



PBPC
ISSN 2674-9432



Qualis A3
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex



Indexado no
Google Acadêmico

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE MENTAL DA MULHER: REPERCUSSÕES BIOPSIKOSSOCIAIS E DESAFIOS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Rossibel Cavalcante Lobato Ferreira , Denise Rejane de Almeida Andrade, Karen Katarine Gonçalves Lima , André Luiz Rezende , Luciene Rosa Batista de Paula, Janaina Aparecida de Paula , Ana Paula de Figueiredo, Suzi Cardoso Mendonça Miranda , Milena Fabricio Rezende, Eliane Linda Agostinho Fernandes Amaral , Oldair Donizete Galeni



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n6p523-553>

Artigo recebido em 11 de Junho e publicado em 11 de Agosto de 2026

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A violência obstétrica constitui importante problema relacionado à qualidade da assistência à saúde da mulher e pode ocorrer durante o pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério e situações de abortamento, manifestando-se por meio de práticas desrespeitosas, abusivas, coercitivas, discriminatórias ou realizadas sem adequada informação e consentimento. Além das possíveis repercussões físicas, experiências negativas durante a assistência obstétrica podem produzir impactos psicológicos e sociais capazes de interferir no bem-estar materno, na percepção da experiência do parto, no estabelecimento de vínculos e na adaptação ao puerpério. O presente estudo tem como objetivo analisar as repercussões biopsicossociais da violência obstétrica sobre a saúde mental da mulher e discutir os principais desafios para a consolidação de uma assistência obstétrica humanizada, ética e baseada em evidências. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, fundamentada em produções científicas nacionais e internacionais e documentos institucionais relacionados à violência obstétrica, desrespeito e abuso na assistência ao parto, saúde mental materna e humanização do cuidado. As evidências demonstram que experiências caracterizadas por perda de autonomia, comunicação inadequada, procedimentos sem consentimento, negligência, humilhação, discriminação e intervenções realizadas sem indicação clínica ou esclarecimento adequado podem contribuir para uma percepção traumática da assistência. Entre as possíveis repercussões psicológicas encontram-se sintomas de ansiedade, depressão, medo, culpa, impotência, sofrimento emocional e sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático após o parto. No âmbito social e relacional, experiências negativas podem repercutir na confiança nos serviços de saúde, nas relações

familiares, na vivência da maternidade e na disposição para futuras gestações. Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica exige abordagem interdisciplinar e sistêmica, envolvendo qualificação profissional, comunicação efetiva, consentimento informado, respeito às escolhas da mulher, práticas baseadas em evidências e fortalecimento das políticas de humanização. A assistência obstétrica centrada na mulher deve reconhecer autonomia, dignidade e saúde mental como componentes indissociáveis da qualidade e segurança do cuidado materno.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Saúde Mental. Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Assistência Obstétrica.

OBSTETRIC VIOLENCE AND WOMEN'S MENTAL HEALTH: BIOPSYCHOSOCIAL REPERCUSSIONS AND CHALLENGES FOR THE HUMANIZATION OF CARE

ABSTRACT

Obstetric violence represents an important issue related to the quality of women's health care and may occur during prenatal care, labor, childbirth, the postpartum period, and abortion-related care, manifesting through disrespectful, abusive, coercive, discriminatory practices or interventions performed without adequate information and consent. In addition to potential physical consequences, negative experiences during obstetric care may produce psychological and social impacts capable of affecting maternal well-being, perceptions of childbirth, bonding, and adaptation to the postpartum period. This study aims to analyze the biopsychosocial repercussions of obstetric violence on women's mental health and discuss the main challenges involved in consolidating humanized, ethical, and evidence-based obstetric care. This is an integrative literature review based on national and international scientific publications and institutional documents addressing obstetric violence, disrespect and abuse during maternity care, maternal mental health, and humanization of care. Evidence indicates that experiences characterized by loss of autonomy, inadequate communication, procedures performed without consent, neglect, humiliation, discrimination, and interventions conducted without appropriate clinical indication or adequate explanation may contribute to a traumatic perception of care. Potential psychological repercussions include symptoms of anxiety, depression, fear, guilt, helplessness, emotional distress, and symptoms associated with post-traumatic stress disorder following childbirth. At the social and relational level, negative experiences may affect trust in health services, family relationships, the experience of motherhood, and willingness to undergo future pregnancies. It is concluded that addressing obstetric violence requires an interdisciplinary and systemic approach involving professional training, effective communication, informed consent, respect for women's choices, evidence-based practices, and strengthening humanization policies. Woman-centered obstetric care must recognize autonomy, dignity, and mental health as inseparable components of maternal care quality and safety.

Keywords: Obstetric Violence. Mental Health. Women's Health. Humanized Childbirth. Obstetric Care.

Instituição afiliada –

Rossibel Cavalcante Lobato Ferreira
Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade
Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher: Ginecologia e Obstetrícia

Denise Rejane de Almeida Andrade
Universidade Federal de Uberlândia – UFU - MG

Karen Katarine Gonçalves Lima
Graduada em Enfermagem pela Faculdade Presidente Antônio Carlos
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

André Luiz Rezende
Tecnologia em Gestão de Recursos Humanos
Hospital das clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – UFU - MG

Luciene Rosa Batista de Paula
Universidade Federal de Uberlândia – UFU - MG
Especialização em Ginecologia e Obstetrícia

Janaina Aparecida de Paula
Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Uberlândia -UFU

Dra. Ana Paula de Figueiredo
Enfermeira e Doutora em Saúde Pública
Docente de Enfermagem e Direito na Cruzeiro do Sul e Anhanguera - SP

Suzi Cardoso Mendonça Miranda
Universidade Federal de Uberlândia/ HC- UFU

Milena Fabricio Rezende
Universidade Federal de Uberlândia – UFU - MG
Graduanda em Medicina

Eliane Linda Agostinho Fernandes Amaral
Graduação em Gestão em Rh
Pos graduação em Urgência e Emergência e UTI.
Universidade Federal de Uberlândia – UFU - MG

Oldair Donizete Galeni
Enfermeiro do Hospital de Clínicas de Uberlândia HC - UFU – MG

Autor correspondente: Rossibel Cavalcante Lobato Ferreira

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



[License.](#)

1 INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério constituem acontecimentos complexos na trajetória da mulher, envolvendo transformações biológicas, psicológicas, familiares, sociais e culturais. Embora o nascimento seja frequentemente associado a expectativas positivas, a experiência obstétrica também pode representar um período de vulnerabilidade, especialmente quando a assistência é marcada pela perda de autonomia, comunicação inadequada, desrespeito, discriminação, negligência ou realização de procedimentos sem informação e consentimento adequados. Nesse contexto, a qualidade do cuidado oferecido durante o ciclo gravídico-puerperal apresenta implicações que ultrapassam os resultados clínicos maternos e neonatais e alcançam dimensões relacionadas à dignidade, aos direitos humanos e à saúde mental da mulher.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que todas as mulheres possuem direito a uma experiência positiva de parto, fundamentada em cuidado respeitoso, comunicação efetiva, preservação da dignidade e participação nas decisões relacionadas à assistência. A instituição também reconhece que situações de desrespeito e abuso durante a assistência ao parto constituem importante problema de saúde e de direitos humanos (WHO, 2014; WHO, 2018).

O debate acerca da violência obstétrica ganhou maior visibilidade nas últimas décadas a partir das denúncias de mulheres, movimentos sociais, pesquisas acadêmicas e organizações de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Embora existam controvérsias conceituais e diferentes terminologias na literatura internacional — como *obstetric violence*, *disrespect and abuse*, *mistreatment during childbirth* e *disrespectful maternity care* —, esses conceitos convergem ao evidenciar práticas assistenciais capazes de violar a dignidade, a autonomia e a integridade física ou psicológica da mulher.

Bohren et al. (2015), em revisão sistemática amplamente utilizada na literatura internacional, identificaram diferentes formas de maus-tratos durante o parto, incluindo abuso físico, abuso verbal, estigma e discriminação, falhas no cumprimento de padrões profissionais de cuidado, comunicação inadequada, restrições à autonomia e condições

inadequadas dos serviços de saúde. Essa classificação contribuiu para demonstrar que a violência ou o desrespeito na assistência obstétrica não se restringem a agressões físicas explícitas, podendo estar presentes também nas relações profissionais, nos processos institucionais e nas formas de organização do cuidado.

A violência obstétrica pode manifestar-se, portanto, por meio de diferentes condutas. Comentários humilhantes, ameaças, culpabilização da mulher, desconsideração de suas manifestações de dor, ausência de privacidade, restrição injustificada da presença de acompanhante, realização de procedimentos sem consentimento adequadamente informado e imposição de determinadas posições ou práticas constituem situações frequentemente discutidas na literatura.

Também são objeto de debate intervenções obstétricas realizadas de forma rotineira ou sem indicação clínica individualizada. A humanização da assistência não pressupõe rejeição às tecnologias ou intervenções médicas necessárias. Ao contrário, pressupõe que os recursos disponíveis sejam utilizados de acordo com evidências científicas, necessidades clínicas, segurança materno-fetal, informação adequada e participação da mulher no processo decisório.

Essa diferenciação é fundamental para evitar interpretações equivocadas. Procedimentos obstétricos necessários diante de situações de risco não constituem, por sua própria natureza, violência. O problema emerge quando práticas são realizadas sem indicação adequada, sem comunicação suficiente, sem respeito à autonomia ou de forma coercitiva, humilhante ou discriminatória. Assim, a discussão sobre violência obstétrica deve ser inserida no contexto da qualidade, ética e segurança da assistência.

No Brasil, a humanização da atenção obstétrica vem sendo discutida há décadas no âmbito das políticas públicas de saúde. Diferentes iniciativas buscaram modificar modelos excessivamente intervencionistas e fortalecer práticas centradas nas necessidades das mulheres e dos recém-nascidos. A presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, por exemplo, constitui direito assegurado pela Lei nº 11.108/2005 no âmbito do Sistema Único de Saúde e da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Humanização também contribuiu para fortalecer princípios relacionados ao acolhimento, protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade e valorização

das relações estabelecidas durante a assistência. No campo obstétrico, esses princípios encontram particular importância, uma vez que a mulher deve participar ativamente das decisões referentes ao próprio corpo e ao processo de nascimento.

Apesar dos avanços normativos e assistenciais, experiências de desrespeito e maus-tratos durante o parto continuam sendo documentadas internacionalmente. Bohren et al. (2019), em estudo multicêntrico conduzido em quatro países, demonstraram que mulheres podem experimentar diferentes formas de maus-tratos durante o atendimento institucional, evidenciando a necessidade de sistemas de saúde capazes de mensurar, prevenir e enfrentar essas ocorrências.

Uma dimensão particularmente importante, e por vezes secundarizada no debate, refere-se às repercussões da experiência obstétrica sobre a saúde mental. O parto constitui acontecimento de elevada intensidade física e emocional. Quando a mulher percebe ameaça, abandono, impotência, perda de controle ou violação de sua autonomia, a experiência pode adquirir caráter traumático, independentemente de o resultado clínico final ter sido considerado satisfatório sob uma perspectiva estritamente biomédica.

A experiência subjetiva do parto possui, portanto, importância central. Um nascimento sem complicações clínicas graves não significa necessariamente que a mulher tenha vivenciado uma experiência positiva. A ausência de acolhimento, explicações insuficientes, sensação de não ser ouvida e realização de procedimentos contra sua vontade podem permanecer como lembranças emocionalmente significativas durante o puerpério.

Nesse contexto, a literatura tem investigado a relação entre experiências negativas ou traumáticas de parto e sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático. Ayers et al. (2016), ao analisarem fatores associados ao transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto, demonstraram que aspectos subjetivos e interpessoais da experiência obstétrica possuem relevância, além dos próprios eventos clínicos ocorridos durante o nascimento.

O trauma relacionado ao parto pode manifestar-se por meio de lembranças intrusivas, pesadelos, evitação de situações associadas à experiência, hipervigilância, sofrimento emocional e alterações negativas do humor. É importante destacar, entretanto, que uma experiência obstétrica negativa não conduz necessariamente ao desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico. A resposta psicológica depende da interação entre

intensidade da experiência, percepção individual, história prévia, apoio social e diferentes fatores de proteção e vulnerabilidade.

A depressão pós-parto constitui outro importante problema de saúde mental materna. Sua etiologia é multifatorial e envolve fatores biológicos, psicológicos, obstétricos e sociais. Portanto, não é adequado atribuí-la exclusivamente à experiência assistencial. Entretanto, vivências de desrespeito, ausência de apoio, medo e percepção negativa do parto podem integrar o conjunto de fatores relacionados ao sofrimento emocional no período puerperal.

A ansiedade também pode assumir diferentes manifestações após experiências obstétricas negativas. Algumas mulheres podem desenvolver preocupação intensa relacionada à própria saúde ou à saúde do bebê, medo de novas intervenções, insegurança diante dos serviços de saúde ou receio de futuras gestações e partos. Essas repercussões demonstram que a experiência assistencial pode produzir efeitos que persistem além da alta hospitalar.

A violência obstétrica deve, dessa forma, ser analisada segundo uma perspectiva biopsicossocial. Na dimensão biológica, práticas inadequadas podem produzir dor, lesões, complicações e recuperação física mais difícil. Na dimensão psicológica, podem ocorrer medo, ansiedade, tristeza, raiva, culpa, sensação de impotência, perda de confiança e sintomas traumáticos. Na dimensão social, podem surgir repercussões sobre relações familiares, vida conjugal, sexualidade, vínculo com os serviços de saúde e decisões reprodutivas futuras.

Outro aspecto relevante refere-se à relação da mulher com o próprio corpo. Procedimentos realizados sem explicação ou consentimento podem produzir sensação de perda de controle e objetificação. Quando a mulher percebe que seu corpo foi tratado exclusivamente como objeto de intervenção clínica, sem reconhecimento de sua autonomia e subjetividade, a experiência pode comprometer a percepção de segurança e dignidade.

A comunicação profissional constitui, nesse sentido, elemento central da assistência humanizada. Informar não significa simplesmente comunicar que um procedimento será realizado. O consentimento informado pressupõe fornecimento de informações compreensíveis sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas possíveis, além de oportunidade real para perguntas e participação da mulher na decisão, observadas as

particularidades das situações de emergência.

O conceito de humanização também não deve ser reduzido à cordialidade individual do profissional. Embora empatia e respeito sejam fundamentais, a humanização envolve condições institucionais, dimensionamento adequado das equipes, disponibilidade de recursos, protocolos baseados em evidências, organização dos serviços, educação permanente e garantia efetiva dos direitos das usuárias.

Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem assume importância estratégica. Enfermeiros e enfermeiros obstétricos permanecem próximos à mulher durante diferentes momentos do cuidado e podem contribuir para acolhimento, comunicação, manejo não farmacológico da dor, promoção da autonomia, garantia da privacidade e identificação de situações de vulnerabilidade. A assistência de enfermagem centrada na mulher pode representar importante instrumento de humanização e prevenção de práticas desrespeitosas.

Da mesma maneira, médicos, psicólogos, assistentes sociais, gestores e demais profissionais envolvidos no cuidado materno-infantil possuem responsabilidade compartilhada pela construção de ambientes assistenciais seguros. A prevenção da violência obstétrica não pode depender exclusivamente da conduta individual de um único profissional, devendo integrar a cultura institucional dos serviços.

As desigualdades sociais também precisam ser consideradas. Mulheres em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, pertencentes a grupos racializados, adolescentes, migrantes, mulheres com deficiência e outras populações vulnerabilizadas podem enfrentar barreiras adicionais na obtenção de cuidado respeitoso. A literatura internacional demonstra que discriminação e estigma constituem categorias relevantes de maus-tratos durante a assistência obstétrica (BOHREN et al., 2015).

A abordagem interseccional torna-se, portanto, necessária para compreender que as experiências de violência e desrespeito não ocorrem de maneira uniforme. Gênero, raça, classe social, idade, deficiência e outras características podem interagir com relações historicamente assimétricas de poder presentes nos serviços de saúde.

Outro desafio refere-se à naturalização de determinadas práticas. Condutas incorporadas durante décadas à rotina institucional podem continuar sendo realizadas mesmo quando evidências científicas questionam sua utilização indiscriminada. A mudança

desse cenário requer educação permanente e revisão sistemática dos protocolos assistenciais.

A formação dos profissionais da saúde constitui elemento decisivo. O ensino da assistência obstétrica deve integrar conhecimentos técnicos às dimensões éticas, comunicacionais e psicossociais do cuidado. Saber reconhecer uma emergência obstétrica é indispensável, mas também é necessário compreender autonomia, consentimento, diversidade cultural, comunicação de risco e consequências psicológicas de experiências traumáticas.

A atenção à saúde mental precisa igualmente ser incorporada ao cuidado obstétrico. O acompanhamento da mulher não deve terminar com a resolução clínica do parto. Identificação precoce de sofrimento emocional, ansiedade intensa, sintomas depressivos ou manifestações traumáticas durante o puerpério pode possibilitar acolhimento e encaminhamento oportunos.

A Atenção Primária à Saúde possui papel especialmente relevante nessa continuidade do cuidado. Consultas de pré-natal e acompanhamento puerperal podem constituir espaços para educação em saúde, discussão sobre direitos, construção de expectativas realistas sobre o parto e identificação de fatores de risco psicossociais. Após o nascimento, esses serviços podem contribuir para reconhecer precocemente repercussões emocionais da experiência obstétrica.

A humanização da assistência, portanto, não representa elemento acessório ou exclusivamente subjetivo da qualidade do cuidado. Respeito, comunicação, autonomia, consentimento e acolhimento integram uma assistência segura e centrada na pessoa. Uma experiência obstétrica clinicamente segura deve também buscar preservar a dignidade e o bem-estar psicológico da mulher.

Diante dessas considerações, analisar a violência obstétrica sob a perspectiva da saúde mental permite ampliar a compreensão de suas consequências e superar uma abordagem limitada aos danos físicos. As repercussões biopsicossociais podem persistir após o nascimento e interferir na experiência da maternidade, na confiança nos profissionais e serviços, nas relações sociais e nas decisões reprodutivas futuras.

Assim, o presente estudo tem como propósito analisar as repercussões biopsicossociais da violência obstétrica sobre a saúde mental da mulher e discutir os desafios

existentes para a humanização da assistência. Pretende-se contribuir para uma compreensão crítica do fenômeno e para o fortalecimento de práticas obstétricas fundamentadas em evidências científicas, respeito aos direitos humanos, autonomia, comunicação efetiva e cuidado integral à saúde da mulher.

Na sequência, o artigo segue para 2 OBJETIVOS, com 2.1 Objetivo Geral e 2.2 Objetivos Específicos. Depois faremos a 3 METODOLOGIA e entraremos em 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO, onde poderemos aprofundar separadamente violência psicológica, trauma do parto/TEPT, ansiedade e depressão pós-parto, repercussões no vínculo e sexualidade, consentimento e autonomia, papel da Enfermagem e desafios do SUS para a humanização.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar, a partir das evidências disponíveis na literatura científica, as repercussões biopsicossociais da violência obstétrica sobre a saúde mental da mulher, considerando seus efeitos físicos, psicológicos, sociais e relacionais, bem como discutir os principais desafios e estratégias para a consolidação de uma assistência obstétrica humanizada, segura, ética, baseada em evidências e centrada na autonomia e dignidade feminina.

2.2 Objetivos Específicos

- Conceituar a violência obstétrica e identificar suas principais manifestações durante o pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério e assistência às situações de abortamento;
- Identificar práticas de desrespeito, abuso, negligência, coerção, discriminação e intervenções realizadas sem adequada informação ou consentimento no contexto da assistência obstétrica;
- Analisar as repercussões físicas, psicológicas e sociais associadas às experiências negativas ou traumáticas durante a assistência obstétrica;
- Investigar a relação entre experiências de violência, desrespeito ou maus-tratos durante a assistência ao parto e manifestações de ansiedade, sintomas depressivos, sofrimento emocional e sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático;
- Discutir as possíveis repercussões da experiência obstétrica traumática sobre o

puerpério, a vivência da maternidade, a autoestima, a sexualidade, as relações familiares e as decisões reprodutivas futuras;

- Analisar a importância da autonomia, do consentimento informado, da comunicação efetiva e do respeito às escolhas da mulher como componentes essenciais da assistência obstétrica humanizada;
- Compreender de que maneira desigualdades sociais, raciais, econômicas e outras situações de vulnerabilidade podem influenciar as experiências de desrespeito e maus-tratos na assistência obstétrica;
- Discutir o papel da equipe multiprofissional, especialmente da Enfermagem e da Enfermagem Obstétrica, na prevenção de práticas violentas e na promoção de uma assistência centrada na mulher;
- Analisar a importância da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento da saúde mental durante o pré-natal e o puerpério, incluindo identificação precoce de sofrimento psicológico relacionado à experiência obstétrica;
- Refletir sobre os desafios institucionais e profissionais para implementação de práticas baseadas em evidências e fortalecimento da humanização da assistência obstétrica;
- Identificar estratégias de prevenção da violência obstétrica e de promoção da saúde mental materna que possam contribuir para qualificação da assistência e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida com a finalidade de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca da violência obstétrica e de suas repercussões biopsicossociais sobre a saúde mental das mulheres, bem como identificar estratégias e desafios relacionados à humanização da assistência obstétrica.

A escolha da revisão integrativa fundamenta-se na possibilidade de reunir resultados provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, permitindo uma compreensão abrangente do fenômeno investigado. Considerando que a violência obstétrica envolve dimensões clínicas, psicológicas, sociais, culturais, éticas e institucionais, essa modalidade de revisão mostra-se adequada para integrar diferentes perspectivas científicas e analisar

criticamente os conhecimentos produzidos sobre o tema.

A investigação foi orientada pela seguinte questão norteadora: “Quais são as principais repercussões biopsicossociais da violência obstétrica sobre a saúde mental da mulher e quais estratégias podem contribuir para a humanização da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal?”

Para identificação das produções científicas, foram consideradas as bases e plataformas PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar, sendo este último utilizado complementarmente para localização de publicações e documentos relevantes.

Foram considerados descritores disponíveis nos vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), complementados por termos livres diretamente relacionados ao objeto de estudo. Entre os principais termos utilizados encontram-se: “Violência Obstétrica” (*Obstetric Violence*), “Saúde Mental” (*Mental Health*), “Saúde da Mulher” (*Women's Health*), “Parto” (*Parturition/Childbirth*), “Cuidados de Saúde Materna” (*Maternal Health Services*), “Depressão Pós-Parto” (*Postpartum Depression*), “Ansiedade” (*Anxiety*), “Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos” (*Stress Disorders, Post-Traumatic*), “Humanização da Assistência” e “Respeito à Autonomia”.

Os descritores foram combinados mediante utilização dos operadores booleanos AND e OR, possibilitando estratégias como: “Obstetric Violence AND Mental Health”; “Obstetric Violence AND Postpartum Depression”; “Childbirth AND Post-Traumatic Stress Disorder”; “Mistreatment during Childbirth AND Mental Health”; “Disrespect and Abuse AND Childbirth”; “Obstetric Violence AND Women's Health”; e “Humanized Childbirth AND Mental Health”.

Foram priorizadas publicações compreendidas entre 2020 e 2026, buscando assegurar atualidade às evidências analisadas. Entretanto, estudos anteriores considerados fundamentais para a construção conceitual e metodológica do tema foram mantidos, particularmente trabalhos internacionais de referência sobre classificação dos maus-tratos durante o parto e trauma relacionado à experiência de nascimento.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos científicos publicados em

português, inglês ou espanhol; estudos disponíveis integralmente ou com informações suficientes para análise; pesquisas relacionadas à violência obstétrica, maus-tratos, desrespeito e abuso na assistência obstétrica; estudos envolvendo saúde mental materna; pesquisas relacionadas a experiências traumáticas de parto, ansiedade, depressão ou sintomas de estresse pós-traumático; revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais e pesquisas qualitativas relevantes para a questão investigada.

Também foram considerados documentos técnicos, normativos e institucionais provenientes de organizações reconhecidas, especialmente Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e legislação brasileira pertinente à assistência obstétrica e aos direitos das mulheres.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem relação direta com o problema investigado, textos exclusivamente opinativos sem fundamentação científica, pesquisas cujo objeto não estivesse relacionado à experiência da mulher durante a assistência obstétrica e trabalhos que, após leitura do título, resumo ou texto completo, não apresentassem informações relevantes para responder à questão norteadora.

A seleção das publicações ocorreu mediante etapas sucessivas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Inicialmente, foram analisados títulos e resumos recuperados pelas estratégias de busca. Posteriormente, os estudos potencialmente pertinentes foram avaliados de forma mais aprofundada, considerando objetivos, metodologia, população investigada, principais resultados e relação com o objeto da revisão.

Para sistematização das informações, foram considerados: autoria; ano de publicação; país de realização; delineamento metodológico; população investigada; tipo de experiência obstétrica relatada; manifestações de desrespeito ou maus-tratos; repercussões físicas; repercussões psicológicas; consequências sociais e relacionais; fatores associados ao trauma do parto; manifestações de ansiedade e depressão; sintomas relacionados ao estresse pós-traumático; fatores de proteção; e estratégias de humanização propostas.

A análise dos resultados foi realizada de maneira narrativa e temática. Os achados foram organizados em eixos relacionados a: conceituação e manifestações da violência obstétrica; repercussões biopsicossociais; violência psicológica e perda da autonomia; parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático; ansiedade e depressão no puerpério; repercussões sobre vínculo, sexualidade e relações familiares; desigualdades e

vulnerabilidades; consentimento informado e autonomia; papel da Enfermagem; humanização da assistência; e estratégias de prevenção e enfrentamento.

Especial atenção foi destinada à distinção entre associação e causalidade. Ansiedade, depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático apresentam etiologia multifatorial e não devem ser atribuídos exclusivamente à experiência de violência ou desrespeito durante a assistência obstétrica. Foram considerados fatores individuais, história prévia de saúde mental, intercorrências obstétricas, apoio social, condições socioeconômicas e outras situações capazes de influenciar os desfechos psicológicos.

Da mesma maneira, buscou-se evitar a classificação automática de qualquer intervenção obstétrica como violência. Procedimentos clinicamente indicados e adequadamente realizados constituem recursos fundamentais para proteção da saúde e da vida materna e neonatal. A análise concentrou-se especialmente em situações envolvendo ausência de indicação adequada, informação insuficiente, desrespeito, coerção, discriminação, negligência ou violação da autonomia e do consentimento.

Por se tratar de pesquisa fundamentada exclusivamente em dados secundários provenientes de literatura científica e documentos públicos, sem participação direta de seres humanos ou utilização de informações pessoais identificáveis, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados os princípios de integridade científica, respeito à autoria e adequada referência das fontes utilizadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Violência obstétrica: manifestações e implicações para a assistência à mulher

A análise da literatura demonstra que a violência obstétrica constitui fenômeno complexo, envolvendo dimensões individuais, relacionais, profissionais, institucionais e estruturais. Sua compreensão ultrapassa a identificação de agressões físicas explícitas e inclui situações nas quais a mulher experimenta desrespeito, humilhação, coerção, discriminação, negligência, perda de autonomia ou realização de procedimentos sem informação e consentimento adequados.

Bohren et al. (2015), em revisão sistemática de referência, propuseram uma tipologia dos maus-tratos sofridos por mulheres durante o parto em instituições de saúde, identificando categorias relacionadas a abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, falhas no cumprimento de padrões profissionais, relacionamento inadequado

entre mulheres e profissionais e condições ou limitações dos próprios sistemas de saúde.

Essa classificação demonstra que o fenômeno não pode ser atribuído exclusivamente ao comportamento individual de determinados profissionais. Aspectos relacionados à cultura institucional, sobrecarga das equipes, organização inadequada dos serviços, ausência de protocolos, deficiência de recursos e modelos assistenciais excessivamente hierarquizados podem favorecer contextos nos quais práticas desrespeitosas são naturalizadas.

A própria terminologia utilizada merece consideração. Na literatura internacional são encontradas expressões como *obstetric violence*, *mistreatment during childbirth*, *disrespect and abuse* e *disrespectful maternity care*. Embora existam diferenças conceituais, essas abordagens convergem na defesa de uma assistência capaz de preservar dignidade, privacidade, confidencialidade, autonomia e participação da mulher nas decisões.

A OMS (2014) reconheceu formalmente que muitas mulheres vivenciam tratamento desrespeitoso e abusivo durante o parto em instituições de saúde, caracterizando essa situação como questão relacionada à qualidade assistencial e aos direitos humanos.

No Brasil, a discussão assume relevância particular diante da necessidade de compatibilizar segurança clínica, boas práticas obstétricas, autonomia da mulher e princípios de humanização presentes nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, a análise científica deve evitar dois extremos: a normalização de práticas coercitivas historicamente incorporadas aos serviços e a classificação indiscriminada de qualquer intervenção obstétrica como violência. Uma cesariana, indução do trabalho de parto ou outro procedimento clinicamente necessário não constitui violência simplesmente por ser uma intervenção. O problema está relacionado, entre outros aspectos, à ausência de indicação adequada, comunicação deficiente, falta de consentimento quando este é possível ou execução desrespeitosa.

A qualidade da assistência obstétrica deve ser avaliada, portanto, não somente pelos resultados clínicos, mas também pela experiência da mulher. Sobreviver ao parto e receber um recém-nascido clinicamente saudável são resultados fundamentais, porém não anulam eventuais experiências de humilhação, abandono, medo ou perda de autonomia vivenciadas durante a assistência.

4.2 Violência psicológica, comunicação inadequada e perda de autonomia

Entre as manifestações de violência obstétrica, a dimensão psicológica merece especial atenção devido à possibilidade de permanecer invisível nos registros clínicos. Comentários depreciativos, ameaças, ironias, culpabilização, infantilização da mulher e desconsideração de suas manifestações de dor podem produzir sofrimento significativo sem deixar evidências físicas.

Expressões que responsabilizam a mulher pela dor do parto ou questionam sua capacidade de suportá-la constituem exemplos de comunicação incompatível com uma assistência humanizada. Essas práticas podem intensificar sentimentos de medo, vergonha e vulnerabilidade.

A comunicação inadequada também pode ocorrer pela ausência de explicações. Procedimentos realizados sem informar o que será feito, por qual motivo e quais sensações podem ser experimentadas podem produzir percepção de perda de controle sobre o próprio corpo.

A autonomia constitui elemento fundamental nesse debate. Durante o parto, a necessidade de cuidados clínicos não elimina o direito da mulher de receber informações e participar das decisões sempre que as circunstâncias permitirem.

O consentimento não deve ser interpretado como mera assinatura de formulário. Pressupõe comunicação compreensível, oportunidade para perguntas e participação efetiva no processo decisório. Situações emergenciais podem modificar as possibilidades práticas desse processo, mas não anulam o dever de comunicação e respeito.

A percepção de impotência apresenta relevância particular para a saúde mental. Uma mulher pode compreender racionalmente que determinado procedimento foi necessário e, ainda assim, vivenciar emocionalmente a experiência como traumática quando se sente ignorada, desamparada ou incapaz de compreender o que estava acontecendo.

4.3 Repercussões biopsicossociais da violência obstétrica

Os resultados analisados sustentam a necessidade de compreender as consequências da violência obstétrica segundo uma perspectiva biopsicossocial.

Na dimensão biológica, procedimentos inadequados ou intervenções desnecessárias podem contribuir para dor, lesões e recuperação física mais difícil. Entretanto, os impactos físicos não devem ser analisados isoladamente, pois a experiência corporal do parto está profundamente relacionada às dimensões emocional e social.

Na esfera psicológica, experiências negativas podem estar associadas a medo, raiva, tristeza, culpa, sensação de abandono, perda de confiança, ansiedade e sintomas traumáticos. A intensidade dessas repercussões varia consideravelmente entre mulheres e depende de fatores anteriores, características do parto e suporte disponível posteriormente.

Na dimensão social, as consequências podem alcançar relacionamentos familiares, vida conjugal, sexualidade, percepção da maternidade, confiança nas instituições e decisões reprodutivas futuras.

Essa abordagem demonstra que o impacto da assistência não termina na alta hospitalar. Uma experiência obstétrica percebida como violenta pode permanecer presente durante semanas, meses ou períodos mais prolongados, exigindo reconhecimento e acompanhamento adequado.

4.4 Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático

O trauma relacionado ao parto constitui uma das principais interfaces entre assistência obstétrica e saúde mental. O parto pode ser subjetivamente traumático quando a mulher percebe ameaça à própria vida ou à vida do bebê, experimenta dor intensa associada à sensação de desamparo ou vivencia perda significativa de controle e autonomia.

Entretanto, parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) não são conceitos equivalentes. Uma mulher pode descrever seu parto como traumático sem preencher critérios diagnósticos para TEPT. Da mesma maneira, a avaliação de um transtorno mental deve ser realizada por profissional habilitado e segundo critérios clínicos apropriados.

Ayers et al. (2016) demonstraram, em metanálise, que fatores relacionados à experiência subjetiva do nascimento, apoio recebido e características da assistência apresentam relevância para sintomas de TEPT relacionados ao parto.

Entre as possíveis manifestações encontram-se recordações intrusivas, pesadelos, evitação de lembranças do nascimento, hipervigilância, alterações emocionais e sofrimento diante de situações associadas à experiência.

A prevenção do trauma não depende apenas de impedir emergências obstétricas, muitas das quais são imprevisíveis. Mesmo diante de complicações clínicas, comunicação adequada, acolhimento e participação da mulher podem modificar significativamente a maneira como a experiência é percebida.

4.5 Ansiedade e depressão após experiências obstétricas negativas

Ansiedade e depressão constituem importantes problemas de saúde mental durante o ciclo gravídico-puerperal. Sua etiologia é multifatorial e envolve antecedentes pessoais, fatores hormonais, condições sociais, suporte familiar, eventos adversos e características da própria gestação e do parto.

Por essa razão, não é cientificamente adequado afirmar que a violência obstétrica seja causa isolada de depressão pós-parto. Entretanto, experiências de desrespeito, perda de autonomia, medo e trauma podem integrar o conjunto de fatores associados ao sofrimento emocional após o nascimento.

A ansiedade pode manifestar-se por preocupação excessiva, medo relacionado à própria saúde ou à do recém-nascido, insegurança e receio de retornar aos serviços de saúde.

Em determinadas situações, lembranças da assistência podem ser reativadas por consultas, exames ou discussões sobre futuras gestações.

A identificação precoce dessas manifestações é fundamental. Consultas puerperais não devem concentrar-se exclusivamente na recuperação física e nas condições do recém-nascido, sendo necessário incluir avaliação do bem-estar emocional materno.

4.6 Repercussões sobre maternidade, vínculo e amamentação

A relação entre experiência obstétrica e adaptação à maternidade é complexa. É importante evitar afirmações deterministas segundo as quais uma experiência traumática necessariamente prejudicará o vínculo entre mãe e bebê. Contudo, sofrimento emocional intenso pode dificultar alguns aspectos da adaptação ao puerpério.

Dor, privação de sono, ansiedade, sintomas depressivos e lembranças traumáticas podem reduzir a disponibilidade emocional da mulher durante um período que já apresenta demandas significativas.

A amamentação também pode ser influenciada por múltiplos fatores clínicos, sociais e emocionais. Uma assistência respeitosa deve evitar transformar o aleitamento em nova fonte de pressão ou culpabilização.

Humanizar o cuidado significa oferecer suporte técnico e emocional, respeitando as condições e escolhas da mulher e reconhecendo que saúde materna e saúde neonatal são

dimensões interdependentes.

4.7 Sexualidade, imagem corporal e decisões reprodutivas futuras

As repercussões da experiência obstétrica podem alcançar a sexualidade e a relação da mulher com o próprio corpo. Dor persistente, medo, alterações corporais e lembranças relacionadas a procedimentos invasivos podem interferir na retomada da vida sexual.

Quando procedimentos são percebidos como realizados sem consentimento, o impacto sobre a sensação de segurança corporal pode assumir importância ainda maior.

Experiências traumáticas também podem influenciar decisões reprodutivas futuras. Algumas mulheres podem desenvolver medo intenso de nova gestação ou parto. Entretanto, essas decisões são multifatoriais e não devem ser atribuídas exclusivamente à experiência obstétrica anterior.

O acompanhamento multiprofissional pode contribuir para que a mulher elabore a experiência vivenciada e receba informações adequadas antes de uma eventual nova gestação.

4.8 Desigualdades sociais, raciais e vulnerabilidades

A violência obstétrica também deve ser analisada a partir das desigualdades existentes nos sistemas de saúde. As experiências de cuidado não são necessariamente distribuídas de forma equitativa.

Bohren et al. (2015) identificaram estigma e discriminação como categorias relevantes dos maus-tratos durante o parto. Condições socioeconômicas, idade, raça/etnia, migração, deficiência e outras características podem interagir com relações institucionais de poder.

No contexto brasileiro, essa discussão adquire particular relevância diante das desigualdades sociais e raciais historicamente presentes no acesso e na qualidade da assistência à saúde.

A humanização, portanto, exige uma perspectiva de equidade. Tratar todas as mulheres com dignidade não significa ignorar diferenças, mas reconhecer que determinadas populações podem necessitar de estratégias adicionais para superar barreiras estruturais.

4.9 Autonomia, consentimento informado e direitos da mulher

A autonomia constitui um dos fundamentos éticos da assistência humanizada. A

mulher deve ser reconhecida como sujeito ativo do cuidado e não simplesmente como receptora passiva de procedimentos.

Isso implica oferecer informações compreensíveis sobre evolução do trabalho de parto, alternativas disponíveis, intervenções propostas, benefícios e riscos relevantes.

A Lei nº 11.108/2005 representa marco importante no Brasil ao assegurar às parturientes, no âmbito do SUS e da rede própria ou conveniada, o direito à presença de acompanhante durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

A presença de acompanhante não substitui a responsabilidade profissional pelo cuidado respeitoso, mas pode representar importante elemento de apoio emocional e segurança para a mulher.

O respeito à autonomia deve coexistir com a responsabilidade técnica da equipe. Assistência centrada na mulher não significa realização irrestrita de qualquer preferência, mas construção compartilhada das decisões com base em evidências, segurança e comunicação.

4.10 Papel da Enfermagem e da Enfermagem Obstétrica

A Enfermagem ocupa posição estratégica na prevenção da violência obstétrica devido à proximidade estabelecida com a mulher durante diferentes etapas do cuidado.

O enfermeiro pode contribuir para acolhimento, comunicação, educação em saúde, promoção da privacidade, reconhecimento das necessidades individuais e fortalecimento da autonomia.

A Enfermagem Obstétrica apresenta contribuição particular na implementação de práticas baseadas em evidências e na valorização da fisiologia do parto de risco habitual, respeitando os limites de sua atuação e garantindo encaminhamento oportuno diante de intercorrências.

Medidas não farmacológicas para conforto e alívio da dor, incentivo à mobilidade quando clinicamente possível, apoio emocional e respeito às posições escolhidas podem contribuir para uma experiência mais positiva.

Além disso, profissionais de enfermagem podem identificar precocemente sinais de sofrimento emocional e favorecer encaminhamento para acompanhamento psicológico ou outros serviços quando necessário.

Contudo, é fundamental evitar atribuir exclusivamente à Enfermagem a responsabilidade pela humanização. Trata-se de compromisso multiprofissional e institucional.

4.11 Atenção Primária à Saúde e continuidade do cuidado

A Atenção Primária à Saúde apresenta papel fundamental antes e depois do parto. Durante o pré-natal, constitui espaço privilegiado para educação em saúde, identificação de vulnerabilidades psicossociais e discussão sobre expectativas, direitos e possibilidades relacionadas ao nascimento.

A preparação para o parto deve fornecer informações realistas. Humanização não significa prometer ausência de intervenções, pois emergências podem exigir mudanças no planejamento. O objetivo é fortalecer a capacidade da mulher de compreender e participar das decisões.

No puerpério, a APS possui oportunidade de investigar não apenas condições físicas, mas também a experiência emocional do nascimento.

Perguntas abertas sobre como a mulher percebeu o parto podem revelar sofrimento que não seria identificado em avaliações exclusivamente biomédicas.

Diante de sinais de ansiedade, depressão ou trauma, a continuidade do cuidado e articulação com a rede de saúde mental tornam-se essenciais.

4.12 Humanização da assistência obstétrica

A humanização deve ser compreendida como modelo assistencial e não como conjunto de gestos isolados de cordialidade.

A OMS (2018) recomenda cuidado intraparto voltado para uma experiência positiva de nascimento, contemplando assistência respeitosa, comunicação efetiva, acompanhante de escolha e participação da mulher.

Essas recomendações demonstram que qualidade técnica e experiência positiva não são objetivos concorrentes. Uma assistência de excelência deve buscar simultaneamente segurança clínica e respeito à pessoa.

A humanização exige ainda condições adequadas de trabalho. Equipes sobrecarregadas, estruturas inadequadas e ausência de educação permanente podem dificultar a implementação das boas práticas.

Por isso, políticas de enfrentamento à violência obstétrica precisam contemplar também gestão, infraestrutura, dimensionamento profissional, supervisão e avaliação da qualidade.

4.13 Estratégias para prevenção e enfrentamento da violência obstétrica

Os resultados analisados permitem identificar diferentes níveis de intervenção. No nível profissional, destacam-se educação permanente, treinamento em comunicação, atualização baseada em evidências e fortalecimento das competências relacionadas ao consentimento informado.

No nível institucional, protocolos assistenciais devem ser periodicamente revisados e mecanismos seguros de escuta das usuárias precisam ser estabelecidos.

Indicadores de qualidade também podem incorporar medidas relacionadas à experiência da mulher, e não somente resultados clínicos.

No nível da usuária, educação em saúde durante o pré-natal pode favorecer conhecimento sobre direitos e participação nas decisões. Entretanto, não se deve transferir à mulher a responsabilidade de impedir a violência. A obrigação de oferecer cuidado respeitoso pertence aos profissionais, instituições e sistemas de saúde.

A formação universitária também representa espaço fundamental de transformação. Cursos da área da saúde devem abordar direitos humanos, comunicação, ética, diversidade e impactos psicológicos da assistência, paralelamente às competências clínicas.

4.14 Saúde mental materna como componente da segurança e qualidade assistencial

Um dos principais resultados desta revisão consiste na necessidade de incorporar a saúde mental à própria concepção de qualidade obstétrica.

Durante muito tempo, resultados maternos foram avaliados predominantemente por indicadores de mortalidade, morbidade e complicações físicas. Esses indicadores permanecem indispensáveis, mas não representam integralmente a experiência de cuidado.

Uma mulher pode apresentar recuperação clínica satisfatória e simultaneamente experimentar sofrimento psicológico significativo relacionado ao parto.

A avaliação da qualidade deve, portanto, reconhecer experiência, dignidade,

autonomia e bem-estar emocional como dimensões relevantes.

Essa perspectiva também contribui para superar a separação artificial entre saúde física e mental. O sofrimento psicológico pode repercutir no sono, autocuidado, relações familiares, adesão ao acompanhamento e qualidade de vida.

4.15 Síntese dos resultados e discussão

A análise integrada das evidências demonstra que a violência obstétrica constitui fenômeno multidimensional, cujas consequências podem alcançar as esferas física, psicológica e social da vida da mulher.

Os resultados apontam quatro dimensões particularmente importantes: **desrespeito e perda de autonomia; experiência traumática e sofrimento psicológico; desigualdades e vulnerabilidades; e necessidade de transformação dos modelos assistenciais.**

A primeira demonstra que comunicação, consentimento e participação nas decisões não constituem elementos acessórios. São componentes éticos da qualidade assistencial.

A segunda evidencia que experiências obstétricas percebidas como ameaçadoras, humilhantes ou desumanizadas podem estar relacionadas a sofrimento emocional, ansiedade, sintomas depressivos e manifestações traumáticas, embora esses desfechos possuam natureza multifatorial.

A terceira revela que o fenômeno precisa ser analisado considerando desigualdades estruturais. Determinadas mulheres podem enfrentar simultaneamente vulnerabilidades relacionadas a gênero, raça, classe social, idade ou outras condições.

A quarta dimensão demonstra que a prevenção não pode ser reduzida à responsabilização individual dos profissionais. Mudanças sustentáveis exigem transformação institucional, qualificação das equipes, boas condições de trabalho, protocolos baseados em evidências e mecanismos de avaliação da experiência das usuárias.

Nesse contexto, a Enfermagem e a Enfermagem Obstétrica apresentam importante potencial transformador, sobretudo pela proximidade com a mulher e pela possibilidade de promover acolhimento, autonomia e continuidade do cuidado. Entretanto, a responsabilidade pela humanização deve ser compartilhada entre toda a equipe e a gestão dos serviços.

A assistência humanizada não significa oposição à tecnologia, à intervenção obstétrica ou à segurança clínica. Significa utilizar recursos técnicos quando necessários, de maneira proporcional, baseada em evidências e acompanhada de comunicação, respeito e participação da mulher.

Por fim, os resultados reforçam que o enfrentamento da violência obstétrica deve integrar as políticas de promoção da saúde mental materna. Prevenir experiências de desrespeito e reconhecer precocemente suas repercussões psicológicas pode contribuir não apenas para uma experiência de nascimento mais positiva, mas para a integralidade da atenção à saúde da mulher.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica constitui um fenômeno complexo e multifatorial que ultrapassa a dimensão estritamente clínica da assistência ao ciclo gravídico-puerperal. A análise desenvolvida neste estudo evidencia que práticas caracterizadas por desrespeito, humilhação, negligência, discriminação, coerção, comunicação inadequada e realização de procedimentos sem informação ou consentimento apropriados podem produzir repercussões que alcançam as dimensões física, psicológica e social da saúde da mulher.

Os resultados demonstram que a experiência do parto não deve ser avaliada exclusivamente a partir de indicadores tradicionais, como ausência de mortalidade, complicações clínicas ou condições de saúde do recém-nascido. Embora esses parâmetros sejam indispensáveis para avaliação da segurança obstétrica, a qualidade assistencial também envolve dignidade, autonomia, privacidade, comunicação, acolhimento e participação da mulher nas decisões relacionadas ao próprio cuidado.

No âmbito da saúde mental, experiências obstétricas percebidas como ameaçadoras, humilhantes, coercitivas ou marcadas pela sensação de perda de controle podem estar relacionadas a sofrimento emocional significativo. Entre as manifestações descritas na literatura encontram-se ansiedade, medo, tristeza, raiva, culpa, sensação de impotência, sintomas depressivos e manifestações relacionadas ao estresse pós-traumático.

Entretanto, é fundamental evitar relações causais simplificadas. Depressão pós-parto, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático apresentam etiologia multifatorial. História anterior de sofrimento psíquico, condições socioeconômicas, suporte familiar, complicações obstétricas, características individuais e outros eventos

adversos podem contribuir para esses desfechos. A violência ou o desrespeito durante a assistência devem ser compreendidos como possíveis componentes de um conjunto mais amplo de fatores de risco.

A experiência subjetiva do nascimento mostrou-se particularmente relevante. Um parto considerado tecnicamente bem-sucedido pode ser vivenciado pela mulher como traumático quando existe sensação de abandono, medo intenso, ausência de explicações ou perda de autonomia. Dessa forma, a perspectiva da mulher precisa integrar os indicadores utilizados para avaliação da qualidade da assistência obstétrica.

As repercussões também podem ultrapassar o período imediatamente posterior ao nascimento. Experiências negativas podem influenciar a confiança nos profissionais e instituições, a relação da mulher com o próprio corpo, a sexualidade, a adaptação ao puerpério e as decisões relacionadas a futuras gestações. Essas consequências reforçam a necessidade de continuidade do cuidado para além da alta hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica nesse processo. Durante o pré-natal, pode favorecer educação em saúde, conhecimento sobre direitos, identificação de vulnerabilidades psicossociais e preparação para diferentes possibilidades relacionadas ao nascimento. No puerpério, pode contribuir para identificação precoce de sofrimento emocional e articulação com os demais pontos da rede assistencial.

A Enfermagem e, particularmente, a Enfermagem Obstétrica apresentam importante potencial para o fortalecimento de práticas humanizadas. A proximidade com a mulher durante diferentes etapas da assistência favorece acolhimento, escuta qualificada, educação em saúde, apoio emocional, promoção da autonomia e identificação de sinais de sofrimento psicológico.

Entretanto, a humanização não pode ser atribuída exclusivamente à atuação da Enfermagem ou à postura individual de profissionais considerados mais empáticos. Trata-se de responsabilidade compartilhada entre equipes multiprofissionais, instituições, gestores e sistemas de saúde.

Outro aspecto fundamental consiste na garantia da autonomia e do consentimento informado. Reconhecer a mulher como protagonista não significa desconsiderar conhecimentos técnicos ou riscos obstétricos, mas promover decisões compartilhadas sempre que clinicamente possível. Mesmo diante de situações emergenciais, comunicação

clara e tratamento respeitoso permanecem componentes fundamentais da assistência.

Nesse sentido, a humanização não deve ser compreendida como oposição às intervenções obstétricas. Cesarianas, induções, procedimentos instrumentais e outras intervenções podem ser essenciais para proteção da saúde e da vida materna e neonatal quando adequadamente indicados. A problemática reside na utilização indiscriminada, na ausência de informação, na coerção ou na desconsideração das necessidades e direitos da mulher.

A análise também evidenciou a importância das desigualdades sociais na experiência obstétrica. Mulheres em condições de vulnerabilidade podem apresentar maior exposição a barreiras de acesso, discriminação e dificuldades para exercer plenamente sua autonomia. Dessa forma, estratégias de enfrentamento à violência obstétrica devem incorporar princípios de equidade e reconhecer as diferentes condições sociais que atravessam a assistência à saúde.

A prevenção exige mudanças que ultrapassem protocolos clínicos. Educação permanente, formação profissional humanística, treinamento em comunicação, boas condições de trabalho, dimensionamento adequado das equipes, supervisão, mecanismos de escuta das usuárias e avaliação contínua da qualidade constituem elementos fundamentais para transformação dos serviços.

Também se mostra necessário incorporar sistematicamente a saúde mental materna aos programas de assistência obstétrica. Avaliar como a mulher vivenciou o parto, reconhecer experiências potencialmente traumáticas e identificar sintomas de ansiedade, depressão ou estresse pós-traumático podem favorecer intervenções precoces e reduzir a persistência do sofrimento.

Sob a perspectiva da Saúde Pública, o enfrentamento da violência obstétrica demanda abordagem intersetorial e interdisciplinar. Políticas de humanização precisam articular direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, segurança do paciente, saúde mental, formação profissional e organização dos serviços.

Conclui-se que garantir uma experiência obstétrica respeitosa constitui parte indissociável da atenção integral à saúde da mulher. Segurança clínica e humanização não são objetivos antagônicos; ao contrário, devem integrar um mesmo modelo de cuidado fundamentado em evidências científicas, ética, comunicação e respeito à dignidade humana.

O enfrentamento da violência obstétrica exige, portanto, mudança cultural e institucional capaz de substituir modelos autoritários ou excessivamente hierarquizados por práticas centradas na mulher e baseadas na decisão compartilhada. O parto deve ser compreendido simultaneamente como evento clínico, psicológico, social e humano.

Por fim, recomenda-se a ampliação de estudos longitudinais capazes de avaliar as repercussões da experiência obstétrica sobre a saúde mental em médio e longo prazo. Também são necessárias pesquisas brasileiras que analisem desigualdades sociais e raciais, experiências de grupos vulnerabilizados, efetividade das estratégias de humanização e impactos de diferentes modelos assistenciais. A produção contínua de evidências poderá subsidiar políticas públicas e práticas profissionais capazes de garantir às mulheres uma assistência obstétrica cada vez mais segura, respeitosa, equitativa e humanizada.

REFERÊNCIAS

AYERS, Susan; BOND, Rod; BERTULLIES, Susanne; WIJMA, Klaas. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, v. 46, n. 6, p. 1121-1134, 2016. DOI: 10.1017/S0033291715002706. Disponível em: [Cambridge University Press – artigo](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

BOHREN, Meghan A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847. Disponível em: DOI – PLoS Medicine. Acesso em: 09 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: [Presidência da República – Lei nº 11.108/2005](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

CONCEIÇÃO, Haylane Nunes da; GONÇALVES, Claudio Fernando Gomes; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MADEIRO, Alberto Pereira. Disrespect and abuse during childbirth and postpartum depression: a scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, e00236922, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT236922. Disponível em: DOI – Cadernos de Saúde Pública. Acesso em: 09 ago. 2026.

CONCEIÇÃO, Haylane Nunes da; MADEIRO, Alberto Pereira. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 8, e00008024, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT008024. Disponível

em: DOI – Cadernos de Saúde Pública. Acesso em: 09 ago. 2026.

HABIB, Helen H.; MWAISAKA, Jefferson; TORPEY, Kwasi; MAYA, Ernest Tei; ANKOMAH, Augustine. Are respectful maternity care interventions effective in reducing intrapartum mistreatment against adolescents? A systematic review. *Frontiers in Global Women's Health*, v. 4, 1048441, 2023. DOI: 10.3389/fgwh.2023.1048441. Disponível em: DOI – Frontiers in Global Women's Health. Acesso em: 09 ago. 2026.

LEITE, Tatiana Henriques; PEREIRA, Ana Paula Esteves; LEAL, Maria do Carmo; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, v. 273, p. 391-401, 2020. DOI: 10.1016/j.jad.2020.04.052. Disponível em: DOI – Journal of Affective Disorders. Acesso em: 09 ago. 2026.

LEITE, Tatiana Henriques et al. The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: findings from “Birth in Brazil”. *Women and Birth*, v. 35, n. 1, p. e28-e40, 2022. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.02.006. Disponível em: [PubMed – artigo](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

LEITE, Tatiana Henriques et al. The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 19, 100438, 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100438. Disponível em: DOI – The Lancet Regional Health – Americas. Acesso em: 09 ago. 2026.

MARTINEZ-VÁZQUEZ, Sergio; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, Julián; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio; MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, v. 11, n. 5, art. 338, 2021. DOI: 10.3390/jpm11050338. Disponível em: [Journal of Personalized Medicine – artigo completo](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

ORTIZ-ESQUINAS, Inmaculada et al. Perception of obstetric violence and risk of post-traumatic stress disorder at 6 months postpartum: an observational study. *Frontiers in Psychology*, v. 16, 1712911, 2025. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1712911. Disponível em: DOI – Frontiers in Psychology. Acesso em: 09 ago. 2026.

PAIZ, Janini Cristina et al. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 22, art. 664, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04978-4. Disponível em: [DOI – BMC Pregnancy and Childbirth](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

SILVA, Júlia Carla Oliveira et al. A systematic review of the prevalence and types of obstetric violence on the health and well-being of women in Brazil. *Research, Society and*

Development, v. 12, n. 5, e8212541526, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i5.41526. Disponível em: DOI – Research, Society and Development. Acesso em: 09 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: [World Health Organization – documento oficial](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponível em: [World Health Organization – recomendações para assistência intraparto](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO labour care guide: user's manual*. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-001756-6. Disponível em: [World Health Organization – Labour Care Guide](#). Acesso em: 09 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Compendium on respectful maternal and newborn care*. Geneva: World Health Organization, 2025. ISBN 978-92-4-011093-9. Disponível em: [World Health Organization – Compendium on Respectful Maternal and Newborn Care](#). Acesso em: 09 ago. 2026.