaram não saber como denunciar situações dessa natureza e 72,9% desconheciam formas de prevenção.

Em relação aos direitos das gestantes, 80,2% conheciam o direito ao acompanhante durante o parto e 92,7% afirmaram conhecer o direito ao contato imediato com o recém-nascido após o nascimento. Sobre parto humanizado, 41,7% relataram conhecer o tema e possuir interesse pelo assunto, enquanto 32,3% afirmaram não conhecer o conceito (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento sobre violência obstétrica, denúncia e direitos das gestantes (n=96).

Variável	Categoria	n	%
Conhece violência obstétrica	Sim	52	54,2
	Não, mas já ouviu falar	35	36,5
	Nunca ouviu falar	9	9,4
Sabe identificar violência obstétrica	Sim	55	57,3
	Não	41	42,7
Sabe denunciar violência obstétrica	Sim	34	35,4
	Não	62	64,6
Sabe evitar violência obstétrica	Sim	26	27,1

Variável	Categoria	n	%
Conhece direito ao acompanhante durante o parto	Não	70	72,9
	Sim	77	80,2
Conhece direito ao contato imediato com o recém-nascido	Sim	89	92,7
Conhece parto humanizado	Sim e possui interesse	40	41,7
	Não, mas possui interesse	25	26,0
	Não conhece	31	32,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

A prevalência de relato autorreferido de violência obstétrica foi de 28,1% (n=27). Entretanto, 31 participantes relataram ter vivenciado ao menos uma situação compatível com violência obstétrica durante o pré-natal, parto ou puerpério. Entre as situações mais frequentemente relatadas destacaram-se ausência de alívio da dor (51,6%), violência verbal (48,4%), realização de exame de toque sem consentimento (19,4%) e negação de atendimento (16,1%) (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de relato de violência obstétrica e principais situações compatíveis com violência obstétrica relatadas pelas participantes (n=96)

Variável	Categoria	n	%
Relato autorreferido de violência obstétrica	Sim	27	28,1
	Não	69	71,9
Situações compatíveis com violência obstétrica*	Ausência de alívio da dor	16	51,6
	Violência verbal	15	48,4
	Exame de toque sem consentimento	6	19,4
	Negação de atendimento	5	16,1
	Violência física	1	3,2
	Assédio sexual	0	0,0

*Questão de múltipla escolha. As frequências foram calculadas entre as 31 participantes que relataram ao menos uma situação compatível com violência obstétrica, independentemente do reconhecimento explícito da experiência como violência obstétrica.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

Entretanto, verificou-se associação estatisticamente significativa entre número de partos e ocorrência de violência obstétrica ($p=0,016$). Mulheres com três ou mais partos apresentaram maior frequência de relato de violência obstétrica (52,4%) quando comparadas aos demais grupos (Tabela 4).

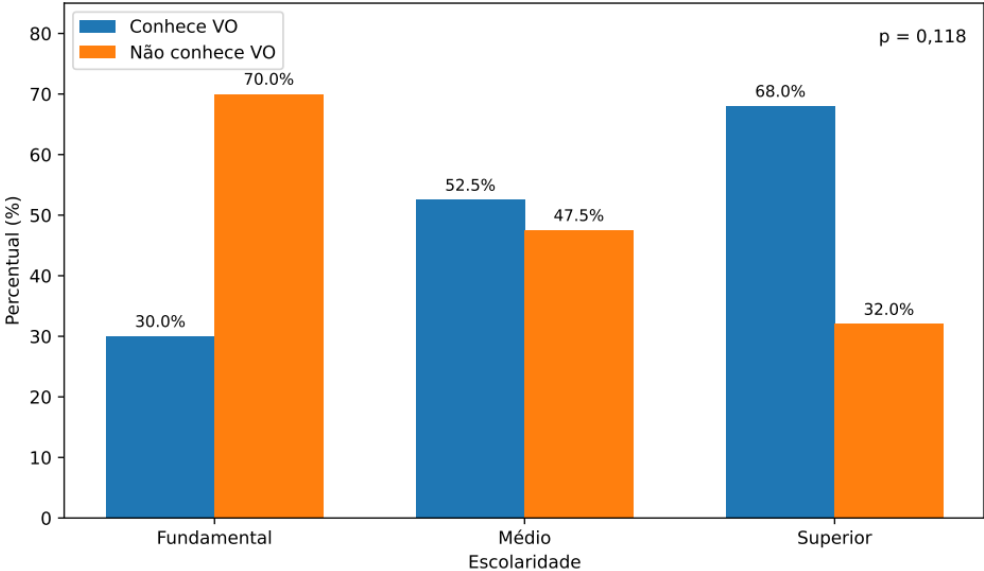
Tabela 4. Associação entre variáveis obstétricas e ocorrência de violência obstétrica (n=96).

Variável	Categoria	Sofreu violência obstétrica n (%)	Não sofreu violência obstétrica n (%)	p-valor
Gravidez de risco	Sim	16 (32,7)	33 (67,3)	0,435
	Não	11 (23,4)	36 (76,6)	
Número de partos	1 parto	10 (24,4)	31 (75,6)	0,016*
	2 partos	6 (17,6)	28 (82,4)	
	3 ou mais partos	11 (52,4)	10 (47,6)	
Tipo de parto	Normal	13 (28,3)	33 (71,7)	0,480
	Cesariano	10 (24,4)	31 (75,6)	

*Teste do qui-quadrado de Pearson; associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).
Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

Observou-se tendência de maior conhecimento sobre violência obstétrica entre mulheres com maior escolaridade. Entre participantes com ensino superior, 68,0% afirmaram conhecer o tema, enquanto entre aquelas com ensino fundamental essa frequência foi de 30,0%. Contudo, essa associação não apresentou significância estatística ($p = 0,118$) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Associação entre escolaridade e conhecimento sobre violência obstétrica (n = 96).



Teste do qui-quadrado de Pearson.
Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

Também foi observada associação estatisticamente significativa entre saber identificar violência obstétrica e relatar ocorrência do evento ($p = 0,006$). Entre as participantes que afirmaram saber identificar violência obstétrica, 40,0% relataram já ter sofrido esse tipo de violência, enquanto entre aquelas que não sabiam identificar a frequência foi de 12,2%. Houve ainda associação significativa entre conhecer violência

obstétrica e relatar ocorrência do evento ($p=0,047$). Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre saber denunciar ou saber evitar violência obstétrica e o relato de ocorrência (Tabela 5).

Tabela 5. Associação entre conhecimento sobre violência obstétrica e relato de violência obstétrica ($n = 96$)

Variável	Categoria	Sofreu violência obstétrica n (%)	Não sofreu violência obstétrica n (%)	p-valor
Sabe identificar violência obstétrica	Sim	22 (40,0)	33 (60,0)	0,006*
	Não	5 (12,2)	36 (87,8)	
Conhece violência obstétrica	Sim	20 (38,5)	32 (61,5)	0,047*
	Não/já ouviu falar	7 (15,9)	37 (84,1)	
Sabe denunciar violência obstétrica	Sim	8 (23,5)	26 (76,5)	0,614
	Não	19 (30,6)	43 (69,4)	
Sabe evitar violência obstétrica	Sim	6 (23,1)	20 (76,9)	0,650
	Não	21 (30,4)	48 (69,6)	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; associação estatisticamente significativa ($p<0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2025–2026.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo identificou frequência relevante de desconhecimento sobre violência obstétrica, especialmente em relação aos mecanismos de denúncia e prevenção, além de elevada ocorrência de relatos compatíveis com práticas abusivas durante o ciclo gravídico-puerperal. Embora parte das participantes afirmasse conhecer o tema, observou-se discrepância entre reconhecimento conceitual e identificação prática das situações vivenciadas. Observou-se que, dentre as 31 participantes que relataram experiências compatíveis com violência obstétrica, 87% reconheceram essas situações como manifestações de violência obstétrica. Esse resultado demonstra que a maioria das mulheres afetadas possui capacidade de identificar práticas inadequadas durante a assistência, refletindo maior conscientização acerca de seus direitos. Entretanto, a persistência desses relatos evidencia que o reconhecimento do problema, por si só, não tem sido suficiente para prevenir sua ocorrência. Esse resultado corrobora estudos brasileiros que descrevem invisibilidade institucional da violência obstétrica e dificuldade das mulheres em reconhecer condutas abusivas durante o parto e puerpério.^{19–21}

A prevalência de relato autorreferido de violência obstétrica observada neste estudo foi semelhante à encontrada em pesquisas nacionais conduzidas em maternidades públicas brasileiras.^{19–22} As situações mais frequentemente relatadas incluíram ausência de

alívio da dor, violência verbal, procedimentos realizados sem consentimento e negação de atendimento. Esses achados reforçam a persistência de modelos obstétricos intervencionistas e centrados na autoridade profissional, frequentemente associados à perda de autonomia feminina e à desumanização da assistência.^{19,21,23} Estudos nacionais apontam que práticas como negligência assistencial, restrição de informação, comunicação agressiva e realização de procedimentos sem consentimento permanecem frequentes mesmo após a implementação de políticas públicas de humanização do parto.^{20,23}

Os resultados também evidenciaram importante fragilidade no conhecimento relacionado à denúncia e prevenção da violência obstétrica (Tabela 5). A maioria das participantes afirmou desconhecer canais formais de denúncia e estratégias preventivas. Esse achado possui relevância sanitária significativa, pois demonstra lacunas nas ações educativas desenvolvidas durante o pré-natal. A Atenção Primária à Saúde representa espaço estratégico para promoção da autonomia feminina e fortalecimento dos direitos reprodutivos.^{24,25} Entretanto, estudos brasileiros demonstram que orientações sobre violência obstétrica ainda são insuficientemente abordadas durante o acompanhamento pré-natal, especialmente em populações socialmente vulneráveis.²⁴⁻²⁶

Observou-se elevada frequência de conhecimento sobre direitos específicos relacionados à humanização da assistência, como presença de acompanhante e contato imediato com o recém-nascido (Tabela 2). Esse resultado pode refletir maior disseminação das políticas públicas voltadas à humanização do parto no Brasil, especialmente após a implementação da Rede Cegonha e da Lei do Acompanhante.^{27,28} Contudo, o conhecimento fragmentado não necessariamente se traduz em capacidade de reconhecimento das situações de violência obstétrica. A naturalização histórica de práticas coercitivas e autoritárias na assistência obstétrica contribui para manutenção desse cenário.^{19,20}

Na análise inferencial, verificou-se associação estatisticamente significativa entre maior número de partos e relato de violência obstétrica ($p=0,016$). Mulheres com três ou mais partos apresentaram maior frequência de experiências compatíveis com violência obstétrica. Esse resultado pode estar relacionado à maior exposição acumulada aos serviços obstétricos ao longo da vida reprodutiva, aumentando a probabilidade de contato com práticas inadequadas. Estudos nacionais identificaram associação semelhante entre multiparidade e maior percepção de negligência, violência verbal e intervenções não consentidas.^{29,30}

Também foi observada associação significativa entre conhecimento sobre violência obstétrica, capacidade de identificação das práticas abusivas e relato de ocorrência do

evento. Mulheres que afirmaram saber identificar violência obstétrica apresentaram maior frequência de relatos de violência. Esse achado sugere que o conhecimento exerce papel central no reconhecimento das experiências abusivas vivenciadas durante o atendimento obstétrico. Estudos brasileiros apontam que mulheres com maior escolaridade e acesso à informação tendem a reconhecer com maior clareza violações de direitos durante o parto.^{31,32} Em contrapartida, mulheres com menor acesso à educação em saúde podem interpretar práticas violentas como condutas normais da assistência obstétrica, favorecendo subnotificação e perpetuação dessas práticas.^{19,20}

Não foram observadas associações significativas entre gravidez de risco, tipo de parto e ocorrência de violência obstétrica. Embora pesquisas nacionais frequentemente descrevam maior vulnerabilidade entre mulheres submetidas à cesariana ou gestação de alto risco,^{29,33} os resultados do presente estudo podem ter sido influenciados pelo tamanho amostral reduzido e pela distribuição das categorias analisadas. Ainda assim, a ausência de associação estatística não reduz a relevância clínica e social do problema identificado.

O estudo apresenta limitações importantes. O delineamento transversal impossibilita estabelecer relações causais entre as variáveis investigadas. A utilização de amostragem não probabilística consecutiva limita a generalização dos achados. Além disso, o instrumento utilizado não passou por validação psicométrica formal. A possibilidade de viés de memória e subnotificação também deve ser considerada, especialmente diante da dificuldade de reconhecimento da violência obstétrica pelas participantes.

Apesar das limitações, o estudo apresenta pontos fortes relevantes, com temática de elevada importância social e sanitária em contexto regional ainda pouco explorado pela literatura científica. A inclusão de gestantes e puérperas assistidas na Atenção Primária à Saúde permitiu avaliar simultaneamente conhecimento, percepção e experiências relacionadas à violência obstétrica. Além disso, a identificação de sub-reconhecimento das práticas abusivas representa achado relevante para formulação de estratégias educativas e fortalecimento das políticas públicas de humanização da assistência obstétrica.

Os resultados reforçam a necessidade de ampliação das ações de educação em saúde durante o pré-natal, fortalecimento da humanização da assistência obstétrica e capacitação permanente das equipes de saúde. Estratégias voltadas ao reconhecimento dos direitos reprodutivos, acolhimento qualificado e prevenção de práticas abusivas podem contribuir para redução da violência obstétrica e fortalecimento da autonomia feminina durante o ciclo gravídico-puerperal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou prevalência relevante de violência obstétrica entre gestantes e puérperas assistidas na Atenção Primária à Saúde de Paraíso do Tocantins, além de importante fragilidade no conhecimento sobre prevenção, identificação e mecanismos de denúncia. Observou-se discrepância entre vivência de situações compatíveis com violência obstétrica e reconhecimento explícito dessas práticas pelas participantes, sugerindo subnotificação e naturalização da violência institucional durante o ciclo gravídico-puerperal. Houve associação significativa entre multiparidade, maior capacidade de identificação da violência obstétrica e relato de ocorrência do evento. Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações educativas no pré-natal, ampliação da humanização da assistência obstétrica e capacitação permanente das equipes de saúde, visando à garantia dos direitos reprodutivos, redução de práticas abusivas e promoção de assistência materna mais segura, ética e centrada na autonomia da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Diniz CSG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia e impactos. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3):377-84.
2. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz CSG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(35):1-12.
3. Brandt GP, Rodrigues FA, Heck RM, Vargas VRA, Arboit J, Elias EA. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. *Rev Gest Saúde.* 2018;19(1):19-37.
4. Flores CA, Mello Netto V. “É para o seu bem”: a “violência perfeita” na assistência obstétrica. *Physis.* 2023;33:e33057.
5. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
6. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e saúde pública no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(2):483-91.
7. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013.
8. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2017;33 Suppl 1:e00078816.
9. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica.* 2014;30 Suppl:S192-207.
10. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica.* 2014;30 Suppl:S154-68.

11. Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021 [cited 2026 May 16]. Available from: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>
12. Leitão KRS, Sousa KMO, Silva RAR, et al. Representações sociais de puérperas sobre violência obstétrica nos cenários do parto e do nascimento. Cien Saude Colet. 2025;30:e08662024.
13. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. Esc Anna Nery. 2015;19(4):614-20.
14. Nery D, Silva RM, Oliveira TS, et al. Nível de conhecimento de gestantes e puérperas usuárias do serviço municipal de saúde sobre violência obstétrica. Contrib Cienc Soc. 2025;18(1):e14414.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Educação em saúde no pré-natal como estratégia de empoderamento feminino. Rev Enferm UFSM. 2020;10:e41.
18. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7.
19. Barros GM, Pereira WR. Violência obstétrica e o cuidado de enfermagem: reflexões a partir da literatura. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(9):3645-3653.
20. Brandt GP, Souza SJP, Miasso AI, et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. Rev Gest Saúde. 2018;19(1):19-37.
21. Diniz CSG, Salgado HO, Andrezzo HFA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(1):1-5.
22. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública. 2014;30 Suppl 1:S192-S207.
23. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu). 2011;15(36):79-92.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
25. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
26. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina e violência obstétrica no contexto da assistência ao parto. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200125.
27. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da União. 2005 abr 8.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface (Botucatu). 2017;21(60):209-220.
30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014;30 Suppl 1:S17-S32.

-
31. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren MA, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric violence: the path towards recognition of a worldwide phenomenon. *BJOG*. 2014;121(13):1640-1648.
 32. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847.
 33. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33 Suppl 1:e00078816.