

Estado da publicação: O preprint foi publicado em outro meio.  
DOI do preprint publicado: <https://doi.org/10.62234/ceresv3n3-002>

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM ANGOLA: UMA GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO NA CIDADE DE NDALATANDO

Cireneu de Jesus André Francisco

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12614>

Submetido em: 2025-07-11

Postado em: 2025-07-29 (versão 2)  
(AAAA-MM-DD)

Justificativa da versão: Nesta nova versão fez-se uma revisão cuidada e completa, ultrapassando algumas insuficiências linguísticas e técnicas.

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM ANGOLA: UMA GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – ESTUDO DE CASO NA CIDADE DE NDALATANDO



Cireneu de Jesus André Francisco<sup>1</sup>  
: <https://orcid.org/0009-0002-9567-2944>

<sup>1</sup>Mestrando em Saúde Pública; Assistente Social no Hospital Geral do Cuanza Norte  
Mário Pinto de Andrade; Ndalatando, Angola.  
E-mail: [cireneucaf@gmail.com](mailto:cireneucaf@gmail.com)

### RESUMO

**Introdução:** A violência obstétrica é uma grande violação silenciosa e silenciada dos direitos humanos, afetando a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em todo o mundo. Este problema é discutido nesta pesquisa retratando o contexto angolano, onde se observa que as práticas desumanas nos serviços de saúde durante a gestação, parto e pós-parto por parte dos profissionais de saúde têm sido comuns. Portanto, a pesquisa buscou compreender como a violência obstétrica impacta a dignidade, a autonomia e os direitos humanos das mulheres angolanas, dum lado, e doutro lado, o Sistema Nacional de Saúde (SNS). **Métodos aplicados à pesquisa:** Para esta pesquisa foi usada uma metodologia qualitativa, com abordagem exploratória-descritiva, apegando-se a técnica de entrevista semiestruturada feita às mulheres, e a pesquisa bibliográfica, que consistiu no levantamento da literatura existente sobre o tema em estudo. **Resultados da pesquisa e Discussão:** Os resultados indicam que a violência obstétrica se manifesta através de práticas como agressões verbais e físicas, abusos psicológicos, acompanhamento médico inadequado, falta de comunicação e de consentimento livre e informado nas tomadas de decisões sobre quaisquer procedimentos médicos realizados no corpo das mulheres e a negação de acompanhantes no momento do parto, e tais práticas são frequentemente naturalizadas/normalizadas e institucionalizadas nos serviços de saúde. Na discussão enfatiza-se a necessidade de reverter essa situação por meio de políticas públicas que garantam um tratamento verdadeiramente humanizado e respeitoso às mulheres, sugerindo que se desafie a cultura da impunidade nas instituições, para que se passe a punir os profissionais que cometem violências nos hospitais. **Conclusão:** Concluiu-se que a violência obstétrica é um problema de saúde pública global e uma realidade alarmante em Angola que demanda uma atenção imediata. A promoção de uma cultura de respeito e dignidade nos serviços de saúde, através de capacitação dos profissionais, bem como o debate sobre direitos múltiplos das mulheres nas instituições é crucial para garantir que os direitos humanos e os das mulheres que vão desde à saúde, sexualidade, reprodução, igualdade e oportunidades sejam realmente respeitados e protegidos.

**PALAVRAS CHAVE:** Violência obstétrica; Direitos humanos; Saúde reprodutiva; Direitos sexuais.

## **OBSTETRIC VIOLENCE IN ANGOLA: A SERIOUS VIOLATION OF WOMEN'S HUMAN RIGHTS IN HEALTH SERVICES – CASE STUDY IN THE CITY OF NDALATANDO**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Obstetric violence is a major silent and silenced violation of human rights, affecting women's sexual and reproductive health worldwide. This issue is discussed in this research by portraying the Angolan context, where inhumane practices in health services during pregnancy, childbirth, and the postpartum period by healthcare professionals have been common. Therefore, the study sought to understand how obstetric violence impacts the dignity, autonomy, and human rights of Angolan women, on the one hand, and, on the other, the National Health System (NHS). **Methods applied to the research:** A qualitative methodology with an exploratory-descriptive approach was used for this study, relying on semi-structured interviews with women and bibliographic research, which consisted of reviewing existing literature on the topic under study. **Research results and Discussion:** The results indicate that obstetric violence manifests through practices such as verbal and physical assaults, psychological abuse, inadequate medical follow-up, lack of communication and of free and informed consent in decision-making about any medical procedures performed on women's bodies, and the denial of companions during childbirth. These practices are often naturalized/normalized and institutionalized in health services. The discussion emphasizes the need to reverse this situation through public policies that ensure truly humanized and respectful treatment for women, suggesting that the culture of impunity in institutions must be challenged so that healthcare professionals who commit violence in hospitals are held accountable. **Conclusion:** It was concluded that obstetric violence is a global public health problem and an alarming reality in Angola that demands immediate attention. Promoting a culture of respect and dignity in health services through the training of professionals, as well as fostering debate about women's multiple rights within institutions, is crucial to ensure that human rights including women's rights to health, sexuality, reproduction, equality, and opportunity are truly respected and protected.

**KEYWORDS:** Obstetric violence; Human rights; Reproductive health; Sexual rights.

## **VIOLENCE OBSTÉTRICALE EN ANGOLA: UNE GRAVE VIOLATION DES DROITS HUMAINS DES FEMMES DANS LES SERVICES DE SANTÉ – ÉTUDE DE CAS DANS LA VILLE DE NDALATANDO**

### **RÉSUMÉ**

**Introduction:** La violence obstétricale constitue une grave violation silencieuse et tue des droits humains, affectant la santé sexuelle et reproductive des femmes dans le monde entier. Cette problématique est abordée dans cette recherche en décrivant le contexte angolais, où l'on observe que des pratiques inhumaines dans les services de santé pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum de la part des professionnels de santé sont courantes. Ainsi, l'étude a cherché à comprendre comment la violence obstétricale affecte la dignité, l'autonomie et les droits humains des femmes angolaises, d'une part, et d'autre part le Système National de Santé (SNS). **Méthodes appliquées à la recherche:** Cette

recherche a utilisé une méthodologie qualitative, avec une approche exploratoire et descriptive, s'appuyant sur la technique d'entretiens semi-structurés réalisés auprès des femmes, ainsi que sur une recherche bibliographique consistant en la revue de la littérature existante sur le sujet étudié. **Résultats de la recherche et Discussion:** Les résultats indiquent que la violence obstétricale se manifeste par des pratiques telles que des agressions verbales et physiques, des abus psychologiques, un suivi médical inadéquat, l'absence de communication et de consentement libre et éclairé pour toute décision concernant des interventions médicales sur le corps des femmes, ainsi que le refus de la présence d'accompagnants au moment de l'accouchement. Ces pratiques sont souvent banalisées/normalisées et institutionnalisées dans les services de santé. La discussion souligne la nécessité de renverser cette situation par des politiques publiques garantissant un traitement véritablement humanisé et respectueux envers les femmes, en suggérant de s'attaquer à la culture de l'impunité dans les institutions afin de sanctionner les professionnels qui commettent des actes de violence dans les hôpitaux. **Conclusion:** Il a été conclu que la violence obstétricale est un problème de santé publique mondial et une réalité alarmante en Angola nécessitant une attention immédiate. La promotion d'une culture de respect et de dignité dans les services de santé, à travers la formation des professionnels, ainsi que le débat sur les multiples droits des femmes au sein des institutions, est cruciale pour garantir que les droits humains notamment ceux des femmes en matière de santé, sexualité, reproduction, égalité et opportunités soient véritablement respectés et protégés.

**MOTS CLÉS:** Violence obstétricale; Droits humains; Santé reproductive; Droits sexuels.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, um tema tão importante e que precisa ser hoje discutido com bastante força para uma verdadeira defesa dos direitos humanos no geral, e em particular dos direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, constitui uma das mais graves e silenciosas violações dos direitos humanos e fundamentais de todas as mulheres no século XXI, segundo o Relatório Especial da ONU sobre a violência contra as mulheres (2019)<sup>1</sup>, por ela violar múltiplos direitos humanos ao mesmo tempo, como é o caso do Direito à saúde; Direito à integridade física e psíquica; Direito à dignidade; Direito à informação e ao consentimento e do Direito à não discriminação, que atinge milhões de mulheres em todo o mundo, manifestando-se variadíssimas vezes de forma institucionalizada nos serviços de saúde, durante o ciclo da gestação, parto e pós-parto.

Peloggia, Carderelli e Benincasa (2023, p. 42)<sup>2</sup> definem a violência obstétrica como:

A apropriação do corpo da mulher e de seus processos reprodutivos pelo profissional de saúde, a qual é expressada pelo tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, resultando na perda de autonomia e habilidade de decidir de maneira livre sobre seu

corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida da mulher.

Os autores Mendes, Santos e Tavares (2022, p. 4)<sup>3</sup> definem a violência obstétrica como as diversas “formas de humilhação subtil, coerção, atos clínicos não consentidos, abuso verbal e físico, em que o grau do dano depende das características individuais da mulher”.

Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2024, p. 5)<sup>4</sup>, de uma forma geral, define a violência obstétrica “como todo o tipo de abuso e/ou maus-tratos sofridos pela mulher, exercido por profissionais de saúde, e pode ocorrer em diferentes fases como a gravidez, parto e pós-parto, bem como em situações de aborto, pós-aborto e ciclo reprodutivo”.

As definições são todas uníssonas. Ao olharmos para como a violência obstétrica é definida por vários autores, notamos que não há entre elas diferença alguma, pois todas caminham numa direção que a sobrepõe às ações violentas, desonrosas, desrespeitosas e desumanas contra a mulher e o seu próprio corpo, o que se desemboca em grande violência dos direitos humanos e dos direitos da dignidade da mulher, direitos estes consagrados na Constituição da República de Angola (CRA)<sup>5</sup>, onde para esta pesquisa nos apegamos aos fundamentos de Nanga (2021)<sup>6</sup>, que nos revela que no artigo 1.º é estabelecido a defesa e o direito pela dignidade da pessoa humana, não deixando de parte outros artigos relevantes como o é o art.º 21.º configurado fundamentalmente nas suas alíneas b), h) e k) que defendem os direitos humanos, a não discriminação e igualdade, o art.º 30.º que estabelece o direito à vida, pautado no respeito e proteção da vida da pessoa humana, que é inviolável, e no n.º 1 do art.º 77.º que consagra o direito à saúde na maternidade e o n.º 3 do mesmo artigo, o dever de fiscalizar a iniciativa privada no sector da saúde. Outra lei que se destaca é a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde - Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto<sup>7</sup>, que regulariza todo Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola, e se estabelece no seu art. 23.º como um sistema gratuito, equitativo e universal, que consagra os direitos do utente no seu art. 13.º, discorrendo-se no Direito a escolher os serviços de saúde; Liberdade de decidir sobre receber ou recusar cuidados de saúde; Ser tratado de modo humanizado, com prontidão, correção técnica, respeito e privacidade; Direito de reclamar e apresentar queixa; Direito de ser indemnizado, em caso de danos ou prejuízos e o Direito de defesa dos seus interesses. Destaca-se também a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, tido como o principal instrumento legal para a proteção dos direitos das mulheres

e meninas em África, onde no seu art.º 14.º, estabelece a garantia do direito das mulheres à saúde, no qual se incluem a saúde sexual e reprodutiva, anexados em outros direitos, com foco do direito a serviços de saúde reprodutiva acessíveis e o direito de viver livre de violência e coerção.

De realçar que em Angola, a violência obstétrica tem assumido contornos bastante preocupantes, quando olhamos de forma não infiel para o Sistema Nacional de Saúde que, pese embora ter ganho avanços significativos nos últimos anos, ainda é marcado muitas vezes por assimetrias regionais, escassez de recursos humanos e materiais, infra-estruturas com condições pouco acolhedoras e desigualdades que vão desde a classe social, área de origem, nível de escolaridade, idade, familiarismo, etc., boa parte das mulheres em situação de vulnerabilidade, sobretudo as mais pobres, as que vivem em bairros periféricos ou com baixa educação escolarizada e informação, bem como as abandonadas pelos seus parceiros, encontram-se desproporcionalmente expostas a práticas que vão desde as negligências médicas e a omissões de cuidados até a imposição de intervenções médicas sem consentimento próprio e informado, discriminações, humilhações, violência psicológica, verbais e física, o que confirma Martínez Galiano (2020) *apud* Carvalho (2021, p. 10)<sup>4</sup>, ao fazer saber através do seu estudo que existem vários elementos que podem interferir negativamente na ocorrência da violência obstétrica, como a escolaridade, o nível socioeconómico, estado civil, a situação profissional, a idade, a filiação, histórias de abortos e a categoria profissional da pessoa que atendeu o parto.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), a União Africana (UA), e outros organismos internacionais, tenham reconhecido e condenado a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos para com a mulher, pudemos notar que a sua abordagem é ainda quase que inexistente nos marcos legais e políticos angolanos. Entendemos que a ausência de normativos específicos e de canais acessíveis e confiáveis de denúncias, contribui para a naturalização da mesma e para a impunidade dos seus agentes prevaricadores. Igualmente, a proliferação de instituições de saúde com políticas de formação de profissionais que apresentam perfis muita das vezes duvidosos, dentre eles, indivíduos já funcionários do estado e outros estagiários, em que muitos por falta de competência técnica se encobrem no autoritarismo, prepotência, arrogância e ignorância, associados a práticas institucionais desumanizantes que se arrastam de anos a anos, reforça a reprodução diária desse grande problema, que agora acreditamos fazer parte da gama dos

problemas de saúde pública em Angola, que precisam urgentemente do contributo de todos e todas para que seja verdadeiramente, anunciado, denunciado e combatido.

Portanto, esta pesquisa parte do pressuposto de que a violência obstétrica, longe de ser um conjunto de práticas desumanas pontuais e isoladas, constitui uma expressão estrutural motivada pela falta de informação, formação/capacitação jurídica e sobre os direitos humanos, sexuais e reprodutivos, desigualdade do género e da fabricação (in)voluntária da fragilidade da cidadania feminina ainda presente nalgumas regiões que muitas vezes de maneira oculta tem sido semeada, conseqüentemente germinada e crescida de forma acelerada no campo dos serviços nacional de saúde. Contudo, por meio de uma abordagem qualitativa, com viés descritiva-exploratória, buscamos compreender como essas práticas impactam a dignidade, a autonomia e os direitos humanos das mulheres angolanas, dum lado, e doutro lado, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), para que, mais do que apresentar-se opiniões ou fazer-se críticas muitas vezes vazias de conhecimentos e técnicas científicas, apresentarmos resultados de um conjunto de evidências colhidas em pesquisa no terreno, e, por fim, trazermos recomendações e/ou sugestões às instituições de direito público e não só, para juntos, de forma consciente e organizada começarmos a traçar caminhos verdadeiros para o urgente combate deste silencioso e silenciado fenômeno ligado ao nosso Sistema Nacional de Saúde, ancorados em uma concepção ampliada aos direitos à saúde da pessoa humana, com realce da saúde reprodutiva, que se poderão centrar nos princípios da equidade, do consentimento informado, da responsabilização institucional e/ou profissional e da garantia da defesa dos direitos à dignidade da pessoa humana e da constante luta pela justiça social que piamente acreditamos ser um dos princípios fundamentais da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

### **Relevância do estudo**

Trata-se de uma pesquisa relevante na medida que apresenta um contributo com dados primários e informações secundárias bastante pertinentes que se traduzem em evidências científicas sobre um problema social e de saúde pública, que afinal tem contribuído bastante nas causas da mortalidade materno-infantil em muitos hospitais de Angola, pelo que merece hoje ganhar espaços largos de discussões em fóruns próprios, como nas universidades, escolas, igrejas, nos próprios hospitais, mercados, centros de formações profissionais, etc., dado que é um problema que tem violado os direitos humanos e fundamentais das mulheres, causando danos que se arrastam pelo resto da vida, e ainda assim, vê-se silenciado. Outrossim, por se tratar de uma matéria pouco

falada, senão mesmo desconhecida por muitos em Angola, apesar de que se mostre bastante relevante para a realidade das instituições de saúde e para as mulheres, tal como afirma Nanga (2021)<sup>6</sup>, entendemos ser uma pesquisa que poderá despertar o interesse das instituições e de mais pesquisadores a estudarem e investigarem sobre o assunto, produzindo assim mais dados que ajudem na divulgação deste grande problema de saúde pública que infelizmente vem sendo normalizado, naturalizado e institucionalizado nos hospitais de Angola ao longo de muitos anos.

## **2. METODOLOGIA APLICADA À PESQUISA**

Esta pesquisa baseou-se numa metodologia qualitativa, com abordagem exploratória-descritiva, com a técnica de entrevista semiestruturada feita às mulheres que se dispuseram a colaborar para a sua realização. As mesmas tiveram um aviso prévio e esclarecedor sobre o principal objetivo da pesquisa, por que razão estavam a ser solicitadas a participarem, e do impacto que a mesma podia trazer na sociedade e no Sistema Nacional de Saúde ao olharmos para a defesa dos direitos humanos, com realce aos direitos das mulheres, considerando os princípios éticos orientados quando se realiza um estudo envolvendo seres humanos pela WMA (2024)<sup>19</sup>. Por assim ser, as entrevistadas participaram de forma esclarecida, livre, consciente e consentida. Olhando para os relatos que foram feitos, decidimos elaborar uma descrição genérica com a finalidade única de preservar a imagem de funcionários exemplares, que exercem com zelo e dedicação as suas funções, e a confidencialidade das instituições hospitalares em que as entrevistadas foram atendidas.

De maneiras a se ter melhor compreensão com relação ao problema em estudo, entrevistou-se 23 mulheres que vivenciaram todo o processo final da gestação, do parto e pós-parto, no primeiro trimestre do ano 2025, isso é, de Janeiro a Abril, em diferentes hospitais públicos de referência, localizados na cidade de Ndalatando. As mesmas, por sua vez, relataram as experiências vividas individualmente e as que puderam testemunhar. As entrevistas foram realizadas através de um Smartphone, e tiveram cada uma a duração variada entre 12 a 14 minutos. As mesmas foram realizadas nos bairros Tala-Hady, Estação, Mahamba e Carreira de Tiros, em casa de cada participante, nos períodos que variavam entre 16, 17 e 18 horas, nos dias 22, 24, 25, 29 de Março, e 5, 6 e 8 de Abril de 2025. Em gesto colaborativo, todas responderam de maneira natural as perguntas que lhes foram feitas. Entretanto, para melhor percepção das entrevistas, fez-se uma análise do conteúdo apegando-se aos passos sugeridos por Bardin (2010)<sup>8</sup>, seguindo as três fases de

análise que vão da pré-análise, exploração do conteúdo e tratamento dos resultados obtidos, não desmerecendo as regras da pertinência de relatos (paralelos) feitos nalguns momentos por cada uma das entrevistadas. De seguida, transcreveu-se os áudios, tornando-os em palavra escrita de modos a que se conseguisse apresenta-los no papel, e fossem lidos sem quaisquer dificuldades. Finalmente, para garantir segurança, evitar risco de violação de privacidade e proteção da confidencialidade das informações relatadas, um dos direitos esclarecido às participantes, depois de se ter extraído e transcrito os relatos das entrevistas, os áudios foram eliminados.

Quanto aos textos transcritos, para assegurar o anonimato, optou-se em atribuir a cada um deles um código organizado por nomes, seguido de números que iam de 1 a 23, depois a idade e o nível de escolaridade, como se pode notar no exemplo que se segue: (Mãe1 – 23 anos de idade, 10ª Classe; Mãe4 – 18 anos de idade, 13ª Classe; Mãe10 – 20 anos de idade, 12ª Classe).

As entrevistas foram conduzidas seguindo a estrutura dos subtópicos abaixo indicados, com os respectivos objetivos de análise e indicadores que ajudaram a identificar elementos relacionados à violência obstétrica, atualmente considerada como uma das maiores violências dos direitos humanos das mulheres no mundo, segundo a OMS (2014)<sup>9</sup>.

**Tabela 1 - Análise das Entrevistas sobre a Violência Obstétrica em Angola, com Foco na Cidade de Ndalatando**

Subtópico	Objetivo do Subtópico	Indicadores Possíveis de Análise
<b>Recepção e Acolhimento</b>	Compreender a forma como a mulher foi tratada ao chegar ao hospital.	Tempo de espera, cortesia, empatia, falta de informações, sensação de abandono ou acolhimento.
<b>Contato com Profissionais</b>	Avaliar a postura dos médicos, enfermeiros e parteiras durante o atendimento.	Respeito, discriminação, atitudes rudes ou acolhedoras, tom de voz e linguagem corporal.
<b>Comunicação e Assistência</b>	Verificar se houve diálogo, explicações e participação da mulher nas decisões.	Informação sobre procedimentos, escuta ativa, direito de decidir, ausência de explicações.
<b>Agressão Verbal/Psicológica</b>	Identificar episódios de insultos, humilhação ou culpabilização durante o parto.	Frases ofensivas, intimidação, vergonha, imposição do silêncio, traumas relatados.
<b>Agressão Física</b>	Revelar práticas físicas abusivas durante o parto sem consentimento ou justificativa.	Relatos sobre manobras dolorosas, cesárias, contenção física, reações da parturiente, etc.
<b>Negligência Médica</b>	Investigar momentos em que a mulher se sentiu ignorada ou abandonada pela equipa.	Ausência de assistência, demora no atendimento, omissão de socorro, complicações causadas.
<b>Acompanhante da Gestante</b>	Analisar se o direito ao acompanhante durante o processo do parto e pós-parto.	Presença ou ausência de acompanhante, impacto emocional, etc.

**Fonte:** Elaboração do autor.

Importa salientar que, embora o tema proposto “Violência Obstétrica em Angola: Uma Grave Violação dos Direitos Humanos das Mulheres nos Serviços de Saúde – Estudo de Caso na Cidade de Ndalatando” aborde uma problemática que se entenda como sendo de âmbito nacional, a pesquisa foi realizada única e exclusivamente na cidade de Ndalatando, província do Cuanza Norte, o que fizeram com que as entrevistas conduzidas refletissem, portanto, a realidade específica daquele contexto geográfico. Reconhecemos que tal delimitação territorial constitui uma limitação metodológica relevante, na medida em que impossibilita a generalização dos resultados para todo o território nacional, dada a diversidade sociocultural, econômica e institucional existente entre as diferentes regiões do país. Assim sendo, alerta-se que os resultados apresentados desta pesquisa devem ser interpretados como um recorte contextual que poderão servir de base para futuras investigações mais abrangentes sobre o problema.

**Tabela 2 – Perfil Sócio - Demográfico das 23 Mulheres Participantes da Pesquisa**

Variável	Categorias	Frequência (n°)
<b>Idade</b>	17 – 24 anos	9
	25 – 30 anos	6
	31 – 35 anos	8
	Mais de 35 anos	0
<b>Estado civil</b>	Solteira	16
	Casada ou em união de facto	4
	Separada	3
<b>Nível de Escolaridade</b>	Não formada	0
	Ensino primário	7
	Ensino secundário	13
	Ensino superior	3
<b>Zona de Residência</b>	Urbana	0
	Periurbana	23
	Rural	0
<b>Número de Filhos</b>	1 filho	13
	2, 3 – 4 filhos	10
<b>Ocupação</b>	Doméstica	0
	Trabalhadora informal	12
	Trabalhadora formal	4
	Desempregada	7

**Fonte:** Elaboração do autor.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre as 23 mulheres entrevistadas, 13 foram primigestas e 10 mães de segunda, terceira, e quarta gestação. Quanto a morada, 11 foram moradoras do bairro Tala-Hady, 4 do bairro Estação, 5 do bairro Mahamba e 3 do bairro Carreira de Tiros, todos eles bairros periféricos localizados na cidade de Ndalatando, capital da província do Cuanza Norte. Acredita-se no mundo da pesquisa científica que o falar diretamente com as

peessoas que vivem, viveram, sentem, sentiram ou passaram por determinados problemas, é sempre melhor do que falar sobre elas. Por assim dizer, os resultados que agora vos apresentamos, são os relatos feitos pelas mulheres participantes desta pesquisa, que tendo passado por violência obstétrica no momento do parto, evidenciando a realidade muitas vezes vivida nos hospitais do nosso país. Os mesmos seguiram a esquematização dos subtópicos apresentados na tabela nº 1.

### 3.1.1 Recepção e Acolhimento

Neste subtópico, buscou-se compreender a forma como as mulheres foram tratadas logo de chegada ao hospital, levando em consideração a cortesia, empatia, tempo de espera, falta de informações, sensação de abandono, indiferença ou acolhimento.

No que diz respeito à recepção e acolhimento, logo à entrada do hospital, 16 das mulheres entrevistadas, referiram que tiveram uma experiência bastante negativa, pois, já a partir do portão, começando pelos seguranças, notaram discursos carregados de arrogância, agressão verbal e falta de empatia, tal como podemos confirmar abaixo:

*“Eu cheguei no hospital às 3 horas da madrugada. Foi um dia em que estava a serenar um pouquinho. Logo que cheguei, os seguranças, mesmo vendo a preocupação com que me carregavam porque já não me aguentava mais de tanta dor, não nos queriam deixar entrar [...]. Depois de passarmos os seguranças, já dentro do próprio hospital, notamos que não havia ninguém na recepção. As enfermeiras estiveram a dormir. E de tanto gritar por ajuda, quando despertaram, uma delas disse: - Estás a gritar muito, moça! O que se passa? É o primeiro parto? É o primeiro parto, hein? – Perguntava tudo isso num tom arrogante”. Mãe1 – 23 anos de idade, 11ª Classe Concluída.*

*“Quando comecei a sentir as dores tortas, já eram 18 horas. Até esperar o meu marido que estava no serviço não deu tempo. As dores aumentaram e os vizinhos me levaram às pressas no materno. No portão, os seguranças foram mesmo muito arrogantes. Um deles começou a falar: - Vocês todos estão a vir assim com tanta pressa porquê? Acham que vão entrar todos? Andam a pensar que aqui é na praça do Lenga-Lenga ou quê? Ela só vai entrar caso apresentem o caderno das consultas pré-natal... - Se a memória não me engana, já eram 21 e tal. Depois de entrar, as duas enfermeiras que estavam na recepção nos ignoraram. Digo isso porque mesmo a nos verem, estavam só preocupadas com os telefones. Uma estava a teclar, e outra a telefonar. Depois de fazerem as suas vontades, uma delas pediu para entregar o caderno das consultas, dizendo que se não desse, não me atenderiam porque temos tido manias de não cumprir*

*com as consultas todas. Eu já estava morrendo de dores, mas aquelas enfermeiras daquele turno, não me davam assistência. Só me mandavam se acalmar. – Fica calma! Você já conhece que isso é mesmo assim. Estás a gritar demais. Não estás a dar conta que isso incomoda? - Naquele turno as duas enfermeiras sabiam que aquela não era o meu primeiro parto. Parece que elas estavam nervosas comigo, não sei porque. Acho que não gostaram que eu voltei a ficar grávida. Uma delas dizia: - Mas você com 20 anos que tens, já dois filhos? Essa toda pressa é de quê? Vás conseguir lhes sustentar”. Mãe14 – 20 anos de idade, 12ª Classe.*

*“Nunca na minha vida pensava que as enfermeiras se comportassem assim. Nem parecem mulheres iguais. Foi a minha primeira gravidez, e graças a Deus não tive tantas dores. O meu marido me acompanhou, e como tinha um amigo na segurança do hospital, no portão entramos sem nenhum problema, mas quando chegamos dentro, ali começou toda pouca vergonha. As enfermeiras todas vaidosas, muitas delas não sabiam nem se dirigir, falavam com tom de arrogância, ao mesmo tempo que mexiam nos telefones. Uma delas estava a ouvir áudios no WhatsApp. Era já a que nem sequer conseguia olhar para quem falava, nem se comunicar com ninguém. Não sabia que nos hospitais as enfermeiras fossem assim tão achadas e ignorantes, e que os telefones chegam a ser mais importantes que as pessoas”. Mãe11 – 29 anos de idade, Licenciada.*

*“No materno, quando já estava na sala de parto, ninguém me tocava e prestava assistência. Me abandonaram ali com as minhas dores, porque diziam: - Não podemos te tocar porque senão vamos reabrir a cicatriz da cesariana que tiveste na vez passada. - Falavam isso, mas quando apareceu uma equipa de médicos e outros senhores na sala, todas falsas e atrapalhadas, começaram a me apalpar a barriga. Acho que era uma equipa de chefes do governo provincial”. Mãe16 – 31 anos de idade, 11ª Classe em Frequência.*

Com os relatos acima, foi possível perceber que já desde a entrada do hospital, começa o dilema diariamente vivido pelas mulheres gestantes e/ou em trabalho de parto. Os discursos agressivos, a arrogância, e a falta de atenção demonstrada tanto pelos seguranças logo no portão, quanto pelas enfermeiras dentro do hospital, é uma clara falta de empatia e humanismo, que se configura em grave violação dos direitos humanos e fundamentais da mulher gestante. Notou-se que 7 das participantes que passaram pelo portão sem quaisquer repreensões ou atitudes agressivas por parte dos seguranças, e dentro do hospital com os profissionais de saúde, foram mulheres que tiveram a sorte de encontrar pessoas conhecidas, tais como vizinhas, comadres, colegas, e amigas de

amigos/as. Ou seja, já se conheciam fora do hospital, o que as facilitou e ajudou bastante no atendimento.

*“Para ser sincera não tive muitas dificuldades porque tive a sorte de encontrar a minha amiga a trabalhar naquele turno, que fez com que tivesse um atendimento sem muitas queixas como as outras. Eu sempre ouvi comentários sobre as enfermeiras que se comportam muito mal lá no materno, mas comigo, graças a Deus, tive a sorte de encontrar a minha amiga e fui muito bem atendida. [...] No dia seguinte quando ela entregou o turno, me apresentou numa das colegas dela, pedindo para cuidarem bem de mim, e cuidaram, apesar de não ser igual aos cuidados dela, mas foram mesmo boas comigo, não posso falar mal delas comparando a forma como tratavam outras”.* Mãe23 –30 anos de idade, 13<sup>a</sup> Classe.

Hoje, nos hospitais, a empatia, a solidariedade, a responsabilidade e o humanismo só é possível quando nos deparamos com nossos familiares, amigos, colegas, vizinhos ou conhecidos? E como ficam as mulheres que num momento tão delicado como o do parto, acorrem aos hospitais e por falta de sorte ou sorte falhada, não encontram sequer um profissional conhecido? São perguntas que julgamos necessárias para a nossa reflexão.

### **3.1.2 Contato com os Profissionais**

Aqui procurou-se avaliar a postura dos médicos, enfermeiros e parteiras durante o atendimento, olhando para as atitudes, como é a questão do respeito, discriminação, ações rudes, tom de voz e linguagem corporal. Das declarações obtidas pelas mulheres, notou-se que 18 delas davam a conhecer que não tiveram um contato plausível, principalmente no que diz respeito as atitudes, tom de voz e discriminação com os profissionais. Tais fatos podem ser confirmados nos relatos a seguir.

*“Uma das enfermeiras, ao me ver, acho que me tinha reconhecido, e disse: - Mas você já não esteve aqui ano passado? De novo jamais? Afinal a tua vida é só fazer filhos? Já estudaste? Tens emprego? - Falava isso para mim com um olhar de desdém. Haviam outras jovens a assistir todo aquele momento. E me senti muito humilhada com aquela situação toda. Ela mal sabia que o filho que tinha no ano passado havia morrido. Simplesmente julgava a minha vida!”.* Mãe13 – 25 anos de idade, 11<sup>a</sup> Classe.

*“Quando cheguei no hospital, a bolça já havia rebentada. Só precisava de ser acolhida, levada à marquesa e começar o serviço de parto. Já sentia a bebê descendo, mas infelizmente encontrei um grupo de jovens enfermeiras que não amavam o seu*

*trabalho. Aquelas só estavam ali por dinheiro. Me olhavam, mas não faziam nada [...] Só não perdi a minha bebê porque Deus estava comigo naquele momento”.* Mãe8 – 30 anos de idade, Licenciada.

*“Há uma parteira no materno que nem parece ser mulher e que se formou em saúde. Desculpa-me lá pela expressão, mas ela foi muito “matumba” e arrogante comigo... não sabe responder as pacientes, trata a todos da maneira que bem entender, sem profissionalismo nenhum, como se o hospital fosse dela. Não me lembro de ouvir mulheres que foram atendidas por ela a lhe falarem bem. Isso não é normal para quem se formou para salvar vidas. Só me lembro de uma madre da católica que me deu boa atenção”.* Mãe3 – 22 anos de idade, 11ª Classe.

### **3.1.3 Comunicação e Assistência**

Elaborou-se este subtópico com o intento de verificar se houve diálogo, explicações e participação da mulher gestante nas tomadas de decisões, considerando a informação sobre procedimentos, escuta ativa, direito de decidir, e ausência de explicações.

No que se refere à comunicação e assistência, vale dizer que dentre as 23 mulheres entrevistadas, 20 disseram que não tiveram uma boa comunicação assistencial com os profissionais durante todo o processo do parto e pós-parto. Os procedimentos a que foram submetidas foram feitos sem quaisquer informações. Simplesmente faziam. E sempre que procurassem perguntar, não lhes era dada alguma resposta satisfatória. Apenas as respondiam com tom de brutalidade e arrogância.

*“Você e eu quem estudou para tratar de grávidas? Queres saber o quê? Será que vieste aqui para dar ordens aos profissionais? Não vês que a tua dilatação só está em 2cm e precisa-se de indução de ocitocina para que o processo seja mais célere? – Foi esta a resposta em voz alta que a enfermeira me deu, ao querer saber da razão que a levava a me aplicar uma injeção num momento em que para mim sentia que o parto estava correndo bem. [...] - Se continuares a se fazer de sábia ficarás assim, porque há outras que precisam ser atendidas”.* Mãe15 – 33 anos de idade, 10ª Classe.

*“Só sei que estava com dores muito insuportáveis e não me sentia nada bem. Já não aguentava de tanta dor. Lembro-me que éramos mais de duas jovens com dores iguais. Gritávamos muito. Vi um médico que vinha com uma seringa, que me injetou pela veia, e quando voltei a despertar, já havia dado à luz, e notei uma abertura na minha bexiga. Tentei perguntar a enfermeira que estava a me fazer limpeza, porque a ferida sangrava, mas não me*

*disse nada. Perguntei pelo meu filho, e a única coisa que me disse foi: - Fica calma, moça. O teu filho está bem de saúde. Não aconteceu nada de mal”. Mãe1 – 31 anos de idade, 13ª Classe.*

*“Durante todo o período da gestação não tive nenhum problema. Cumpri com todas as consultas pré-natal, mas no dia do parto, sem nenhum esclarecimento, me levaram logo no bloco operatório, e tive o bebê por cesariana. Me deixaram com um sinal muito grande na bexiga que odeio sempre que me vejo. Até hoje não sei por que razão me levaram ao bloco sem me dizerem nada. Naquele hospital, só mesmo Deus na causa”. Mãe9 – 32 anos de idade, 11ª Classe.*

*“Enquanto a médica fazia o toque vaginal, notei que introduzia alguma coisa em mim. Quando perguntei porque fazia aquele procedimento, respondeu-me: - Não precisas saber de nada. Se eu te disser alguma coisa do que estou a fazer vai mudar o que em ti? O teu direito aqui é só ficar calma. E esta não é a tua primeira gravidez, você sabe como funcionam as coisas... Quando ela introduziu sei lá o que, comecei a sentir a vagina a arder bastante, junto às dores que já tinha, não me aguentava mais, mas não podia dizer nada, para não me conotarem mais de malandra e me procurar problemas [...] Só orava para tudo correr bem e sair logo daquele inferno”. Mãe5 – 19 anos de idade, 12ª Classe.*

Os relatos acima expostos, demonstram claramente a inexistência de comunicação assistencial e a forma grosseira de como os profissionais se comportam quando a gestante ou parturiente procura saber sobre o procedimento que lhe está sendo feito. Palavras como *“Quando ela introduziu sei lá o que, comecei a sentir a vagina a arder bastante, junto às dores que já tinha, não me aguentava mais, mas não podia dizer nada, para não me conotarem de malandra e me procurar problemas...”*, fazem perceber que mesmo sem o consentimento da parturiente, todos os procedimentos muitas vezes são feitos segundo à vontade única dos profissionais, e por mais que a paciente queira obter alguma informação, limita-se em não perguntar, para que não seja submetida a mais maus-tratos, caso se faça de alguém muito perguntona. Preferem ser submissas e suportarem tudo que se lhes fazem de maneiras a não tornarem mais infernal todo o processo do parto.

### **3.1.4 Agressão Verbal ou Psicológica**

Dentre as várias formas de violência no atendimento das mulheres nos períodos da gestão, parto e pós-parto, a violência verbal ou psicológica tem sido as que ocorrem com maior incidência e passa despercebidamente, tal como afirmam Miranda e Filard, (2024)<sup>11</sup>, ao dizerem que muitos casos de violência dos direitos da mulher grávida ou

violência obstétrica passam despercebidos pelo fato de as mulheres não sequer saberem que foram vítimas de agressões, já que algumas práticas abusivas, como ameaças e ofensas morais e corporais tornaram-se familiares no contexto hospitalar, o que as leva a encararem como uma coisa normal. Neste subtópico, buscou-se identificar episódios de insultos, humilhação ou de alguma culpabilização, principalmente durante o parto, com realce a frases ofensivas, intimidação, vergonha, imposição do silêncio e traumas relatados.

De acordo com Francisco e Costa (2023)<sup>10</sup>, a agressão verbal ou psicológica, o mesmo que violência obstétrica verbal ou psicológica, é encarada como o conjunto de atitudes agressivas que se vão caracterizar através de frases ofensivas, com o objetivo próprio de ameaçar, intimidar, humilhar e causar vergonha à parturiente, apoderando-se da sua posição de profissional de saúde para calar a voz da mulher grávida, retirando-lhe o direito da liberdade de expressão. A fundamentação supracitada, pode ser confirmada através dos relatos feitos pelas participantes desta pesquisa.

*“Na hora em que foram se fazer as coisas, ninguém gritou assim. Essas horas ficam aqui a dar trabalho a todos. Não sabias que sentirias dor? Nunca ouviste falar de dor de parto? Abre lá mazé essas pernas, phá! É pra não andares a brincar à toa com os homens”.* Mãe20 – 18 anos de idade, 10<sup>a</sup> Classe em Frequência.

*“Doía tanto que quando gritasses de acordo com a intensidade da dor, elas ficavam mais violentas, não podias demonstrar a dor. – És a única que merece atenção? Se continuares assim vás se fazer o parto sozinha. Dá nisso! Com idade boa pra estudar, só se preocupam em se dormir.”* Mãe3 – 22 anos de idade, 11<sup>a</sup> Classe.

*“Eram 00 horas. A enfermeira dizia que se não parasse de gritar me abandonaria porque não era a minha primeira gravidez e já sabia que sentiria muitas dores. – Você já sabe que isso dói, se não quisesses voltar a sentir, não voltarias a se engravidar de novo. Então aguenta o que procuraste. Ficam a se guardar para fazer filhos na velhice, dá nisso!”* Mãe18 – 34 anos de idade, Licenciada.

### **3.1.5 Agressão Física**

Neste subtópico, procurou-se revelar uma série de práticas físicas abusivas durante o parto sem consentimento ou qualquer justificativa, procurando destacar as práticas de manobras dolorosas, cesárias, contenção física, reações da parturiente, etc.

Francisco e Costa (2021, p. 15)<sup>10</sup>, definem a agressão física como o conjunto de “ações que ferem a integridade física, causando dor na mulher e identificam-se como amarrar a mulher na maca, palmadas ou tapas em qualquer parte do corpo da mulher e toque vaginal por múltiplos profissionais”. No nosso entender, também pode ser todo o ato que é feito no corpo da mulher sem qualquer informação prévia, desde bofetadas, cortes, e até mesmo a cesariana. Os relatos feitos pelas participantes da pesquisa deixaram claro que há um crescimento exponencial de agressões físicas em hospitais de referência na cidade de Ndalatando, o que pode ser reflexo de outras unidades hospitalares do país. Quanto a isso, das 23 entrevistadas, apenas 4 não se sentiram agredidas fisicamente, as demais, disseram ter vivido e testemunhado práticas de agressões físicas à outras colegas gestantes.

*“Quando me levaram na sala de parto, apareceu lá uma enfermeira que não me disse nada, e simplesmente me mandou abrir as pernas com uma voz tipo de FAA (militar), e começou a me picar dedos na vagina”. Mãe15 – 31 anos de idade, 9ª Classe Concluída.*

*“Não tenho boas lembranças daí do materno. O que me fizeram ali nunca vou esquecer. No dia em que dei à luz, senti um rasgo na vagina. Depois de alguns minutinhos aquilo me ardia. Expliquei na médica que estava a me acompanhar, e me disse que aquilo era normal acontecer. E foi assim que ela chamou uma moça enfermeira que também estava na sala a assistir outra colega grávida. Lhe orientou para me suturar o rasgo que tive na vagina. Confesso que aquele foi o meu pior momento. A moça me costurou à sangue frio! O agravante é que não sabia bem. Estava a me costurar como que se fosse a mesma coisa que roupa. Por causa das dores que eram tantas que sentia, não parava de gritar. Foi assim que a médica recebeu o material e ela mesma começou a suturar, ralhando a moça. Dizia: - Você estagiária deve ser mais atenciosa. Como é que você faz isso? Estás a pensar que aqui é o mesmo que costurar sacos? Suturar é assim, assim! Vê e aprende”. Mãe12 – 27 anos de idade, 11ª Classe Interrompida.*

*“Vi uma jovem que esteve na mesma sala que eu a ser batida, por dizer que não tinha forças para abrir as pernas. Ao invés de a enfermeira ajuda-la a abrir, ficou a lhe dar chapadas até que as abriu. Ela não dizia nada; Só lacrimejava”. Mãe7 – 35 anos de idade, 13ª Classe Concluída.*

*“Por causa de insistir em gritar, a enfermeira que me atendia me disse para tapar a boca, e logo me aproximou e apertou a minha boca com as suas mãos que tinham luvas com que trabalhava.*

*Era uma enfermeira nova que lhe falavam muito mal no hospital”. Mãe1 – 23 anos de idade, 10ª Classe Concluída.*

*“A médica que estava de plantão deu-me uma chapada por lhe dizer que não parecia alguém formada, e me abandonou na sala. Graças a Deus apareceu uma enfermeira que era minha conhecida que me atendeu muito bem. Lhe disse como havia sido tratada pela médica, e respondeu-me: - ela é mesmo já assim muito arrogante. Aqui não respeita ninguém, se conosco nos trata mal, não imagino com as pacientes. Se faz de mais importante que os profissionais”. Mãe10 – 33 anos de idade, 12ª Classe Concluída.*

### **3.1.6 Negligência Médica**

Cá neste subtópico, buscou-se finalmente investigar momentos em que a mulher grávida se sentiu ignorada ou abandonada pela equipa médica, com o foco voltado à ausência de assistência, demora no atendimento, omissão de socorro, complicações causadas, entre outros elementos.

Segundo Pontes de Miranda (1966), citado por Miranda e Filard, (2024, p. 24)<sup>11</sup>:

a negligência ocorre quando o profissional de saúde deixa de tomar as precauções necessárias ou age de maneira displicente. Ele define negligência médica como a omissão dos cuidados necessários, que resultam em prejuízo ao paciente. No caso da saúde, a negligência pode se manifestar de diversas formas, como na falta de acompanhamento adequado de um paciente ou na falha em realizar exames importantes para o diagnóstico correto.

Para nós, o agir do profissional sem ter em conta os princípios técnicos, éticos e bioéticos que a profissão exige, configurando toda sua atividade numa ação de clara imprudência e/ou imperícia, consideramos como negligência. Estas ações têm resultado em consequência irreparáveis, como mutilações, sequelas, traumas, depressão, mortes, e a falta de confiança no próprio sistema de saúde, tal como podemos notar nos relatos que se seguem.

*“As enfermeiras do materno não têm amor com o seu próximo, nem pelo trabalho. Tive lá o parto, e não aconselharia ninguém a ir pra lá, a não ser se tiver lá uma pessoa que lhe conhece. Eu fui abandonada na sala, e tive que dar à luz sozinha. Quase que o meu bebê caía no chão”. Mãe10 – 33 anos de idade, 12ª Classe Concluída.*

*“Eu quase que dei à luz sozinha. Só vieram já quando notaram que dei um grito diferente dos gritos que estava a dar. A minha*

*filha já estava a sair. As que estudaram ficam a teclar no telefone, tipo que as coisas que andam a fazer neles é mais importante que a vida duma pessoa. São mulheres como nós, mas nem parecem ser. São tão arrogantes e não têm respeito. Ficam tipo não conhecem dor de parto e nunca deram à luz”. Mãe16 – 30 anos de idade, 13ª Classe em Frequência.*

*“Depois da minha criança nascer, fui abandonada por mais de 30 minutos na sala sem nenhuma assistência. Eu não sabia o que fazer, porque não tinha nenhuma experiência. Fiquei aquele todo tempo assim, e quando a enfermeira voltou, ao me tocar, sentia muitas dores. As dores que já estavam a se acalmar, quando me tocou, voltaram de maneira horrível”. Mãe18 – 33 anos de idade, 10ª Classe Feita.*

*“Há muita ignorância no materno. Enquanto eu gemia de dores, a enfermeira telefonava, e indicava um estagiário para me assistir, sem acompanhamento de mais ninguém. É tanta coisa que não dá pra falar aqui”. Mãe2 – 35 anos de idade, Licenciada.*

*“Na semana que tive o meu filho, morreu muitas jovens e bebês no materno. Os próprios funcionários já não trabalham, deixam os estagiários a fazerem os seus trabalhos, enquanto ficam a namorar nos telefones, ou lá fora a conversarem. É por isso que está ter muitas mortes lá. Quase que também perdi o meu bebê. O bom é que fui esperta. Quando vi que na sala em que estava, duas moças já perderam os seus bebês, fugi com o meu filho sem me darem conta”. Mãe15 – 24 anos de idade, 8ª Classe Concluída.*

*“Eu tive a sorte no mês passado porque a xará da minha irmã trabalha lá e é chefe, e avisou já as parteiras que têm de me cuidar bem, mas mesmo assim ainda tinha parteiras arrogantes e que não ajudaram algumas mulheres que precisavam [...] me doeu bué quando uma jovem precisava de ajuda e elas passavam tipo nada, e diziam que ninguém lhe mandava ficar no chão, até que o bebê dela morreu... mas vi lá umas 2 ou 3 que apesar de serem ignorantes, tinham bom comportamento ao atender”. Mãe21 – 34 anos de idade, 9ª Classe Concluída.*

*“Se não aparecesse na hora uma enfermeira na sala do parto, acho que ou eu morreria, ou a minha bebê morreria. Digo isso porque o parteiro que trabalhava naquela noite fazia uso de bebidas alcólicas. Podes até não acreditar, mas ele estava bêbado, e dava-se logo conta no rosto e nas atitudes”. Mãe4 – 22 anos de idade, 11ª Classe Concluída.*

*“Tive o meu filho no materno em condições deploráveis, fiz o parto sozinha no chão do hospital, os médicos estavam a dormir. Eu só implorava para morrer. Foi um momento de tortura.*

*Sempre que ouço falarem daquele hospital, me sinto muito apavorada”.* Mãe19 – 34 anos de idade, Licenciada.

*“Como a minha dilatação estava muito lenta, apareceu um médico que pediu para fazer ecografia e notar o que se passava comigo. As enfermeiras que estavam na sala disseram que não podia fazer ali porque o senhor responsável da área estava de férias. Então era para ir fazer no municipal, e disseram que não adiantava porque o mesmo senhor que estava de férias no materno era também o que trabalha no municipal. Tralhava nas terças e quartas feiras no materno, e nas quintas e sextas-feiras no municipal. Era a mesma pessoa a trabalhar nos dois hospitais. Quando ouvi aquilo, as dores se multiplicaram. Era tanta negligência e falta de responsabilidade para um hospital tão grande como aquele. Eu só pensava já que podia morrer naquele dia... Me pediam para ir fazer na Clínica, e não tinha dinheiro para lá ir. Até hoje dizem que lá continua na mesma. O mesmo e único profissional que trabalha no materno, é o que trabalha no municipal. Como é possível isso acontecer?”.* Mãe6 – 35 anos de idade, 12ª Classe Interrompida.

### **3.1.7 Acompanhante da Gestante**

Para este subtópico, o objetivo foi de analisar se o direito ao acompanhante foi garantido durante o processo do parto e pós-parto, e como isso afetou a experiência das mulheres gestantes. Buscou-se destacar a presença ou ausência de acompanhante, impacto emocional, etc.

Araújo (2011, p. 24)<sup>12</sup>, faz-nos saber que:

A participação do acompanhante tem grande importância para que a atenção humanizada ao trabalho de parto, parto e puerpério se concretize. Aquele ocupa um lugar de referência familiar e de apoio emocional para a parturiente, já que se encontra emocionalmente envolvido nesse processo. A interação entre a equipe profissional de saúde e o acompanhante é fundamental para que a mulher tenha uma assistência segura e confortável. Quem acompanha a parturiente deixa de ter um papel fiscalizador e passa a ser uma figura ativa e essencial para a equipe e a mãe.

Quando se fez a pergunta às participantes da pesquisa se tiveram direito a um acompanhante, todas as 23 entrevistadas responderam com relatos de que não tiveram nenhum acompanhante na sala de parto, nem mesmo depois de já terem dado à luz aos seus filhos, o que as deixou muito preocupadas e inseguras.

*“O meu marido ficou no quintal do hospital depois de eu ter entrado. Nem mesmo no banco de espera do banco de urgência se lhe deixaram permanecer. Os enfermeiros que estava na*

*recepção lhe disseram que qualquer coisa que fosse acontecer, iriam anunciar. Uma das enfermeiras havia lhe pedido para deixar o número e se caso acontecesse alguma coisa ligariam”.* Mãe18 – 33 anos de idade, Licenciada.

*“Não tive nenhum acompanhante. Todo o momento da gravidez fiquei sem saber de nenhum familiar. E tornou-se mais complicado porque na altura do parto estava sem telefone, o que não deu para ligar a ninguém”.* Mãe17 – 29 anos de idade, 12<sup>a</sup> Classe Concluída.

*“Não me deixaram entrar com o meu marido. Tanto que ele explicava nas enfermeiras que é um direito, mas não o deixaram. Uma das enfermeiras disse ao meu marido que se não faziam com ninguém não podiam fazer conosco”.* Mãe15 – 33 anos de idade, 12<sup>a</sup> Classe em Frequência.

*“Na noite em que nasci não vi a minha bebê. Levaram ela pra sei lá aonde, e no dia seguinte por volta das 10 horas uma enfermeira ia me avisar que a minha bebê acabava de morrer. - Como assim morreu? - Até hoje esta notícia não entra na minha cabeça, porque sei que a minha filha nasceu bem. A minha gravidez não era complicada. Quando me lembro disso, acredito que a minha bebê foi trocada por outra. Se deixassem entrar um dos meus familiares, acredito que isso não aconteceria, porque ajudaria a controlar tudo ali dentro”.* Mãe20 – 18 anos de idade, 11<sup>a</sup> Classe em Frequência.

Para Samanjolo (2021, p. 67)<sup>13</sup>, “o acompanhamento, alguém de confiança, é de grande importância, pois irá proporcionar maior tranquilidade e segurança à mulher, permitindo, desta forma, que o parto seja mais rápido e com menos intervenções desnecessárias”. Na mesma linha de pensamento, Araújo (2011, p. 24)<sup>12</sup>, realça que:

O acompanhante contribui para que a mulher fique segura durante o trabalho de parto e o parto, reduzindo o tempo daquele; em um menor uso de métodos farmacológicos para alívio da dor, de medicações para acelerar o trabalho de parto; na diminuição das taxas de cesárea; no aumento do apgar do recém-nascido e em uma maior satisfação da mulher.

A mulher, segundo a OMS (2014)<sup>9</sup>, deve ter o direito de escolher quem a pode acompanhar no momento do parto. Isso, tal como foi dito pelos autores anteriores, garante maior segurança na paciente, e um atendimento devidamente humanizado demonstrado pelos profissionais, tornando o trabalho do parto num momento único e memorável, diferente da realidade que se verificou das participantes da pesquisa através de todos os momentos vividos no hospital que com muita coragem puderam relatar.

O direito a vida e a defesa da dignidade da pessoa humana, são por assim dizer, o fundamento máximo da construção de qualquer normativo que se vergue nos direitos humanos e fundamentais. Qualquer ação que fira esses dois elementos, são de tanto destruidores e promotores de inexistência dos direitos humanos e fundamentais da pessoa humana dentro de quaisquer instituições, sejam elas públicas ou privadas.

Os resultados apurados nesta pesquisa, de acordo com os relatos feitos pelas participantes, apresentam todas as formas possíveis de violência contra as mulheres no período que vai desde o pré-natal, e principalmente do parto e pós-parto, perpetrados por profissionais de saúde em meio ao desempenho de suas funções, o que quebra o juramento da profissão e os princípios éticos, técnicos, bioéticos e deontológicos pelos quais foram formados. Para que se compreenda melhor o quão é importante que toda atividade médica seja pautada em princípios éticos, trazemos a afirmação de Pereira *et al.* (2016, p. 103)<sup>14</sup>, apresentado num dos seus estudos que diz o seguinte:

as ações médicas devem ser baseadas em princípios, leis e fundamentos norteados pelo Código de Ética Médica, e devem respeitar a decisão dos pacientes e valorizar a vida. Dessa forma, as práticas médicas devem se embasar em princípios éticos, como o da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que visam proporcionar a valorização da vida humana. Todavia, quando os profissionais da saúde realizam procedimentos sem a expressa opinião das pacientes, com intervenções desnecessárias ao processo de parto, desrespeitam sua individualidade e as agridem com práticas que não reduzem os efeitos adversos ou indesejáveis das ações terapêuticas, [...] sendo muitas vezes fator predisponente para aumentar os riscos da morbimortalidade materna e neonatal.

Por outra, de acordo com Silva e Serra (2017)<sup>15</sup>, não basta que a mulher e o bebê sobrevivam em todo o processo do parto e pós-parto. Para que a experiência do parto se considere ou possa ser de fato prazerosa, é importante que as garantias de um tratamento digno, respeitoso, empático, humanizado e com práticas embasadas em evidências científicas, respeitando-se ainda o princípio da autonomia da mulher, sejam levadas em consideração.

A forma como os relatos foram feitos, demonstram que as mulheres têm sido reduzidas à simples pacientes, principalmente quando se encontram em estado de grande vulnerabilidade (dor, desconforto, desgaste, ansiedade, desamparo, estresse, desespero, etc.). Não se deve olhar a mulher grávida como apenas uma paciente. Ela deve ser vista como uma mulher em estado de mãe e como uma cidadã normal dotada de direitos que a

defendem como pessoa humana. Além do mais, deve ser vista como alguém que tem uma família, responsabilidades sociais acrescidas, entre outros elementos que lhe identificam fora da realidade hospitalar, pelo que deve ser respeitada como qualquer outra pessoa merece ser respeitada.

*“A minha mãe fez todos os seus partos em casa, e nunca teve nenhum problema de saúde. Nunca perdeu nenhum filho ao nascer. Somos 9 irmãos, todos nascidos em casa sem intervenções de quem estudou saúde, mas estamos aqui vivos. Agora mesmo já no próprio hospital feito para tratar de pessoas que precisam, te maltratam, te abandonam, te fazem tudo, menos te darem a atenção merecida. Eu me azarei em ir ao materno, e passei lá um dos piores momentos da minha vida como mulher. Seria bom se fizesse o parto em casa”.* Mãe5 – 19 anos de idade, 12ª Classe em Frequência.

O relato que antecede a este parágrafo, faz-nos refletir o quão desumano tem sido muitas vezes o atendimento em hospitais de referência em Ndalatando, onde a parturiente chega a dizer que preferiria o modelo passado em que as mulheres faziam o parto em casa, sob o acompanhamento familiar e uma parteira tradicional, e ainda assim não haviam quaisquer problemas. Essa forma de pensar, surge como resposta das violências a que as mulheres têm sido submetidas dentro das unidades hospitalares. A ideia da substituição dos partos realizado em casa pelos realizados nas unidades hospitalares, surge na perspectiva de se dar maior atenção médica e medicamentosa às mulheres, de modos a que se reduzam riscos de várias ordens, e as mesmas tenham uma experiência de parto humanizado, e sem muito que se lamentar. Mas, os resultados da pesquisa, trazem uma realidade diferente. Pelo contrário, o parto institucional, na maior parte das vezes, tem trazido uma alta gama de medo, desconfiança, ansiedade, insegurança e vergonha na mulher puérpera, o que põem em risco tanto a vida do recém-nascido, quanto o da própria mãe. Estes riscos que na mais dura forma de encarar, tem se repercutido na morte de um, entre os dois, ou na morte de ambos, pondo em descrédito as políticas de saúde pública voltadas à redução do índice de mortalidade materno-infantil nos hospitais do país, o que cria uma total inimizade, falta de confiança e feios comentários para com os profissionais de saúde, e o mais agravante com o Sistema Nacional de Saúde, por um lado, e por outro, com as instituições que poderiam ter auxiliado no cumprimento das políticas públicas que defendem os direitos humanos em geral, e os direitos das mulheres grávidas em particular.

Os depoimentos desta pesquisa desvalorizam as mulheres, mas, o que desvaloriza ainda mais a dignidade, a autonomia e os direitos humanos das mulheres nos hospitais, é a falta de cultura de denúncia que se implantou nos nossos dias, pelo fato de não se acreditar e confiar nas instituições, tal como se podem aferir nos relatos a seguir, quando perguntou-se às entrevistadas sobre terem ou não feito denúncias quando sentem que os seus direitos foram violados.

*“Fazer denúncias? Pra que então só? Pra um dia quando precisar voltar no hospital te matarem? Não adianta fazer, até porque ninguém faria mesmo nada. Nós que não temos ninguém em frente é só mesmo já aguentar assim. Eles mesmo só já é que sabem”*. Mãe20 – 18 anos de idade, 10ª Classe em Frequência.

*“Seria até muito normal denunciar, mas a pergunta é: quem vai dar atenção na tal denúncia? É inútil. Fazer e não fazer, é tudo a mesma coisa”*. Mãe1 – 23 anos de idade, 11ª Classe Concluída.

*“Tal como têm dito que a justiça é para os poderosos, é aqui onde se confirma isso. Se acontece com filha de alguém de ombros largos, mesmo sem denunciar, os profissionais tremem. Mas se for com uma zé ninguém, não sai mesmo nada. Quantas mulheres morreram no parto e não se fez nada? Quantas, hein, mano?”*. Mãe11 – 29 anos de idade, Licenciada.

Diante de todas as violências obstétricas feitas contra as mulheres, uma das coisas que se achou bastante preocupante é a inexistência de formalização de denúncias, e de espaços próprios de abertura de processos de denúncias e responsabilização dos infratores, quando estes são identificados. Não são feitas denúncias por alegada impunidade. A impunidade durante anos enraizou-se na nossa sociedade, o que a tornou numa cultura de vida. Compreendeu-se que o nível em que chegou, faz com que todo tipo de denúncia não surta nenhuma ação, o que leva as mulheres, em particular, e os utentes em geral a não fazerem nada diante das violências e injustiças, pois, segundo dizem, é tudo igual, fazendo ou não, as coisas permanecem na mesma. A impunidade tornou-se algo tão normal. Por isso mesmo, é preferível que se sofra no silêncio, e se viva na submissão dos maus-tratos dos profissionais de saúde nos hospitais, ou noutras instituições, do que denunciar e no final não se fazer absolutamente nada. Silva e Serra (2017, p. 60)<sup>15</sup>, num dos seus estudos sobre violência obstétrica, já confirmam evidentemente a inexistência de denúncias feitas pelas mulheres que são violentadas, pelo que preferem o silêncio, ao revelarem que:

Em algumas situações, quando a parturiente se dá conta da violência praticada contra ela, opta pelo silêncio, muitas vezes pelo medo de ser abandonada pelo profissional em um momento onde está altamente vulnerável ou ainda por não se sentir apoiada quanto à denúncia. Outros fatores que contribuem ainda para que a mulher violentada não denuncie a prática, é o saber e o crer que supostamente não possui provas suficientes do ato de violência sofrido, e o desacreditar na justiça [...].

O acima exposto leva-nos a pensar numa forma de se desafiar a impunidade que é um elemento de tanto fundamental para que se consiga de forma unida alcançar a justiça social, pois que, entende-se que enquanto os agressores acreditarem que podem cometer crimes, agredir, violentar, humilhar, ofender, ameaçar sem quaisquer consequências, o número de casos vai continuar a aumentar tal como afirma Mendes (2018)<sup>16</sup>. Para isso, a autora prossegue dizendo que é necessário que as leis e os mecanismos de proteção das vítimas sejam objeto de uma aplicação efetiva. As leis contra a violência devem se fazer cumprir diante de quem as viola. Entretanto, é urgente que todos os dias se desafie a impunidade nas instituições públicas e/ou privadas, reprimindo quem comete erros graves, principalmente os erros que colocam a vida humana em perigo. Isso levará os utentes a acreditarem na seriedade das instituições, e quando estas abrirem canais de denúncias, desenvolverem o hábito e cultura de denunciar.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES**

Muitas vezes o concluir de uma pesquisa, significa a abertura de novas propostas de estudos relacionadas ao problema levantado anteriormente e não só, para romper limitações de várias ordens, e aferir novos dados ou resultados. No entanto, para esta pesquisa, convém usarmos a palavra encerramento. Assim sendo, encerramos este estudo dizendo que a violência obstétrica é hoje considerada um problema de saúde pública global, que impacta negativamente a saúde física e mental das mulheres, e que a mesma se configura numa grave violação dos direitos humanos e fundamentais. A falta de responsabilidade, formação especializada, humanismo, empatia e responsabilização por parte de quem comete erros evitáveis (profissionais de saúde), e principalmente o baixo nível de instrução, informação e formação da/s (mulher/s) sobre os seus direitos à saúde sexual e reprodutiva, foram nesta pesquisa observados como os principais elementos que contribuem para o nível elevado da violência obstétrica nos hospitais do país. Dentre as piores consequências da violência obstétrica, está a morte do neonato e/ou da mãe, traumas e mutilações carregadas pelo resto da vida da mulher violentada. Entretanto, tal

como sugerem Miranda e Filard (2024)<sup>11</sup>, é importante que haja espaços de conscientização e educação sobre os direitos das mulheres no parto, pois, muitas dessas práticas abusivas têm sido vistas como normais devido à falta de informação, tanto por parte das gestantes quanto dos profissionais de saúde. Por isso mesmo “a conscientização pública sobre o tema pode capacitar as mulheres a exigirem atendimento digno e humanizado, e também promover mudanças culturais entre os profissionais, incentivando um atendimento mais respeitoso e alinhado com os direitos humanos [...] Por fim, a capacitação dos profissionais de saúde surge como uma solução central para reduzir a violência obstétrica” Miranda e Filard (2024, p. 29)<sup>11</sup>.

Ao olharmos para os anos que se passaram, seria de tanto condenável se não se reconhecesse que Angola registou avanços significativos na promoção da igualdade do género que vão desde o combate à discriminação e violências múltiplas, que se registam na criação de políticas e planos de ação que têm sido definidos através de enquadramentos políticos e legais para o combate à violação dos direitos humanos das mulheres, o que fortalece hoje a sua presença e atuação na esfera social, cultural, econômica e política do país. E no setor da saúde, vale realçar a recente criação do Gabinete de Ética e Humanização que terá nascido através do Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde de Angola (PNHAS)<sup>17</sup>, criado inicialmente por meio do Decreto Executivo n.º 3/11, de 1 de Julho, posteriormente atualizado e publicado em Diário da República através do Decreto Executivo n.º 1114/14 de 15 de Maio, este que se responsabiliza em promover e implementar programas de humanização da assistência e cuidados de saúde, melhorando as relações entre profissionais de saúde e utentes, dos profissionais entre si, e entre os serviços de saúde e a comunidade, para que se valorize o bem vida. Entretanto, apesar disso, é de ressaltar que se precisa juntar sinergias para eliminar-se atitudes que mancham o muito que se foi construindo durante muitas décadas de árduo trabalho e suor. Para isso, para que se combata a violência obstétrica nos hospitais de Angola, sugerimos inicialmente uma atividade de auditoria nos hospitais, e seguidamente uma auscultação pública que una os Ministérios da Justiça e dos Direitos Humanos (MINJUSDH), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU), Ministério da Educação (MED), Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação (MINESCTI), Igrejas, Entidades Tradicionais, e Sociedade Civil, de maneiras que se recolham propostas que alimentem a criação de uma lei própria contra a violência obstétrica, lei esta que puna todos os atos e seus prevaricadores, pois que, no final de tudo, somos nós as vítimas desta

prática. Somos nós mesmos os irmãos, pais, filhos, tios, sobrinhos, amigos, vizinhos e colegas das muitas mulheres que têm sido vítimas das violências obstétrica nos hospitais. Além do mais, o futuro da humanização dos serviços de saúde e da defesa dos múltiplos direitos humanos em Angola, dependem do esforço de todos: ministros, deputados, professores, juristas, médicos, camponeses, pesquisadores, pastores, estudantes, etc. Se um de nós se calar diante de atos de violências nas unidades hospitalares, quer sejam públicas ou privadas, será parte da culpa da destruição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e de tantas outras instituições auxiliares ao mesmo. É necessário e urgente sabermos que é na mulher em que se encontra a verdadeira fonte da continuidade da humanidade. Compreende-se, então, que violar sempre os direitos que lhe cabem, particularmente os direitos sexuais e reprodutivos, significa combater a reprodução da espécie humana de forma ríspida. Significa não querer que nenhum homem nasça nos nossos dias. Por isso é que, enquanto a sugestão apresentada no parágrafo anterior não acontecer, gostaríamos de apresentar uma outra. Que nos hospitais, através dos Gabinetes de Ética e Humanização e/ou Gabinetes do Utente se criem equipas de profissionais que façam um inquérito pós-parto semanalmente nas maternidades, para que se meça a qualidade do atendimento durante todo o processo do parto, e se identifiquem possíveis práticas de violência obstétrica. É importante que seja feito para que de forma consciente se rompa com os silêncios institucionalizados nos serviços de saúde. Aliás, é imperioso que se desenvolva uma cultura que procure romper com todos os silêncios forçados nas instituições públicas do estado, e nas privadas, pois, os mesmos têm violado leis consagradas que defendem os direitos da dignidade da pessoa humana. Se nos calarmos sempre diante de todo o tipo de violência contra os direitos humanos, seremos parte contribuinte da construção do projeto de destruição de um país que se viu construindo com muita luta e sacrifício ao longo dos últimos 50 anos. Este país que é de todos e todas nós, chama-se Angola.

## **5. LIMITAÇÕES DA PESQUISA**

Tal como assegura Guerra (2024)<sup>18</sup>, toda a pesquisa científica apresenta um conjunto de limitações. Se assim não o fosse, não haveriam razões fundamentais para o contributo diário no avanço do conhecimento científico por parte de cientistas/pesquisadores. As limitações das quais a pesquisa científica se relaciona estão ligadas principalmente à falta de financiamentos e logística, a dificuldade de acesso a determinadas fontes de informação, a complexidade dos problemas estudados, entre

outras, como é o caso das limitações metodológicas. Por ser verdade, é nossa obrigação dar a conhecer que a presente pesquisa, apesar de abordar uma temática nacional, teve como base empírica apenas a cidade de Ndalatando, na província do Cuanza Norte. Importa dizer que esta limitação metodológica impõe bastante cautela na extrapolação dos resultados, tendo em conta a grande heterogeneidade regional que caracteriza o contexto angolano. A diversidade de práticas institucionais, culturais e infra-estruturais nas várias províncias pode influenciar de forma significativa nos relatos das mulheres sobre o assunto, bem como na manifestação e percepção da violência obstétrica. Nesse sentido, acredita-se oportunamente que num futuro não distante, caso tenhamos a força e saúde necessária, e quiçá algum financiamento, as pesquisas que surgirem poderão ampliar o espaço geográfico, de modo a possibilitar uma compreensão mais abrangente e representativa da realidade nacional e supranacional. Outrossim, ao longo da nossa pesquisa, além da coletânea de artigos encontrados no E-book intitulado “Violência Obstétrica: As Faces de um Problema Invisibilizado”, por sinal a 5ª Edição publicada em Dezembro de 2021, fruto de um trabalho conjunto que tem sido desenvolvido pelo ONDJANGO FEMINISTA, um coletivo feminista que de forma autónomo vive advogando pelos direitos humanos de meninas e mulheres em Angola, não encontramos nenhum outro trabalho ou pesquisa publicada que aborde sobre a violência obstétrica em Angola, e caso existam, são por nós desconhecidos. Por isso, vale enaltecer aqui todas as ilustres senhoras de honra que fizeram parir do seu mineiro intelectual a belíssima ideia da criação do Ondjango Feminista, pela bravura que têm demonstrado diariamente com matérias ligadas a igualdade de gênero, direitos humanos, direitos humanos de meninas e mulheres, direitos reprodutivos, justiça social, educação para a cidadania, entre outras, que ajudam no desenvolvimento transformador desta nossa pátria.

Considerando o vazio da “inexistência” de artigos que versam sobre este problema em Angola, fez com que recorrêssemos à estudos produzidos por pesquisadores estrangeiros, com destaque aos brasileiros e portugueses. Portanto, tratando-se de uma ação praticada pelos profissionais de saúde e que na maior parte das vezes, por ser oculto ou silenciado, torna-se um problema de cumplicidade institucional, o que tem influenciado de forma alarmante no índice de mortes materno-infantil nos hospitais de Angola, sugere-se o incentivo de financiamentos por instituições do estado e não só, para o desenvolvimento de pesquisas mais aprofundadas e longitudinais sobre este grave problema, para que se compreenda a prevalência da violência contra as mulheres nos serviços de saúde em todo território nacional, que se julga elevada nos últimos tempos,

procurando assim abordar nelas as grandes consequências à nível familiar, individual, social, cultural, política e econômica que o mesmo problema traz, pois através desta pesquisa que agora se encerra, foi possível percebermos que são variadíssimas.

## **FINANCIAMENTOS**

Esta pesquisa não recebeu nenhum financiamento de instituições públicas e/ou privadas.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

O autor do artigo declara que não possui conflito de interesse de ordem financeiro, pessoal, institucional, político, acadêmico ou comercial.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Minango Francisco e ao MSc. Francisco Mateus “Saluka ya Ngongo”, por terem lido em primeira mão, revisado e sugerido correções que foram pontuais para o enriquecimento desta pesquisa. Muito obrigado!

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ONU. *Uma abordagem baseada nos direitos humanos para os maus-tratos e a violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com foco no parto e na violência obstétrica: nota do Secretário-Geral*. 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?v=pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.
2. PELOGGIA, Ana; CARDERELLI, Ana; BENINCASA, Tatiane. Violência obstétrica: revisão sistemática internacional. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 24, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/23psd240104>. Acesso em: 11 mar. 2025.
3. MENDES, Suzana; SANTOS, Neide; TAVARES, Cátia. Percepções da violência obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: uma revisão scoping. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, v. 8, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.2.271>. Acesso em: 13 mar. 2025.
4. CARVALHO, Bruna. *Violência obstétrica em Portugal: prevalência, tipologias e impacto*. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Justiça) – Universidade

- do Minho, Braga, 2024. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/94213>. Acesso em: 13 mar. 2025.
5. REPÚBLICA DE ANGOLA. *Constituição da República de Angola*. Luanda: Assembleia Nacional, 2010. Disponível em: <https://tribunalsupremo.ao/wp-content/uploads/2018/05/constituicao-da-republica-de-angola.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.
  6. NANGA, Margareth. Violência obstétrica: As faces de um problema invisibilizado. In: *Como a lei aborda a violência contra mulheres antes, durante e após o parto?* 5. ed. Ondjango Feminista, dez. 2021. Disponível em: [www.ondjangofeminista.com](http://www.ondjangofeminista.com). Acesso em: 15 mar. 2025.
  7. ANGOLEX. *Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92)*. Disponível em: <https://angolex.com/paginas/leis/lei-de-bases-do-sistema-nacional-de-saude-21bb-92a.html>. Acesso em: 15 mar. 2025.
  8. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 70. ed. Lisboa: LDA, 2010. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2025.
  9. OMS. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. 2014. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 11 mar. 2025.
  10. FRANCISCO, Neurina; COSTA, Camila. Percepção social de mães internacionais da UNILAB sobre a violência obstétrica durante a vivência de seu parto. 2023. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/4533>. Acesso em: 2 abr. 2025.
  11. MIRANDA, Bianca; FILARD, Marina. Violência obstétrica e a responsabilidade civil do Estado e do profissional médico. 2024. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/3010/1743>. Acesso em: 2 abr. 2025.
  12. ARAÚJO, Keila. *A presença do acompanhante no trabalho de parto e parto: uma contribuição para a melhoria da assistência*. 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD9DNG4E/1/monografia\\_keila\\_santiago.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD9DNG4E/1/monografia_keila_santiago.pdf). Acesso em: 17 mar. 2025.

13. SAMANJOLO, Ângela. Violência obstétrica: as faces de um problema invisibilizado. In: *Realidade de meninas e mulheres do Bié*. 5. ed. Ondjango Feminista, dez. 2021. Disponível em: <[www.ondjangofeminista.com](http://www.ondjangofeminista.com)>. Acesso em: 15 mar. 2025.
14. PEREIRA, Jéssica et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR)*, v. 15, n. 1, jun./ago. 2016. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604\\_094136.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf). Acesso em: 2 abr. 2025.
15. SILVA, Delmo; SERRA, Maiane. Violência Obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista B.*, v. 3, n. 2, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2017.v3i2.2586>. Acesso em: 2 abr. 2025.
16. MENDES, Suzana. Violência institucional: quando o Estado é o agressor. In: *Desafiando a impunidade*. 2. ed. Ondjango Feminista, jun. 2018. Disponível em: <[www.ondjangofeminista.com](http://www.ondjangofeminista.com)>. Acesso em: 15 mar. 2025.
17. Governo de Angola. Decreto Executivo n.º 1114/14 de 15 de Maio. Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde (PNHAS). Diário da República – 1ª Série – n.º 91. 2014. Disponível em: <https://archive.gazettes.africa/archive/ao/2014/ao-government-gazette-dated-2014-05-15-no-91.pdf>. Acesso em 18 de abr. 2025.
18. GUERRA, Avaetê de Lunetta. METODOLOGIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS PESQUISAS CIENTÍFICAS. *Revista Científica Multidisciplinar*. v.5, n.8, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i8.5584>. Acesso em: 22 abr. 2025.
19. WMA. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*. 2024 Oct 19. Disponível em DOI: [10.1001/jama.2024.21972](https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972)

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.