



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Elisa Jerónimo Aires Leite

**Violência Obstétrica: estudo qualitativo sobre
conceções e significados no contexto português**

Trabalho realizado sob a orientação
de Prof^a Dr^a Carla Antunes
Coorientação de Prof.^a Dr^a Célia Ferreira

Fevereiro de 2023



Elisa Jerónimo Aires Leite

**Violência Obstétrica: estudo qualitativo sobre
conceções e significados no contexto
português**

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça:
Vítimas de Crime

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade
Lusófona do Porto no dia 07/02/2023, perante o júri seguinte:
Presidente: Prof.^a Doutora Ana Rita Conde (Prof.^a Auxiliar da
Universidade Lusófona do Porto)
Arguente: Prof.^a Doutora Sónia Caridade (Prof.^a Auxiliar da
Universidade do Minho)
Orientadora: Prof.^a Doutora Carla Margarida Vieira Antunes
(Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Fevereiro de 2023

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

À professora Carla Antunes pelos ensinamentos durante a minha jornada. Sua paciência, disponibilidade, transmitindo seus conhecimentos de forma clara e precisa, além das excelentes orientações, corrigindo e direcionando meu trabalho formaram um grande contributo para esta pesquisa e meu enriquecimento acadêmico e profissional.

À professora Célia Ferreira pela transmissão de conhecimento, disponibilidade e estímulo constante.

A todas as mulheres, participantes deste estudo, pelo contributo necessário para a execução da pesquisa.

Pelo apoio na divulgação da pesquisa em sua redes sociais, um agradecimento especial a APDMGP, a advogada Mia Negrão e ao movimento Violência Obstétrica PT.

Às amigas Luciana Ferreira e Ana Manarte pela amizade essencial ao percurso vivenciado.

Ao meu companheiro Sérgio Silva pelo apoio.

À minha mãe, pelo inventivo e amor.

Violência Obstétrica: estudo qualitativo sobre concepções e significados no contexto português

Resumo

A violência obstétrica é caracterizada por práticas de maus-tratos no contexto da saúde reprodutiva da mulher. Efetivamente, a investigação atual sugere que mulheres em todo o mundo experienciam algum tipo de maus-tratos durante o parto. Para a melhor compreensão do fenómeno em Portugal, o presente estudo, pretendeu, através de uma abordagem qualitativa, identificar as dinâmicas da experiência de vitimação e o subsequente impacto percebido das mulheres nos diferentes domínios do seu funcionamento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezanove mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre 22 e os 41 anos ($M=33.2$; $DP=1.1$), que solicitaram ajuda e/ou informação junto de instituições de apoio a este tipo de vítimas. Os dados recolhidos foram analisados de acordo com a análise temática, com recurso ao software QSR Nvivo10.

Da análise resultaram seis temas centrais, nomeadamente a experiência de maus-tratos, impacto psicológico para a vítima, processo de reconhecimento da vitimação, estratégias de *coping*, fatores precipitantes e outras dimensões do impacto da vitimação. Os resultados obtidos contribuíram para um maior conhecimento sobre as dinâmicas que permeiam a experiência abusiva e os impactos psicológicos resultantes da experiência de vitimação, sobretudo as dimensões subjetivas do impacto. Por fim, foram discutidos aspetos que determinaram o reconhecimento da vitimação e as estratégias de *coping* assumidas.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Maus-tratos no parto; Vitimação feminina; Impacto psicológico

Obstetric Violence: qualitative study on conceptions and meanings in the Portuguese context

Abstract

Obstetric violence is characterized by mistreatment in the context of women's reproductive health. Indeed, current research suggests that women around the world experience some form of mistreatment during childbirth. For a better understanding of the phenomenon in Portugal, the present study aimed, through a qualitative approach, to identify the dynamics of the victimization experience and the subsequent perceived impact of women in the different domains of their functioning. Semi-structured interviews were carried out with nineteen women residing in Portugal, aged between 22 and 41 years ($M=33.2$; $SD=1.1$), who requested help and/or information from institutions that support this type of victim. The collected data were analyzed according to thematic analysis, using the QSR Nvivo10 software.

The analysis resulted in six central themes: the experience of abuse, the psychological impact on the victim, the process of recognizing victimization, *coping* strategies, precipitating factors and other dimensions of the impact of victimization. The results contributed to a better understanding of the dynamics that permeate the abusive experience and the psychological impacts resulting from the victimization experience, especially the subjective dimensions of the impact. Finally, aspects that determined the recognition of victimization and the *coping* strategies were discussed.

Keywords: Obstetric Violence; Mistreatment during childbirth; Female Victimization; Psychological Impact

Índice

Enquadramento Conceptual.....	10
Relevância científica e social e objetivos do estudo	14
Método	15
Participantes	15
Instrumentos	18
Procedimentos de recolha de dados.....	18
Procedimentos de análise de dados	19
Resultados	19
Experiência de maus-tratos.....	20
Impacto psicológico para a vítima	24
Processo de reconhecimento da vitimação	26
Estratégias de <i>coping</i>	27
Fatores precipitantes da vitimação	28
Outras dimensões do impacto da vitimação	28
Discussão	29
Referências	34

Índice de abreviaturas e siglas

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

ULP – Universidade Lusófona do Porto

Índice de tabelas

Tabela 1: <i>Caracterização sociodemográfica das participantes</i>	16
Tabela 2: <i>Síntese dos resultados – temas e subtemas</i>	20

Enquadramento Concetual

Evidências científicas sugerem que mulheres em todo o mundo experienciam tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente durante o parto, nomeadamente abuso psicológico, abuso físico, discriminação, abandono e violação da privacidade (Bohren et al., 2019; Silveira et al., 2019; Solnes-Miltburg et al., 2018). Essas práticas não apenas violam o direito fundamental das mulheres de viverem uma vida sem violência, mas também podem ameaçar os seus direitos à vida, à saúde, à integridade física, à privacidade, à autonomia e à não discriminação (Simonovic, 2019).

A literatura sobre o tema aborda o fenómeno como uma questão de enorme relevância a nível global, uma vez que se configura uma ameaça aos direitos das mulheres (Castro & Rates, 2021). Mas, apesar de este fenómeno ser alvo de atenção científica, a literatura neste domínio ainda é marcada pela falta de consenso sobre o conceito e uma definição concisa do fenómeno, pela variabilidade de terminologias, bem como pelas lacunas detetadas a nível de medidas validadas para avaliar esta experiência (Bohren et al., 2015; Leite et al., 2020; Freedman et al., 2014; Savage & Castro, 2017; Sen et al., 2018).

O termo violência obstétrica é um conceito difundido e começou a ser reconhecido à medida que o tema alcançou notoriedade política, se tornando a designação mais utilizada na tipificação legal do fenómeno e por entidades com competência em direitos humanos (Sen et al., 2018). A violência obstétrica pode ser definida como qualquer ação promovida pelos profissionais de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos da mulher, nomeadamente abuso físico, psicológico e sexual que caracterizam uma assistência desumanizada. Esta definição deriva da lei venezuelana instituída em 2009, como forma legal de reconhecer a violência obstétrica, mais especificamente, a “lei orgânica do direito da mulher a uma vida livre de violência” (Annborn & Finbogadóttir, 2022; Cardoso et al., 2017; Carer et al., 2021; Diniz et al., 2015; Garcia, 2020, Trajano & Barreto, 2021).

Importa referir que esta definição de violência obstétrica é compatível com uma violação dos direitos da mulher (Carer et al. 2021). Nesse sentido, alguns autores assumem o fenómeno como uma forma de violência de género, por considerarem uma forma específica de violência enraizada na conceção sociocultural sobre a mulher e o corpo feminino (Castro & Rates, 2021; Dias & Pacheco, 2020; Trajano & Barreto, 2021). Nesta perspetiva, uma dimensão a considerar diz respeito à violação do direito da mulher à sua integridade corporal, sendo que algumas ações fazem com que a mulher não tenha controlo sobre o seu corpo e se torne subordinada, sendo convertida a objeto de intervenção

profissional (Trajano & Barreto, 2021). Este aspeto pode ser identificado nas intervenções médicas desnecessárias e coercitivas, como é o caso da episiotomia de rotina que é um procedimento cirúrgico realizado sobre o corpo de uma mulher saudável sem seu consentimento, como na exposição do corpo da mulher e da sua intimidade (Bezerra et al., 2020; Trajano & Barreto, 2021).

Para além da violência de género, alguns estudos também consideram uma forma de violência institucional, no qual consideram a relação entre a mulher e a equipa de saúde constituída a partir de uma relação hierárquica, em que a assimetria de poder é subjacente não só ao género, mas também ao estatuto profissional e social (Aguiar & d'Oliveira, 2011; Cassiano et al., 2016; Marrero et al., 2020; Sen et al., 2018; Savage & Castro, 2017; Silveira et al., 2015). Adicionalmente, a violência também pode decorrer de condições estruturais do ambiente, nomeadamente a sobrecarga de serviços e a falta de comunicação efetiva (Cardoso et al., 2017). De acordo com esta perspetiva, uma estrutura inadequada potencia o desrespeito pela dignidade e pela privacidade da mulher, assim como reduz a capacidade do profissional de saúde de prestar cuidados adequados (Leite et al., 2020). Neste contexto, a violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, abuso verbal, físico, sexual e práticas obstétricas que, sem evidência científica, priorizam as necessidades institucionais e não as das mulheres (Aguiar & d'Oliveira, 2011; Sen et al., 2018).

Não obstante muitos estudos assumirem a terminologia violência obstétrica, importa ressaltar que esta designação é, ainda, algo controversa, sendo recusada por alguns autores, pelo facto da palavra violência assumir um cariz de intencionalidade, que contraria a perceção dos profissionais de saúde (Sen et al., 2018). Neste sentido, para além do termo violência obstétrica é de destacar outras terminologias utilizadas para caracterizar situações de abuso perpetradas no contexto obstétrico, nomeadamente o desrespeito e abuso e os maus-tratos (Leite et al., 2020). O termo desrespeito e abuso é inicialmente destacado na proposta de Brower e Hill (2010), que propõe uma classificação em sete categorias: o abuso físico, o atendimento clínico não consentido, o atendimento não confidencial, atendimento não digno, discriminação, abandono e detenção em unidades de saúde. Para os autores, estas dimensões constituem uma violação dos direitos humanos, sobretudo, por ocorrer num período de particular vulnerabilidade para a mulher (Bohren et al., 2015; Savage & Castro, 2017; Silveira et al., 2019). É de destacar que embora esta classificação seja amplamente difundida e represente uma base conceptual importante na descrição do

fenómeno, alguns autores argumentam que esta tipologia não diferencia suficientemente formas de desrespeito e abuso que surgem no contexto estrutural do sistema de saúde (Bohren et al., 2015; Leite et al., 2020; Savage & Castro, 2017).

Com base nessa lacuna identificada, Freedman e colaboradores (2014) propuseram uma definição robusta ao enquadrar o fenómeno numa perspetiva multidimensional. O modelo conceptual teve como propósito associar formas de desrespeito e abuso a fatores individuais, estruturais e políticos (Bohren et al., 2015; Freedman et al., 2014; Savage & Castro, 2017). Os autores salientam que a perceção da conduta abusiva pode variar mediante as interações e a normalização das práticas pelos diferentes intervenientes, nomeadamente as mulheres e os profissionais face às normas de condutas assumidas (Freedman et al., 2014).

Ainda com o objetivo de colmatar algumas das limitações mencionadas, Bohren e colaboradores (2015), assumiram uma nova terminologia, nomeadamente os maus-tratos à mulher no parto em unidades de saúde. A tipologia é apresentada através de sete dimensões, nomeadamente o abuso físico, o abuso sexual, o abuso verbal, o estigma e a discriminação, as falhas nos padrões dos cuidados dos profissionais e a reduzida qualidade na relação com os prestadores de cuidado (Bohren et al., 2015; Leite et al., 2020).

No que concerne aos tipos de maus-tratos descritos, a investigação atual sugere que muitas formas de abuso que ocorrem durante a gravidez e o parto são normalizadas, o que faz com que as mulheres não percecionem o carácter abusivo de certas condutas e evidenciem baixas expectativas sobre os cuidados obstétricos (Bezerra et al., 2020, Bohren et al., 2015; Savage & Castro, 2017). Mais especificamente, as mulheres podem considerar os maus-tratos como condutas normais e aceitáveis (e.g., tolerar a dor sem reclamar) e os profissionais de saúde podem justificar certas práticas abusivas pela priorização de questões técnicas. A normalização de diferentes formas de maus-tratos, em que mulheres e profissionais não reconhecem a sua natureza abusiva tem implicações importantes para a prestação adequada de cuidados e podem contribuir substancialmente nas estimativas de prevalência do fenómeno (Ayala, 2021; Bohren et al., 2015; Dwekat et al., 2020; Savage & Castro, 2017; Silveira et al., 2019).

Atualmente, o fenómeno tem vindo a ser identificado como um problema de saúde pública por representar uma violação dos direitos humanos, com prevalência em todos os países, afetando mulheres independentemente da raça, idade, cultura ou nível socioeconómico (Carer et al., 2021). Não obstante, apesar de todas as mulheres estarem

expostas a esse tipo de maus-tratos, importa ressaltar que alguns estudos salientam que determinados fatores individuais e sociais podem representar um maior risco para a experiência de determinados tipos de abuso ocorridos em contexto obstétrico (Carer et al., 2021; Diniz, 2015; Martinez-Galiano et al., 2020).

Até o momento, as avaliações dos maus-tratos no contexto obstétrico centraram-se, principalmente, na monitorização dos cuidados durante os partos hospitalares em ambientes de poucos recursos económicos. No entanto, são cada vez mais divulgados na comunidade científica, estudos realizados em países desenvolvidos, com bons resultados de assistência à maternidade (e.g. taxas elevadas de sobrevivência dos recém-nascidos), que evidenciam relatos de mulheres com experiências negativas durante o parto (Annborn & Finndogadóttir, 2022; Vedan et al., 2019). Mais especificamente, estudos qualitativos neste domínio têm vindo a evidenciar de forma mais detalhada, algumas dimensões recorrentemente percecionadas pelas mulheres com experiências negativas de parto. Algumas destas dimensões referem-se ao abandono, a falta de informação e consentimento, ao alívio insuficiente da dor, à falta de confiança nos profissionais de saúde, e à experiência de abuso físico (Annborn & Finndogadóttir, 2022; Castro & Rates, 2021; Vedan et al., 2019). A este propósito, também é de referir que, frequentemente, a violência assume um carácter subtil, observada em algumas práticas, nomeadamente a proibição de um acompanhante, restrição à mobilidade da mulher e a realização de procedimentos sem evidência científica. Estas dimensões podem induzir a mulher a aceitar a conduta como única possível, dificultando a perceção da prática como abusiva (Pontes et al., 2021).

Nesta sequência, a investigação tem vindo a sugerir impacto percecionado pelas mulheres, reconhecido tanto no imediato da experiência de vitimação como a longo prazo (Dias & Lobato, 2020). Dos resultados descritos na literatura, destacam-se as lesões físicas do bebé e/ou da mãe, o sentimento de desconfiança e revolta, o enfraquecimento dos laços familiares e impacto na relação mãe-bebé, consequências na sexualidade materna e no planeamento familiar (Elmir et al., 2010; Garcia, 2020; Martinez-Galiano, 2020; Silveira et al., 2019; Shorey et al. 2018; Taghizaden et al., 2021).

Especificamente, no que se refere ao impacto psicológico, é de ressaltar uma variedade de efeitos que tendem a prolongar-se ao longo do tempo, nomeadamente as memórias negativas de parto, pesadelos, pânico e medo do parto (Annborn & Finndogadóttir, 2022; Dias & Pacheco, 2020; Taghizaden et al. 2021 Vedan et al., 2019). Neste contexto, o

potencial impacto na saúde mental das mulheres também é descrito na literatura, sobretudo, pelo aumento do risco de desenvolvimento de psicopatologia (Silveira et al., 2019). Mais especificamente, uma experiência negativa de gravidez e parto pode estar associada a um potencial quadro de psicopatologia no pós-parto, sobretudo a depressão e o stress pós-traumático (Silveira et al., 2019). Pese embora a variabilidade de efeitos descritos na literatura decorrentes desta experiência, importa referir que esta relação não é linear e que algumas mulheres não percecionam impacto adverso associado a esta vivência potencialmente traumática (Elmir et al., 2010; Lansky et al., 2019). Neste sentido, a investigação sugere alguns fatores moderadores deste impacto, nomeadamente o apoio contínuo do acompanhante, percecionado como uma proteção dos abusos durante o parto, e o apoio social e emocional de familiares ou amigos no parto e pós-parto (Bezerra et al., 2020; Diamond-Smith et al., 2016; Martinez-Galiano et al., 2020).

Relevância científica e social e objetivos do estudo

Em Portugal, a investigação realizada neste domínio é, ainda, muito restrita, apesar de recente Resolução da Assembleia da República que recomenda ao governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de investigação neste domínio (DRE, 2021). A recomendação da Assembleia da República é orientada pelos critérios delimitados pela OMS, que em 2014 emitiu uma declaração referindo a necessidade de mais investigação sobre o fenómeno de desrespeito e abuso em todo o mundo (Sen et al., 2018; Sadler et al., 2016; Taghizaden et al., 2021).

Embora este maior investimento, importa destacar que a evidência científica produzida não reflete, ainda, uma discussão teórica suficiente acerca desta experiência de vitimação e o seu respetivo impacto (Silveira et al., 2019). Especificamente, apesar do crescente número de estudos sobre o impacto dos maus-tratos no contexto obstétrico, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento de psicopatologia, ainda é limitada a evidência científica sobre a relação entre a vitimação e os efeitos para a mulher e o bebé (Martinez-Galiano, 2020). Neste sentido, os estudos qualitativos, ao centrarem-se na perceção das mulheres são considerados, por alguns autores, uma mais-valia no sentido de contribuírem para uma compreensão mais profunda do fenómeno e, nesta sequência, resultar em implicações para as políticas públicas neste domínio (Sen et al., 2018; Taghizaden et al., 2021).

Nesta sequência, este estudo procurou compreender o fenómeno, adotando a designação violência obstétrica, por considerar o reconhecimento desta nomenclatura pela legislação vigente e pela comunidade, configurando-se, ainda, um termo com maior

possibilidade de identificação para as participantes. Este estudo tem como objetivo compreender as concepções e os significados associados à experiência de gravidez e de parto de um grupo de mulheres. Mais especificamente, pretende-se explorar (1) as concepções relativas a práticas clínicas que desrespeitam os direitos das mulheres em processos de gravidez e parto; (2) experiências potencialmente abusivas em contexto obstétricos; (3) significados associados à experiência individual de gravidez e parto e respetivo impacto percebido no funcionamento psicossocial da mulher.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 19 mulheres residentes em Portugal. Para a seleção das participantes foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos; (2) mulheres, residentes em Portugal, que tiveram filhos de partos ocorridos em contexto hospitalar; (3) parto ocorrido antes da pandemia de Covid-19 (março de 2020 até a presente data). O período de pandemia COVID-19 foi definido enquanto critério de exclusão por este intervalo de tempo apresentar especificidades suscetíveis de enviesar os resultados do estudo (e.g. durante o período da pandemia de Covid-19 as normas hospitalares sofreram alterações significativas).

No que concerne a caracterização das participantes, os dados sociodemográficos de caracterização individual e dados relativos a informações obstétricas encontram-se sistematizados na tabela 1. A maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa ($n=16$; 84.2%), sendo as restantes de outras nacionalidades. As mulheres têm idades compreendidas entre os 22 e os 41 anos ($M=33.2$; $DP=1.1$), sendo que seis das participantes são residentes em Lisboa ($n=6$, 31.6%), e as demais de outros distritos do país. Relativamente às habilitações literárias, a maioria das participantes completou o grau de licenciatura ($n=12$; 63.2%). No que se refere ao rendimento familiar mensal, os valores oscilam entre o mínimo de 800 euros e o máximo de 4.500 euros ($M=2063.26$; $DP=183.35$). Relativamente ao número de filhos, observa-se uma maior expressão de mulheres com dois filhos ($n=10$; 52.6%), sendo que oito das mulheres fez referência a apenas um filho ($n=8$; 42.1%). Das características obstétricas e de parto, é de destacar a idade materna no momento do parto ($M=28.47$; $D=1.63$), em que a idade mínima referida foi de 17 anos e a máxima de 36 anos. A maioria dos partos referidos foram por via vaginal ($n=15$; 78.9%), sendo que a cesariana foi o tipo de parto referido por quatro mulheres (21.1%).

Tabela 1*Variáveis Sociodemográficas - Características individuais e obstétricas*

Variáveis Sociodemográficas – características individuais e obstétricas	n	%	M	DP
Idade			33.2	1.1
Estado Civil				
Casada	12	63.2		
União de facto	7	36.8		
Número de filhos				
1 filho	8	42.1		
2 filhos	10	52.6		
3 filhos	1	5.3		
Idade dos filhos			4.63	0.68
Nacionalidade				
Portuguesa	16	84.2		
Brasileira	1	5.3		
Italiana	1	5.3		
Estoniana	1	5.3		
Distrito de residência				
Lisboa	6	31.6		
Porto	4	21.1		
Leiria	2	10.5		
Setúbal	2	10.5		
Aveiro	1	5.3		
Braga	1	5.3		
Bragança	1	5.3		
Santarém	1	5.3		
Viseu	1	5.3		
Grau Académico				
3º ciclo do ensino básico (9º ano)	1	5.3		
Secundário	3	15.8		
1º Ciclo do Ensino Superior/Licenciatura	12	63.2		
2º Ciclo do Ensino Superior/Mestrado	1	5.3		
3º Ciclo do Ensino Superior/Doutoramento	2	10.5		
Condição profissional				
Desempregada	1	5.3		
Trabalhador	14	73.7		

Trabalhador/Estudante	4	21.1		
Rendimento Mensal Bruto			2063.16	186.25
Idade Materna no parto			28.47	1.63
Idade gestacional no parto (semanas de gravidez)				
34	1	5.3		
37	1	5.3		
38	2	10.5		
39	8	42.1		
40	5	26.3		
41	2	10.5		
Via de parto				
Parto vaginal	15	78.9		
Cesariana	4	21.1		
Indução do parto				
Sim	11	57.9		
Não	8	42.1		
Analgesia				
Sim	17	89.5		
Não	2	10.5		
Episiotomia				
Sim	12	63.2		
Não	7	36.8		
Presença do acompanhante				
Sim	15	78.9		
Não	4	21.1		
Preparação pré-parto				
Sim	16	84.2		
Não	3	15.8		
Plano de parto				
Não	14	73.7		
Sim, mas não foi cumprido	4	21.1		
Sim, parcialmente cumprido	1	5.3		
Contacto pele-a-pele				
Sim	13	68.4		
Não	6	31.6		

Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram desenvolvidos especificamente para o presente estudo e incluíram um questionário sociodemográfico e de informações obstétricas e de parto e um guião de entrevista semiestruturada.

O questionário sociodemográfico visou recolher dados de caracterização individual das participantes (e.g. idade, nacionalidade) e também informações obstétricas (e.g. tipologia de parto).

O guião de entrevista semiestruturada foi construído com o objetivo de explorar questões relacionadas com a experiência pessoal de gravidez e parto em contexto hospitalar e o impacto percebido pelas participantes. O instrumento, composto por questões abertas, procurou explorar as perceções das mulheres relativamente às seguintes dimensões: (1) a experiência de gravidez e parto (2) a salvaguarda dos seus direitos fundamentais, especificamente no que se refere às escolhas e opções (3) a identificação de práticas clínicas obstétricas abusivas (4) a percepção do impacto da experiência de parto.

Procedimentos de recolha de dados

Inicialmente, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da ULP, tendo obtido a respetiva aprovação (Ref.^a 43/2021).

Após esta aprovação, foram realizados pedidos de colaboração a instituições que prestam apoio a este tipo de vítimas em Portugal (e.g. APDMGP), no sentido da divulgação do estudo. Nesta sequência, o processo de amostragem foi intencional e o acesso às participantes foi mediado pela articulação com as respetivas instituições. Após este processo, foi realizado um contacto com cada uma das mulheres no sentido de clarificar os objetivos do estudo e as questões éticas e deontológicas inerentes à participação e, sequentemente, recorrer à obtenção do consentimento informado.

As entrevistas realizaram-se em formato presencial e em locais que garantissem, de forma efetiva, a privacidade das participantes e as questões de confidencialidade. As entrevistas foram gravadas em áudio, salvaguardando os direitos de informação, anonimato e confidencialidade previstos no Código Deontológico (OPP, 2021). No final da participação, teve lugar um momento de *debriefing* com as participantes com o objetivo de disponibilizar os contactos dos elementos da equipa e foi dado feedback acerca dos resultados às participantes que o solicitaram.

Procedimentos de análise de dados

Para análise dos dados de caracterização individual das participantes e das informações obstétricas e de parto, realizou-se uma análise descritiva das variáveis através do *software IBM SPSS Statistics 25*.

As entrevistas foram devidamente transcritas em modo *verbatim*, sendo o posterior tratamento dos dados e respetiva análise realizada com recurso ao *software QRS Nvivo10*. Neste processo, importa salientar que os ficheiros de áudio e as entrevistas transcritas foram, no imediato, codificadas e anonimizadas e, posteriormente, armazenadas em uma *cloud* com acesso restrito e devidamente protegida.

Atendendo à natureza exploratória do estudo, recorreu-se à análise temática, por se constituir um método particularmente útil na investigação de áreas de conhecimento pouco exploradas. Assim, através de um conjunto de dados - neste caso as entrevistas – foi possível identificar, analisar e descrever padrões de significados construídos pelas participantes. No processo de análise, foi privilegiada uma abordagem indutiva e inclusiva dos dados e a operacionalização da análise temática foi estruturada de acordo com as etapas definidas por Braun & Clarke (2006), nomeadamente (1) a familiarização dos dados, através da realização da transcrição das entrevistas e exploração inicial das mesmas; (2) a criação de códigos iniciais, através da identificação dos padrões significativos nos dados; (3) a procura de temas e posterior codificação em categorias; (4) a revisão dos temas, a fim de garantir a coerência interna e heterogeneidade externa. Por último, foram definidos e hierarquizados os temas e os subtemas. A descrição dos resultados inclui o número de participantes que reportou o referido subtema (N) e o número de unidades de registo incluídas em cada subtema (n).

Por fim, a fim de garantir a validade e fiabilidade da análise dos dados, o processo de categorização e de codificação dos dados foi sistematicamente discutido com investigadores da equipa e foi, ainda, considerado o feedback de algumas participantes relativamente aos resultados obtidos como uma estratégia de validação.

Resultados

A exposição dos resultados será explicitada por temas e subtemas de maior relevância (cf. tabela 3). De forma pormenorizada, recorreu-se às verbalizações das participantes para exemplificar e contextualizar os temas mencionados, a fim de contribuir para uma melhor compreensão do processo indutivo. Da análise realizada, resultaram cinco temas centrais e seus respetivos subtemas.

Tabela 2*Síntese dos resultados- temas e subtemas*

Temas	Subtemas
Experiência de maus-tratos (N=19; n=788)	Reduzida qualidade nas relações com os prestadores de cuidados (N=19; n=468)
	Falhas nos padrões dos cuidados dos profissionais (N=19; n=184)
	Abuso Físico (N=17; n=62)
	Abuso Verbal (N=17; n=60)
	Estigmatização e Discriminação (N=7; n=15)
Impacto psicológico para vítima (N=19; n=223)	Reações imediatas (N=18; n= 45)
	Medo e vulnerabilidade (N=16; n=51)
	Impotência (N=13; n = 31)
	Stress pós-traumático (N=13; n =28)
	Culpa e Revolta (N=11; n =43)
	Depressão (N=10; n=24)
Processo de reconhecimento da vitimação (N=17; n =86)	Reconhecimento da vitimação (N=13; n=22)
	Vitimação secundária (N=10; n=22)
	Reconhecimento da vitimação do acompanhante (N=8; n =27)
	Questionamento sobre a normalidade do tratamento (N=8; n=18)
	Formalização da denúncia (N =6; n=28)
Estratégias de <i>coping</i> (N=16; n=126)	Respostas imediatas face a experiência (N= 11; n=46)
	Partilha da experiência (N=11; n=19)
	Procura de suporte formal (N=9; n=22)
	Ressignificação da experiência (N=9; n=17)
	Procura de suporte informal (N=7; n=15)
Fatores Precipitantes (N=16; n=44)	Normalização social das condutas (N=11; n=24)
	Condições e constrangimentos do sistema de saúde (N=10; n=20)
Outras dimensões do impacto da vitimação (N=14; n=57)	Consequências físicas dos maus-tratos (N=10; n=24)
	Impacto na relação íntima (N=9; n=13)
	Impacto na relação com o filho/a (N=6; n=11)
	Impacto no planeamento familiar (N=6; n= 9)

Experiência de maus-tratos

A experiência de maus-tratos no contexto da gravidez e parto é referida pela totalidade das entrevistadas (N=19; n=788), que identificam como dimensões mais expressivas a reduzida qualidade nas relações com os prestadores de cuidados (N=19; n=468), as falhas

nos padrões de cuidados dos profissionais (N=19; n=184), o abuso verbal (N=17; n= 62), o abuso físico (N=17; n= 60), a estigmatização e a discriminação (N=7; n=15).

Em concreto, o tema mais referido pelas participantes foi a reduzida qualidade nas relações com os prestadores de cuidados, em que percecionam a perda de autonomia no trabalho de parto (N=19; n=161), uma comunicação ineficaz (N=18; n=192) e a falta de apoio (N=17, n=115) como aspetos centrais da experiência de maus-tratos. Mais especificamente, a perda da autonomia é percecionada tanto pela objetificação dos seus corpos, refletida pelos toques sistemáticos e intrusivos por diversos profissionais sem consentimento, explicação ou privacidade (e.g. *“Eu já nem sei quantos que tocaram-me, não se identificam, não falam com as pessoas, entram e tocam. E depois não dizem nada, viram costas”*, P4), como pelo controlo exercido pelos profissionais no momento do parto, fator que configura as mulheres como agentes passivas no processo do seu próprio parto (e.g. *“É como se estivéssemos ali a não fazer nada, fôssemos só um boneco e nos podem fazer tudo e não temos opinião, não temos identidade, não somos nada. Senti-me mesmo muito desrespeitada, mesmo”*, P3). De igual modo, o desrespeito pelas escolhas pessoais e à mobilidade (e.g. *“Foi como eu me senti, frango de aviário, vira para aqui, vira para acolá durante 12 horas. Eu não podia levantar”*, P16) são considerados aspetos que, na perspetiva das entrevistadas, colocaram em causa o direito à dignidade.

De acordo com as narrativas das participantes, a comunicação ineficaz também é um tema determinante no que concerne aos constrangimentos da relação entre os profissionais e as mulheres no contexto da gravidez e parto. As participantes destacam uma comunicação inadequada, caracterizada por explicações enviesadas ou informações vagas (e.g. *“Quando vieram os médicos eu perguntei: mas é normal o CTG? Ela está sempre com o coração acelerado. E a resposta que me deram foi só: Ah, sim, está acelerado. Só repetiram aquilo que eu tinha dito, não deram nenhum tipo de explicação, foi a única coisa que disseram”*, P9), e por atitudes da equipa caracterizadas por falta de explicação ou justificação dos procedimentos implementados (e.g. *“E sem dizer nada ela introduziu o microlax para o meu ânus, sem explicação nenhuma, eu até saltei”*, P10). Para além disso, as entrevistadas descrevem, ainda, a desvalorização das suas preocupações e/ou convicções, nomeadamente a desvalorização do plano de parto e a pressão por parte dos profissionais para adotar certas condutas contrárias à sua vontade (e.g. *“Eu dizia que não queria epidural porque eu quero ter o meu parto sem epidural. E as enfermeiras*

continuaram com a mesma história: você não vai aguentar, você não vai aguentar, vai doer muito. E sentindo aquela mesma pressão acabei por aceitar a epidural”, P10).

Ademais, as participantes também perceberam uma falta de apoio, mais especificamente a ausência de suporte e cuidado da equipa, caracterizada por um atendimento impessoal, o que gerava um sentimento de invisibilidade (e.g. *“Eles simplesmente me ignoravam, era como se eu não existisse, era como se eu não tivesse voz ali, todas as perguntas de: porque eu tenho que ficar na cama? O que é que se está a passar? Digam o que se está a passar... Era como estar a gritar no meio de uma multidão e ninguém está a me ouvir”, P6).* No mais, também é mencionada a imposição da ausência do acompanhante, que acentuava um sentimento de impotência e insegurança durante o parto (e.g. *“E eu também tinha medo, porque ele não ficava comigo, eu ficava sozinha, então não tinha ninguém que pudesse me ajudar na decisão ou na limitação das intervenções”, P12).*

Relativamente às falhas nos padrões de cuidados profissionais, nos discursos das participantes, destaca-se a referência à falta de consentimento informado (N=18; n=73), as atitudes inadequadas da equipa nos procedimentos e exames físicos (N=15; n=48), a negligência médica (N=12; n=39) e o abandono (N=10; n=38). A falta de consentimento informado é identificada pelas participantes na ausência de solicitação de consentimento para a implementação de determinados procedimentos no sentido de assegurar o conhecimento das mulheres sobre os riscos e benefícios dos mesmos (e.g. *“E eu a pensar que ela ia fazer o mesmo que a outra médica, mas não, foi uma coisa extremamente dolorosa, foi mesmo um toque maldoso, houve imenso sangramento, estive super desconfortável”, P13).*

Neste âmbito, as participantes também descreveram a negligência da equipa de saúde e o abandono como falhas nos padrões de cuidados. Associam a negligência com falhas técnicas e a percepção de ausência de profissionalismo (e.g. *“Só quando mudou o turno e veio uma nova e eu disse: não estou a me sentir bem, já disse a uma colega, não estou a me sentir bem e tem qualquer coisa que não está bem. E só aí que ela foi ver a temperatura e eu tinha febre” P9),* enquanto o abandono é percebido pela morosidade nas respostas às suas necessidades ou uma ausência completa de suporte (e.g. *“Durante todo o tempo que estive em trabalho de parto na dilatação eu estava absolutamente*

sozinha, estava tão sozinha que fui abandonada mesmo, elas esqueceram-se que eu estava lá”, P7).

Outro aspeto salientado, a este nível, são atitudes inadequadas da equipa nos procedimentos e exames físicos, nomeadamente os procedimentos realizados sem autorização (e.g. *“Estava no nosso plano que nós não queríamos que isso acontecesse. Ela entrou, meteu os dedos, fez o descolamento das membranas, doeu-me horrores, ela nem perguntou absolutamente nada”, P19*), o alívio da dor inadequado (e.g. *“Sei que estava com imensas dores, que estava a pedir epidural e não me deram, só me deram um comprimido que eu não sei o que era, sei que fiquei com dores”, P7*) e os exames vaginais dolorosos sem explicação prévia (e.g. *“Foi dois dedos adentro e eu nem sei o que ela fez, deve ter agarrado o colo do útero e espetado a agulha. Eu chorava a cravar as unhas no colchão”, P8*).

Neste seguimento, o abuso físico e o abuso verbal foram referenciados com igual expressão pelas participantes. Relativamente ao abuso físico foram temas de destaque, o uso da força (N=14; n=47) e a perceção de violação do corpo (N=9; n=15). As entrevistadas fizeram referência ao uso da força, nomeadamente aos procedimentos com força excessiva, sobretudo a Manobra de Kristeler (e.g. *“E alguém se mete em cima da minha barriga e metem-se em cima de mim a puxar a barriga para baixo e a mexer para os lados. E eu queria respirar fundo, com as pessoas em cima de mim, umas dores nas ancas, pareciam que estavam a arrancar as entranhas de dentro”, P4*) e, também, à imposição de restrição física (e.g. *“não me disseram o porque iam me amarrar, se iam me amarrar, não me explicaram nada e disseram que eu tinha que estar amarrada para não mexer na barriga, mas não vou mexer na barriga, podem tirar as amarras. Eu não tiro daqui as mãos, mas por favor tirem-me as amarras, eu não quero estar aqui amarrada”, P5*). A perceção de violação do corpo, é referenciada pelas mulheres como uma violência com impacto tanto no imediato, como a longo prazo (e.g. *“Não interessa o que eu gritei ou o quanto gritei que não fez absolutamente nada. Aquilo que eu senti no momento e que depois com os dias fui sentindo ainda mais, foi que fui violada. Estava a dizer: não, não, não e as pessoas continuavam a fazer coisas ao meu corpo, ou seja...”*, P13).

Para além das experiências de abuso físico percecionadas pelas participantes, estas referem os abusos verbais sofridos, apresentados tanto na forma de ameaças e acusações, como pelo uso linguagem ofensiva por parte dos profissionais. De forma mais pormenorizada, são referidas ameaças de suspensão/interrupção do tratamento (e.g. *“Eu*

não parava de tremer e ela só se vira para mim e diz: “Vai querer fazer cesariana sem anestesia? Acha que o anestesista vai conseguir anestesiá-la assim? Vai ter que parar de tremer, sabe disso, não sabe? Como se aquilo fosse meramente voluntário, como se eu estivesse a tremer porque me apetecia”, P5), comentários de julgamento e acusação, culpabilização e responsabilização por determinadas consequências, caso não colaborem com certas condutas (e.g. “Quando ela me disse: “mas queres parar quieta, queres que a tua filha morra? Se tu te mexeres ela vai morrer. Queres matá-la?” E aquele queres matá-la foi outra coisa que...eu não sou pessoa de petrificar e de bloquear, mas eu bloqueei completamente”, P6), e utilização de linguagem ofensiva (e.g. “Mas eu perguntava: mas está tudo bem? -Tá, esteja aí caladinha agora. Do género, está aí porque tem um bebé, tu não és ninguém”, P18)

Por fim, ainda que com menor expressão, são relatadas experiências de discriminação e estigmatização por algumas participantes (N=7; n=15), com destaque para a discriminação por nacionalidade (e.g. “E entre esses momentos de dores uma das enfermeiras disse: Mas você não é brasileira? Seu povo não se diz tão alegre? Cadê a sua alegria agora? E foi o ápice, que me deixou revoltada ali”, P1).

Impacto psicológico para a vítima

A totalidade das participantes faz referências ao impacto psicológico durante e/ou após a experiência de vitimação (N=19; n=223). Importa salientar que o impacto percecionado pode estar associado, globalmente, à experiência de vitimação ou a algum evento específico na gravidez ou no parto. Neste contexto, são referidas as seguintes dimensões do impacto psicológico: as reações imediatas (N=18; n=45), o medo e a vulnerabilidade (N=16; n=51), o sentimento de impotência (N=13; n=31), o stress pós-traumático (N=13; n=28), a culpa e a revolta (N=11; n=43) e os sintomas depressivos (N=10; n=24), sendo o reconhecimento do impacto tanto imediato como posterior à experiência.

As participantes associam as reações imediatas ao primeiro impacto percecionado, nomeadamente a alteração do estado emocional, identificado por ansiedade, choro, desespero, tremores, pânico (e.g. “Sempre nesse bate boca de a culpa é sua se acontecer alguma coisa, você não está a colaborar e você não ajuda. Pronto, e é claro que ali instalou-se o pânico, não é?” P17) e os sentimentos negativos relativos ao parto (e.g. “Quando as pessoas dizem que põe o filho em cima e é aquele amor, aquela alegria, eu não senti nada disso. Eu senti alívio que ele já está cá fora”. P2). Ainda relativamente a um impacto mais imediato, foram salientados pelas participantes o sentimento de medo

(e.g. *“Então eu realmente fiquei caladinha, eu optei por ficar um pouco mais quieta porque eu fiquei realmente com medo do que poderia acontecer se eu começasse a reclamar muito mais”, P1*) e percepção de vulnerabilidade (e.g. *“O facto do meu marido não ter ficado comigo foi muito importante. Eu devia ter batido o pé e ter dito: Ele fica, se ele não ficar eu vou me embora. E eu não fiz, não fiz porque...não sei. Senti-me vulnerável, senti que eles é que sabiam”, P7*). A este propósito, importa referir que, especificamente, o sentimento de medo tende a perdurar ao longo do tempo e a generalizar-se a várias situações no contexto da saúde, sobretudo pela sensação de falta de segurança e confiança nos serviços e nos profissionais de saúde (e.g. *“Hoje em dia vou a um médico e já não sinto a confiança que tinha antigamente nos médicos”, P19*). Ainda neste âmbito, as participantes fizeram referência ao sentimento de impotência associado ao medo e à sensação de vulnerabilidade, manifestado por uma postura passiva e de silenciamento (e.g. *“Foi neste momento em que não conseguia mesmo dizer: espere lá eu não quero nada disso, não conseguia, as palavras não me saiam, não me saia nada. Aceitei que era o que estava a acontecer.”, P3*), sendo que algumas entrevistadas verbalizaram sentirem-se ‘reféns’ nesta experiência (e.g. *“Eu sentia-me refém, eu acho que mandarem eu ficar quieta na cama senão ela morria, e se eu queria matá-la, foram duas coisas que me levaram a aceitar tudo, porque eu estava com medo...”, P6*). Neste contexto, importa salientar que nas narrativas das entrevistadas, o sentimento de impotência se traduz, posteriormente, em significados associados à culpabilização pela experiência ocorrida (e.g. *“Muita mulher deve ter o mesmo pensamento que eu tive de achar que a culpa foi nossa, que a gente foi insuficiente, que a gente deveria ter falado... admitir que eu fiquei calada e aceitei”, P1*) e em sentimentos de revolta (e.g. *“ainda hoje esses assuntos...já se passaram 7 anos e ainda me revoltam muito”, P4*).

De acordo com um número significativo de participantes, o impacto percecionado decorrente da experiência a longo prazo, caracterizou-se pela presença de sintomatologia de stress pós-traumático e de depressão. Em concreto, as entrevistadas fizeram referência a sintomas de stress pós-traumático, nomeadamente a pesadelos, memórias traumáticas recorrentes (*flashbacks*) e evitamento de pensamentos ou locais relacionados com a experiência (e.g. *“tive pesadelos com isso durante, sei lá, 1 ano ou mais. Recordava no meio da noite aos gritos” P15*). De igual modo, as entrevistadas identificaram sentimentos recorrentes de tristeza (e.g. *“O que eu senti foi que estava a falhar tudo, não é? Já tinha falhado o parto, e então eu fiquei mesmo desolada, eu só chorava”, P5*), isolamento e

alterações no pensamento (e.g. *“Eu não pensava em atirar-me da janela, eu não pensava em atirar o menino da janela, mas eu só me via a cair da janela do quarto com a criança no colo. Sensação de abismo, sensação de impotência, sensação de tristeza, é assim que eu estava”*, P8). Apesar da maioria das participantes referir os sintomas de forma isolada, algumas mulheres referiram um quadro de depressão pós-parto diagnosticado.

Processo de reconhecimento da vitimação

O processo de reconhecimento da vitimação (N=17; n=86) foi referenciado por quase a totalidade das participantes. E, apesar de não existir uma linearidade no tempo de reconhecimento e na forma como ocorreu, alguns temas se destacaram, nomeadamente o momento do reconhecimento (N=13, n=22), a vitimação secundária (N=10; n=22), o reconhecimento da vitimação do acompanhante (N=8; n=27), o questionamento sobre a normalidade do tratamento (N=8, n=18), e a formalização da denúncia (N=6, n=28).

Em concreto, algumas participantes referem que experienciaram um questionamento sobre a ‘normalidade’ do tratamento anterior ao próprio reconhecimento da vitimação (e.g. *“E eu estava a tentar convencer a mim mesma de que a experiência não tinha sido tão má. Mas a verdade é que eu só chorava cada vez que falava no parto”*, P13), que é identificado pela maioria das participantes como tendo apenas ocorrido depois de um longo período de tempo (e.g. *“mas acho que só tive essa noção completa, quase 2 anos depois do parto”* P15). Além disso, importa ressaltar outra dimensão inerente ao processo de reconhecimento da vitimação, nomeadamente a vitimação secundária identificada em aspetos do processo judicial (e.g. *“E, depois em tribunal nós argumentamos nossa parte e a médica vem dizer que usou ventosa porque eu não colaborei. Eu não colaborei! Eu é que não colaborei, eu é que não fui capaz, não ponham as culpas em cima de mim”*, P4), como na desvalorização do impacto pela rede de apoio (e.g. *“eu precisava falar mais sobre isso e tudo a minha volta: ah, mas é normal, se os médicos disseram que era assim, tu tens de confiar, tens de aceitar, não tem de estar a falar outra vez, já passaram 2 meses, porque estás a falar do parto outra vez?”*, P6). Ademais, o reconhecimento da vitimação do acompanhante e do impacto percecionado é outra dimensão significada pelas participantes (e.g. *“Foi muito difícil porque meu marido ficou muito traumatizado com o parto. Ele achou que ia perder a gente e que não tinha feito nada. Então ele ficou nessa culpa”*, P1).

Por fim, algumas participantes referem a formalização da denúncia como um aspeto essencial para um processo de reconhecimento efetivo da vitimação. A formalização da queixa surge associada a algumas motivações, nomeadamente a justiça para os filhos, a

sinalização dos profissionais e, sobretudo, a minimização do risco de outras mulheres sofrerem esse tipo de violência (e.g. *“Pode-se fazer uma queixa? Eu vou fazer, não ganho nada com isso, mas outras mães podem ganhar, porque pelo menos são chamados atenção”*, P9).

Estratégias de Coping

Ao longo das narrativas, foi identificado o recurso das participantes a estratégias de *coping* (N=16, n=126) para lidar com a experiência, nomeadamente respostas imediatas face à experiência (N=11; n=46), a partilha da experiência (N=11; n=19), a procura de suporte formal (N=9, n=22), a resignificação da experiência (N=9, n=17) e a procura de suporte informal (N=7; n=15).

Neste contexto, um dos temas destacados pelas entrevistadas refere-se às respostas imediatas face a experiência. A partir da análise das narrativas, identificam-se respostas passivas que envolvem comportamentos de aceitação sem questionamento (e.g. *“Eu notei no hospital uma predisposição para aceitar tudo. Ok, eu gostaria de fazer assim, mas não faz mal, vou mudar minha ideia se for necessário”*, P13) e respostas assertivas, em que a mulher consegue impor a sua vontade (e.g. *“E eu disse: Doutora fazemos assim, agradeço sua opinião mas eu não quero episiotomia. É a minha vontade, se correr mal eu assumo”*, P11).

A partilha da experiência é referida pela maioria das participantes como uma estratégia essencial para a validação da própria vivência neste contexto, no sentido de se constituir uma oportunidade para apoiar outras mulheres, promovendo o reconhecimento da experiência e quebrando a ideia de ‘caso único’ (e.g. *“Vou partilhando o que eu acho que é importante. Se algum vez conseguir ajudar nem que seja só uma pessoa com alguma das minhas partilhas, já acho válido”*, P14)

Relativamente à procura de suporte, oito das entrevistadas identificaram o suporte formal, mais especificamente, o apoio psicológico, psiquiátrico e de outros profissionais (e.g. *“Procurei ajuda psiquiátrica na altura, mesmo para conseguir, até para me sentir empoderada no segundo parto”*, P15), como essencial para minimizar o impacto da experiência de vitimação (e.g. *“Na altura eu não sabia o que sei hoje e foi um parto muito traumático. Eu fiz muita psicoterapia depois disso”*, P17). De igual modo, o recurso ao suporte informal também é descrito por oito das participantes como essencial para o processo de confronto com a experiência a curto e a longo-prazo (e.g. *“A minha irmã é*

madrinha da miúda, quando eu preciso, ela apoia-me imenso. E eu apoio-me muito no meu marido e ele em mim”, P4).

Neste contexto, algumas participantes associam, ainda, uma segunda experiência de parto positiva, como uma ressignificação da experiência (e.g. *“Ajudou a fazer as pazes, no sentido de...eu ali naquele momento vi do que era capaz”*, P3).

Fatores precipitantes da vitimação

Outro tema relevante foi a identificação dos fatores precipitantes (N=16; n=44) associados à experiência de vitimação, nomeadamente a normalização social das condutas (N=11; n=24) e as condições e constrangimentos do sistema de saúde (N=10; n=20). Mais especificamente, as entrevistadas destacam as condições e constrangimentos do sistema de saúde, sobretudo a falta de recursos humanos como um aspeto desencadeante dos maus-tratos neste contexto (e.g., *“E eu entendo que eles trabalham muitas horas, mas no mínimo, profissionalmente o que eles podem fazer é explicar as pessoas o que estão a fazer”*, P4) e a normalização das condutas como uma manutenção das práticas no contexto institucional (e.g. *“E não sentem que é um parto de uma mulher, é mais uma: vamos despachar isso (...) porque isso é o normal dentro do hospital e eles não sentem necessidade de explicar, porque aquilo é o dia a dia deles”*, P16) e até mesmo um limite no reconhecimento da vitimação (e.g. *“Muitas vezes as pessoas nem sequer percebem: “Ah, foi horrível, me fizeram isso, fizeram aquilo, mas pronto, à minha mãe também foi feito isso, feito aquilo”. Pronto, as pessoas não conseguem perceber que não devia ter sido feito”*, P18).

Outras dimensões do impacto da vitimação

As participantes também reportaram outras dimensões do impacto da vitimação (N=13, n=66) mais especificamente, consequências físicas dos maus-tratos (N=9, n=23), alterações relacionais, tanto no que se refere às relações de intimidade (N=9, n=13), como às relações com os/as filhos/as (N=5, n=10), e impacto no planeamento familiar (N=6, n=9).

As consequências físicas são descritas como danos imediatos, sobretudo pelas consequências da episiotomia (e.g. *“Eu fiquei com um corte muito longo, muito pisado e não conseguia fazer xixi e fazer cocó”*, P13), mas também como danos irreversíveis decorrentes do parto (e.g. *“Desse lindo parto saiu uma lesão da minha filha para o resto da vida e saiu uma lesão que foi feita em mim, que tive de levar uma prótese da anca. Eu com 36 anos tenho uma prótese da anca”*, P4).

Relativamente ao impacto nas relações de intimidade, as participantes referiram dificuldades de retomar o vínculo com o parceiro, nomeadamente devido às alterações no funcionamento individual (e.g., irritabilidade, tristeza) mas, sobretudo, pela dificuldade de retomar as relações íntimas e sexuais (e.g. *“Cada vez que aconteceu uma tentativa de toque por parte do meu namorado eu recordava sempre do parto e da forma como tinha sido tratada, porque aquilo foi um bocadinho uma violação do meu corpo, o que eu sentia”*, P9) Para além dessa dimensão, as participantes descrevem, impacto na interação com o bebé (e.g. *“Mais ou menos 6 meses depois do parto não estava bem, não conseguia ir na rua, ficar feliz com meu bebé. Era difícil a interação”*, P12).

Ainda a este nível, algumas participantes identificaram um impacto no planeamento familiar, mais especificamente, no adiamento ou desistência em ter outro filho para não ter de experienciar outro parto (e.g. *“Queríamos muito ter uma segunda, mas devido tudo que aconteceu não nos sentimos capazes de arriscar e provavelmente não vamos”*, P4).

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos explorar as conceções de um grupo de mulheres sobre práticas clínicas que desrespeitam os direitos das mulheres em processos de gravidez e parto, experiências potencialmente abusivas em contexto obstétrico, e significados associados à experiência individual de gravidez e parto e respetivo impacto percebido.

Globalmente, os tipos de maus-tratos que as mulheres descreveram neste contexto são congruentes com o que a investigação neste domínio tem evidenciado. De forma consensual, as participantes percecionaram uma experiência de maus-tratos no parto, com referência a algumas dimensões com maior expressividade, nomeadamente a reduzida qualidade com os prestadores de cuidado, as falhas nos padrões de cuidados profissionais, o abuso físico e o abuso verbal.

As participantes referenciaram como principais constrangimentos da relação com os profissionais de saúde a perda da autonomia, caracterizada pela exclusão no processo da tomada de decisão sobre o parto e a falta de apoio refletida na impessoalidade da prestação de cuidados. Na perspetiva das participantes, essas dimensões configuram uma forma de desumanização dos cuidados e de objetificação dos seus corpos. A literatura neste domínio é consistente com estes resultados e, autores consideram, que em determinadas situações, o processo do parto no contexto hospitalar pode contribuir para a perda da individualidade e

autonomia da mulher, aumentando a percepção de que o corpo é um objeto (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Carer et al., 2021; Kruger et al., 2009).

As participantes referem, também, que a comunicação ineficaz com os prestadores de cuidados é uma dimensão transversal a toda experiência de maus-tratos neste contexto. Mais especificamente, destacaram a falta de informação e explicação sobre os procedimentos como um aspeto basilar das falhas dos padrões dos cuidados profissionais. Estes resultados são validados pelos dados de investigação que têm sugerido que a falta de informação prévia ou a negação de explicação sobre a realização de procedimentos, impossibilita a mulher de tomar decisões informadas, aumentando a sua ansiedade, insegurança e impotência (Bezerra et al., 2020; Bohren et al., 2019; Cassiano et al., 2016; Dias & Pacheco, 2020; Elmir et al., 2010). A este respeito, destaca-se, ainda, que os relatos das participantes são compatíveis com dados da literatura que evidenciam que os índices elevados de procedimentos de episiotomia sem consentimento ou sem informação prévia, constitui um fator que contribui para um potencial traumático para as mulheres (Bohren et al., 2019; Pontes et al., 2021).

Adicionalmente, é de destacar nas narrativas das participantes, a referência a abuso físico e a abuso verbal nas suas experiências. Relativamente ao abuso verbal, é evidenciado o caráter abusivo que a comunicação com os profissionais de saúde pode assumir neste contexto. De forma análoga a investigação, as participantes evidenciam uma forte associação dessa dimensão ao impacto psicológico (Taghizadeh et al., 2021). No que se refere ao abuso físico, os procedimentos com recurso a força excessiva e a contenção física são ações que estão na base de percepções de violação do corpo e são descritas pelas participantes como tendo um impacto significativo, imediato e a longo prazo. Efetivamente, a literatura neste domínio salienta que algumas mulheres vivenciam a experiência de violência no parto como uma violação, e podem apresentar um impacto análogo a uma experiência de violação (Elmir et al., 2010). De facto, as participantes que o descrevem, associam esta vivência a uma maior dificuldade na relação íntima com o parceiro, resultado também reportado por outras investigações da área (Taghizadeh et al., 2021).

No que diz respeito ao impacto, é de destacar o crescente número de estudos realizados, sobretudo, no que se refere ao desenvolvimento de psicopatologia na sequência da experiência de maus-tratos no parto, que tem vindo a evidenciar como efeitos a depressão e o stress pós-traumático (Dias & Lobato, 2020; Silveira et al., 2016; Taghizadeh, 2021). Os

resultados do presente estudo também corroboram estes dados, sendo referidos pelas participantes sintomas depressivos, depressão pós-parto e stress pós-traumático (e.g. pesadelos).

No entanto, foram, também, referenciadas pelas participantes outras dimensões de impacto mais imediato e de curto-prazo, nomeadamente a alteração do estado emocional (e.g. ansiedade), a perda de satisfação com o parto, o sentimento de medo e vulnerabilidade, a impotência e a culpa e a revolta. Especificamente, as participantes referem o medo imediato sentido durante a experiência (e.g. medo da escalada do ato abusivo), e também o medo a longo prazo (e.g. medo de recorrer a serviços de saúde). Estes dados são coerentes com os resultados da literatura que referem que a desconfiança nos serviços de saúde aumenta proporcionalmente à experiência abusiva de parto (Taghizadeh et al., 2021). A nível imediato, importa referir que o sentimento de medo no decurso do trabalho de parto é manifestado por reações mais imediatas, nomeadamente choro compulsivo, pânico e tremores. A investigação nesta área faz referência a um número elevado de mulheres relatam medo de pedir ajuda, gritar ou expressar a dor por receios de retaliação dos profissionais, sendo o silenciamento o único um recurso disponível para pôr fim ao sofrimento (Aguiar & d'Oliveira, 2011; Kruger et al., 2009). Bezerra e colaboradores (2020) referem que algumas dimensões podem contribuir para o sentimento de impotência, nomeadamente os procedimentos normalizados pelos profissionais e a falta de segurança em questionar sobre o procedimento recebido. Efetivamente, na perceção das participantes, o entendimento de que os profissionais de saúde detinham o saber e que elas não eram aptas para opinar condicionou a forma de reação aos atos abusivos. A resposta passiva face a experiência de vitimação foi associada pelas participantes como consequências dos sentimentos de medo e impotência. Consequentemente, as participantes referem perceberem um sentimento de culpa e revolta, pela ausência de reação face ao ato abusivo. Estes dados parecem ser concordantes com resultados da literatura que referem que a dificuldade em responder de forma ativa e imediata à violência resulta, frequentemente, em sentimentos de indignação, de revolta associados à incapacidade de não terem sido capazes de se manifestarem face ao abuso (Dias & Pacheco, 2020). De acordo com Elmir e colaboradores (2010), dados empíricos sugerem que as mulheres podem vir a expressar sentimento de raiva de si, por não se posicionarem ativamente face a experiência de maus-tratos. Apesar da literatura sugerir uma associação entre o sentimento de revolta e uma resposta passiva, não foram

encontrados dados na literatura sobre a dimensão do impacto da culpa. Este resultado mostra-se particularmente interessante, visto que, de um modo geral, os estudos neste âmbito tendem a focar-se na sintomatologia psicopatológica em detrimento de uma perspetiva mais subjetiva da vitimação.

Pese embora o impacto identificado pelas participantes em estudo, também são feitas referências a algumas estratégias de *coping*, consideradas pelas próprias como eficazes na minimização dos efeitos. Mais especificamente, a partilha da experiência e a procura de suporte formal foram as estratégias assumidas como essenciais para uma compreensão da experiência e, conseqüente recuperação da estabilidade emocional. Particularmente, a partilha da experiência é identificada na literatura como uma estratégia adaptativa e essencial na compreensão da experiência de vitimação (Elmir et al., 2010). O facto de neste estudo se destacar a procura de suporte formal não vai ao encontro dos dados de investigação disponíveis que têm vindo a salientar a procura de apoio, nomeadamente do companheiro, da família e dos amigos (Bezerra et al., 2020; Diamond-Smith et al., 2016; Kruger et al., 2009). Uma hipótese explicativa para estes resultados é a normalização social do fenómeno, sendo que as participantes do estudo descreveram que, apesar de algumas tentativas de mobilização de suporte por parte da família, as respostas de normalização do fenómeno, restringiam o recurso a esta estratégia e contribuía negativamente para o impacto. De igual modo, salientaram que a perceção de vitimação do acompanhante e conseqüente impacto psicológico constituiu, igualmente, um fator que limitou a procura de suporte junto deste.

A normalização social do fenómeno também é considerada pelas participantes como um fator precipitante deste tipo de violência, sendo este fator identificado na literatura como um discurso social que assume um papel central na manutenção da violência (Ayala, 2021; Dweat et al., 2020; Savage & Castro, 2017). Para além deste aspeto, a normalização do fenómeno pelas próprias participantes é referida como um fator que contribuiu para um reconhecimento tardio da experiência de vitimação. A literatura neste âmbito enfatiza que a normalização do ato abusivo faz com que mulheres tenham baixas expectativas sobre o tratamento e não percecionem certas condutas como abusivas (Bezerra et al., 2020; Savage & Castro, 2017).

Importa referir que o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas, sobretudo, a homogeneidade da amostra no sentido em que não responde a uma efetiva representatividade do fenómeno em estudo. Em concreto, a amostra é

constituída por um grupo de mulheres sinalizadas e, consequentemente, que se reconhecem como vítimas. Estudos neste domínio sugerem que o fenómeno da violência obstétrica tem vindo a ser subnotificado por situações em que a mulher não reporta a experiência abusiva por desejabilidade social, medo de retaliação e pela normalização do fenómeno (Savage & Castro, 2017). Adicionalmente, a homogeneidade deste grupo de participantes também se reflete na menor diversidade ao nível sociodemográfico, sobressaindo a prevalência de participantes caucasianos, de nível socioeconómico médio/elevado e de níveis superiores de formação académica, o que inviabilizou a análise de variáveis consideradas relevantes neste domínio de investigação. A literatura tem salientado que dimensões como raça, etnia, estatuto socioeconómico são marcadores essenciais na incidência da violência obstétrica e na severidade do abuso (Dweat et al., 2020; Sen et al., 2018). Nesta sequência, estas limitações assumem-se como pistas importantes para estudos futuros, mais especificamente, o recurso a amostras da comunidade bem como a maior diversificação das características da amostra.

Apesar das limitações acima mencionadas, este estudo acrescenta dados relevantes sobre o impacto da experiência de vitimação no contexto obstétrico em Portugal, o que configura um contributo relevante para investigação neste âmbito, que é praticamente inexistente no país. Acresce a este facto outra mais-valia, nomeadamente uma abordagem qualitativa, que permitiu uma grelha mais compreensiva do fenómeno pela perspetiva das participantes. Neste sentido, a literatura salienta que os significados atribuídos pelas mulheres às suas experiências de parto podem trazer implicações que favoreçam a implementação de uma assistência humanizada e adequada ao processo de gravidez e parto (Bezerra et al., 2020). De igual modo, os resultados obtidos refletem implicações para a prática a diversos níveis, nomeadamente, a nível social (e.g. sensibilização para o fenómeno e consequente minimização de discursos de normalização), de políticas públicas associadas ao sistema de saúde (e.g. formação dos profissionais e melhoria dos recursos a fim de garantirem práticas que salvaguardem os direitos das mulheres), e na intervenção com as mulheres (e.g., disponibilização de apoio a estas mulheres nos contextos hospitalares, respostas de intervenção psicológica mais específicas e adequadas às necessidades destas vítimas).

Referências

- Aguiar, J. M. D., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 79-92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Ayala, P. M. (2021). Violencia obstétrica reproduciendo el dolor. *Via Inveniendi Et Iudicandi*, 16(2), 1-29. <https://doi.org/10.15332/19090528.6783>
- Bezerra, E. O., Bastos, I. B., Bezerra, A. K. B., Monteiro, P. D. V., & Pereira, M. L. D. (2020). Aspectos de la violencia obstétrica institucionalizada. *Enferm Foco*, 11(6), 157-164. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3821>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A. M., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID-TRAction Project*. https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf
- Cardoso, F. J. C., Costa, A. C. M., Almeida, M. M., Santos, T. S., & Oliveira, F. B. M.

- (2017). Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(9), 3346-3353.
<https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704>
- Carer, A. M. S., Costa, M. S. B., Monteiro, V. C. M., Belarmino, A. C., Cavalcante, K. O., & Ferreira Junior, A. R. (2021). Experiencias de puérperas sobre violencia obstétrica en la perspectiva fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100006&lng=es&tlng=en.
- Cassiano, A. N., Santos, M. G., Santos, F. A. P. S., Holanda, C. S. M., Oliveira Maranhão, T. M., Enders, B. C., & Carvalho, J. B. L. (2016). Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 15(4), 452-489. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.4.236891>
- Castro, M. C., & Rates, S. S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Diamond-Smith, N., Sudhinaraset, M., Melo, J., & Murthy, N. (2016). The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery*, 40, 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.014>
- Dias, S. L., & Pacheco, A. O. (2020). Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, 3(1), 04-13. <https://doi.org/10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n1p4-13>
- Diniz, S. G., Salgado, H. D. O., Andrezzo, H. D. A., Carvalho, P. D., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. D. A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*, 25(3), 377-376. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Dwekat, I. M. M., Tengku Ismail, T. A., Ibrahim, M. I., & Ghrayeb, F. (2020). Exploring factors contributing to mistreatment of women during childbirth in West Bank, Palestine. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.004>
- DRE. (2021). Resolução da Assembleia da República nº181/2021 (Aprovada em 28 de maio de 2021). <https://dre.pt/home/-/dre/165865615/details/maximized>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and

- experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391>
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, N., Ndwiga, C., Warren, C. E., ... & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 915-917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Garcia, L. M. (2020) A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *In Nursing forum*, 55(4),654-663.
- Kruger, L. M., & Schoombee, C. (2009). The other side of caring: abuse in a South African maternity ward. *Journal of reproductive and infant psychology*, 28(1), 84-101. <https://doi.org/10.1080/02646830903294979>
- Lansky, S., Souza, K. V. D., Peixoto, E. R. D. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., ... & Friche, A. A. D. L. (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & saude coletiva*, 24, 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y., & Leal, M. D. C. (2022). Desrespeito e abusos, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 483-491. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Marrero, L., Brüggemann, O. M., Costa, R., Junges, C. F., & Scheneck, C. A. (2020). Violência institucional referida pelo acompanhante da parturiente em maternidades públicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO02202>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2020). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (2011, revisto Julho 13, 2021). https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_637_2021.pdf
- Pontes, B. F., Quitete, J. B., Oliveira, D. M., Goulart, M. C. L., Regazzi, I. C. R., & Knupp, V. M. A. O. (2021). Repercussões físicas e psicológicas na vida de

- mulheres que sofreram violência obstétrica. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, 11(35). <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.443-450>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Sen, G., Reddy, B., & Iyer, A. (2018). Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive health matters*, 26(53), 6-18. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1508173>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., San Tam, W. W., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 104, 235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256(June), 441–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Simonovic, D. (2019) *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence: note / by the Secretary-General UN*. Humans Rights Council. https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en&fbclid=IwAR1q2OxDKNqyWU5EW_7MZE5as_J6nQGqX50_mjy2iAK21ED-V00bTmpqGE
- Solnes Miltenburg, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive health matters*, 26(53), 88-106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- Taghizadeh, Z., Ebadi, A., & Jaafarpour, M. (2021). Childbirth violence-based negative health consequences: a qualitative study in Iranian women. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03986-0>
- Trajano, A. R., & Barreto, E. A. (2021). Violência obstétrica na visão de profissionais de

saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://doi.org/10.1590/interface.200689>

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>