



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM**

ANA VITORIA FERREIRA COSTA LEITE

ENFERMAGEM E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Estratégias para a humanização do parto

PINHEIRO-MA

2025

ANA VITORIA FERREIRA COSTA LEITE

ENFERMAGEM E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Estratégias para a humanização do parto

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dra.^a Luciane Sousa Pessoa Cardoso

PINHEIRO-MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Ferreira Costa Leite, Ana Vitoria.

ENFERMAGEM E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA : estratégias para a
humanização do parto / Ana Vitoria Ferreira Costa Leite. -
2025.

38 f.

Orientador(a): Luciene Sousa Pessoa Cardoso.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
Pinheiro, 2025.

1. Violência Obstétrica. 2. Percepção. 3. Saúde da
Mulher. 4. Parto Humanizado. 5. Enfermagem Obstétrica.
I. Sousa Pessoa Cardoso, Luciene. II. Título.

ANA VITORIA FERREIRA COSTA LEITE

ENFERMAGEM E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: estratégias para a humanização do parto

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Luciane Sousa Pessoa Cardoso (Orientadora)

Doutora em Saúde Coletiva - UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Kezia Cristina Batista dos Santos (1º Examinador)

Doutora em Saúde Coletiva - UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Layze Braz de Oliveira (2º Examinador)

Doutora em Ciências – USP/EERP
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à minha família,
minha base e segurança. Obrigado por
compreenderem minhas ausências e por
serem o apoio necessário em cada etapa
desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por ter sido o cenário de tantas transformações e por me proporcionar a base para o meu crescimento profissional e humano.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Luciane Sousa Pessoa Cardoso, pela condução brilhante e pela generosidade em compartilhar seu saber. Sua orientação foi o norte necessário para que este trabalho ganhasse vida.

Às minhas mães, Elciane Maria Ferreira, Edinalva de Jesus Ferreira e Joyce Keila Pereira Ferreira. Palavras não conseguem mensurar o tamanho da minha gratidão. Vocês foram o meu porto seguro e a minha maior rede de proteção. Obrigado por não me deixarem desistir, mesmo nos momentos em que o cansaço era extremo e a vontade de parar parecia maior que tudo. Esta vitória não é apenas minha, é o fruto do amor e da resiliência de vocês.

Ao meu pai do coração, Francisco Xavier dos Santos Soares, pelo carinho constante, pela presença silenciosa e por ser aquele incentivo que me deu forças para seguir adiante quando o caminho parecia difícil.

À minha avó, Maria Vitória Ferreira, que hoje comemora comigo da eternidade. Este curso foi um divisor de águas na minha vida, pois me concedeu o privilégio sagrado de cuidar da minha "velhinha" durante o fim de sua jornada aqui na terra. Cada lágrima e cada lição aprendida ao seu lado foram fundamentais para a pessoa que me tornei. Sua luz continua a guiar meus passos.

Aos meus irmãos, Ayna Valeria Ferreira, João Felipe Ferreira Soares e Pedro Arthur Ferreira Soares, pela alegria contagiante que renova minhas energias e pela força que me dão, apenas por existirem, para continuar lutando todos os dias.

À minha tia e grande incentivadora, Elcirene Cristina Ferreira, e à minha estrelinha cheia de luz, Ádylla Samy Ferreira, por habitarem em meu coração e serem presença viva em minha jornada, mesmo nos detalhes mais sutis, agradeço por me fazeres feliz, pelas gargalhadas que me proporcionam e por sonharem ao meu lado.

Um agradecimento profundo e repleto de gratidão a Ezequiel Serrão Soares, que foi um pilar inabalável nesta caminhada. Obrigado pelo suporte e por dividirmos o que temos de mais precioso: nossa ligação eterna, o nosso pequeno.

Ao meu filho, Théo Benicio Ferreira Soares. Você é o meu maior amor do mundo, a força que faz meu coração pulsar e a razão pela qual cada noite sem sono e cada lágrima

derramada valeram a pena. Tudo o que conquisto é para você e por você; você é o meu maior motivo para nunca parar de sonhar.

Aos meus amigos de jornada, Carolainy Pereira Pires, Beatriz Lemos Costa, Adrielle Ribeiro Quadros, Mateus de Jesus Camara Lopes, Érika Geysa Pavão Batista e Carlos Eduardo Davila e Davila. Obrigado por serem abrigo e riso, por tornarem os dias pesados mais leves e por fazerem da faculdade um lugar onde a amizade floresceu em meio aos livros.

Por fim, olho para trás e percebo que esta conquista não tem um único dono. Ela pertence a todos vocês, que acreditaram em mim quando eu mesmo duvidei. Esta vitória é nossa, pois sem o amor de cada um, nada disso seria possível.

“Entendi que o tempo de Deus é perfeito, confiei e Ele me mostrou que tudo acontece no tempo exato para nossa superação.”

Ana Vitoria Ferreira

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica (VO) no Brasil representa um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, caracterizada pela apropriação do corpo feminino e pela imposição de rotinas tecnocráticas que desumanizam o parto. **Objetivo:** Analisar a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica vivenciada durante o ciclo gravídico-puerperal no Brasil, identificando as formas de manifestação e os fatores que influenciam o seu reconhecimento. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica. A coleta de dados ocorreu nas bases PubMed, SciELO, BVS e Google Acadêmico, abrangendo publicações entre 2016 e 2025. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 10 artigos principais para análise. **Resultados:** Evidenciou-se uma discrepância significativa entre a alta ocorrência de práticas abusivas e a baixa autopercepção das mulheres como vítimas. A naturalização do sofrimento, a desinformação no pré-natal e a vulnerabilidade social e racial dificultam o reconhecimento da violência. As formas mais percebidas incluem agressões verbais, intervenções físicas não consentidas (como a manobra de Kristeller e episiotomia) e a violência institucional pela negação do direito ao acompanhante. **Conclusão:** A percepção da violência obstétrica é obscurecida pela cultura do desfecho positivo e pela assimetria de poder na relação equipe-paciente. Conclui-se que é urgente a reestruturação da assistência pré-natal com foco na educação em saúde e no empoderamento feminino para romper o ciclo de silenciamento e garantir a dignidade no nascimento.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Percepção. Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence (OV) in Brazil represents a serious public health problem and a violation of human rights, characterized by the appropriation of the female body and the imposition of technocratic routines that dehumanize childbirth. **Objective:** To analyze women's perception of obstetric violence experienced during the pregnancy-puerperal cycle in Brazil, identifying the forms of manifestation and the factors that influence its recognition. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative research, of the bibliographic review type. Data collection took place in the PubMed, SciELO, BVS, and Google Scholar databases, covering publications between 2016 and 2025. After applying eligibility criteria, 12 main articles were selected for analysis. **Results:** A significant discrepancy was evidenced between the high occurrence of abusive practices and women's low self-perception as victims. The naturalization of suffering, misinformation during prenatal care, and social and racial vulnerability hinder the recognition of violence. The most perceived forms include verbal aggression, non-consented physical interventions (such as the Kristeller maneuver and episiotomy), and institutional violence through the denial of the right to a companion. **Conclusion:** The perception of obstetric violence is obscured by the culture of the positive outcome and the asymmetry of power in the doctor-patient relationship. It is concluded that restructuring prenatal care with a focus on health education and female empowerment is urgent to break the cycle of silencing and guarantee dignity in childbirth.

Keywords: Obstetric Violence. Perception. Women's Health. Humanized Childbirth. Obstetric Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Múltiplas faces da violência obstétrica: do modelo tecnocrático às manifestações clínicas e raciais.....	14
2.2 Entre a ocorrência e o reconhecimento: o papel da desinformação e a naturalização da violência.....	15
2.3 Repercussões emocionais e o trauma silencioso: do parto sonhado ao sofrimento psíquico.....	18
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 RESULTADOS.....	26
6 DISCUSSÕES	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
8 REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto no Brasil passou por significativas transformações ao longo do tempo, caracterizadas pela transição de um modelo predominantemente domiciliar, centrado na figura feminina, para um modelo hospitalar, tecnocrático e amplamente medicalizado. Inicialmente, essa mudança visava reduzir a alta mortalidade materno-fetal; contudo, instituiu um modelo onde o corpo da mulher passou a ser visto como “propriedade institucional” (Nascimento et al., 2025, p. 2). Nesse sentido, a mulher foi destituída do protagonismo, e o parto, um processo fisiológico, tornou-se patológico, regido pela autoridade médica, o que, historicamente, se configura como uma forma de opressão e perda de controle sobre a própria experiência (Oliveira; Martins, 2024).

Com o avanço dos movimentos de humanização, a discussão sobre maus-tratos durante o parto ganhou visibilidade no cenário brasileiro. Um estudo de 2010, conduzido pela Fundação Perseu Abramo, já revelava que cerca de um quarto das mulheres vivenciavam alguma forma de abuso ao dar à luz (Souza et al., 2023; Pascoal et al., 2020), confirmando a alta prevalência desse agravo. Não obstante a recorrência de práticas abusivas (85,16% no estudo de Figueiredo et al., 2024, conduzido em Sergipe), grande parte das vítimas não as reconhecem como tal, silenciando-se diante do sofrimento por medo de represálias ou por naturalizar a violência como parte “normal” do processo (Peixoto, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Violência Obstétrica (VO) refere-se a qualquer conduta, ato ou omissão por profissionais de saúde que desrespeite o corpo e os processos reprodutivos, manifestada em tratamento desumano e medicalização excessiva (Souza; Villela, 2020; Leão et al., 2022, p. 3). Essa conduta, que engloba a imposição de procedimentos sem consentimento (Kristeller, Episiotomia, toques repetitivos) e a violência verbal, reduz a autonomia da mulher e sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo (Leite et al., 2022, p; Nicida et al., 2021). Portanto, a VO não se restringe à agressão física, mas manifesta-se essencialmente como a perda da condição de sujeito no parto, sendo percebida pelas mulheres como agressividade, desrespeito e dor (Nascimento et al., 2025).

Além disso, a percepção da violência abrange um espectro amplo de manifestações, sendo a violência psicológica e verbal uma das mais prevalentes e dolorosas para as mulheres, incluindo deboche, humilhação e julgamento moral (Silva et al., 2025, p. 4; Reis, 2022). Por outro lado, a VO não afeta as mulheres de forma homogênea, pois se cruza com determinantes sociais de saúde. Mulheres negras, por exemplo, são desproporcionalmente afetadas, vivenciando o que se denomina racismo obstétrico, onde a negação da dor e a negligência são

agravadas pela cor e pela crença de que o corpo negro é mais resistente (Santana et al., 2024). Essa interseccionalidade revela que a VO é, inegavelmente, um problema de gênero, classe e raça.

Destarte, a relevância deste estudo fundamenta-se no caráter multifacetado da violência obstétrica, compreendida como um grave problema de saúde pública, ética e de direitos humanos no contexto brasileiro. A vivência da VO deixa marcas que transcendem o momento do parto, manifestando-se em sérias repercussões emocionais, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a depressão pós-parto, além de impactar negativamente o vínculo afetivo com o recém-nascido (Assis et al., 2020, p. 6, 9; Gonçalves et al., 2025, p. 10). Logo, investigar a percepção das mulheres mostra-se fundamental, uma vez que a identificação e o reconhecimento das situações de abuso contituem o ponto de partida para o enfrentamento, a denúncia e a transformação da cultura de submissão na assistência obstétrica, o que demanda a revalorização da subjetividade feminina no processo de parto e nascimento.

Diante desse panorama, a dificuldade em reconhecer a violência, mesmo diante da alta ocorrência de práticas não recomendadas (Figueiredo et al., 2024), sugere que a VO é um problema de desinformação e fragilidade na autonomia. Nesse sentido, o estudo sustenta a hipótese de que o baixo nível de empoderamento feminino, é resultante da escassez de informações sobre direitos reprodutivos e boas práticas no pré-natal.

Diante deste cenário, torna-se imperativo compreender a subjetividade do sofrimento feminino e os mecanismos socioculturais e institucionais que contribuem para a aceitação passiva de práticas abusivas na assistência obstétrica. Nesse sentido, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de responder à seguinte questão norteadora: qual é a percepção das mulheres acerca da violência obstétrica vivenciada durante o ciclo gravídico-puerperal no Brasil, e de que maneira o nível de conhecimento sobre seus direitos e as boas práticas de assistência influencia o reconhecimento desses atos como forma de violência?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Múltiplas faces da violência obstétrica: do modelo tecnocrático às manifestações clínicas e raciais

A compreensão da violência obstétrica (VO) exige, inicialmente, o reconhecimento do cenário histórico em que o parto, outrora um evento domiciliar e feminino, foi transposto para o ambiente hospitalar, consolidando o modelo tecnocrático de assistência. Nesse contexto, a institucionalização do parto, embora tenha trazido avanços na redução da mortalidade, instituiu uma cultura de excessiva medicalização e intervenção, onde o corpo da mulher é frequentemente percebido como defeituoso e passível de correção médica constante. Essa mudança de paradigma resultou na perda do protagonismo feminino e na naturalização de condutas que ferem a autonomia da parturiente (Nascimento et al., 2025). Nesse sentido, Leão et al. (2022) aponta que a VO não se resume a agressões físicas evidentes, mas permeia uma rede complexa de desrespeitos que vão desde a negligência até a violência simbólica e institucional.

Nesse sentido, a definição de VO é ampla e abarca qualquer conduta que desumanize o atendimento, ferindo os direitos sexuais e reprodutivos. Segundo Leão et al. (2022), o conceito engloba atos praticados por profissionais de saúde que interfiram no corpo e nos processos reprodutivos das mulheres sem o devido consentimento informado. Essa violência se manifesta de forma multifacetada: física, através de procedimentos dolorosos e proscritos como a manobra de Kristeller; psicológica, por meio de humilhações e ameaças; verbal, com o uso de linguagem grosseira e discriminatória; e institucional, caracterizada pela peregrinação por leitos e impedimento do acompanhante. Sobre a abrangência dessa definição e a percepção da violação da autonomia, destaca-se:

Os termos “violência obstétrica”, “violência no parto”, “violência institucional ou estrutural na atenção ao parto”, [...] compreende qualquer ação ou intervenção praticada direcionados à mulher grávida, parturiente ou puerpera, ou ao seu bebê, sem o consentimento explícito e informado da própria, que desrespeitem sua autonomia, produzindo efeitos negativos, sejam eles físicos, psicológicos, ou que ferem seus sentimentos, ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (Leão et al., 2022, p. 345).

Além das tipologias clássicas, é imperativo analisar a VO sob a ótica da interseccionalidade, uma vez que a percepção e a incidência do agravo não atingem todas as mulheres da mesma forma. Estudos recentes indicam a existência do "racismo obstétrico", caracterizado pela submissão de mulheres negras a julgamentos morais mais rigorosos e a

práticas de negligência baseada em mitos coloniais, como a falsa crença de que essas mulheres possuem maior resistência à dor (Santana et al., 2024). A percepção dessas mulheres revela uma dupla vulnerabilidade, onde a violência de gênero se soma à violência racial, resultando em menor acesso à analgesia, maior tempo de espera e tratamento verbal hostil. A invisibilidade do sofrimento da mulher negra compõe, portanto, uma face cruel e frequentemente silenciada da violência obstétrica no Brasil. (Guimarães et al., 2025).

No que tange às manifestações físicas e verbais, a literatura evidencia que intervenções como a episiotomia de rotina e o uso indiscriminado de ocitocina sintética, são frequentemente percebidos pelas mulheres como formas de tortura ou punição. Reis (2022) relata que muitas parturientes descrevem o momento do parto como um "castigo", onde frases de cunho moralista proferidas pela equipe, tais como "na hora de fazer não chorou", servem para disciplinar e silenciar a expressão da dor. A violência verbal, caracterizada por deboches, ironias e gritos, configura-se como uma das formas mais prevalentes e dolorosas na percepção das vítimas, pois ataca diretamente a dignidade e a autoestima da mulher em um momento de extrema fragilidade emocional (Silva et al., 2025).

Ainda sobre as manifestações, a violência institucional se destaca pela negação de direitos garantidos por lei, como a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005). A ausência de uma pessoa de confiança durante o trabalho de parto é percebida pelas mulheres como um fator de desamparo e insegurança, aumentando a sensação de vulnerabilidade diante da equipe técnica. Massuqueto et al. (2024) corroboram essa visão ao demonstrarem que a proibição do acompanhante é uma violação recorrente, muitas vezes justificada por questões estruturais ou burocráticas, mas que, na prática, serve para isolar a mulher e facilitar a imposição de condutas não consentidas. A percepção da VO, portanto, está intrinsecamente ligada à sensação de ter sua autonomia cassada e sua voz silenciada dentro da instituição de saúde.

2.2 Entre a ocorrência e o reconhecimento: o papel da desinformação e a naturalização da violência

Um dos fenômenos mais complexos identificados na literatura é a discrepância significativa entre a alta ocorrência de práticas caracterizadas como violência obstétrica e a baixa autopercepção das mulheres como vítimas. Diversos estudos apontam que, embora a maioria das parturientes relate ter passado por procedimentos como a manobra de Kristeller, episiotomia sem consentimento ou violência verbal, uma parcela expressiva afirma não ter sofrido violência (Figueiredo et al., 2024). Esse paradoxo sugere um processo profundo de

naturalização do abuso, onde a cultura da dor no parto e a autoridade inquestionável do saber médico levam a mulher a aceitar violações como parte "normal" ou "necessária" da assistência.

Nesse contexto, a Enfermagem Obstétrica surge como o elo principal para romper essa naturalização, atuando na vigilância das práticas baseadas em evidências. O enfermeiro, por estar presente durante todo o processo de parturição, possui a oportunidade estratégica de desconstruir mitos sobre a dor e a submissão feminina. Ao invés de reforçar o modelo tecnocrático, este profissional deve atuar como um mediador que valida a voz da mulher, transformando o ambiente hospitalar em um espaço de acolhimento e respeito à fisiologia do nascimento.

A raiz da dissonância cognitiva entre vivência e percepção reside, preponderantemente, na falha educacional durante o pré-natal, campo onde a enfermagem exerce papel fundamental. A ausência de informações claras sobre a fisiologia do parto e os direitos da parturiente deixa a mulher desprovida de ferramentas para identificar o abuso. Pascoal et al. (2020) destacam que a grande maioria das puérperas desconhece o termo "violência obstétrica" e não recebeu orientações adequadas, evidenciando uma lacuna que deve ser preenchida por consultas de enfermagem mais dialógicas e menos burocráticas.

O empoderamento feminino através da educação em saúde é, portanto, a principal tecnologia leve de cuidado utilizada pelo enfermeiro. Durante as consultas, a construção do plano de parto surge como uma ferramenta de proteção jurídica e emocional, permitindo que a gestante antecipe seus desejos e recuse intervenções rotineiras. A enfermagem, ao incentivar a elaboração deste documento, fortalece a autonomia da mulher, preparando-a para ser o sujeito ativo de sua própria história e diminuindo a vulnerabilidade à manipulação técnica.

Essa invisibilidade da violência é corroborada por dados que mostram a correlação entre vulnerabilidade social e a não percepção do agravo. Mulheres com menor escolaridade e renda apresentam maiores dificuldades em reconhecer a violação de direitos, muitas vezes confundindo a ausência de um desfecho fatal com uma "boa assistência" (Massuqueto et al., 2024). Cabe à equipe de enfermagem identificar essas vulnerabilidades interseccionais e intensificar o suporte informativo, garantindo que o cuidado humanizado não seja um privilégio de classe, mas um direito universal garantido na prática cotidiana.

A priorização do "bebê saudável" em detrimento do bem-estar materno é uma constante que silencia a mulher diante das agressões sofridas (Ncida et al., 2021). O enfermeiro deve atuar contra essa anulação da subjetividade feminina, lembrando que a saúde da puérpera é indissociável da saúde do recém-nascido. O cuidado de enfermagem centrado na família deve

garantir que a integridade física e emocional da mãe seja preservada, evitando que o trauma do nascimento comprometa o vínculo inicial e a saúde mental materna.

Ademais, a percepção popular sobre a violência obstétrica é frequentemente tardia, revelando-se como trauma apenas *a posteriori*. Peixoto (2023) analisa que o momento do parto envolve uma tempestade hormonal que, somada à hierarquia hospitalar, dificulta a reação imediata. Aqui, a enfermagem atua como "advogada" da paciente (*patient advocacy*), intervindo quando condutas desnecessárias são propostas por outros membros da equipe, servindo como uma barreira ética contra a perda da autonomia feminina em momentos de vulnerabilidade.

O papel do enfermeiro obstetra na sala de parto é também o de promover métodos não farmacológicos de alívio da dor, como banhos quentes, massagens e liberdade de movimentação. Essas práticas, além de serem baseadas em evidências, reduzem a necessidade de intervenções médicas agressivas e aceleram o trabalho de parto de forma natural. Ao oferecer essas alternativas, a enfermagem retira o enfoque da medicalização e devolve à mulher o controle sobre suas sensações, o que é um fator determinante para que ela se sinta respeitada e não violada.

A percepção equivocada da violência não diminui seus efeitos nefastos; pelo contrário, a ausência de validação do sofrimento pode agravar o quadro emocional da mulher. Quando os profissionais negam a existência da violência, ocorre uma segunda vitimização (Peixoto, 2023). A enfermagem humanizada faz o caminho inverso: através da escuta ativa e do acolhimento das queixas, o enfermeiro valida a experiência da mulher, auxiliando-a no processamento emocional do parto e prevenindo o desenvolvimento de transtornos como a depressão pós-parto.

No que tange à violência institucional, a enfermagem tem o dever ético de garantir o cumprimento da Lei do Acompanhante. Muitas vezes, barreiras burocráticas são erguidas para isolar a parturiente, facilitando a imposição de condutas autoritárias. O enfermeiro gestor e assistencial deve ser o garantidor deste direito, compreendendo que a presença de uma rede de apoio é o principal fator inibidor de abusos verbais e físicos por parte da equipe de saúde.

A formação do enfermeiro, focada no cuidado holístico, permite que ele identifique formas sutis de violência, como a negligência e o tratamento impessoal. Silva et al. (2021) trazem dados contundentes sobre como a presença constante da enfermagem reduz os sentimentos de solidão e medo. Ser "presença" significa monitorar não apenas os sinais vitais, mas o estado anímico da mulher, garantindo que ela nunca se sinta como um objeto em uma linha de montagem, mas como uma pessoa em um momento sagrado de sua vida.

A atuação da enfermagem também se estende à denúncia e à notificação de irregularidades. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem obriga o zelo pela dignidade da pessoa humana, o que implica não ser conivente com práticas como a manobra de Kristeller ou a episiotomia de rotina. Ao se posicionar contra essas práticas, a enfermagem exerce um papel político-pedagógico dentro das instituições, forçando a atualização dos protocolos hospitalares em conformidade com as diretrizes de humanização.

Além disso, a enfermagem obstétrica deve liderar a educação continuada dentro das unidades de saúde. Treinar técnicos de enfermagem e outros profissionais para evitar falas agressivas e procedimentos invasivos sem consentimento é uma forma de mudar a cultura organizacional de dentro para fora. A mudança no modelo assistencial não depende apenas de leis, mas de uma transformação na mentalidade profissional, onde o enfermeiro atua como o principal agente dessa transição cultural.

No pós-parto imediato, a promoção do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora, conduzida pela enfermagem, é o ato final de reparação contra a violência. Garantir que o binômio não seja separado sem necessidade clínica é uma forma de respeitar o tempo biológico e emocional da família. Esse cuidado final sela uma assistência que se pretende humanizada, minimizando possíveis traumas causados por intervenções anteriores e fortalecendo a confiança da mulher em sua capacidade de nutrir e proteger.

O reconhecimento da violência obstétrica, portanto, passa necessariamente pelo resgate da autonomia feminina através da atuação estratégica da enfermagem. Ao transformar a mulher de objeto passivo em sujeito detentor de direitos, o enfermeiro não apenas previne o agravo, mas ressignifica o nascimento como um evento de potência e dignidade. A educação em saúde, o suporte contínuo e a ética profissional são as ferramentas que permitem à enfermagem ser a vanguarda no combate à violência obstétrica no Brasil.

2.3 Repercussões emocionais e o trauma silencioso: do parto sonhado ao sofrimento psíquico

As consequências da violência obstétrica transcendem as marcas físicas imediatas, inscrevendo-se profundamente na psique feminina e gerando repercussões que podem perdurar por toda a vida. A literatura é ampla ao evidenciar que a experiência de um parto marcado por violência é frequentemente ressignificada como um evento traumático, capaz de desestabilizar o equilíbrio emocional da mulher em um momento de transição identitária. A violação ocorrida no cenário do nascimento não se limita à dor do momento, mas ecoa como uma ruptura na

integridade do "eu", transformando o que deveria ser um rito de passagem em uma memória de violação e desamparo (Assis; Meurer; Delvan, 2020).

Nesse contexto, o desenvolvimento de quadros clínicos graves, como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), é uma realidade documentada entre vítimas de violência obstétrica. A intensidade da dor física não gerenciada, somada à percepção de risco de vida e à hostilidade do ambiente, atua como gatilho para sintomas como *flashbacks*, pesadelos e evitação persistente de pensamentos relacionados ao parto. A mulher revive o trauma continuamente, o que impede a elaboração saudável da experiência e compromete sua qualidade de vida no puerpério (Gonçalves et al., 2025).

Além do TEPT, a depressão pós-parto (DPP) emerge com força significativa nessas narrativas, não apenas como resultado de alterações hormonais, mas como uma reação direta à violência institucional. Assis, Meurer e Delvan (2020) destacam que a sensação de impotência e a falta de suporte durante o trabalho de parto são preditores fortes para a DPP. A mulher, ao se sentir desamparada por quem deveria cuidar dela, desenvolve sentimentos de tristeza profunda e desesperança, que são agravados pela dificuldade de legitimar seu sofrimento perante uma sociedade que valoriza apenas o "bebê saudável".

A ansiedade generalizada também se manifesta como uma constante no pós-parto de mulheres violentadas. O estado de alerta permanente, decorrente do medo vivenciado no hospital, dificulta o relaxamento e o descanso necessários para a recuperação física e para os cuidados com o recém-nascido. Essa hipervigilância é reflexo da quebra de confiança nas instituições de saúde; a mulher passa a ver o sistema médico não como um local de cura, mas como uma fonte de ameaça e perigo iminente (Teixeira et al., 2020).

Central para a compreensão desse sofrimento é o conceito de "coisificação" da mulher, termo amplamente discutido por Nascimento et al. (2025). A redução da parturiente a um objeto biológico ou a um "útero funcional" é o cerne do dano psicológico. Ao ter sua subjetividade anulada, seus questionamentos ignorados e seus gritos de dor ridicularizados, a mulher vivencia uma desumanização que abala sua integridade moral. Ela deixa de ser o sujeito da ação para se tornar um mero campo de intervenção técnica, o que gera uma ferida narcísica profunda e duradoura.

Essa percepção de ter sido tratada como "um pedaço de carne" é frequentemente acompanhada por sentimentos de humilhação e vergonha. A exposição desnecessária do corpo, a realização de toques vaginais repetitivos por múltiplos profissionais e a presença de estudantes sem consentimento são vivenciadas como invasões da intimidade que beiram a violência sexual.

A mulher sente-se violada em sua dignidade, o que impacta diretamente sua autoimagem e sua autoestima, fazendo com que ela se sinta suja ou indigna (Silva et al., 2025).

O impacto emocional da violência obstétrica atinge diretamente a formação do vínculo mãe-bebê, interferindo na *Golden Hour* (hora dourada). A separação precoce e injustificada logo após o nascimento, impede o contato pele a pele e o reconhecimento mútuo, fundamentais para a liberação de ocitocina e para o início do apego. Silva et al. (2025) alertam que essa ruptura inicial pode gerar na mãe uma sensação de estranhamento em relação ao filho, dificultando a conexão afetiva e gerando sentimentos de culpa e incompetência materna.

Consequentemente, a amamentação é severamente prejudicada. O estresse e a dor decorrentes de intervenções como a manobra de Kristeller ou a episiotomia, somados ao abalo emocional, podem inibir o reflexo de ejeção do leite. Além das barreiras fisiológicas, a violência verbal e a falta de apoio da equipe durante as primeiras mamadas fazem com que muitas mulheres desistam do aleitamento precocemente, sentindo-se fracassadas em sua função nutriz, o que aprofunda o ciclo de tristeza e inadequação (Assis; Meurer; Delvan, 2020).

Em alguns casos, a associação do bebê ao trauma do parto pode gerar sentimentos ambivalentes de rejeição. A criança, embora amada, torna-se um gatilho inconsciente para a memória da dor e da violência sofrida. Mulheres relatam dificuldade em olhar para o filho ou em cuidar dele sem reviver a angústia do nascimento, o que exige um esforço psíquico exaustivo para dissociar o amor materno do trauma institucional, demandando suporte psicológico especializado (Gonçalves et al., 2025).

A violência obstétrica também impõe um luto silencioso pelo "parto sonhado". Durante a gestação, a mulher constrói expectativas e desejos sobre como será o encontro com seu filho, idealizando um momento de respeito e emoção. Quando a realidade se apresenta brutal e desrespeitosa, ocorre a "morte" desse ideal. A sensação de "roubo" do momento do parto é frequente nos relatos; a alegria do nascimento é substituída pelo alívio de ter sobrevivido, deixando um vazio emocional onde deveria haver plenitude (Teixeira et al., 2020).

Esse trauma reverbera na dinâmica familiar e na relação conjugal. O parceiro, que muitas vezes presenciou a violência sem conseguir intervir ou que foi impedido de entrar (violência institucional), também pode carregar sentimento de impotência e culpa. O casal precisa lidar com as sequelas emocionais de um evento que deveria ser de celebração, o que pode gerar distanciamento afetivo, conflitos e dificuldades de comunicação no período puerperal (Assis; Meurer; Delvan, 2020).

A vida sexual da mulher é outra esfera profundamente afetada. Disfunções sexuais, como a dispareunia (dor na relação), são comuns decorrentes de cicatrizes de episiotomias

malconduzidas ou do chamado "ponto do marido". Além da dor física, o trauma psicológico da invasão corporal pode levar à perda de libido e ao medo da intimidade. Teixeira et al. (2020) apontam que muitas mulheres demoram meses ou anos para retomar uma vida sexual satisfatória, pois o toque e a penetração remetem à violência sofrida no leito obstétrico.

Além disso, a violência obstétrica molda decisivamente as escolhas reprodutivas futuras. O medo paralisante de vivenciar novamente o trauma, conhecido como tocofobia secundária, leva muitas mulheres a desistirem de ter outros filhos, alterando o planejamento familiar desejado. A memória da dor e da submissão atua como um contraceptivo psicológico, onde a preservação da integridade mental se sobrepõe ao desejo de maternidade (Gonçalves et al., 2025).

Quando ocorre uma nova gestação, é comum que a mulher opte pela cesariana eletiva como uma estratégia de defesa. Essa escolha não se dá necessariamente por preferência cirúrgica, mas como uma forma de "fuga" da violência vaginal institucionalizada e da imprevisibilidade do parto normal. A mulher busca, na cirurgia agendada, uma forma de retomar o controle sobre seu corpo e evitar a exposição à dor e à humilhação que marcaram sua experiência anterior (Francisco et al., 2023).

Gonçalves et al. (2025) identificam que as marcas psíquicas deixadas pela violência, como a frustração e a raiva, criam uma aversão duradoura ao sistema obstétrico. O parto passa a ser lembrado não como um evento de potência feminina, mas como uma sessão de tortura e anulação. Sobre a profundidade dessas marcas e a perpetuação do sofrimento através das gerações, observa-se:

A violência obstétrica produz diferentes níveis de sofrimento psíquico, tornando a experiência de parto uma vivência traumática permeada por sentimento de frustração, raiva, medo, insegurança e invalidação de seus desejos/opiniões. [...] Marcas psíquicas inscritas pela violência obstétrica permanecem na memória das vítimas e a ideia de sofrimento atrelada ao parir acaba perpetuando-se de geração em geração (Gonçalves et al., 2025, p. 1, 9, 10).

O silenciamento social agrava ainda mais esse quadro. A mulher que tenta expressar sua dor frequentemente ouve frases como "o importante é que o bebê está bem" ou "você deve agradecer por estar viva". Esse discurso minimiza a violência, invalida os sentimentos da vítima e impõe uma gratidão forçada. O silêncio imposto durante o parto ("não grita", "não chora") se transforma, no puerpério, em um silenciamento da dor emocional, onde a mulher não encontra espaço para elaborar o trauma vivido (Peixoto, 2023).

A culpa é outro sentimento corrosivo que acompanha as vítimas. Muitas mulheres se questionam por que não reagiram, por que permitiram certos procedimentos ou por que não

protegeram seus filhos da violência. Assis, Meurer e Delvan (2020) explicam que essa culpa é infundada, pois desconsidera a assimetria de poder e a vulnerabilidade do momento, mas ela opera internamente, corroendo a autoconfiança da mulher em sua capacidade de agir e decidir.

Em suma, as repercussões da violência obstétrica configuram um grave problema de saúde pública que exige atenção para além dos indicadores de mortalidade materna e neonatal. A saúde mental materna é severamente comprometida pela cultura da violência, exigindo uma abordagem multidisciplinar que integre o suporte psicológico ao cuidado obstétrico desde o pré-natal até o puerpério tardio. Reconhecer que a violência obstétrica deixa cicatrizes invisíveis é o primeiro passo para a construção de uma assistência que não apenas garanta a sobrevivência física, mas que também proteja a integridade emocional, a dignidade e a humanidade das mulheres e de seus filhos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as formas de violência obstétrica (verbal, física, psicológica, institucional) mais frequentemente percebidas pelas mulheres;
- Relacionar o nível de conhecimento prévio das mulheres sobre seus direitos e as boas práticas de assistência com o reconhecimento da violência vivenciada;
- Discutir os impactos emocionais e psicossociais da violência obstétrica na saúde da mulher e no vínculo materno-infantil.

4 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, do tipo revisão bibliográfica, desenvolvida com o objetivo de analisar a percepção das mulheres acerca da violência obstétrica no contexto brasileiro. A escolha pela abordagem qualitativa mostrou-se apropriada para a compreensão de um fenômeno complexo e subjetivo, permitindo aprofundar-se nos significados, crenças e valores que as mulheres atribuem às suas experiências de parto, considerando os aspectos sociais e culturais envolvidos nesse processo, conforme preconiza Minayo (2022).

Para guiar o desenvolvimento da investigação, o estudo norteou-se pela seguinte pergunta norteadora "Qual é a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica vivenciada durante o ciclo gravídico-puerperal no Brasil?". A condução do estudo deu-se entre os meses de maio e setembro de 2025, período em que foram realizadas as etapas de busca, seleção, leitura flutuante, fichamento e análise crítica dos materiais bibliográficos pertinentes ao tema.

A coleta de dados foi realizada por meio de buscas sistemáticas em bases de dados científicas de reconhecimento nacional e internacional, especificamente: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed e Google Acadêmico. Para o levantamento, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês (*MeSH*), combinados pelos operadores booleanos “AND” e “OR”. Os descritores selecionados foram: “Violência Obstétrica”, “Percepção”, “Saúde da Mulher” e “Parto Humanizado”.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos científicos originais, revisões sistemáticas e integrativas, publicados em periódicos indexados, disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês ou espanhol. O recorte temporal estabelecido compreendeu as publicações dos últimos dez anos (2016 – 2025), visando garantir a atualidade dos dados e acompanhar a evolução das discussões sobre a temática e as mudanças nas diretrizes de assistência ao parto no Brasil.

Em contrapartida, adotaram-se critérios de exclusão com o intuito de refinar e qualificar a amostra analisada. Foram excluídos os artigos que não abordavam diretamente a percepção das mulheres ou a temática da violência obstétrica, por se distanciarem do objeto de estudo bem como publicações duplicadas nas bases de dados, editoriais, cartas ao editor, resumos simples de anais de congressos, bem como materiais que não estavam disponíveis para acesso gratuito.

e na íntegra. Excluíram-se estudos que tratavam da violência obstétrica exclusivamente sob a ótica jurídica ou biomédica, sem contemplar a dimensão da experiência da parturiente.

O processo de seleção dos materiais seguiu um rigor metodológico, iniciando-se pela leitura, dos títulos e resumos, para verificar a adequação aos objetivos propostos. Após essa triagem inicial, procedeu-se à leitura na íntegra dos textos pré-selecionados. Para a sistematização das informações, utilizou-se um instrumento de coleta de dados próprio (roteiro de extração), contemplando itens como: autor(es), ano de publicação, título, objetivo do estudo, metodologia aplicada, principais resultados e conclusões acerca da percepção da violência.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise temática de conteúdo, seguindo as diretrizes propostas por de Bardin (2019). Essa etapa consistiu na pré-análise e leitura flutuante do *corpus* documental, seguida pela exploração do material para a identificação de unidades de sentido. Posteriormente, realizou-se o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, permitindo agrupar as informações em categorias temáticas que evidenciassem as formas de violência mais percebidas, os sentimentos gerados e os impactos na saúde da mulher.

Essa metodologia permitiu traçar um panorama detalhado sobre como a violência obstétrica é sentida e significada pelas mulheres, indo além dos dados estatísticos e alcançando a subjetividade do sofrimento imposto pelo modelo tecnocrático. A síntese dos achados foi organizada de modo a responder aos objetivos específicos, confrontando as percepções encontradas com a literatura científica atual e as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No que tange aos aspectos éticos, ressalta-se que este estudo dispensou a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que se trata de uma revisão bibliográfica com utilização de dados secundários de domínio público, sem envolvimento direto com seres humanos. Entretanto, foram respeitados rigorosamente os direitos autorais e a propriedade intelectual de todos os autores citados, garantindo a fidedignidade das informações e as devidas referências, em consonância com as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

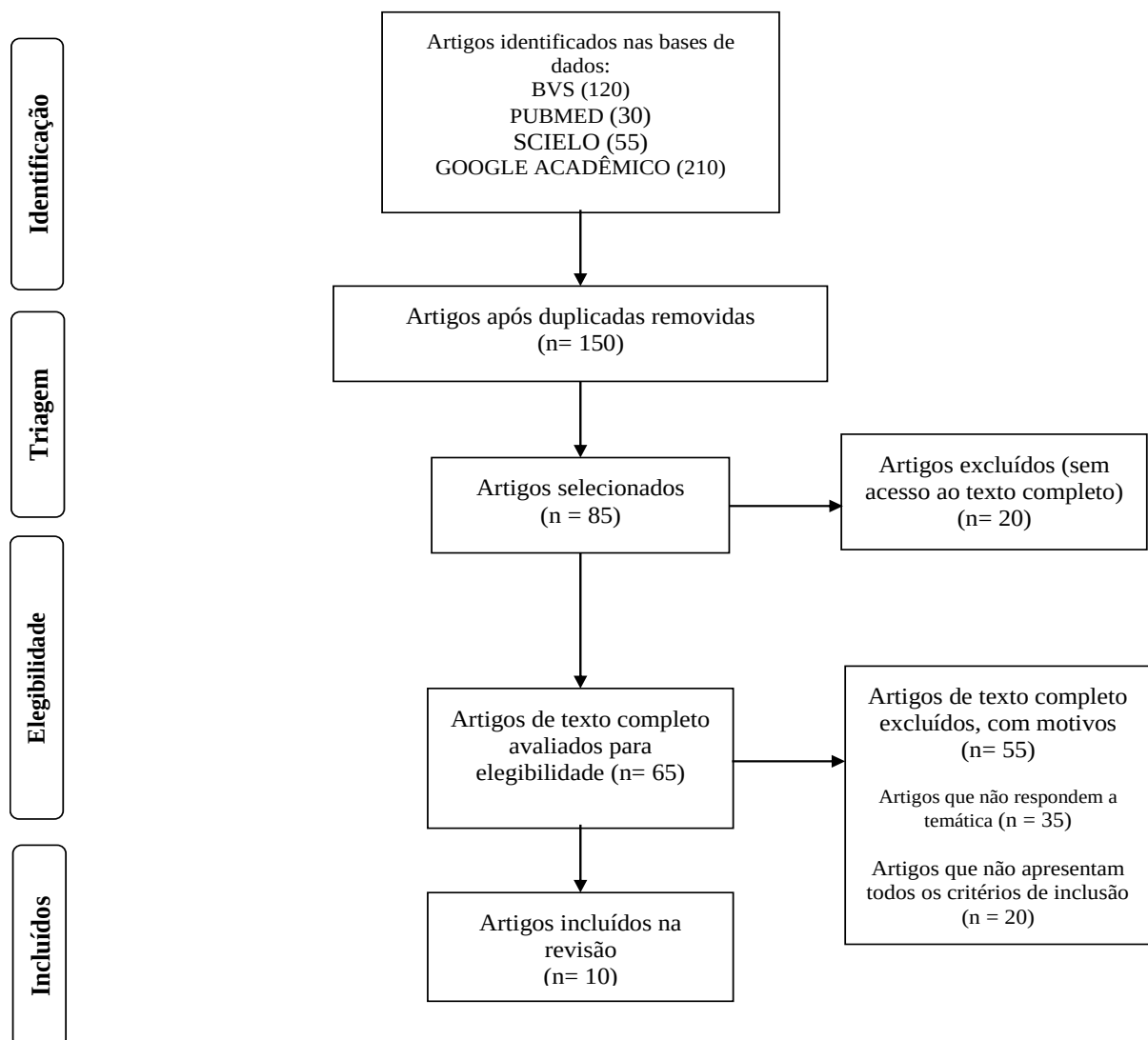
Para sintetizar o processo metodológico de seleção dos estudos em dois parágrafos, conforme sua solicitação:

A busca inicial nas bases de dados PubMed, SciELO, BVS e Google Acadêmico resultou em 415 artigos, dos quais 210 foram identificados no Google Acadêmico, 120 na BVS, 55 na SciELO e 30 no PubMed. Na fase de triagem, após a remoção das duplicatas, a amostra foi reduzida para 150 estudos únicos; destes, 85 foram excluídos

após a leitura de títulos e resumos por serem resumos simples ou não apresentarem texto completo, restando 65 artigos para a análise de elegibilidade.

A etapa de elegibilidade consistiu na leitura integral dos 65 textos remanescentes, resultando na exclusão de 55 trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão, como o foco exclusivo em aspectos clínicos/jurídicos (35 artigos) ou desvio do recorte temporal e geográfico (20 artigos). Ao final desse processo, 10 estudos foram selecionados para compor o corpus de análise principal, fundamentando a discussão e os resultados deste trabalho por meio de uma visão panorâmica e regionalizada do fenômeno, conforme sistematizado no fluxograma PRISMA.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA.



Fonte: Autoria Própria.

5 RESULTADOS

Para sistematizar e facilitar a análise comparativa da literatura científica que fundamenta esta pesquisa, elaborou-se o Quadro 1. Este quadro apresenta uma síntese organizada dos doze artigos selecionados, detalhando para cada um: o autor e ano de publicação, o título original, o objetivo central da investigação, os principais resultados encontrados e a conclusão reportada pelos pesquisadores. Tal estrutura permite uma visualização clara e direta das contribuições de cada estudo, servindo como base para a discussão aprofundada que se seguirá.

Quadro 1 – Síntese dos Estudos Analisados na Pesquisa.

AUTOR (ANO)	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
FIGUEIREDO, Y. J. S. et al. (2024)	Percepção de violência obstétrica das mulheres puérperas em serviços público e privado de Sergipe.	Analisar a percepção das pacientes que pariram acerca da violência obstétrica (VO).	85,16% sofreram VO, mas 60,63% não perceberam. Fatores como baixa renda e escolaridade associaram-se à percepção incorreta.	A percepção da VO é muito inferior à ocorrência real. A vulnerabilidade social dificulta o reconhecimento, exigindo empoderamento pelo enfermeiro.
SILVA, F. P. L. et al. (2025)	Percepção de parturientes nas categorias de violência obstétrica.	Identificar as violências vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto em suas diversas categorias.	Discrepância entre relato de atos violentos (deboche, Kristeller, jejum) e o não reconhecimento da violência. Baixa notificação de violência sexual.	O fraco empoderamento feminino leva à dissociação entre vivência e reconhecimento. A Enfermagem é crucial para a educação em saúde.
MASSUQUETO, R. R. H. et al. (2024)	Violência Obstétrica: uma análise do conhecimento e percepção das mulheres de um	Identificar o conhecimento e percepção da VO entre moradoras de comunidade rural.	95,2% das mulheres nunca tinham ouvido falar sobre VO. Relatos de episiotomia sem aviso e negação de acompanhante foram frequentes.	O desconhecimento é generalizado em áreas rurais, perpetuando práticas abusivas. A educação no pré-natal é a principal ferramenta de combate.

	município do interior do Paraná.			
FRANCISCO, P. C. et al. (2023)	Experiência e percepção de puérperas sobre violência obstétrica.	Compreender a experiência e percepção de puérperas que vivenciaram a VO na Zona da Mata Mineira.	A VO foi identificada nas falas (palavras "NÃO" e "DOR" em destaque) mesmo sem conhecimento do termo. Cesárea vista como fuga da "tortura" do parto normal.	O parto normal é percebido como traumático devido à falta de empatia e negligência. A humanização é urgente para garantir autonomia.
SANTANA, A. T. et al. (2024)	Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras...	Analisar as percepções de mulheres negras sobre a VO e sua intersecção com o racismo.	Mulheres negras percebem a VO como descaso, negação da dor e tratamento diferenciado pela cor. Sentimento de objetificação e "carne sem vida".	O racismo obstétrico agrava a VO, baseando-se em mitos coloniais de resistência à dor. É necessária uma abordagem interseccional na saúde.
GONÇALVES, I. F. et al. (2025)	Marcas e Repercussões Psíquicas da Violência Obstétrica em Mulheres...	Analisar as expressões do sofrimento psíquico causado pela VO durante o parto.	A VO gera marcas psíquicas profundas (frustração, raiva, medo, insegurança). O trauma leva à recusa de novas gestações.	A VO elimina a mulher como sujeito, causando sofrimento psíquico duradouro. O desconhecimento facilita a naturalização e o silenciamento.
NICIDA, L. R. A. et al. (2021)	Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto.	Analisar os sentidos do termo VO a partir de narrativas de mulheres no Rio de Janeiro.	Identificação de violência verbal e intervenções não consentidas, mas a maioria nega ser vítima priorizando o "bebê saudável".	Existe um paradoxo na percepção: a mulher relata o abuso, mas não se reconhece vítima devido à insegurança e ao foco no desfecho positivo.
PASCOAL, K. C. F. et al. (2020)	Violência obstétrica na percepção de puérperas.	Analisar a percepção de puérperas em uma	59,8% desconheciam o termo VO; 95,5% não receberam informações no pré-natal. Práticas como	A falta de informação no pré-natal é crítica. A VO é naturalizada e não identificada, demandando

		maternidade na Paraíba.	episiotomia foram citadas, às vezes, como "boas".	acolhimento e educação pela enfermagem.
SILVA, E. C. et al. (2021)	Percepção de mães acerca da violência obstétrica.	Compreender a percepção de mães (agricultoras/ pardas) na Paraíba sobre a VO.	Baixa taxa de acompanhante (6,35%) e alta incidência de Kristeller e Episiotomia. Percepção de negligência e agressão verbal.	A VO é uma violação de direitos humanos que atinge grupos vulneráveis. A prática rotineira de intervenções fere a dignidade da mulher.
REIS, R. C. (2022)	Percepção de Mulheres Sobre Violência Obstétrica no Sistema de Saúde.	Evidenciar a percepção das mulheres sobre atos vivenciados no ciclo gravídico-puerperal.	A VO é percebida como desconforto e humilhação. Relatos de "castigo" pela dor e intervenções didáticas sem consentimento em hospitais-escola.	A percepção está ligada à violência psicológica e à perda de autonomia. A mulher se sente objeto de treinamento e punição moral.

Fonte: Autoria Própria (2025).

6 DISCUSSÕES

Categoria 1: Tipologias e Manifestações da Violência Obstétrica no Cenário Brasileiro

A análise dos estudos selecionados revela que a violência obstétrica se manifesta de forma multifacetada, sendo a dimensão verbal uma das mais prevalentes e menos notificadas formalmente. Segundo Reis (2022), falas carregadas de deboche, julgamento moral e frases que condicionam o atendimento ao comportamento da mulher são recorrentes, funcionando como um mecanismo de punição e controle sobre o corpo feminino. Essa agressividade verbal é frequentemente acompanhada por uma postura autoritária da equipe, que desqualifica os gritos e as expressões de dor da parturiente, rotulando-as negativamente.

A violência psicológica, intrinsecamente ligada à verbal, manifesta-se no sentimento de abandono e na imposição do medo. Conforme apontado por Francisco et al. (2023), o uso da palavra "dor" e "não" nas narrativas das puérperas demonstra que a experiência do parto é marcada pela negação de desejos e pelo sofrimento emocional. O isolamento da mulher, muitas vezes privada de informações básicas sobre o que está ocorrendo com seu próprio corpo, gera um estado de vulnerabilidade que facilita a aceitação de condutas impositivas.

No âmbito da violência física, intervenções consideradas obsoletas pela Organização Mundial da Saúde ainda são rotineiramente praticadas nos serviços brasileiros. Silva et al. (2021) evidenciam altas taxas de Manobra de Kristeller e episiotomias realizadas sem indicação clínica real ou consentimento da paciente. Tais práticas são percebidas pelas mulheres como uma forma de brutalidade física que transforma o processo fisiológico do nascimento em um evento de intervenção cirúrgica desnecessária e traumática.

A violência institucional, por sua vez, caracteriza-se pela negação de direitos garantidos, como a Lei do Acompanhante. Massuqueto et al. (2024) reforçam que a proibição da presença de uma pessoa de confiança é uma estratégia institucional que fragiliza a autonomia da mulher. Ao impedir o acompanhante, a instituição de saúde exerce um controle absoluto sobre a cena do parto, dificultando que o acompanhante atue como fiscalizador da qualidade do atendimento e suporte emocional.

A dimensão sexual da violência obstétrica, embora mais sutil, aparece nos relatos de toques vaginais repetitivos e invasivos. Silva, F. P. L. et al. (2025) argumentam que a realização de exames pélvicos por múltiplos profissionais, especialmente em hospitais-escola, é sentida como uma violação da intimidade. Quando realizados sem explicação ou autorização, esses atos

ultrapassam a fronteira do cuidado técnico e penetram na esfera do abuso, deixando marcas de invasão no imaginário da mulher.

A medicalização excessiva também se configura como uma forma de violência física e institucional, onde o uso da ocitocina sintética é regra, não exceção. Pascoal et al. (2020) descrevem que a aceleração artificial do trabalho de parto gera contrações de intensidade insuportável, descritas pelas mulheres como uma agonia imposta. Esse ritmo acelerado atende mais à conveniência da rotatividade de leitos da instituição do que ao tempo biológico da mãe e do bebê, caracterizando um desrespeito à fisiologia humana.

Outra manifestação crítica é a negligência assistencial, manifestada no descaso com as queixas de dor e no tempo de espera prolongado sem avaliação. Santana et al. (2024) demonstram que essa negligência ganha contornos específicos quando atravessada pelo racismo, onde mulheres negras recebem menos analgesia e menos atenção. O descaso institucional é percebido como uma mensagem de que a vida daquela mulher e seu sofrimento são menos valiosos para o sistema de saúde.

A restrição de movimentos e o jejum compulsório, práticas sem evidências científicas para partos de baixo risco, são formas de controle físico e institucional persistentes. Silva et al. (2025) observam que impedir a mulher de caminhar ou de se alimentar durante horas de trabalho de parto é uma forma de punição corporal. Essas restrições retiram o protagonismo da mulher, colocando-a em uma posição de passividade absoluta e submissão às normas rígidas da maternidade.

A violência didática, específica de ambientes de ensino, utiliza o corpo da mulher como material de treinamento sem ética. Reis (2022) relata casos onde procedimentos são repetidos por estudantes sem que a mulher compreenda a finalidade, sentindo-se "objetificada" e "coisificada". Essa prática reforça a hierarquia onde o aprendizado técnico do profissional se sobrepõe à dignidade e ao conforto da paciente, tratando-a como um simulador humano.

Nesse sentido, a violência obstétrica se manifesta na desumanização do desfecho, através da separação desnecessária do binômio mãe-filho. Silva et al. (2025) destacam que o impedimento do contato pele a pele imediato é percebido como uma ruptura violenta do vínculo. Essa intervenção final coroa um processo assistencial marcado pelo desrespeito à autonomia, onde até o momento do encontro é mediado por protocolos institucionais frios e tecnocráticos.

Categoria 2: O Paradoxo do Conhecimento e a Naturalização do Abuso

O reconhecimento da violência obstétrica é diretamente proporcional ao nível de acesso à informação e à educação em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. Figueiredo et al. (2024) apontam que existe uma lacuna abissal entre a ocorrência dos atos violentos e a percepção das vítimas, onde a maioria não identifica o abuso por desconhecer seus direitos fundamentais. Essa falta de percepção permite que a violência se perpetue como uma prática "normal" e inerente ao processo de parir no Brasil.

O desconhecimento do termo "violência obstétrica" é generalizado, especialmente em populações com menor escolaridade ou em regiões rurais. Massuqueto et al. (2024) encontraram que a quase totalidade de sua amostra nunca havia ouvido falar sobre o conceito, o que as impede de nomear o sofrimento vivenciado. Sem o nome para o fenômeno, a agressão verbal ou física é interpretada como um traço de personalidade do profissional ou como uma falha pontual de educação, e não como uma violação de direitos humanos.

A qualidade do pré-natal emerge como o principal fator determinante para o empoderamento feminino ou para a manutenção da submissão. Pascoal et al. (2020) ressaltam que a maioria das puérperas não recebe orientações sobre boas práticas de parto durante as consultas gestacionais. Quando o pré-natal se limita a exames físicos e prescrições, ele falha em seu papel pedagógico, deixando a mulher desarmada criticamente para enfrentar o ambiente hospitalar.

A naturalização da dor no parto é um constructo cultural que dificulta o reconhecimento da violência institucional e física. Silva et al. (2025) discutem como o mito de que "mulher nasceu para sofrer no parto" faz com que intervenções dolorosas e humilhações sejam aceitas como parte do destino biológico. Essa aceitação passiva é reforçada por profissionais que utilizam o sofrimento como ferramenta de disciplina, condicionando o respeito ao silêncio da paciente.

Existe um paradoxo na percepção da violência que é mediado pelo resultado do parto: o "bebê saudável". Nicida et al. (2021) observam que o nascimento de uma criança com saúde funciona como um "apagador" das violências sofridas pela mãe. A gratidão pelo desfecho positivo faz com que a mulher minimize os abusos, sentindo-se culpada ao reclamar de um atendimento que, em sua visão distorcida, "salvou" seu filho, ainda que o parto tenha sido fisiológico.

A vulnerabilidade social e econômica agrava a incapacidade de reconhecer a violência como tal. Figueiredo et al. (2024) demonstram que mulheres de classes sociais mais baixas

tendem a associar o mau atendimento à falta de recursos da instituição, e não à conduta ética do profissional. Essa transferência de responsabilidade da pessoa para a estrutura mascara a violência interpessoal, tornando o abuso invisível sob o manto da precariedade do Sistema Único de Saúde.

A assimetria de poder entre o saber médico e o saber da mulher sobre o próprio corpo é um entrave para o questionamento de condutas. Reis (2022) destaca que a autoridade do profissional de saúde é utilizada para impor procedimentos sem explicar os riscos ou benefícios. A mulher, sentindo-se tecnicamente inferior, consente com intervenções que lhe causam desconforto por acreditar que o profissional "sabe o que é melhor", abdicando de sua autonomia em nome de uma falsa segurança técnica.

O racismo estrutural atua como um filtro que altera a percepção do cuidado e da violência nas mulheres negras. Santana et al. (2024) explicam que a percepção de um tratamento inferiorizado é muitas vezes internalizada por essas mulheres como algo esperado devido à cor de sua pele. O reconhecimento do racismo obstétrico exige um nível de consciência política e social que muitas vezes é subtraído dessas mulheres por meio de processos históricos de desumanização.

A insegurança em validar o próprio sentimento de violação faz com que muitas mulheres hesitem em denunciar. Nicida et al. (2021) mostram que, mesmo sentindo que algo foi "errado" ou "ruim", a puérpera teme estar sendo "íngrata" ou "exagerada". Esse processo de silenciamento interno é a vitória da cultura assistencial violenta, que consegue convencer a vítima de que sua dor e seu desrespeito não são legítimos ou dignos de nota.

A educação em saúde, quando realizada de forma emancipatória, é a única via capaz de romper o ciclo de naturalização. Silva et al. (2025) defendem que o conhecimento sobre a fisiologia do parto e a legislação vigente transforma a percepção da mulher. Ao entender que o parto é dela e que ela é o sujeito da ação, e não o objeto, a mulher passa a identificar o desvio de conduta não como um infortúnio, mas como uma agressão passível de resistência e denúncia.

Categoria 3: Impactos Psicossociais e Repercussões na Saúde Materno-Infantil

Os impactos emocionais da violência obstétrica são profundos e, muitas vezes, duradouros, configurando-se como um trauma psíquico grave. Gonçalves et al. (2025) descrevem que a experiência de um parto violento deixa marcas de frustração, raiva e insegurança que podem persistir por anos. A subjetividade feminina é ferida quando a mulher é tratada como um "objeto" de intervenção, resultando em uma perda de autoestima e de confiança em sua capacidade de cuidar e decidir.

A saúde mental no puerpério é severamente comprometida pela vivência do abuso institucional e físico. Conforme evidenciado por Gonçalves et al. (2025), a violência sofrida aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão pós-parto. O trauma impede que a mulher processe o nascimento como um evento de potência, transformando-o em um evento de dor que colore negativamente toda a experiência da maternidade inicial.

O impacto da violência obstétrica estende-se ao vínculo materno-infantil, dificultando o apego seguro nos primeiros dias de vida. Silva et al. (2025) salientam que a separação imediata e injustificada do bebê gera uma angústia profunda na puérpera, que se sente incapaz de exercer sua função materna básica de proteção. Esse início de relação marcado pelo medo e pela intervenção externa pode fragilizar a conexão emocional entre mãe e filho, gerando sentimentos de distanciamento.

A amamentação, pilar fundamental da saúde infantil, também é prejudicada pela desumanização do atendimento. A falta de apoio no momento do nascimento e a imposição de horários e regras institucionais desencorajam a mulher em um momento de extrema fragilidade física e emocional. O estresse gerado pela violência inibe a liberação de hormônios essenciais para a lactação, tornando o processo de amamentar mais difícil e menos prazeroso para o binômio.

As repercussões psíquicas da violência afetam as decisões reprodutivas futuras das mulheres, gerando o medo de novas gestações. Gonçalves et al. (2025) observam que muitas vítimas de violência obstétrica optam por não ter mais filhos ou desenvolvem uma aversão extrema ao sistema de saúde. O desejo de evitar a repetição do trauma torna-se um fator decisivo no planejamento familiar, onde a escolha é motivada pelo medo, e não pelo desejo genuíno ou autonomia reprodutiva.

A busca pela cesariana como "rota de fuga" da violência do parto normal é um impacto psicossocial alarmante. Francisco et al. (2023) identificam que o medo da "tortura" associada

ao parto vaginal, devido à falta de assistência humanizada, empurra as mulheres para cirurgias eletivas. Essa escolha é, na verdade, uma tentativa de autoproteção contra um sistema que não garante integridade física no parto normal, perpetuando o modelo tecnocrático de nascimento.

O impacto se estende à vida sexual e à imagem corporal da mulher, especialmente após intervenções como a episiotomia. Silva et al. (2021) discutem como a mutilação perineal gera dor crônica e dispareunia, afetando a relação conjugal e a percepção da mulher sobre sua própria feminilidade. A "coisificação" do corpo durante o parto reflete na dificuldade posterior de retomar o prazer e a autonomia sobre sua sexualidade, agora marcada por cicatrizes físicas e emocionais.

A violência obstétrica também gera um impacto de isolamento social e silenciamento da mulher em seus círculos familiares. Reis (2022) nota que, por não ser reconhecida socialmente como uma violência "real" por muitos, a mulher se sente solitária em sua dor, sem validação de seus pares. Esse silenciamento social reforça o trauma, impedindo que a experiência seja compartilhada e ressignificada coletivamente, o que prolonga o sofrimento individual.

A percepção de desumanização no atendimento gera uma desconfiança crônica nas instituições de saúde e nos profissionais. Santana et al. (2024) reforçam que, especialmente para mulheres negras, o trauma do parto reforça a percepção de que o sistema de saúde é um ambiente hostil. Essa desconfiança pode levar ao afastamento de cuidados preventivos futuros, tanto para a mulher quanto para a criança, gerando um ciclo de vulnerabilidade em saúde pública.

Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica é urgente para garantir a integridade física e psíquica da mulher e o desenvolvimento saudável do vínculo materno. Silva, et al. (2025) reiteram que apenas através de uma assistência baseada no respeito, na autonomia e no protagonismo feminino será possível transformar o parto em uma experiência de vida positiva. A redução dos danos psicossociais depende da desconstrução de um modelo assistencial violento e da implementação de práticas que validem a mulher como sujeito de direitos e desejos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seu objetivo geral ao analisar a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica no Brasil, revelando um cenário complexo marcado por uma profunda dissonância entre a realidade fática dos abusos sofridos e o reconhecimento subjetivo dessas violações pelas vítimas. A pesquisa evidenciou que, embora a ocorrência de práticas desumanizadas, intervenções não consentidas e agressões verbais seja alarmante no cenário nacional, a autopercepção das mulheres permanece significativamente baixa. Essa lacuna não denota a inexistência do sofrimento, mas sim a eficácia de um sistema cultural e assistencial que naturaliza a dor feminina e legitima a autoridade médica em detrimento da autonomia da parturiente.

Compreendeu-se que a invisibilidade da violência obstétrica é sustentada, primordialmente, pela desinformação e pela falha estrutural no acompanhamento pré-natal. A ausência de educação em saúde de qualidade impede que as gestantes conheçam seus direitos legais e a fisiologia do parto, deixando-as vulneráveis à manipulação e à aceitação passiva de condutas abusivas. Observou-se que a violência é frequentemente mascarada pela "cultura do desfecho positivo", na qual a mulher, aliviada pelo nascimento de um bebê saudável, anula suas próprias dores e traumas, interpretando intervenções violentas, como a manobra de Kristeller ou a episiotomia de rotina, como ajudas necessárias e não como agressões à sua integridade física.

A análise permitiu identificar que a percepção da violência não é homogênea, sendo atravessada por marcadores sociais de desigualdade. Mulheres negras, de baixa renda e residentes em áreas rurais ou periféricas demonstraram menor capacidade de identificar a violência no momento em que ela ocorre, ao mesmo tempo em que são os alvos preferenciais do descaso e da negligência institucional. O racismo obstétrico emergiu como uma categoria fundamental para entender a dinâmica do atendimento, onde mitos sobre a resistência do corpo negro à dor justificam a falta de analgesia e o tratamento hostil, perpetuando um ciclo histórico de desumanização.

As repercussões desse fenômeno, conforme observado, transcendem as marcas corporais e se instalam profundamente na saúde mental materna. A violência obstétrica foi compreendida nesta pesquisa como um evento traumático capaz de gerar transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e dificuldades no estabelecimento do vínculo afetivo com o recém-nascido. O medo de reviver a humilhação e a perda de autonomia molda, inclusive, o planejamento familiar, levando muitas mulheres a desistirem de novas gestações ou a optarem

por cesarianas eletivas como uma tentativa desesperada de fuga da violência vaginal institucionalizada.

Diante desse panorama, propõe-se como intervenção prioritária a reestruturação do modelo de assistência pré-natal, deslocando o foco puramente biomédico para uma abordagem educativa e emancipatória. É imperativo que as consultas de pré-natal sejam espaços de construção de saberes, onde a elaboração do Plano de Parto seja incentivada não como um documento burocrático, mas como um instrumento de empoderamento e tomada de decisão. Além disso, a capacitação permanente dos profissionais de saúde, com ênfase na ética e na humanização, é essencial para desconstruir práticas obsoletas e promover uma assistência baseada em evidências e respeito.

Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico da enfermagem obstétrica como agente de transformação. A presença de enfermeiros qualificados e com autonomia na cena do parto, demonstrou ser um fator de proteção contra a violência, promovendo um cuidado centrado na mulher, na escuta ativa e no respeito à fisiologia. Fortalecer a atuação da enfermagem e garantir o cumprimento rigoroso da Lei do Acompanhante são medidas urgentes para romper o isolamento da mulher e assegurar um ambiente de segurança e acolhimento nas maternidades brasileiras.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem as mulheres por períodos mais longos no puerpério e nos anos subsequentes, a fim de mensurar o impacto tardio da violência obstétrica na saúde mental e na dinâmica familiar. Também se faz necessária a investigação sobre a eficácia de programas de educação em saúde implementados no pré-natal e seu impacto real na capacidade de as mulheres identificarem e denunciarem abusos, bem como estudos que aprofundem a percepção dos próprios profissionais de saúde sobre suas práticas, buscando entender as resistências à mudança de paradigma.

Conclui-se, portanto, que a violência obstétrica configura-se como uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública, que não pode mais ser silenciado nem normalizado. O enfrentamento dessa realidade demanda um compromisso coletivo e intersetorial voltado à ressignificação do cuidado obstétrico, com vistas ao desgaste da dignidade do nascimento e a transformação do parto de um evento marcado pela submissão e pelo trauma em uma experiência pautada no respeito, na autonomia e na integridade da mulher. Somente através da disseminação do conhecimento, do empoderamento feminino e da humanização da assistência será possível assegurar que o corpo da mulher seja reconhecido e tratado como sujeito de direitos, e não como objeto de intervenções arbitrárias.

8. REFERÊNCIAS

ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 39, n. 103, p. 135-157, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239>. Acesso em: 12 nov. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2019.

BITENCOURT, Angélica de Cássia et al. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 953-961, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/WTdCwpYf5CrLpWL5y4wYfMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080/1990 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 05 nov. 2025.

FIGUEIREDO, Yasmin Juliany de Souza et al. Percepção de violência obstétrica das mulheres puérperas em serviços público e privado de Sergipe. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 5, e2918, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2918>. Acesso em: 15 nov. 2025.

FRANCISCO, Patrícia Colli et al. Experiência e percepção de puérperas sobre violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 7, e12508, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12508>. Acesso em: 18 nov. 2025.

GOMES, Amanda de Alencar Pereira et al. Representações sociais de estudantes de enfermagem sobre violência obstétrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, e20230184, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sFxfjZSRpXcT5vcvrBHBLyDR/?lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2025.

GONÇALVES, Isadora Ferretti et al. Marcas e Repercussões Psíquicas da Violência Obstétrica em Mulheres. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 17, e17032425, 2025. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/2425>. Acesso em: 20 nov. 2025.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 483-491, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2025.

MASSUQUETO, Raphaella Rosa Horst et al. Violência Obstétrica: uma análise do conhecimento e percepção das mulheres de um município do interior do Paraná. **Peer Review**,

[S. l.], v. 6, n. 14, p. 287-299, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5767> . Acesso em: 22 nov. 2025.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Violência obstétrica: a percepção das mulheres a partir da vivência do parto. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 44325-44345, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29245>. Acesso em: 13 nov. 2025.

PASCOAL, Karem Cristinny Fontes et al. Violência obstétrica na percepção de puérperas. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 265, p. 4221-4226, 2020. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revisao/article/view/725>. Acesso em: 10 nov. 2025.

REIS, Raíssa Costa. Percepção de Mulheres Sobre Violência Obstétrica no Sistema de Saúde. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 22, p. 108-117, jul./dez. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generonaamazonia/article/view/13524>. Acesso em: 16 nov. 2025.

SANTANA, Ariane Teixeira de et al. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras... **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e09952023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7pQ>. Acesso em: 19 nov. 2025.

SILVA, Edjane Carneiro da et al. Percepção de mães acerca da violência obstétrica. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 69, p. 8403-8408, 2021. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1924>. Acesso em: 21 nov. 2025.

SILVA, Fernanda Pinto Lima da et al. Percepção de parturientes nas categorias de violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 25, e18469, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18469>. Acesso em: 25 nov. 2025.

SOUSA, Maria Patrícia Vitorino de et al. Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 279, p. 6015-6019, 2021. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revisao/article/view/1654>. Acesso em: 08 nov. 2025.