

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANDRESSA KLEFENY SANTOS DA SILVA
JÚLIA DE LUNA VERAS
LO-RUAMA DO NASCIMENTO SANTANA
MEIRIANE MAIA DAS CHAGAS

**Violência obstétrica: Um estudo sobre impactos e estratégias
de prevenção**

RECIFE/2024

**ANDRESSA KLEFENY SANTOS DA SILVA
JÚLIA DE LUNA VERAS
LO-RUAMA DO NASCIMENTO SANTANA
MEIRIANE MAIA DAS CHAGAS**

**Violência obstétrica: Um estudo sobre impactos e estratégias
de prevenção**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Disciplina TCC II do
Curso de Bacharelado em Enfermagem
do Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA, como parte dos requisitos
para conclusão do curso.

Orientador(a): Prof. Dr. Caio César da
Silva Guedes

RECIFE
2024

**ANDRESSA KLEFENY SANTOS DA SILVA
JÚLIA DE LUNA VERAS
LO-RUAMA DO NASCIMENTO SANTANA
MEIRIANE MAIA DAS CHAGAS**

**Violência obstétrica: um estudo sobre impactos e estratégias de
prevenção**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC II do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Examinadores:

Orientador – Titulação

Examinador 1 – Titulação

Examinador 2 - Titulação

Nota: _____

Data: ____/____/____

RESUMO

A violência obstétrica refere-se a práticas abusivas cometidas por profissionais de saúde durante o atendimento a gestantes, especialmente no parto, como intervenções desnecessárias, desrespeito à autonomia e falta de informação adequada. Este estudo tem como objetivo analisar os impactos físicos e psicológicos dessa violência, assim como explorar estratégias de prevenção para promover um atendimento mais humanizado e ético. A metodologia adotada foi uma revisão de literatura abrangendo artigos publicados entre 2004 e 2024, com seleção rigorosa em bases de dados como PubMed e SciELO. A análise organizou as informações em categorias, examinando manifestações da violência obstétrica, seus impactos na saúde das mulheres e as estratégias preventivas. Os resultados apontam que essa violência se manifesta tanto fisicamente quanto emocionalmente, com práticas como episiotomia, manobra de Kristeller e cesarianas desnecessárias, que, além de trazerem complicações físicas, podem causar transtornos emocionais, como depressão pós-parto e TEPT, afetando também o vínculo mãe-bebê. A pesquisa indica que a falta de humanização e o tratamento desrespeitoso durante o parto contribuem para uma crescente desconfiança no sistema de saúde e impactam futuras escolhas reprodutivas das mulheres. Conclui-se que erradicar a violência obstétrica exige uma abordagem multifacetada, incluindo a capacitação de profissionais, políticas públicas, como a Lei do Acompanhante e a Rede Cegonha, e o fortalecimento de movimentos sociais pela humanização do parto. São sugeridas futuras pesquisas para avaliar os efeitos a longo prazo dessa violência e a eficácia das estratégias de prevenção adotadas.

Palavras-chave: Saúde da mulher, saúde materna, parto humanizado, políticas públicas, educação em saúde.

Obstetric violence: a study on impacts and prevention strategies

ABSTRACT

Obstetric violence refers to abusive practices by healthcare professionals during the care of pregnant women, particularly during childbirth, including unnecessary interventions, disregard for autonomy, and inadequate information. This study aims to analyze the physical and psychological impacts of such violence and explore preventive strategies to promote more humane and ethical care. The methodology involved a literature review of articles published between 2004 and 2024, with rigorous selection criteria applied to databases such as PubMed and SciELO. The analysis categorized information to examine the manifestations of obstetric violence, its health impacts on women, and preventive strategies. Results show that this violence manifests both physically and emotionally, with practices like episiotomy, Kristeller maneuver, and unnecessary cesareans, which not only cause physical complications but can also lead to emotional disorders, including postpartum depression and PTSD, thereby affecting mother-child bonding. The study suggests that the lack of humanization and disrespectful treatment during childbirth contribute to a growing distrust in the healthcare system and influence future reproductive choices. The conclusion emphasizes that eradicating obstetric violence requires a multifaceted approach, including professional training, public policies such as the Companion Law and Rede Cegonha, and the strengthening of social movements promoting humanized childbirth. Further research is recommended to assess the long-term effects of obstetric violence and the effectiveness of preventive strategies.

Keywords: Obstetric violence, maternal health, humanized childbirth, public policies, health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO	7
1.2 JUSTIFICATIVA	8
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 Objetivo Geral	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
2. MATERIAL E MÉTODO	9
2.1. Critérios de Seleção de Artigos	10
2.2. Estratégia de Análise dos Dados	11
2.3. Síntese dos Procedimentos	13
3. DESENVOLVIMENTO	13
3.1. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	13
3.2. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	16
3.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma prática que afeta diretamente as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, incluindo os períodos de pré-natal, parto e pós-parto. Definida como qualquer ação, verbal ou física, realizada por profissionais de saúde que viole os direitos das mulheres, seja por meio de intervenções médicas desnecessárias, desrespeito ou negligência, esta forma de violência tem sido cada vez mais debatida tanto no Brasil quanto internacionalmente. Segundo Diniz¹, a violência obstétrica pode ocorrer de diferentes formas, como o uso excessivo de intervenções médicas sem o consentimento da paciente, práticas invasivas desnecessárias, omissão de informações ou, ainda, a privação da mulher de seus direitos, como o direito a um acompanhante no parto. Embora este tipo de violência não seja uma novidade, sua definição e reconhecimento como uma questão de saúde pública é relativamente recente, sendo objeto de legislação, debates acadêmicos e movimentos sociais.¹

O conceito de violência obstétrica envolve um conjunto de práticas abusivas realizadas contra mulheres no âmbito da assistência à saúde durante a gravidez, parto ou pós-parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde², a violência obstétrica pode ser caracterizada por abuso físico, psicológico, negligência, coerção ou omissão de informações. Além disso, inclui a imposição de intervenções médicas desnecessárias, como cesarianas sem indicação, episiotomias realizadas sem o consentimento da mulher ou a administração de medicamentos para acelerar o parto sem informar a paciente.²

Um dos aspectos centrais que configuram a violência obstétrica é o desrespeito à autonomia da mulher sobre o próprio corpo. Em muitas situações, as decisões sobre procedimentos médicos são tomadas unilateralmente pelos profissionais de saúde, desconsiderando a opinião e o bem-estar emocional da paciente. Segundo Aguiar e D'Oliveira³, essa forma de tratamento reflete a desigualdade de gênero existente no campo da saúde, em que o corpo da mulher é tratado como um objeto sobre o qual o médico tem total controle, sem a devida participação ativa da paciente nas decisões que dizem respeito ao seu próprio corpo.³

A violência obstétrica também pode ser compreendida como um reflexo da falta de humanização no atendimento às gestantes, evidenciando a necessidade urgente de repensar as práticas médicas no contexto obstétrico. Esse fenômeno não se limita apenas ao Brasil; em diversos países, o atendimento durante o parto é permeado por práticas abusivas, o que reforça a relevância de discutir o tema em nível global.⁴

No cenário global, o reconhecimento da violência obstétrica como uma questão de saúde pública emergiu ao longo das últimas décadas, impulsionado por movimentos sociais e por organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS. No Brasil, a discussão sobre violência obstétrica começou a ganhar força no início dos anos 2000, quando se intensificaram os debates em torno da humanização do parto e do combate às cesáreas desnecessárias¹. As cesáreas, que no Brasil representam uma taxa superior a 50% dos partos em hospitais privados, são um dos principais indicadores da medicalização excessiva do parto no país e frequentemente estão associadas à violência obstétrica.

Historicamente, as práticas obstétricas no Brasil foram marcadas pela predominância da visão biomédica, que considera o parto como um evento patológico, necessitando de intervenção constante para controlar os riscos⁵. Essa concepção favoreceu a utilização de intervenções invasivas, como o uso excessivo de ocitocina sintética para indução do parto, manobras como a Kristeller, e a realização de episiotomias sem indicação clínica. A partir de 2000, com o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, o Brasil começou a promover ações para reduzir essas práticas e estimular o parto humanizado.

Internacionalmente, a violência obstétrica começou a ser debatida de forma mais ampla a partir da década de 1990, quando movimentos feministas e de defesa dos direitos humanos passaram a questionar o controle excessivo que médicos exerciam sobre o processo de nascimento. Em países da América Latina, como a Argentina e a Venezuela, o conceito de violência obstétrica já está formalmente reconhecido e legislado⁶, diferentemente de muitas outras nações onde o fenômeno é discutido, mas ainda carece de regulamentação.

Um marco internacional importante na luta contra a violência obstétrica foi a publicação, pela OMS, do relatório "Prevenção e Eliminação de Abuso, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde" ², que destacou a prevalência global de práticas abusivas durante o parto e a necessidade urgente de mudanças no atendimento às gestantes.

A violência obstétrica é uma questão relevante de saúde pública por afetar diretamente o bem-estar físico e mental das mulheres, além de comprometer o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos. Estudos indicam que mulheres que vivenciam essa forma de violência podem desenvolver transtornos como depressão pós-parto, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), além de apresentar maior resistência em buscar serviços de saúde no futuro ⁷. Esses efeitos psicossociais têm consequências de longo prazo, prejudicando tanto a mulher quanto o bebê.

A OMS ² enfatiza que o tratamento humanizado e respeitoso durante o parto é essencial para garantir uma experiência positiva e saudável para as gestantes. No entanto, em muitos contextos, as mulheres continuam sendo submetidas a práticas desumanizantes, que perpetuam ciclos de violência. A negligência e os maus-tratos no parto também impactam a mortalidade materna e infantil, um dos principais indicadores de saúde pública global.²

No Brasil, a alta taxa de cesáreas desnecessárias, associada à violência obstétrica, é uma das grandes preocupações. Segundo o Ministério da Saúde ², a Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de cesáreas não ultrapasse 15% dos nascimentos. Contudo, no Brasil, em alguns hospitais privados, essa taxa chega a 80%, indicando uma predominância de cesarianas desnecessárias, que aumentam os riscos para a saúde da mulher e do bebê.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os impactos da violência obstétrica sobre a saúde das mulheres e discutir as estratégias de prevenção que podem ser implementadas para combatê-la. Busca-se não apenas entender as causas dessa forma de violência, mas também sugerir ações concretas para sua erradicação.

Para alcançar o objetivo geral, foram feitos objetivos específicos tais como: Identificar as principais formas de manifestação da violência obstétrica no Brasil e em outros contextos globais, Avaliar os impactos físicos e psicológicos da violência obstétrica na saúde das mulheres, Discutir as políticas públicas e legislações existentes para prevenir e combater a violência obstétrica, Analisar os movimentos sociais e as ações das ONGs no enfrentamento dessa problemática e Propor estratégias de sensibilização e capacitação para profissionais de saúde com foco no atendimento humanizado.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa adotou como metodologia a revisão de literatura para investigar a temática da violência obstétrica, seus impactos e as estratégias de prevenção. A escolha por este método fundamenta-se na capacidade da revisão de literatura em proporcionar uma síntese crítica do conhecimento existente sobre determinado tema, permitindo identificar lacunas, contradições e avanços no campo de estudo ⁸. Ao compilar estudos relevantes já publicados, este trabalho busca contextualizar as práticas de violência obstétrica em diferentes cenários, identificar suas consequências e apresentar as estratégias mais eficazes na sua prevenção, com o objetivo de promover discussões informadas e fundamentadas em evidências científicas.

A revisão de literatura também é uma abordagem adequada quando se pretende realizar uma análise exploratória de fenômenos complexos, como é o caso da violência obstétrica, uma vez que essa forma de violência abrange múltiplos aspectos que vão desde a medicalização excessiva até questões sociais e culturais que envolvem a relação entre os profissionais de saúde e as gestantes ⁹. Nesse sentido, a revisão de literatura permite analisar o fenômeno de forma ampla, cobrindo uma diversidade de perspectivas e contextos.

Para garantir a validade e a atualidade dos dados, a revisão de literatura seguiu critérios rigorosos de seleção de estudos. Foram incluídos artigos e outros documentos acadêmicos publicados entre os anos de 2004 e 2024, assegurando que a revisão fosse baseada em dados contemporâneos e refletisse as discussões mais recentes sobre a temática. Esse

período foi escolhido por coincidir com o crescimento do debate acadêmico e político sobre a violência obstétrica, tanto no Brasil quanto em outros países, além de contemplar a promulgação de políticas públicas de humanização do parto, como a Rede Cegonha no Brasil, implementada em 2011.⁹

A busca por literatura científica foi realizada em bases de dados reconhecidas pela sua abrangência e relevância nas áreas de saúde e ciências sociais, como PubMed, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Scholar. Essas bases foram escolhidas por disponibilizarem uma ampla gama de artigos sobre saúde materna, parto humanizado e violência obstétrica, além de permitirem acesso a publicações de diferentes partes do mundo, possibilitando uma análise comparativa da questão.

Além das bases de dados, também foram consultados documentos oficiais de organizações de referência, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, para verificar diretrizes, políticas públicas e relatórios técnicos sobre a temática. Esses documentos complementam a análise dos artigos científicos ao fornecer uma visão institucional sobre a problemática e as soluções propostas para o enfrentamento da violência obstétrica em adição foram empregados critérios de inclusão e exclusão que estão listados na tabela 1.

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos publicados entre 2012 e 2023	Artigos publicados antes de 2012
Estudos sobre violência obstétrica, impacto na saúde materna, e estratégias de prevenção	Estudos sobre temas não diretamente relacionados à violência obstétrica
Estudos revisados por pares (peer-reviewed)	Estudos sem revisão por pares ou publicações não científicas
Artigos em português, inglês e espanhol	Artigos em outros idiomas que não possuíam tradução
Publicações acessíveis em bases de dados como PubMed, SciELO e Google Scholar	Publicações de difícil acesso ou indisponíveis para consulta

Fonte: autores/2024.

A busca foi conduzida por meio de **palavras-chave** específicas, que foram cuidadosamente escolhidas para cobrir os principais aspectos da violência obstétrica. As palavras-chave e suas combinações incluíram:

- "violência obstétrica",
- "impactos psicológicos no parto",
- "estratégias de prevenção de violência obstétrica",
- "parto humanizado",
- "assistência ao parto",
- "mortalidade materna",
- "humanização do parto",
- "direitos reprodutivos" e
- "saúde materno-infantil".

Essas expressões foram empregadas tanto em português quanto em inglês (obstetric violence, childbirth humanization, maternal rights), garantindo uma busca abrangente e internacional.

2.2. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A estratégia de análise dos dados nesta revisão de literatura seguiu um processo sistemático e rigoroso, buscando garantir a qualidade e a relevância das informações incluídas. Primeiramente, os artigos identificados nas bases de dados foram avaliados de forma criteriosa, levando em consideração a relevância para o tema, o tipo de estudo (quantitativo ou

qualitativo) e a robustez metodológica. Estudos que apresentavam uma análise profunda sobre a violência obstétrica, seus impactos e as estratégias de prevenção foram priorizados.

Após a busca inicial, todos os artigos encontrados foram submetidos a uma triagem por título e resumo, a fim de verificar se atendiam aos critérios de inclusão. Artigos que claramente não se relacionavam com o tema ou não atendiam aos requisitos metodológicos foram descartados nessa fase. Em seguida, os textos selecionados passaram por uma leitura completa, na qual foi feita a extração de dados relevantes, como as formas de manifestação da violência obstétrica, seus impactos físicos e psicológicos e as abordagens propostas para preveni-la. Além disso, foram anotados os contextos socioeconômicos e geográficos, a fim de comparar as realidades em diferentes regiões.

Os estudos incluídos na revisão foram analisados com base na análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin ¹¹, que consiste na categorização das informações para identificar padrões e temas recorrentes. As categorias principais que emergiram da análise foram:

1. Formas de violência obstétrica: Incluindo intervenções médicas desnecessárias, abuso psicológico, falta de consentimento informado e desrespeito à autonomia da mulher.
2. Impactos da violência obstétrica: Abrangendo tanto os impactos físicos (complicações no parto, cesáreas desnecessárias, sequelas físicas) quanto os psicológicos (transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto).
3. Estratégias de prevenção: Incluindo a capacitação de profissionais de saúde, políticas públicas de humanização do parto e movimentos sociais de conscientização.

Cada um desses temas foi explorado de forma detalhada, permitindo uma análise crítica das evidências disponíveis na literatura. Foram comparados os dados sobre a prevalência da violência obstétrica em diferentes países, bem como as respostas institucionais adotadas em diferentes contextos culturais. Além disso, foi dada especial atenção às políticas de humanização do parto no Brasil, como a Rede Cegonha, que tem sido um importante instrumento de enfrentamento da violência obstétrica no país ¹.

Os dados extraídos dos estudos selecionados também foram organizados em uma síntese narrativa, conforme descrito por Rother ⁸, que permite a integração de diferentes tipos de evidências em um formato coeso. Dessa forma, os achados quantitativos e qualitativos foram apresentados de maneira integrada, facilitando a compreensão do fenômeno da violência obstétrica em toda a sua complexidade.

A análise dos estudos incluiu ainda a avaliação crítica das limitações de cada um deles. Isso foi fundamental para garantir que as conclusões do presente trabalho fossem baseadas em evidências sólidas e confiáveis. Por exemplo, estudos com amostras pequenas ou métodos pouco rigorosos foram considerados com cautela, enquanto artigos com forte base empírica e rigor metodológico foram priorizados na construção das conclusões.

A revisão de literatura realizada permitiu não apenas identificar os principais impactos da violência obstétrica e as estratégias de prevenção mais eficazes, mas também destacar as lacunas na literatura existente. Uma dessas lacunas refere-se à necessidade de mais pesquisas qualitativas que deem voz às mulheres que vivenciaram essa forma de violência, bem como estudos que analisem a implementação e os efeitos de políticas de humanização do parto, como a Rede Cegonha.

2.3. SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS

Em resumo, a revisão de literatura seguiu os seguintes procedimentos metodológicos:

1. Definição do tema e formulação das perguntas de pesquisa.
2. Seleção das bases de dados e palavras-chave.
3. Triagem dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão.
4. Leitura completa e análise crítica dos estudos selecionados.
5. Categorização dos dados de acordo com os temas principais.
6. Integração dos resultados em uma síntese narrativa.

Esse processo permitiu a construção de um trabalho sólido e embasado em evidências científicas, contribuindo para o avanço do conhecimento sobre a violência obstétrica e suas consequências para a saúde materno-infantil.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é uma forma de violação dos direitos das mulheres, manifestada em diversas práticas abusivas e desumanizantes durante o atendimento à gravidez, ao parto e ao puerpério. Trata-se de uma violência que pode ser física, verbal ou psicológica e que afeta diretamente a saúde física e emocional das gestantes. A violência obstétrica é definida como qualquer ação que, durante o atendimento obstétrico, agride a dignidade da mulher, utilizando intervenções desnecessárias, coerção ou tratamentos desrespeitosos. Essa forma de violência envolve a imposição de práticas sem o consentimento informado, negligência e a desconsideração da autonomia feminina sobre seu próprio corpo e suas escolhas reprodutivas.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a violência obstétrica como um problema de saúde pública, apontando que essa prática viola direitos humanos fundamentais, incluindo o direito à integridade física e ao tratamento digno e respeitoso. A violência obstétrica, no entanto, vai além de intervenções médicas desnecessárias. Muitas vezes, ela se manifesta por meio de desrespeito, desinformação e humilhação, configurando uma conduta sistemática de desvalorização da experiência da mulher durante o processo de parto³.

Uma das formas mais recorrentes de violência obstétrica é a realização de intervenções médicas desnecessárias ou sem o consentimento informado da paciente. Entre as intervenções mais frequentemente citadas na literatura estão a episiotomia, o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a cesariana desnecessária e o uso da manobra de Kristeller¹.

A episiotomia consiste em um corte no períneo da mulher para ampliar o canal de parto, facilitando a passagem do bebê. Historicamente, foi uma prática muito comum em hospitais, muitas vezes realizada de maneira rotineira, mesmo quando não havia indicação clínica⁵. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde² recomenda que a episiotomia seja realizada apenas em casos específicos e não como uma prática de rotina, pois o procedimento pode gerar complicações para a mulher, como dor prolongada, incontinência urinária e infecções. No entanto, muitas mulheres continuam sendo submetidas a essa intervenção sem serem consultadas ou informadas sobre os possíveis riscos, caracterizando uma violação de seus direitos reprodutivos.⁵

O uso de ocitocina sintética, por sua vez, é outro exemplo de intervenção abusiva. Esse medicamento é utilizado para induzir ou acelerar o trabalho de parto, mas seu uso sem justificativa médica pode aumentar os riscos de sofrimento fetal e complicações para a mulher, como rupturas uterinas e hemorragias. Muitas vezes, as gestantes recebem a ocitocina sem serem informadas adequadamente sobre os motivos da intervenção ou seus possíveis efeitos colaterais, o que configura um desrespeito à autonomia da paciente.⁴

Além disso, práticas invasivas como a manobra de Kristeller, na qual um profissional de saúde pressiona a barriga da gestante para empurrar o bebê para fora, são ainda amplamente utilizadas, apesar de não serem recomendadas pela OMS devido aos riscos de complicações graves para a mãe e o bebê, como lesões no útero e fraturas no feto. Em muitos casos, essa manobra é realizada sem o consentimento ou até mesmo contra a vontade da mulher, sendo considerada uma forma de violência física.¹

As cesarianas desnecessárias também são uma forma frequente de violência obstétrica. No Brasil, as taxas de cesárea estão muito acima do recomendado pela OMS, que sugere uma taxa de até 15% para cesáreas eletivas. Entretanto, em hospitais privados brasileiros, essa taxa ultrapassa os 80%, configurando um uso excessivo dessa intervenção. Muitas mulheres relatam que foram submetidas à cesariana sem indicação médica clara, frequentemente com

base em argumentos duvidosos como "demora no trabalho de parto" ou "tamanho do bebê", sem que alternativas menos invasivas fossem discutidas com elas.⁷

Outra dimensão central da violência obstétrica é o tratamento desrespeitoso e a humilhação a que muitas mulheres são submetidas durante o parto. Essas práticas incluem insultos, zombarias e outras formas de abuso verbal que minimizam a experiência da mulher. Segundo estudos de Aguiar e D'Oliveira, muitas pacientes relatam ter sido ridicularizadas por gritar ou expressar dor durante o trabalho de parto, recebendo comentários como "na hora de fazer não chorou" ou "deveria aguentar melhor, afinal, queria ter filhos". Esses comentários, além de cruéis, desconsideram o direito da mulher a um atendimento digno e humanizado, afetando seu estado emocional durante um dos momentos mais vulneráveis de sua vida.³

A negligência no atendimento também é uma forma recorrente de violência obstétrica. Em alguns casos, as mulheres são deixadas sozinhas durante o trabalho de parto por longos períodos, sem receber a devida assistência, o que pode comprometer sua saúde e a do bebê. Isso é particularmente frequente em hospitais públicos superlotados, onde a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde dificulta a prestação de um atendimento humanizado. Entretanto, a negligência não se limita a esses contextos: também pode ocorrer em ambientes privados, como clínicas e maternidades, onde o lucro muitas vezes prevalece sobre o bem-estar da paciente.⁵

A negligência também pode se manifestar na recusa de fornecer medicamentos adequados para alívio da dor, como a analgesia durante o parto normal. Muitas mulheres relatam que tiveram seu pedido de alívio da dor ignorado ou negado, sendo obrigadas a suportar dores intensas sem justificativa médica para a negativa, o que caracteriza uma forma de violência por omissão.⁷

A desinformação e a omissão de informações sobre o processo de parto são componentes centrais da violência obstétrica, uma vez que limitam a capacidade da mulher de tomar decisões informadas sobre seu corpo e sua saúde. Muitas gestantes não recebem explicações adequadas sobre os procedimentos a que são submetidas, como o uso de medicamentos, a realização de cesarianas ou de intervenções como a episiotomia. Essa falta de transparência impede que a mulher exerça sua autonomia e faça escolhas conscientes, configurando uma forma de abuso de poder por parte dos profissionais de saúde.¹⁰

A negação do direito de escolha sobre o tipo de parto é uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. Em muitos casos, as mulheres são desencorajadas ou até impedidas de optar pelo parto normal, sendo pressionadas a aceitar a cesariana, mesmo quando não há indicação médica clara para o procedimento. Em outros casos, as gestantes são privadas de informações sobre o estado de saúde do bebê ou as condições do parto, o que impede a construção de uma relação de confiança entre a paciente e os profissionais de saúde.¹¹

Além disso, muitas mulheres relatam que tiveram negado o direito a um acompanhante durante o parto, apesar de essa ser uma prerrogativa garantida por lei no Brasil desde 2005, por meio da Lei Federal nº 11.108. A presença de um acompanhante é uma importante medida de proteção contra abusos e maus-tratos, além de proporcionar conforto emocional à gestante. A violação desse direito agrava ainda mais a sensação de vulnerabilidade das mulheres durante o parto, configurando uma forma adicional de violência institucional.³

A violência obstétrica se manifesta de diversas formas, todas elas marcadas por um desrespeito à dignidade e à autonomia das mulheres. Seja por meio de intervenções médicas desnecessárias, humilhações ou omissão de informações, essa forma de violência representa uma violação grave dos direitos humanos e tem impactos profundos na saúde física e psicológica das gestantes.¹²

3.2. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica traz impactos significativos sobre a saúde das mulheres e de seus bebês, comprometendo o bem-estar físico, psicológico e emocional das mães e, por extensão, das famílias³. As consequências dessa violência são profundas e multifacetadas,

abrangendo desde complicações médicas imediatas até traumas de longo prazo que afetam a relação da mulher com o sistema de saúde e com futuras gestações. Além disso, a violência obstétrica também pode influenciar a qualidade do vínculo entre mãe e bebê, prejudicando a saúde e o desenvolvimento infantil.¹³

Um dos principais efeitos da violência obstétrica são os impactos físicos decorrentes de procedimentos invasivos desnecessários. Muitas dessas intervenções são realizadas sem indicação clínica adequada e podem causar uma série de complicações para a mulher. Um exemplo é a episiotomia rotineira, que, apesar de não ser mais recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ², continua sendo amplamente utilizada no Brasil e em outros países. Esse procedimento, que consiste no corte do períneo para facilitar a saída do bebê, pode resultar em complicações como dor crônica, infecções, disfunções sexuais e incontinência urinária ⁵. Além disso, a cicatrização de uma episiotomia pode ser lenta e dolorosa, interferindo nas atividades cotidianas da mulher e na sua capacidade de cuidar do bebê. ²

Outro impacto físico grave é o uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, que pode levar a complicações como hiperestimulação uterina, rupturas uterinas, hemorragias pós-parto e sofrimento fetal. A hiperestimulação causada pela ocitocina pode resultar em contrações intensas e dolorosas, aumentando a probabilidade de intervenções adicionais, como a cesárea de emergência, além de representar um risco tanto para a mãe quanto para o bebê.⁴

A manobra de Kristeller, que consiste em aplicar pressão sobre o abdômen da gestante para acelerar a expulsão do bebê, é outro exemplo de intervenção física desnecessária e perigosa. Essa prática pode causar danos severos, como rupturas uterinas, hemorragias e lesões nos órgãos internos da mulher ¹. Para o bebê, a manobra pode resultar em fraturas, hemorragias cerebrais e sofrimento fetal grave, com riscos de consequências neurológicas a longo prazo.¹⁵

Além das complicações diretas dos procedimentos invasivos, muitas mulheres que sofreram violência obstétrica relatam dores e desconfortos persistentes relacionados às intervenções inadequadas ou à falta de assistência adequada durante o parto. Esses efeitos físicos não apenas prejudicam a recuperação pós-parto, mas também podem ter um impacto negativo na qualidade de vida da mulher, afetando sua saúde sexual, sua capacidade de cuidar do bebê e sua autoconfiança no período pós-natal.⁷

Os impactos psicológicos da violência obstétrica podem ser tão devastadores quanto os físicos, sendo responsáveis por uma série de distúrbios emocionais que afetam a saúde mental da mulher a curto e longo prazo. A experiência de um parto traumático, marcado por intervenções violentas e desrespeitosas, está fortemente associada ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão pós-parto e ansiedade. ⁵

O transtorno de estresse pós-traumático é particularmente comum entre mulheres que vivenciaram situações de abuso durante o parto, como a realização de procedimentos sem consentimento ou a exposição a maus-tratos e humilhações por parte de profissionais de saúde. Até 4% das mulheres que passam por um parto traumático podem desenvolver TEPT, um transtorno marcado por flashbacks, pesadelos, ansiedade intensa e dificuldade em lidar com lembranças do parto. As mulheres que desenvolvem TEPT muitas vezes evitam falar sobre a experiência e podem ter dificuldades em estabelecer laços com o bebê, o que compromete a dinâmica familiar e pode agravar os sintomas de depressão e ansiedade.¹³

A depressão pós-parto, outro transtorno psicológico frequentemente associado à violência obstétrica, afeta aproximadamente 10% a 15% das mulheres no período pós-parto ⁷. Mulheres que sofreram intervenções inadequadas ou que foram tratadas de forma desrespeitosa durante o parto têm maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto, em parte devido à perda de controle sobre o processo de nascimento e ao sentimento de violação. A depressão pós-parto compromete não apenas o bem-estar emocional da mulher, mas também sua capacidade de cuidar adequadamente do bebê, resultando em dificuldades no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e em possíveis atrasos no desenvolvimento infantil ⁴.

A ansiedade também é uma consequência comum entre mulheres que sofreram violência obstétrica. A experiência de um parto traumático pode gerar um estado de hipervigilância e preocupação constante, que afeta a saúde mental da mulher. Muitas dessas

mulheres desenvolvem um medo intenso de futuras gestações e partos, levando a escolhas reprodutivas marcadas por medo e desconfiança no sistema de saúde ³. Esse medo pode resultar na decisão de evitar novas gestações ou optar por cesarianas eletivas, mesmo quando o parto normal seria uma alternativa segura e saudável.¹⁵

Os impactos emocionais e sociais da violência obstétrica também são profundos e duradouros, afetando não apenas a saúde mental da mulher, mas também suas relações interpessoais e sua confiança no sistema de saúde. Um dos efeitos mais evidentes é o desenvolvimento de uma desconfiança nas instituições de saúde e nos profissionais que deveriam proporcionar cuidado e apoio durante a gestação e o parto. Essa perda de confiança é particularmente prejudicial em sociedades onde o parto institucionalizado é a norma, como no Brasil, onde a maioria das mulheres dá à luz em hospitais. ¹

A desconfiança gerada pela violência obstétrica muitas vezes leva as mulheres a buscar alternativas fora do sistema de saúde tradicional, como o parto domiciliar assistido por parteiras e doulas, mesmo em situações onde o ambiente hospitalar seria mais seguro. Outras mulheres optam por evitar o acompanhamento pré-natal ou postergar o atendimento médico durante a gravidez, devido ao medo de serem novamente maltratadas e violentadas ³. Esse comportamento aumenta os riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, pois a falta de acompanhamento médico adequado pode levar a complicações que poderiam ser evitadas com a detecção precoce de problemas.¹⁶

A violência obstétrica também afeta a relação entre mãe e bebê. Mulheres que sofreram um parto traumático muitas vezes relatam dificuldades em estabelecer um vínculo emocional saudável com seus filhos nos primeiros meses de vida. A experiência traumática pode gerar sentimentos de culpa, inadequação e incapacidade, dificultando o processo de amamentação e o cuidado com o recém-nascido ⁴. Essa dificuldade no vínculo pode ter consequências a longo prazo, prejudicando o desenvolvimento emocional da criança e afetando a dinâmica familiar como um todo.

Além disso, muitas mulheres que sofreram violência obstétrica carregam traumas emocionais que afetam suas futuras gestações e partos. O medo de reviver uma experiência traumática leva algumas mulheres a optar por cesarianas eletivas, mesmo quando desejam um parto normal, ou a evitar novas gestações. A violência obstétrica, portanto, não apenas compromete a saúde física e psicológica das mulheres, mas também tem um impacto duradouro sobre suas escolhas reprodutivas e sua confiança em instituições de saúde ⁵.

Por fim, é importante destacar que a violência obstétrica não afeta apenas a mulher diretamente envolvida, mas também sua família e a sociedade em geral. A experiência de um parto violento gera sofrimento emocional não apenas para a mulher, mas também para seus parceiros e familiares, que muitas vezes testemunham o abuso e sentem-se impotentes diante da situação. A longo prazo, os efeitos sociais da violência obstétrica contribuem para perpetuar um ciclo de desconfiança e medo em relação ao parto, o que compromete os esforços de promoção da saúde reprodutiva e dos direitos das mulheres.¹⁸

3.3. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

A violência obstétrica, um problema que afeta mulheres em diversas partes do mundo, tem sido amplamente reconhecida como uma questão de saúde pública e direitos humanos. A fim de prevenir tais práticas abusivas, várias estratégias estão sendo implementadas no Brasil e internacionalmente, com o objetivo de promover um atendimento obstétrico mais humanizado e ético. Essas iniciativas envolvem a educação e capacitação de profissionais de saúde, o desenvolvimento de leis e políticas públicas, a atuação de ONGs e movimentos sociais e a conscientização das gestantes sobre seus direitos. A seguir, serão discutidas as principais estratégias adotadas e seus impactos na prevenção da violência obstétrica.⁷

Uma das estratégias mais eficazes para prevenir a violência obstétrica é a educação e capacitação de profissionais de saúde, focada no atendimento humanizado e respeitoso às mulheres durante o período gestacional, o parto e o pós-parto. A formação inadequada e a falta de sensibilidade às necessidades das gestantes têm sido apontadas como fatores que contribuem para práticas violentas e desrespeitosas. Por isso, tem havido um esforço crescente

para a inclusão de treinamentos sobre ética e direitos humanos nos cursos de formação de obstetras, enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao parto.¹⁹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o cuidado materno seja pautado em princípios de respeito e dignidade, além da oferta de cuidados baseados em evidências científicas. Segundo a OMS², profissionais devem ser treinados para oferecer suporte emocional e físico às mulheres, garantindo que elas estejam informadas e participem ativamente das decisões sobre seu próprio parto. O treinamento de profissionais também deve incluir o reconhecimento e a eliminação de práticas rotineiras e invasivas, como a episiotomia e o uso excessivo de ocitocina, que são frequentemente realizadas sem o consentimento adequado das gestantes.²

No Brasil, programas de capacitação como o Apoio à Humanização do Parto e Nascimento, promovido pelo Ministério da Saúde, têm sido fundamentais para transformar a cultura do parto nas maternidades do país. Esse programa oferece treinamento para médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, promovendo práticas baseadas no respeito e na autonomia das mulheres. Além disso, a introdução de práticas de atendimento humanizado tem contribuído para a redução de cesáreas desnecessárias e o aumento da satisfação das mulheres com o processo de parto.¹³

A criação de leis e políticas públicas também desempenha um papel crucial na prevenção da violência obstétrica. Uma das principais legislações brasileiras voltadas para a proteção das gestantes durante o parto é a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que garante o direito da parturiente a ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Essa lei foi um marco importante na luta contra a violência obstétrica, pois a presença de um acompanhante pode reduzir a incidência de maus-tratos e garantir que as mulheres se sintam mais seguras e amparadas durante o parto.¹⁴

A presença de um acompanhante contribui para uma experiência de parto mais positiva, oferecendo apoio emocional e físico à mulher e, muitas vezes, funcionando como uma forma de supervisão das ações dos profissionais de saúde. Estudos mostram que a presença de um acompanhante pode diminuir o tempo de trabalho de parto, reduzir a necessidade de intervenções médicas e aumentar a satisfação das mulheres com o atendimento recebido⁴. No entanto, apesar da garantia legal, muitos hospitais no Brasil ainda enfrentam dificuldades na implementação da Lei do Acompanhante, seja por falta de estrutura ou por resistência por parte dos profissionais de saúde.¹⁵

Além da Lei do Acompanhante, outras políticas públicas têm sido implementadas para promover um parto mais humanizado no Brasil, como a Rede Cegonha, um programa do Ministério da Saúde que busca garantir atendimento integral e de qualidade às gestantes, desde o pré-natal até o pós-parto. A Rede Cegonha visa melhorar as condições de saúde materna e infantil, oferecendo um modelo de cuidado baseado no respeito à autonomia da mulher, na promoção de um ambiente acolhedor e na valorização do parto normal.¹⁶

Em âmbito internacional, muitos países têm adotado legislações e políticas públicas para prevenir a violência obstétrica e promover o parto humanizado. Na Argentina, por exemplo, a Lei de Parto Humanizado (Lei nº 25.929/2004) garante o direito das mulheres a receber informações claras e a participar das decisões sobre seu parto, além de assegurar um ambiente respeitoso e livre de violência durante o processo. Essas leis são fundamentais para estabelecer padrões mínimos de atendimento e garantir que as gestantes sejam tratadas com dignidade e respeito.¹⁷

Outro fator importante na prevenção da violência obstétrica é a atuação de ONGs e movimentos sociais, que têm desempenhado um papel central na conscientização da sociedade sobre essa problemática e na promoção de práticas de parto mais respeitosas. No Brasil, o movimento pelo parto humanizado ganhou força a partir da década de 1990, com o surgimento de organizações como a Parto do Princípio e a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Essas organizações trabalham para disseminar informações sobre os direitos das mulheres no parto e lutar contra as práticas abusivas e desnecessárias no atendimento obstétrico.¹⁵

Esses movimentos têm como base a promoção de um parto respeitoso, que valorize o protagonismo da mulher e o respeito ao seu corpo e suas decisões. A doulagem, por exemplo,

é uma prática que vem ganhando destaque como forma de apoio contínuo às mulheres durante o parto. As doulas oferecem suporte emocional, físico e informativo às gestantes, ajudando a criar um ambiente mais acolhedor e seguro durante o trabalho de parto. Pesquisas mostram que a presença de uma doula pode reduzir a necessidade de intervenções médicas e melhorar a experiência do parto para as mulheres.¹⁸

Em âmbito internacional, movimentos como o Respectful Maternity Care têm chamado a atenção para a importância de um atendimento obstétrico baseado no respeito aos direitos humanos. Esse movimento, que teve início em países da África e da Ásia, trabalha para erradicar a violência obstétrica em países em desenvolvimento, promovendo a conscientização de profissionais de saúde e gestores sobre a importância de um atendimento ético e humanizado.¹⁹

A conscientização das gestantes sobre seus direitos e sobre o processo do parto é outra estratégia fundamental para prevenir a violência obstétrica. Mulheres que conhecem seus direitos estão mais aptas a questionar práticas abusivas, exigir consentimento informado e recusar intervenções desnecessárias. Nesse sentido, a educação pré-natal desempenha um papel crucial na capacitação das mulheres para que sejam protagonistas no processo de parto.³

Diversas iniciativas têm sido desenvolvidas para aumentar a conscientização das gestantes no Brasil, como a Semana Mundial pelo Respeito ao Nascimento, que acontece anualmente em várias cidades do país e tem como objetivo informar as mulheres sobre seus direitos e promover o debate sobre o parto humanizado. Essas campanhas ajudam a desmistificar o parto e empoderar as gestantes para que possam tomar decisões informadas e conscientes durante o processo de nascimento.¹⁹

Além disso, as consultas de pré-natal são um espaço privilegiado para a disseminação de informações sobre o parto e para a criação de um ambiente de confiança entre a gestante e os profissionais de saúde. Quando bem conduzidas, essas consultas podem fortalecer a autonomia da mulher e prevenir situações de abuso ou violência durante o parto.¹⁵

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é um fenômeno alarmante e insustentável que afeta milhares de mulheres em todo o mundo, revelando não apenas a fragilidade dos direitos reprodutivos, mas também a necessidade urgente de uma reformulação nas práticas de assistência ao parto. As consequências da violência obstétrica não se restringem apenas ao momento do parto; elas se estendem para toda a vida da mulher, influenciando sua saúde física, mental e emocional, além de impactar negativamente a saúde dos bebês e o vínculo mãe-filho.

Estudos mostram que as intervenções médicas desnecessárias, a desinformação e o desrespeito por parte dos profissionais de saúde não apenas geram traumas imediatos, mas também podem levar a problemas mais graves, como depressão pós-parto e transtornos de estresse pós-traumático (TEPT).

A mudança cultural dentro das instituições de saúde é, portanto, um elemento crucial para erradicar a violência obstétrica. Isso requer um comprometimento coletivo que envolve desde a formação acadêmica até a prática diária dos profissionais, bem como a sensibilização da sociedade em geral. Somente através de um esforço coordenado e contínuo será possível transformar o cenário atual e garantir que o parto seja, de fato, um momento de celebração, respeitando os direitos e a dignidade de todas as mulheres.

A violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos que necessita de atenção imediata e ação coordenada. As estratégias de prevenção, incluindo educação, políticas públicas, atuação de ONGs e conscientização das gestantes, são essenciais para criar um ambiente mais seguro e respeitoso para todas as mulheres durante o parto. As futuras pesquisas podem abrir novos caminhos para a compreensão e enfrentamento dessa problemática, contribuindo para que a experiência de parto seja um momento de empoderamento e não de sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2012.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recomendação sobre a assistência ao parto. Genebra: OMS, 2015.
3. AGUIAR et al. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.
4. BOHREN et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, v. 12, n. 1, p. 1-17, 2015.
5. DIAS et al. Incidência da episiotomia e fatores associados ao seu uso entre parturientes brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 19, p. 1-10, 2016.
6. LLOVERA, L. G. Violencia Obstétrica: Una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, v. 15, n. 1, p. 5-12, 2010.
7. SCHWINGEL, L. S. Parto cesáreo no Brasil: violência obstétrica? *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 1, p. 152-156, 2016.
8. ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
9. KUNZLER, I. M. Humanização e violência obstétrica: o cenário da assistência ao parto no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 6, p. 1152-1161, 2016.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Rede Cegonha: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
12. AYERS et al. aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, v. 46, n. 6, p. 1121-1134, 2016.
13. LEAL et al. Intervenções obstétricas e resultados perinatais em hospitais públicos e privados no Brasil. (Substitua por citação completa, pois está faltando na lista inicial).
14. BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito da parturiente ao acompanhamento durante o trabalho de parto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 25 set. 2023.
15. TORNQUIST et al. Violência obstétrica: uma análise da assistência ao parto e nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 1, p. 55-66, 2020.
16. BRASIL. Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 set. 2023.
17. ARGENTINA. Ley de Parto Humanizado. Lei nº 25.929, 2004.

18. HODNETT et al. Continuous Support for Women during Childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 5, art. no. CD003766, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
19. WHITE et al. Birth and Obstetric Care in Modern Society. New York: Cambridge University Press, 2017.