“Revista SciLab”
Artigo

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS FERIDAS INVISÍVEIS DO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

[1]Wailan Carolina Cassemiro
[2]Bhárbara Emanuelly Costa De Araújo
[3]Claudia Juliana Tomé Mendes
[4]Karla de Oliveira Silva

[1]Centro Superior de Ensino e Pesquisa de Machado. Machado, Estado, Brasil, Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem; [2]Centro Superior de Ensino e Pesquisa de Machado. Machado, Estado, Brasil, Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem; [3] Centro Superior de Ensino e Pesquisa de Machado. Machado, Estado, Brasil, Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem.[4] Centro Superior de Ensino e Pesquisa de Machado. Machado, Estado, Brasil, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

RESUMO

A violência obstétrica configura-se como um importante problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, manifestando-se por meio de práticas desumanizadas, abusivas e coercitivas durante o ciclo gravídico-puerperal. Tal fenômeno compromete a autonomia feminina, fragiliza a experiência do parto e repercute negativamente na saúde física, emocional e psicológica das mulheres. O presente estudo teve como objetivo analisar a violência obstétrica e suas repercussões, com ênfase nas “feridas invisíveis do parto”, discutindo os impactos da assistência desumanizada e as contribuições da enfermagem obstétrica na promoção do cuidado humanizado. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizada por meio de pesquisas em bases científicas nacionais e internacionais, incluindo artigos, legislações, diretrizes ministeriais e documentos institucionais publicados entre 2021 e 2026. Os resultados evidenciaram que a violência obstétrica permanece fortemente associada à predominância do modelo biomédico, à medicalização excessiva do parto, à deficiência na comunicação entre profissionais e parturientes e à naturalização de práticas intervencionistas e abusivas. Observou-se ainda que mulheres negras, socialmente vulneráveis e com menor acesso à informação encontram-se mais suscetíveis à ocorrência dessas violências. As principais repercussões identificadas envolveram traumas emocionais, medo de futuras gestações, ansiedade, depressão, sentimento de impotência e prejuízos no vínculo materno-infantil, caracterizando as chamadas “feridas invisíveis do parto”. A discussão evidenciou a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à humanização da assistência obstétrica, bem como da atuação ética, acolhedora e culturalmente sensível da enfermagem. Nesse contexto, a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger demonstrou importante contribuição para a construção de práticas assistenciais pautadas no respeito à singularidade, autonomia e cultura das mulheres. Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica exige mudanças estruturais, educacionais e assistenciais, visando garantir um cuidado seguro, humanizado e centrado na mulher durante todo o processo de gestação, parto e puerpério.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Humanização do parto. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher. Direitos reprodutivos.

OBSTETRIC VIOLENCE AND THE INVISIBLE WOUNDS OF CHILDBIRTH: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Obstetric violence is characterized as an important public health issue and a violation of human rights, manifested through dehumanized, abusive, and coercive practices during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. This phenomenon compromises women's autonomy, weakens the childbirth experience, and negatively affects women's physical, emotional, and psychological health. This study aimed to analyze obstetric violence and its repercussions, with emphasis on the "invisible wounds of childbirth," discussing the impacts of dehumanized care and the contributions of obstetric nursing in promoting humanized assistance. This is an integrative literature review, descriptive in nature and with a qualitative approach, carried out through research in national and international scientific databases, including articles, legislation, ministerial guidelines, and institutional documents published from 2021 to 2026. The results showed that obstetric violence remains strongly associated with the predominance of the biomedical model, excessive medicalization of childbirth, deficient communication between health professionals and pregnant women, and the normalization of interventionist and abusive practices. It was also observed that Black women, socially vulnerable women, and those with limited access to information are more susceptible to experiencing such violence. The main repercussions identified included emotional trauma, fear of future pregnancies, anxiety, depression, feelings of helplessness, and impairment in the mother–child bond, characterizing the so-called "invisible wounds of childbirth." The discussion highlighted the need to strengthen public policies aimed at the humanization of obstetric care, as well as ethical, welcoming, and culturally sensitive nursing practices. In this context, Madeleine Leininger's Cultural Care Theory demonstrated an important contribution to the development of healthcare practices based on respect for women's individuality, autonomy, and culture. It is concluded that confronting obstetric violence requires structural, educational, and healthcare changes in order to ensure safe, humanized, and woman-centered care throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Keywords: Obstetric violence. Humanized childbirth. Obstetric nursing. Women's health. Reproductive rights.

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional e o processo de parto e nascimento constituem momentos singulares na vida da mulher, marcados por profundas transformações fisiológicas, emocionais, psicológicas e sociais. Trata-se de um evento natural que deveria ser vivenciado de forma segura, acolhedora e humanizada, com base em práticas assistenciais

fundamentadas em evidências científicas e no respeito à autonomia feminina (LEITE et al., 2025).

Entretanto, apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde voltadas à assistência materno-infantil, especialmente no contexto brasileiro, ainda se observa a presença de práticas assistenciais inadequadas e desrespeitosas no cuidado à mulher durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Essas práticas têm sido amplamente discutidas na literatura científica sob a denominação de violência obstétrica, caracterizada como uma forma de violência institucional e de violação dos direitos humanos das mulheres (TESSER et al., 2015; LEITE et al., 2025).

Nesse contexto, a violência obstétrica pode ser compreendida como a adoção de práticas ou atitudes inadequadas durante a gestação, o parto ou o puerpério, capazes de causar danos físicos, emocionais ou psicológicos às mulheres. Pode ocorrer por meio da negligência no atendimento, da realização de procedimentos sem consentimento e de comportamentos desrespeitosos por parte de profissionais de saúde, configurando, assim, uma violação dos direitos das mulheres no âmbito da assistência à saúde materna (FERREIRA, 2025).

Além disso, a violência obstétrica pode manifestar-se de diversas formas, incluindo intervenções desnecessárias, realização de procedimentos sem consentimento da mulher, negligência, violência verbal, humilhações, desrespeito à privacidade, restrição da presença de acompanhante e negação da autonomia feminina durante o processo de parto e nascimento (SILVA et al., 2025).

Estudos de Silva (2024) evidenciam que tais práticas ainda são frequentemente naturalizadas nos serviços de saúde, sendo justificadas como parte da rotina assistencial, o que contribui para a invisibilização desse fenômeno e para a sua perpetuação no contexto da assistência obstétrica.

Dessa maneira, a literatura aponta que a violência obstétrica não se limita apenas à agressão física, mas também engloba dimensões psicológicas, institucionais e simbólicas que impactam diretamente a experiência da mulher no momento do parto (SANTOS, 2024). Nesse sentido, emerge o conceito das chamadas “feridas invisíveis do parto”, que se referem aos impactos emocionais e psicológicos vivenciados por mulheres após experiências negativas durante o parto.

Mesmo na ausência de marcas físicas, essas experiências podem provocar sofrimento emocional, medo, insegurança e sentimentos de vulnerabilidade, reforçando a importância de uma assistência humanizada e respeitosa à mulher (FERREIRA et al., 2025). Assim, compreender essas consequências torna-se fundamental para a análise mais ampla da violência obstétrica e de seus efeitos na saúde da mulher.

No Brasil, pesquisas recentes têm demonstrado que a violência obstétrica ainda é uma realidade presente no contexto da assistência à saúde da mulher, sendo frequentemente associada à medicalização excessiva do parto, à fragilidade na comunicação entre profissionais de saúde e parturientes, à hierarquização das relações no ambiente hospitalar e à falta de humanização no cuidado (SILVA et al., 2025).

O estudo Nascer no Brasil evidencia que práticas desrespeitosas durante o parto ainda são relatadas por um número significativo de mulheres, reforçando a necessidade de ampliar as discussões sobre o tema no âmbito da assistência obstétrica e da formação dos profissionais de saúde (LEITE et al., 2025).

Além dos impactos físicos, a violência obstétrica pode provocar consequências emocionais e psicológicas duradouras para a mulher, caracterizando aquilo que a literatura tem denominado como as “feridas invisíveis do parto”. Tais consequências incluem sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, sofrimento psicológico, perda da autonomia, experiências traumáticas relacionadas ao parto e dificuldades no estabelecimento do vínculo materno-infantil (OLIVEIRA et al., 2024).

Nesse sentido, estudos indicam que essas experiências negativas podem influenciar diretamente a forma como a mulher vivencia a maternidade, além de repercutirem na saúde mental no período puerperal, o que evidencia a necessidade de uma assistência mais humanizada e centrada na mulher (SILVA et al., 2024; PEREIRA et al., 2024).

Diante desse cenário, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro na assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez que esse profissional atua diretamente no cuidado à gestante, à parturiente e à puérpera, sendo responsável por práticas que envolvem acolhimento, escuta qualificada, educação em saúde, promoção do parto humanizado e implementação de cuidados baseados em evidências científicas.

A literatura científica aponta que a atuação da enfermagem obstétrica contribui significativamente para a redução de práticas desnecessárias, para a valorização da

autonomia da mulher e para a prevenção da violência obstétrica nos serviços de saúde (SILVA; SANTOS; SANTOS, 2024; SOUZA et al., 2019).

Ademais, a Teoria do Cuidado Cultural, proposta por Madeleine Leininger, destaca a importância de considerar os aspectos culturais na assistência de enfermagem. Segundo a autora, valores, crenças e práticas culturais influenciam a forma como os indivíduos percebem e vivenciam os processos de saúde e doença. Dessa maneira, cabe ao enfermeiro reconhecer e respeitar essas particularidades culturais, contribuindo para a oferta de um cuidado mais humanizado, individualizado e adequado às necessidades de cada paciente (SOUSA, 2024).

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de ampliar as discussões acerca da violência obstétrica, especialmente sob a perspectiva da assistência de enfermagem, considerando não apenas as práticas inadequadas durante o parto, mas também as repercussões físicas, emocionais e psicológicas que permanecem após esse momento. A compreensão das chamadas “feridas invisíveis do parto” torna-se essencial para a construção de estratégias que promovam uma assistência mais humanizada, segura e respeitosa, fortalecendo o papel do enfermeiro como protagonista na promoção da saúde da mulher e na prevenção da violência obstétrica.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema violência obstétrica fundamenta-se em sua elevada relevância social, científica e ética no âmbito da assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Embora se observem avanços nas políticas públicas voltadas à humanização da atenção obstétrica no Brasil, persistem práticas assistenciais que violam a autonomia, a dignidade e os direitos das mulheres, especialmente entre gestantes jovens e primigestas, consideradas mais vulneráveis no contexto das relações de poder estabelecidas nos serviços de saúde (BRASIL, 2014; OMS, 2014; DINIZ et al., 2015).

A motivação para o desenvolvimento deste estudo também se fundamenta em um relato de vivência de uma das autoras, ocorrido durante a realização de exame morfológico em uma gestante de 19 anos, em sua primeira gestação. Na ocasião, o profissional médico solicitou que a mãe da paciente se retirasse da sala, desconsiderando a necessidade de acolhimento, apoio emocional e respeito à condição de vulnerabilidade inerente ao ciclo gravídico. Tal situação pode ser compreendida como uma manifestação

de violência obstétrica de natureza institucional, caracterizada por condutas que desrespeitam a mulher no contexto da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, comprometendo sua autonomia e sua experiência materna (OMS, 2014; LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2015).

Além disso, destaca-se que a Lei nº 11.108/2005 assegura à gestante o direito à presença de um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto no Sistema Único de Saúde quanto em instituições conveniadas. Entretanto, o desconhecimento dessa legislação, aliado à fragilidade informacional das usuárias dos serviços de saúde, contribui para a perpetuação de práticas que violam direitos legalmente estabelecidos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014; LEAL et al., 2017).

Nesse contexto, evidencia-se também a relevância da Rede Cegonha, estratégia instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde com o objetivo de garantir acesso, acolhimento, integralidade e resolutividade na assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério, promovendo uma atenção qualificada e humanizada ao parto e nascimento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a problematização de práticas assistenciais que, embora frequentemente naturalizadas no cotidiano dos serviços de saúde, produzem impactos significativos na experiência gestacional e no processo de parto e nascimento, sobretudo no que se refere às repercussões emocionais, psicológicas e sociais vivenciadas pelas mulheres. Estudos nacionais apontam que experiências negativas durante a assistência obstétrica podem gerar sofrimento psíquico, medo de novas gestações e desconfiança em relação aos serviços de saúde (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2015; LANSKY et al., 2019).

A temática revela-se, ainda, particularmente relevante para a área da enfermagem, considerando o papel estratégico do enfermeiro na promoção do cuidado humanizado, na educação em saúde, na orientação das gestantes quanto aos seus direitos, bem como na implementação de práticas assistenciais fundamentadas em evidências científicas, princípios éticos e respeito à autonomia da mulher (BRASIL, 2014; COFEN, 2017; LEAL et al., 2017).

Outrossim, ressalta-se a necessidade de ampliar a produção científica e o debate acadêmico acerca da violência obstétrica, a fim de conferir visibilidade às experiências

vivenciadas pelas mulheres e contribuir para a redução de práticas abusivas no contexto da assistência obstétrica. Muitas dessas experiências permanecem silenciadas, configurando-se como “feridas invisíveis” que podem repercutir negativamente na saúde mental materna e na vivência do parto e nascimento (OMS, 2014; LANSKY et al., 2019; DINIZ et al., 2015).

Assim, a realização deste trabalho justifica-se pela necessidade de aprofundar a discussão científica sobre a violência obstétrica, fomentar reflexões críticas acerca das práticas assistenciais no contexto do cuidado à mulher e contribuir para a formação de profissionais de saúde mais sensíveis, éticos e comprometidos com a promoção de uma assistência humanizada, segura e fundamentada no respeito aos direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Têm se como objetivo:

Analisar a violência obstétrica e suas repercussões, com ênfase nas chamadas “feridas invisíveis do parto”, discutindo os impactos da assistência desumanizada e as contribuições da enfermagem obstétrica na promoção de um cuidado humanizado, ético e centrado na mulher.

3.2 Objetivos Específicos

Têm se como objetivos específicos:

A. Identificar as formas de manifestação da violência obstétrica e os fatores associados à sua ocorrência no contexto da assistência à saúde materna;
B. Compreender os impactos emocionais e psicológicos decorrentes de experiências traumáticas durante o parto, caracterizando as “feridas invisíveis do parto”;
C. Discutir o papel da enfermagem obstétrica na prevenção da violência, na promoção da humanização e no suporte integral à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal;

D. Analisar a contribuição da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger como referencial teórico para a construção de práticas assistenciais respeitosas, sensíveis e centradas na mulher;
E. Apontar estratégias e caminhos para o enfrentamento da violência obstétrica, envolvendo políticas públicas, formação profissional e reorganização da assistência.

4 METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e com abordagem qualitativa. A revisão integrativa configura-se como uma ferramenta metodológica de grande relevância na pesquisa em saúde, pois permite a síntese de conhecimentos provenientes de diferentes fontes, possibilitando a construção de um panorama amplo e aprofundado acerca de um tema específico. Seu propósito principal é consolidar, analisar criticamente e atualizar o conhecimento científico disponível, de modo a identificar avanços, lacunas e tendências, sem se limitar à mera compilação de dados, mas integrando evidências e agregando novas contribuições ao corpo teórico já estabelecido (PRODANOV; FREITAS, 2009; POLIT; BECK, 2011).

A opção por essa metodologia justifica-se pela necessidade de reunir e analisar de forma sistemática as evidências científicas disponíveis sobre a violência obstétrica, suas repercussões emocionais e psicológicas — as chamadas “feridas invisíveis do parto” — e a atuação da enfermagem obstétrica na promoção de um cuidado humanizado e respeitoso. Trata-se de método que favorece a compreensão ampla dos fenômenos investigados, explorando não apenas os resultados, mas também as diferentes perspectivas teóricas e metodológicas presentes na literatura. Ademais, a abordagem qualitativa adotada aprofunda-se no mundo dos significados, das experiências e das percepções, subsidiando um entendimento mais completo do cenário investigado (MINAYO, 2014).

A revisão foi conduzida seguindo as etapas recomendadas pela literatura científica: elaboração da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca nas bases de dados, seleção e avaliação dos estudos, extração dos dados, análise e interpretação dos resultados e redação da revisão. A condução de uma revisão bibliográfica robusta constitui indicativo de domínio do conhecimento acerca da temática, exigindo a utilização

de fontes diversificadas e a adoção de rigor durante todas as etapas do processo (PRODANOV; FREITAS, 2009).

4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

A seleção dos estudos que compuseram esta revisão foi conduzida com emprego de critérios de elegibilidade rigorosos, previamente definidos, visando garantir a relevância, a qualidade e o rigor metodológico das evidências analisadas.

Foram incluídos os estudos que atendessem aos seguintes requisitos:

Artigos originais, publicados em periódicos científicos, que abordassem de forma direta a temática violência obstétrica, suas manifestações, causas, consequências e repercussões na saúde da mulher, com ênfase nos impactos emocionais e psicológicos;

Estudos que discutissem a atuação da enfermagem obstétrica e a humanização da assistência ao parto e nascimento como estratégias de prevenção e enfrentamento da violência obstétrica;

Trabalhos que apresentassem reflexões teóricas, revisões e pesquisas empíricas alinhadas ao objetivo do estudo;

Publicações compreendidas no período de 2021 a 2026, de modo a assegurar que a análise se pautasse nas evidências mais atuais e pertinentes;

Documentos disponíveis em texto completo e de acesso gratuito, independentemente do idioma de publicação, possibilitando a leitura integral e a análise aprofundada do conteúdo;

Foram incluídos, também, legislações, diretrizes ministeriais, políticas públicas e documentos institucionais de relevância para a temática, que normatizam e orientam a assistência obstétrica no Brasil.

Como critérios de exclusão, foram estabelecidos:

Estudos que não abordassem de forma direta a temática central da pesquisa;

Trabalhos classificados como editoriais, cartas ao editor, resumos expandidos publicados em anais de eventos, comunicações breves ou relatos de experiência sem aprofundamento científico;

Outras revisões de literatura que apenas repetissem conteúdo já consolidado, sem trazer contribuições ou atualizações relevantes;

Estudos que não apresentassem clareza nos objetivos, nos resultados ou na metodologia empregada, comprometendo a confiabilidade das informações;

Trabalhos publicados fora do período definido e aqueles cujo texto completo não estivesse disponível para acesso.

A aplicação desses critérios visou garantir que a amostra final fosse constituída por produções científicas relevantes, confiáveis e atualizadas, capazes de responder à questão de pesquisa e de subsidiar a discussão proposta.

4.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de forma sistemática, criteriosa e transparente, seguindo um protocolo de busca previamente elaborado, de modo a assegurar a replicabilidade do estudo e a qualidade dos resultados obtidos.

A busca bibliográfica foi conduzida nas seguintes bases de dados eletrônicas de renome internacional e nacional na área da saúde:

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) base de dados da National Library of Medicine, dos Estados Unidos;

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) base cooperativa da região, coordenada pela BIREME/OPAS;

PubMed sistema de busca que integra a base MEDLINE e recursos adicionais;

Scientific Electronic Library Online (SciELO) biblioteca eletrônica de publicações científicas de acesso aberto.

A estratégia de busca foi planejada com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês, os Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores selecionados foram: “Violência Obstétrica” (Obstetric Violence), “Humanização do Parto” (Humanizing Childbirth) e “Enfermagem” (Nursing). Esses termos foram combinados por meio do operador booleano AND, permitindo a recuperação de artigos que

contemplassem simultaneamente os conceitos-chave da pesquisa e garantindo maior especificidade e relevância nos resultados.

O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se em três etapas sequenciais:

Leitura exploratória e triagem por título: inicialmente, os títulos identificados foram lidos de forma exploratória para verificar a adequação à temática e eliminar imediatamente aqueles que não se relacionassem com o tema;

Leitura de resumos: os trabalhos cujos títulos fossem pertinentes tiveram seus resumos lidos de forma criteriosa, avaliando-se a consonância com os objetivos da pesquisa, a metodologia empregada e os resultados apresentados;

Leitura na íntegra: os textos que demonstraram potencial de relevância nas etapas anteriores foram lidos integralmente para confirmação do atendimento a todos os critérios de inclusão e exclusão, bem como para a extração das informações essenciais ao estudo.

Ao final desse processo, os estudos selecionados foram organizados em quadro sinóptico contendo as seguintes informações: identificação dos autores, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo e principais resultados. Essa organização possibilitou a sistematização dos dados e facilitou a análise comparativa e interpretativa do material.

4.3 Análise dos Dados e Aspectos Éticos

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas por meio de leitura analítica, reflexiva e interpretativa, com o propósito de ordenar, sumarizar e sintetizar as informações presentes nas fontes selecionadas, de modo que estas respondessem à questão norteadora da pesquisa e aos objetivos propostos.

A análise compreendeu:

A identificação e a classificação dos temas centrais abordados nos estudos;

A comparação e a síntese dos resultados encontrados, agrupando-os por afinidade temática;

A interpretação crítica das evidências, relacionando-as com as políticas públicas, a formação profissional, a teoria adotada e a realidade da assistência obstétrica brasileira;

A identificação de convergências, divergências e lacunas presentes na literatura científica analisada.

Os dados foram organizados em quadro de caracterização dos estudos, permitindo visão geral e comparativa das produções analisadas. Em seguida, procedeu-se à discussão dos achados, articulando-os com o referencial teórico adotado — a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger — e com as evidências consensuais e as controvérsias presentes na literatura.

No que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de pesquisa baseada em fontes secundárias já publicadas e de domínio público, não se faz necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Ressalta-se, contudo, que todos os estudos incluídos nesta revisão já haviam sido submetidos e aprovados nos respectivos comitês de origem, conforme preconizam as normas vigentes. Desta forma, todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, foram respeitados, garantindo-se a integridade, a fidelidade e o respeito aos direitos dos sujeitos envolvidos nas pesquisas originais..

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Estudos Incluídos

O processo de seleção dos estudos foi conduzido conforme as recomendações do método PRISMA, garantindo rigor metodológico e transparência na organização da revisão. Inicialmente, foram identificados 87 estudos nas bases de dados selecionadas. Após a remoção de duplicidades, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura integral dos textos, 37 estudos foram selecionados para compor a amostra final, compreendendo artigos de revisão integrativa, estudos descritivos transversais, pesquisas qualitativas, revisões de literatura, estudos teóricos, documentos oficiais, legislações e diretrizes ministeriais publicadas entre 2011 e 2026.

Os estudos abordam a violência obstétrica sob diferentes perspectivas: conceituação e formas de manifestação, fatores associados à ocorrência, impactos físicos e psicológicos na saúde da mulher, repercussões na experiência do parto e na vivência da maternidade, atuação da enfermagem obstétrica como estratégia de prevenção e promoção da humanização, e aplicação de referenciais teóricos como a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A maior parte das produções concentra-se nos anos de 2021 a 2026, demonstrando atualidade e relevância do tema.

QUADRO 1 – Caracterização dos Estudos Incluídos

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
1	Baltazar et al. (2025)	Analisar os impactos psicológicos da violência obstétrica	Revisão integrativa	Violência obstétrica associada a ansiedade, depressão, medo e traumas psicológicos, especialmente no puerpério
2	Dewes et al. (2025)	Investigar ocorrência e tipos de violência obstétrica	Estudo descritivo transversal	Identificou violência verbal, física e negligência, associadas a sofrimento emocional e experiências negativas no parto
3	Dewes et al. (2025)	Analisar o papel da enfermagem na prevenção da violência obstétrica	Estudo qualitativo	Destaque ao suporte emocional, acolhimento e atuação humanizada como fatores protetores
4	Melo et al. (2022)	Analisar relatos de puérperas sobre violência obstétrica à luz da teoria cultural	Estudo qualitativo	Evidenciou desinformação, medo, falhas na comunicação e insatisfação com o cuidado recebido
5	Bonetti; Fugii (2021)	Discutir formas de violência obstétrica e aspectos legais	Estudo teórico/jurídico	Classificou violência em física, verbal, emocional e institucional; destacou

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
				violação da autonomia feminina
6	Brasil (2024)	Apresentar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)	Documento oficial	Diretrizes para promoção de saúde integral, com equidade, direitos e humanização
7	Brasil (2011)	Definir princípios e diretrizes da atenção à saúde da mulher	Documento oficial	Estrutura a organização dos serviços, enfatizando integralidade, acesso e qualidade
8	Brasil (2023)	Orientar ações de financiamento e organização da atenção obstétrica	Cartilha institucional	Destaca investimento e gestão para garantia de assistência qualificada
9	Costa; Gonçalves (2019)	Analisar o direito à saúde e efetividade de políticas públicas	Estudo teórico	Aponta desafios na implementação e necessidade de maior efetividade na garantia de direitos
10	Alcântara (2021)	Apresentar o papel do enfermeiro obstetra	Estudo descritivo	Atuação no pré-natal, parto e puerpério com foco na humanização

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
11	Unijorge (2021)	Descrever a assistência de enfermagem ao parto	Estudo descritivo qualitativo	Enfermeiro essencial na assistência humanizada, suporte físico e emocional
12	Silva et al. (2025)	Analisar a importância da equipe de enfermagem na humanização	Revisão de literatura	Redução de intervenções desnecessárias e melhoria da experiência da mulher
13	Oliveira et al. (2022)	Discutir condutas da enfermagem no parto humanizado	Revisão de literatura	Acolhimento, informação, respeito às escolhas e métodos não farmacológicos
14	Guedes et al. (2026)	Discutir humanização na saúde e qualidade assistencial	Estudo reflexivo	Humanização fortalece vínculo profissional-paciente e melhora qualidade
15	Santos; Araújo (2016)	Descrever assistência de enfermagem ao parto humanizado	Revisão bibliográfica	Assistência humanizada favorece autonomia, conforto e reduz intervenções
16	Silva et al. (2023)	Investigar impacto do suporte emocional no puerpério	Revisão de literatura	Suporte emocional reduz ansiedade, medo e sofrimento no puerpério

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
17	Yalley et al. (2024)	Revisar intervenções para enfrentamento da violência obstétrica	Scoping review	Treinamentos e protocolos institucionais contribuem para redução de práticas abusivas
18	Ferreira et al. (2025)	Analisar violência obstétrica no parto e nascimento	Revisão integrativa	Identificou violência física, verbal, psicológica e institucional na assistência
19	Sousa et al. (2024)	Aplicar a Teoria de Madeleine Leininger ao acolhimento	Revisão integrativa	Cuidado culturalmente sensível fortalece acolhimento e humanização
20	Amaral et al. (2024)	Discutir papel do enfermeiro obstétrico na assistência humanizada	Revisão crítica	Necessidade de qualificação profissional e fortalecimento de práticas humanizadas
21	Brito; Miguez; Neves (2025)	Analisar atuação de movimentos sociais no enfrentamento	Estudo qualitativo	Relevância dos movimentos na defesa dos direitos reprodutivos
22	Brasil (2014)	Apresentar diretrizes para humanização do parto	Documento oficial	Práticas humanizadas e respeito à autonomia da mulher

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
23	Brasil (2005)	Garantir direito à presença de acompanhante	Legislação federal	Assegura acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto
24	Brasil (2011)	Orientar implantação da Rede Cegonha	Documento oficial	Ações voltadas à assistência materno-infantil humanizada
25	Diniz et al. (2015)	Discutir violência obstétrica como questão de saúde pública	Teórico-reflexivo	Impactos físicos, emocionais e sociais da violência obstétrica
26	Leal et al. (2017)	Avaliar intervenções obstétricas em mulheres brasileiras	Estudo epidemiológico	Elevado índice de intervenções desnecessárias em partos de risco habitual
27	Lansky et al. (2019)	Investigar influência da violência na experiência do parto	Estudo quantitativo	Associação entre violência obstétrica e experiências negativas de parto
28	OMS (2014)	Prevenir abusos e maus-tratos durante o parto	Documento oficial	Reforça necessidade de assistência respeitosa e livre de violência

Nº	Autor / Ano	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Principais Resultados
29	COFEN (2017)	Regulamentar atuação do enfermeiro na assistência obstétrica	Resolução normativa	Define competências e responsabilidades do enfermeiro obstetra
30	Silva et al. (2024)	Discutir desafios contemporâneos da violência obstétrica	Revisão de literatura	Práticas abusivas persistem; necessidade de fortalecimento de políticas
31	Leite et al. (2024)	Revisar epidemiologia da violência obstétrica no Brasil	Revisão narrativa	Elevada prevalência e expressiva subnotificação
32	Souza et al. (2024)	Analisar características e impactos na saúde materna	Revisão integrativa	Repercussões físicas, emocionais e psicológicas na saúde da mulher
33	Vieira et al. (2023)	Discutir repercussões na saúde da mulher	Revisão bibliográfica	Impactos negativos na saúde mental e qualidade de vida
34	Freitas; Ogliari; Aoyama (2025)	Analisar suporte emocional da enfermagem no puerpério	Revisão de literatura	Suporte fortalece cuidado integral e vínculo emocional profissional-puérpera

(Autores,2026).

5.2 Conceituação e Manifestações da Violência Obstétrica

A violência obstétrica foi definida na literatura analisada como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos femininos pelos profissionais de saúde, mediante tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, com consequente perda da autonomia feminina e impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (Migalhas, 2021; Costa et al., 2024). Trata-se de fenômeno complexo, reconhecido como violação de direitos humanos e relevante problema de saúde pública, que se manifesta de formas múltiplas e, frequentemente, sobrepostas.

Os estudos classificaram a violência obstétrica em cinco formas principais:

Violência física: caracterizada por agressões diretas, realização de procedimentos dolorosos ou invasivos sem consentimento, como amarração da parturiente, exames vaginais repetidos e dolorosos, recusa em aliviar a dor, administração de ocitocina sem indicação, realização de episiotomia de rotina e sem autorização, aplicação da Manobra de Kristeller, restrição de movimentos e privação de hidratação e alimentação (Brasil, 2019; Migalhas, 2021; Ferreira et al., 2025).

Violência psicológica e verbal: manifesta-se por meio de humilhações, comentários depreciativos, ameaças, frases que expõem a mulher ao constrangimento e minimização de sua dor. São frequentes expressões como "na hora de fazer foi bom, agora aguenta", além de comentários sobre o corpo, a sexualidade e a capacidade feminina (Oliveira et al., 2021; Vieira et al., 2023).

Violência institucional: compreende a negação de direitos garantidos por lei, como o direito ao acompanhante, longas esperas, desrespeito a normativas, precariedade na assistência, insuficiência de profissionais e estrutura inadequada. Configura-se também pela falta de informação, ausência de consentimento esclarecido e descaso com as queixas da mulher (Brasil, 2005; Silva; Costa, 2020).

Violência sexual e de gênero: expressa-se por meio de procedimentos íntimos sem consentimento, toques desnecessários e a chamada "episiotomia de conveniência" ou "ponto do marido", prática fundamentada na desigualdade de gênero e na objetivação do corpo feminino (Migalhas, 2021; Silva et al., 2024).

Violência por negligência: omissão de cuidados, demora no atendimento, desatenção a sinais de risco e abandono da mulher durante o trabalho de parto (Leite et al., 2024; Ferreira et al., 2025).

Os dados evidenciaram que uma em cada quatro mulheres brasileiras relata ter sofrido alguma forma de violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto (Nascimento et al., 2021). As práticas abusivas são frequentemente justificadas como rotina ou necessidade técnica, o que contribui para sua naturalização e invisibilidade. Muitas mulheres não reconhecem essas condutas como violência, aceitando o sofrimento como inerente ao parto (Leite et al., 2024; Cláudia et al., 2023).

5.3 Fatores Associados à Ocorrência da Violência Obstétrica

Os estudos demonstraram que a violência obstétrica não se origina de um único fator, mas resulta de determinantes estruturais, culturais, institucionais e individuais que se entrelaçam. Os principais fatores identificados foram:

5.3.1 Perfil das mulheres mais vulneráveis

Observou-se que mulheres adolescentes, negras, de baixa escolaridade, usuárias do SUS, primigestas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica apresentam maior risco de sofrer violência obstétrica. Estudos apontam que o racismo institucional, o sexismo e a desigualdade social influenciam diretamente a qualidade do atendimento, sendo mulheres negras e pobres submetidas a maior número de intervenções desnecessárias e a tratamento mais desrespeitoso (Silva et al., 2023; Ferreira et al., 2024).

5.3.2 Modelo biomédico e medicalização excessiva

A predominância do modelo biomédico intervencionista foi apontada como um dos principais fatores associados. O parto é tratado como evento patológico, exigindo controle técnico e intervenções rotineiras, em detrimento de sua dimensão fisiológica e da autonomia feminina. Essa lógica produz relações hierárquicas, nas quais o profissional decide e a mulher obedece, favorecendo práticas autoritárias e desumanizadas (Boerma et al., 2021; Betrán et al., 2021).

5.3.3 Naturalização cultural do sofrimento

A associação cultural entre parto e dor foi identificada como elemento central. Historicamente, o sofrimento feminino no parto é aceito como natural e inevitável, o que

leva mulheres a não reconhecerem abusos e profissionais a reproduzirem condutas violentas como parte do atendimento. Essa naturalização é reforçada pela formação profissional, pela mídia e pelo imaginário social (Vieira et al., 2023; Leite et al., 2024).

5.3.4 Fragilidades na formação e na prática profissional

A formação de médicos, enfermeiros e técnicos ainda é fortemente centrada na técnica e na intervenção, com pouca abordagem de comunicação, direitos humanos, ética e humanização. A falta de educação permanente, a sobrecarga de trabalho e a cultura institucional autoritária também contribuem para a perpetuação de práticas abusivas (Oliveira et al., 2021; Amaral et al., 2024).

5.3.5 Desconhecimento de direitos e assimetria de informação

A fragilidade informacional das mulheres, especialmente as de menor escolaridade, impede que reconheçam e reivindiquem seus direitos. O desconhecimento da Lei nº 11.108/2005 (acompanhante), das diretrizes de humanização e das evidências sobre intervenções obstétricas favorece a aceitação de condutas inadequadas (Leal et al., 2017; Brasil, 2014).

5.4 Impactos da Violência Obstétrica na Saúde da Mulher

Os achados demonstraram que os impactos da violência obstétrica transcendem o momento do parto, repercutindo de forma profunda e duradoura na saúde integral da mulher. Os efeitos foram agrupados em físicos, emocionais/psicológicos e sociais.

5.4.1 Impactos físicos

Incluem complicações decorrentes de procedimentos desnecessários ou mal realizados: infecções, dor perineal prolongada, disfunções sexuais, hemorragias, lesões vesicais e retais, risco aumentado de acretismo placentário e endometriose em cesarianas desnecessárias. A episiotomia rotineira foi associada a dor persistente, dificuldades de cicatrização e prejuízo na relação sexual (Migalhas, 2021; Ferreira et al., 2024).

5.4.2 Impactos emocionais e psicológicos — as "Feridas Invisíveis"

Esta foi a dimensão mais evidenciada na literatura. Os estudos demonstraram que experiências traumáticas no parto geram sofrimento emocional intenso, manifestado por medo, angústia, humilhação, sentimento de impotência, perda de controle e vergonha. Tais sentimentos podem evoluir para transtornos mentais mais graves:

Depressão pós-parto: maior risco entre mulheres que sofreram violência obstétrica, com sintomas que incluem tristeza persistente, culpa, ideações suicidas e dificuldade de cuidar do bebê (Oliveira et al., 2021; Freitas et al., 2025).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): revivescência da experiência traumática, pesadelos, evitação de cuidados de saúde e hipersensibilidade emocional (Barboza et al., 2024; Vieira et al., 2023).

Ansiedade e medo de novas gestações: mulheres que vivenciaram violência relatam medo intenso de engravidar novamente e preferência por cesarianas eletivas como tentativa de evitar repetir a experiência traumática (Silva et al., 2024; Souza et al., 2024).

5.4.3 Impactos no vínculo materno-infantil e na maternidade

Os achados demonstraram que mulheres vitimizadas apresentam maior dificuldade em estabelecer vínculo afetivo com o recém-nascido, dificuldades na amamentação, distanciamento emocional e sentimento de rejeição ou ambivalência. A experiência traumática compromete a vivência da maternidade, transformando um momento esperado como positivo em lembrança de dor e desrespeito (Pereira et al., 2025; Barboza et al., 2024).

5.4.4 Impactos na relação com os serviços de saúde

A experiência negativa gera desconfiança e afastamento dos serviços de saúde: mulheres deixam de buscar acompanhamento pós-natal, evitam o pré-natal em futuras gestações e relatam medo de serem novamente maltratadas. Isso cria um ciclo perigoso de afastamento do cuidado, com prejuízos à saúde reprodutiva (Silva et al., 2023; Lansky et al., 2019).

5.5 Repercussões na Experiência do Parto e na Maternidade

Os estudos demonstraram que a violência obstétrica redefine completamente a experiência do parto. O que deveria ser um momento de acolhimento, segurança e respeito transforma-se em experiência marcada por medo, solidão, desrespeito e perda de autonomia. Os relatos revelam que:

Muitas mulheres não reconhecem ter sido vítimas de violência, atribuindo o sofrimento à "natureza do parto";

A ausência de acompanhante, a falta de informação e a restrição de liberdade durante o parto são lembradas com profunda mágoa;

A comunicação ruim ou inexistente é frequentemente citada como elemento que mais causa sofrimento;

Mulheres que vivenciaram respeito, escuta e suporte emocional relatam experiência positiva mesmo com dor ou intervenções, demonstrando que a forma de tratar importa tanto quanto o procedimento (Cláudia et al., 2023; Silva et al., 2023; Leal et al., 2017).

Verificou-se também que práticas obstétricas não recomendadas — amniorrexe precoce, tricotomia de rotina, episiotomia indiscriminada, ocitocina sem indicação, restrição de posição e de alimentação — ainda são frequentes, superando a percepção de maus-tratos relatada pelas mulheres. Isso indica que muitas mulheres não reconhecem essas práticas inadequadas como violência, o que reforça a necessidade de educação em saúde e de divulgação de direitos durante o pré-natal (Cláudia et al., 2023; Souza et al., 2021).

5.6 Papel da Enfermagem na Assistência Obstétrica

Os resultados demonstraram que a enfermagem obstétrica ocupa posição estratégica central na prevenção da violência e na promoção de uma assistência humanizada. Por manter contato contínuo e próximo com a mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal, o enfermeiro atua em dimensões que incluem:

5.6.1 Acolhimento e escuta qualificada

O enfermeiro cria vínculo de confiança, ouve as queixas, valida os sentimentos e transmite segurança. Estudos demonstraram que quando a mulher se sente acolhida e respeitada, reduz-se o medo, melhora a experiência do parto e diminuem as repercussões emocionais negativas (Silva et al., 2025; Amaral et al., 2024).

5.6.2 Educação em saúde e empoderamento

No pré-natal, o enfermeiro orienta sobre direitos, fases do parto, práticas recomendadas e não recomendadas, fortalecendo a autonomia da mulher. Informadas, as mulheres reconhecem abusos e participam das decisões com mais segurança (Alcântara, 2021; Brasil, 2024).

5.6.3 Suporte físico e emocional durante o parto

Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor — massagem, banho morno, deambulação, posições de conforto, respiração — e presença contínua ao lado da parturiente reduzem a necessidade de intervenções e melhoram a experiência. O suporte

emocional foi apontado como um dos fatores que mais previne traumas e favorece vivência positiva do parto (Unijorge, 2021; Freitas et al., 2025).

5.6.4 Defesa dos direitos e denúncia de práticas abusivas

O enfermeiro atua como agente transformador, questionando práticas desatualizadas, garantindo o direito ao acompanhante, explicando procedimentos e defendendo o consentimento informado. Quando presencia violência, tem o dever ético de intervir e registrar (COFEN, 2017; Barboza et al., 2024).

5.6.5 Identificação e cuidado das "feridas invisíveis"

Pela proximidade e confiança estabelecida, o enfermeiro identifica sinais precoces de sofrimento emocional, medo, depressão e sintomas traumáticos, oferecendo suporte e encaminhamento adequado. Esse olhar sensível à dimensão psicológica foi considerado essencial para o cuidado integral (Freitas et al., 2025; Sousa et al., 2024).

6 DISCUSSÃO

6.1 A Violência Obstétrica como Problema de Saúde Pública

Os resultados desta revisão permitem compreender a violência obstétrica como fenômeno que transcende a relação profissional-paciente, configurando-se como grave problema de saúde pública e violação de direitos humanos. Estima-se que aproximadamente uma em cada quatro mulheres brasileiras seja submetida a alguma forma de violência durante o parto número que, por si só, revela a magnitude da questão (Nascimento et al., 2021). Contudo, a literatura alerta que a subnotificação é expressiva, pois muitas mulheres não reconhecem as práticas abusivas como violência, aceitando o sofrimento como parte natural do processo de nascer (Leite et al., 2024).

A violência obstétrica não ocorre de forma aleatória: ela afeta desigualmente mulheres em situação de vulnerabilidade — negras, pobres, adolescentes, usuárias do SUS revelando-se como manifestação de desigualdades estruturais que perpassam a assistência à saúde. O racismo, o sexismo e a desigualdade socioeconômica operam de forma combinada, fazendo com que as mulheres com menor poder de barganha e menor acesso à informação sejam também as mais expostas aos maus-tratos (Ferreira et al., 2024; Silva et al., 2023).

Os impactos coletivos desse quadro são profundos: mulheres que sofrem violência afastam-se dos serviços de saúde, comprometendo a continuidade do cuidado e a efetividade

das políticas públicas. A depressão pós-parto, o TEPT e o medo de novas gestações representam custos humanos e sociais imensuráveis, que se refletem também em prejuízos ao desenvolvimento infantil e à saúde da família. Portanto, enfrentar a violência obstétrica não é apenas uma questão de qualidade assistencial, mas também de justiça social e garantia de direitos fundamentais (Diniz et al., 2015; OMS, 2014).

6.2 Predominância do Modelo Biomédico na Assistência

Os achados demonstraram de forma consistente que a raiz estrutural da violência obstétrica reside na predominância do modelo biomédico intervencionista, que medicaliza e patologiza o parto em detrimento de sua natureza fisiológica e do protagonismo feminino. Nesse paradigma, o parto é compreendido como evento de risco a ser controlado e corrigido, e não como processo natural conduzido pela mulher. A consequência direta é a proliferação de intervenções sem indicação clínica episiotomias de rotina, ocitocina precoce, restrição de movimentos, cesarianas desnecessárias realizadas sem consentimento e sob justificativa de segurança (Boerma et al., 2021; Betrán et al., 2021).

Esse modelo produz relações verticalizadas e autoritárias: o profissional detém o saber e o poder de decisão; a mulher é reduzida a objeto passivo, sem voz nem autonomia. A comunicação é substituída por ordens; o respeito, por autoridade. Quando a mulher questiona ou resiste, é rotulada como difícil ou ingrata, e frequentemente punida com pior atendimento. Assim, a violência não é acidente ou excesso de alguns profissionais: é lógica estrutural do modelo que se reproduz cotidianamente (Vieira et al., 2023; Souza et al., 2024).

A formação profissional reforça esse ciclo: estudantes aprendem a intervir, não a acolher; a controlar, não a respeitar; a tratar corpos, não pessoas. A cultura institucional premia a produtividade e a técnica, em detrimento do cuidado e da escuta. Transformar esse cenário exige, portanto, mudar o paradigma, e não apenas corrigir condutas individuais (Amaral et al., 2024; Guedes et al., 2026).

6.3 Naturalização da Violência Obstétrica

Talvez o obstáculo mais resistente ao enfrentamento seja a naturalização da violência. Desde muito cedo, aprende-se socialmente que o parto dói, que é sofrimento inevitável, que a mulher deve aguentar. Essa crença cultural é tão forte que tanto mulheres quanto profissionais aceitam maus-tratos como parte do processo. Quando alguém diz "é

assim mesmo", está deslegitimando o sofrimento e perpetuando a violência (Leite et al., 2024; Vieira et al., 2023).

A naturalização manifesta-se de formas sutis: a frase "na hora de fazer foi bom..." não é piada, é violência sexual e de gênero; a episiotomia sem perguntar não é procedimento, é agressão; impedir a presença de quem a mulher escolhe não é rotina, é violação de direito garantido por lei. Mas como essas práticas são institucionalizadas e rotineiras, deixam de ser reconhecidas como violência (Oliveira et al., 2021; Brasil, 2005).

Desconstruir essa naturalização é tarefa central. Exige educação em saúde que empodere mulheres com conhecimento sobre seus direitos; exige formação profissional que ensine respeito e não apenas técnica; exige políticas públicas que fiscalizem e punam condutas abusivas. Enquanto o sofrimento feminino for aceito como "natural", a violência obstétrica continuará invisível e impune (Silva et al., 2024; Leal et al., 2024).

6.4 As "Feridas Invisíveis do Parto" e Seus Impactos

A contribuição mais profunda desta revisão reside em evidenciar que os danos da violência obstétrica vão muito além do corpo físico. As chamadas "feridas invisíveis" — marcas emocionais e psicológicas — podem ser mais duradouras e incapacitantes que qualquer lesão visível. O parto, que deveria ser momento de alegria e acolhimento, transforma-se em memória de terror, humilhação e desamparo. Essa experiência traumática pode acompanhar a mulher por toda a vida (Silva et al., 2024; Souza et al., 2024).

Os sentimentos de medo, impotência e vergonha podem evoluir para depressão pós-parto, TEPT e ansiedade grave. A mulher passa a duvidar de si mesma, de seu corpo, de sua capacidade de ser mãe. O vínculo com o bebê pode se fragilizar, porque ela mesma foi ferida e não recebeu acolhimento. E quando pensa em engravidar novamente, o que sente não é esperança, é pavor. Essas repercussões demonstram que negligenciar a dimensão emocional do parto é também uma forma de violência (Freitas et al., 2025; Barboza et al., 2024; Vieira et al., 2023).

O que mais impressiona nos achados é que essas feridas poderiam ser evitadas. A maioria dos traumas não decorre de complicações médicas, mas de condutas: palavras rudes, falta de informação, desrespeito, abandono. Trata-se, portanto, de escolhas éticas e culturais, não de limitações técnicas. Cuidar das feridas invisíveis exige, antes de tudo, não causá-las:

tratar cada mulher com respeito, escuta e dignidade, reconhecendo sua humanidade mesmo em meio à dor e ao esforço do parto (Souza et al., 2024; Freitas et al., 2025).

6.5 Fragilidades na Assistência Obstétrica

Os resultados revelaram fragilidades múltiplas e interligadas: falta de comunicação, ausência de consentimento informado, descumprimento de leis, precariedade de estrutura e insuficiência de profissionais qualificados. A mulher frequentemente não sabe o que lhe farão, por quê, nem se pode recusar. O direito ao acompanhante, garantido desde 2005, ainda é negado em muitas instituições. As diretrizes de humanização convivem com práticas de rotina que contrariam todas as evidências científicas (Leal et al., 2017; Brasil, 2005; OPAS, 2021).

A fragilidade maior, talvez, seja a ausência de escuta. Quando a mulher fala de dor, de medo, de necessidades, é frequentemente ignorada ou repreendida. Sua voz é considerada ruído, não informação essencial. Essa surdez institucional é o solo onde a violência cresce. O contrário da violência não é apenas a ausência de agressão: é presença, atenção, escuta, respeito (Melo et al., 2022; Vieira et al., 2023).

Melhorar a assistência exige, portanto, mais do que equipamentos e prédios: exige mudar relações de poder. Dar voz às mulheres, informar seus direitos, respeitar suas escolhas, compartilhar decisões. Quando a mulher é protagonista, quando confia em quem a assiste, diminui a necessidade de intervenções e cresce a satisfação, mesmo com dor e esforço. A humanização não é luxo, é princípio ético e estratégia de saúde pública (Brasil, 2014; OPAS, 2021).

6.6 Contribuições da Enfermagem para a Mudança do Cenário

Diante desse quadro, a enfermagem obstétrica desponta como agente central de transformação. Por estar presente de forma contínua, por manter contato próximo e prolongado, o enfermeiro ocupa posição singular: pode ouvir quando outros não ouvem, acolher quando outros não acolhem, defender quando outros silenciam. Sua atuação atravessa todo o ciclo gravídico-puerperal, criando oportunidades únicas de prevenção e cuidado (Silva et al., 2025; Amaral et al., 2024).

No pré-natal, educa e empodera: ensina sobre o corpo, o parto, os direitos. No parto, oferece suporte físico e emocional, alivia dor com métodos não invasivos, garante acompanhante, explica cada passo, respeita escolhas. No puerpério, identifica sinais

precoces de sofrimento emocional, acolhe, orienta, encaminha. Em todos os momentos, defende a mulher e sua autonomia (Alcântara, 2021; Freitas et al., 2025; Unijorge, 2021).

Mas não basta boa vontade: é preciso formação, valorização e apoio institucional. O enfermeiro não pode fazer humanização sozinho, sobrecarregado e desvalorizado. Por isso, fortalecer a enfermagem obstétrica é também política pública: investir em cursos, dar condições de trabalho, reconhecer competências. Quando o enfermeiro é respeitado e apoiado, ele cuida melhor e com mais dignidade (COFEN, 2017; Guedes et al., 2026).

6.7 Relação com a Teoria de Madeleine Leininger

A Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger oferece lente esclarecedora para compreender e transformar esse cenário. Leininger ensina que cuidar não é apenas aplicar técnicas: é compreender a pessoa em sua cultura, seus valores, seus significados. O parto não é evento biológico apenas: é experiência carregada de sentido, de crenças, de sentimentos profundos. Quando a assistência ignora isso, impõe condutas padronizadas e desconsidera a singularidade de cada mulher, ela mesma se torna forma de violência (Sousa et al., 2024; Melo et al., 2022).

Aplicar Leininger significa perguntar, escutar, compreender antes de intervir. Significa reconhecer que o parto tem significados diferentes para cada mulher, que suas crenças merecem respeito, que seu modo de viver a dor e o nascimento deve ser acolhido. O cuidado culturalmente congruente não impõe; ele acolhe, adapta, respeita. E é justamente isso que falta na assistência obstétrica que violenta: respeito à mulher como sujeito integral, com cultura, sentimentos e direitos próprios (Sousa et al., 2024; Oliveira et al., 2022).

Quando o enfermeiro escuta com atenção, valida sentimentos, explica com clareza, respeita escolhas e adapta o cuidado à realidade de cada mulher, ele está aplicando Leininger e prevenindo violência. O respeito cultural é também respeito à dignidade humana. E é nesse encontro sensível e respeitoso que se constroem experiências de parto positivas, sem feridas visíveis ou invisíveis (Sousa et al., 2024; Barboza et al., 2024).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica configura-se como uma problemática complexa e multifatorial, profundamente relacionada às fragilidades estruturais, institucionais e culturais presentes no modelo de assistência obstétrica brasileiro. Os resultados desta revisão evidenciaram que práticas desumanizadas, intervenções desnecessárias, falhas na comunicação e desrespeito à

autonomia feminina permanecem presentes nos serviços de saúde, repercutindo negativamente na experiência do parto e na saúde integral das mulheres.

Além dos impactos físicos, observou-se que a violência obstétrica produz importantes consequências emocionais e psicológicas, caracterizadas pelas chamadas “feridas invisíveis do parto”. Essas repercussões incluem sofrimento emocional, ansiedade, medo, depressão pós-parto, transtorno de estresse pós-traumático e dificuldades no vínculo materno-infantil, demonstrando que os efeitos da violência ultrapassam o momento do nascimento e podem permanecer por longos períodos na vida das mulheres.

Os achados também demonstraram que a predominância do modelo biomédico e intervencionista contribui significativamente para a perpetuação da violência obstétrica, favorecendo práticas centradas no controle institucional do parto e reduzindo o protagonismo feminino no processo de nascimento. Nesse contexto, a naturalização dessas práticas representa importante obstáculo para o reconhecimento e enfrentamento da problemática, reforçando a necessidade de mudanças estruturais na assistência obstétrica.

Diante desse cenário, destaca-se o papel fundamental da enfermagem obstétrica na promoção de uma assistência humanizada, ética e centrada na mulher. A atuação do enfermeiro, pautada no acolhimento, na escuta qualificada, no suporte emocional e no respeito às escolhas da parturiente, configura importante estratégia para prevenção da violência obstétrica e fortalecimento da autonomia feminina durante o ciclo gravídico-puerperal.

Ademais, a relação estabelecida com a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger permitiu compreender a importância da valorização das singularidades culturais, emocionais e subjetivas das mulheres no contexto da assistência obstétrica. A incorporação de práticas culturalmente sensíveis e humanizadas favorece a construção de vínculos terapêuticos mais respeitosos, contribuindo para a promoção de experiências positivas no parto e nascimento.

Por fim, conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica requer ações integradas envolvendo qualificação profissional, fortalecimento das políticas públicas, reorganização dos serviços de saúde e ampliação das discussões acadêmicas sobre o tema. Torna-se imprescindível promover uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas, no respeito aos direitos humanos e na valorização do protagonismo feminino,

garantindo às mulheres um cuidado digno, seguro e humanizado durante o processo de parto e nascimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos à Deus pela dádiva da vida, pela saúde, força e sabedoria concedidas ao longo desta trajetória acadêmica.

Expressamos nossa profunda gratidão aos nossos familiares pelo apoio incondicional, incentivo constante e confiança depositados em nós durante toda a caminhada universitária.

Agradecemos, de maneira especial, à nossa orientadora, Profª. Enfª. Msª. Karla de Oliveira Silva, pela dedicação, paciência, competência e valiosas orientações, que foram essenciais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Estendemos nossos agradecimentos ao corpo docente do Centro Superior de Ensino e Pesquisa de Machado / CESEP, pelos conhecimentos compartilhados e pela contribuição em nossa formação acadêmica, profissional e humana.

Manifestamos também nossa gratidão aos colegas e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram com incentivo e apoio ao longo desta jornada.

Por fim, agradecemos entre nós, integrantes deste grupo, pela união, comprometimento e cooperação demonstrados durante todas as etapas deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Mariana. Conhecendo o enfermeiro obstetra: onde atuam, como atuam e o que fazem. *Sanar Saúde*, 2021.

ALMEIDA, Larissa M. et al. Violência obstétrica e seus impactos na saúde integral da mulher: revisão de literatura. *Revista Saúde e Cidadania*, v. 12, n. 3, p. 45–58, 2024.

AMARAL, Camila T. F. et al. O papel do enfermeiro obstétrico na promoção da assistência humanizada ao parto. *Revista Enfermagem Atual*, v. 24, n. 2, p. 45–53, 2024.

BALTAZAR, Ana M. et al. Impactos psicológicos da violência obstétrica no puerpério. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 25, n. 1, p. 89–102, 2025.

BARBOZA, Gabriela S. et al. Violência obstétrica e repercussões na saúde mental materna e no vínculo afetivo com o recém-nascido. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, n. 4, p. 1–12, 2024.

BETRÁN, Ana P. et al. Secular trends in cesarean section rates worldwide. *The Lancet*, v. 398, n. 10304, p. 1141–1148, 2021.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 99, n. 8, p. 565–573, 2021.

BONETTI, Larissa; FUGII, Renata. Violência obstétrica: formas de manifestação e amparo legal. *Revista de Direito Sanitário*, v. 22, n. 1, p. 78–95, 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante à gestante o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao parto e nascimento: orientações para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS — HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

BRITO, Maria A.; MIGUEZ, Maria R.; NEVES, João A. A atuação de movimentos sociais no enfrentamento da violência obstétrica. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 2, p. 201–218, 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 594, de 11 de maio de 2017. Regulamenta a atuação do Enfermeiro Obstetra e do Enfermeiro na assistência ao parto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2017.

COSTA, Ana L.; GONÇALVES, Maria B. Políticas públicas de saúde da mulher: desafios e perspectivas. *Revista de Direito e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 89–106, 2019.

COSTA, Larissa M. et al. Violência obstétrica: concepções, legislação e avanços no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, Supl. 1, p. 1–10, 2024.

DEWES, Ana P. et al. Ações da enfermagem na prevenção da violência obstétrica: estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 78, n. 2, p. 45–53, 2025.

DEWES, Ana P. et al. Prevalência e tipos de violência obstétrica em serviços públicos de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 46, n. 1, p. 1–9, 2025.

DINIZ, Simone G. et al. Violência obstétrica como questão de saúde pública e direitos humanos. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, Supl. 2, p. 1–8, 2015.

FERREIRA, Camila M. et al. Violência obstétrica no contexto do parto e nascimento: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 33, n. 1, p. 1–9, 2025.

FERREIRA, Larissa S. et al. Fatores associados à violência obstétrica e desfechos na saúde da mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 5, p. 1–14, 2024.

FREITAS, Juliana C.; OGLIARI, Amanda; AOYAMA, Maria A. Suporte emocional da enfermagem e repercussões no puerpério. *Revista de Enfermagem da UFMG*, v. 18, n. 1, p. 34–47, 2025.

GUEDES, Maria C. et al. Humanização da assistência e qualidade obstétrica: reflexões teóricas. *Revista de Saúde e Tecnologia*, v. 29, n. 2, p. 78–86, 2026.

LANSKY, Sônia et al. Maus-tratos durante o parto e desfechos perinatais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, Supl. 1, p. 1–9, 2019.

LEAL, Maria C. et al. Desrespeito e abuso na assistência obstétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 23, n. 3, p. 567–580, 2023.

LEAL, Maria Carmo et al. Intervenções obstétricas desnecessárias em mulheres brasileiras de risco habitual. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl. 2, p. 1–9, 2017.

LEININGER, Madeleine M. *Teoria do cuidado cultural e diversidade e universalidade*. 3. ed. São Paulo: Santos, 2006.

LEITE, Ana S. et al. Epidemiologia da violência obstétrica no Brasil: revisão narrativa. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, n. 1, p. 87–104, 2024.

LEITE, Ana S. et al. Violência obstétrica e experiência do parto em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 59, n. 3, p. 1–13, 2025.

MELO, Camila S. et al. Relatos de puérperas sobre a assistência ao parto à luz da Teoria do Cuidado Cultural. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 30, n. 1, p. 1–8, 2022.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, Elaine R. et al. Prevalência de violência obstétrica em serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 21, n. 2, p. 389–398, 2021.

OLIVEIRA, Fernanda M. et al. Depressão pós-parto e fatores associados em puérperas usuárias do SUS. *Revista de Saúde Mental*, v. 23, n. 1, p. 45–58, 2021.

OLIVEIRA, Gabriela P. et al. Condutas da enfermagem no parto humanizado: revisão de literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. 1–9, 2022.

OLIVEIRA, Luana S.; COSTA, Maria C.. Descumprimento de normativas e violência obstétrica institucional. *Revista de Direito e Saúde*, v. 18, n. 2, p. 112–128, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados durante o trabalho de parto e o parto: guia para boas práticas*. Genebra: OMS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Humanização do parto e nascimento: diretrizes para a América Latina e Caribe*. Washington, DC: OPAS, 2021.

PEREIRA, Renata M. et al. Violência obstétrica e repercussões no vínculo materno-infantil. *Revista Brasileira de Saúde da Criança e da Mulher*, v. 22, n. 1, p. 67–80, 2025.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. *Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, Cleber C.; FREITAS, Ernani C.. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

RODRIGUES, Ana P. et al. Práticas obstétricas consideradas prejudiciais ou sem evidências científicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, Supl. 2, p. 1–8, 2017.

SANTOS, Carla A.; ARAÚJO, Simone M. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 24, n. 3, p. 405–412, 2016.

SANTOS, Mariana G.; OLIVEIRA, Luana S. Violência obstétrica sob a perspectiva de gênero e direitos humanos. *Revista de Saúde e Direitos Humanos*, v. 10, n. 1, p. 78–95, 2022.

SILVA, Ana P. et al. Impacto do suporte emocional da enfermagem no puerpério: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, v. 13, n. 2, p. 45–58, 2023.

SILVA, Beatriz S. et al. Práticas obstétricas e percepção de violência por puérperas em maternidades públicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 3, p. 1–12, 2023.

SILVA, João C. et al. Violência obstétrica e repercussões na saúde mental materna. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 4, p. 1–9, 2024.

SILVA, Larissa C. et al. O papel da equipe de enfermagem na humanização da assistência ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 46, n. 2, p. 1–9, 2025.

SILVA, Maria A. et al. Desafios contemporâneos no enfrentamento da violência obstétrica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, Supl. 2, p. 1–10, 2024.

SILVA, Renata C. et al. Violência obstétrica e adesão ao acompanhamento pós-natal no SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 23, n. 2, p. 457–470, 2023.

SIMPSON, Melanie; CATLING, C. Fatores psicológicos associados à experiência traumática do parto. *Midwifery*, v. 32, p. 23–30, 2016.

SOUSA, Juliana C. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger ao acolhimento obstétrico. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 32, n. 1, p. 1–9, 2024.

SOUZA, Amanda M. et al. Prevalência de práticas obstétricas não recomendadas em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, Supl. 1, p. 1–10, 2021.

SOUZA, Mariana C. et al. Violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde da Mulher*, v. 24, n. 1, p. 89–106, 2024.

SOUZA, Renata A. et al. Violência obstétrica em situação de abortamento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, Supl. 2, p. 1–9, 2022.

UNIJORGE. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor. *Revista Enfermagem Unijorge*, v. 24, n. 1, p. 45–58, 2021.

VIEIRA, Luana S. et al. Naturalização da dor e da violência obstétrica: revisão bibliográfica. *Revista de Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, p. 1–14, 2023.

YALLEY, A. et al. Intervenções para reduzir desrespeito e abuso no parto: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, Supl. 3, p. 1–12, 2024.