UFSM

REUFSM
REVISTA DE ENFERMAGEM DA UFSM

ISSN 2179-7692
ACESSO ABERTO

Rev. Enferm. UFSM, v.16, e28, p.1-21, 2026 •
Submissão: 01/03/2026 • Aprovação: 27/08/2026 • Publicação: 12/11/2026

Artigo original

Violência obstétrica na percepção de enfermeiros obstetras: um estudo qualitativo*

Obstetric violence as perceived by nurse-midwives: a qualitative study

Violencia obstétrica en la percepción de enfermeros obstetras: un estudio cualitativo

Marcelexandra Rabelo[I], Mara Ambrosina de Oliveira Vargas[I], Denise Antunes de Azambuja Zocche[II], Ana Carla Petersen de Oliveira Santos [III], Ana Paula de Assis Sales[IV], Isadora Vieira Frandolozo[I]

[I] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
[II] Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Chapecó, Santa Catarina, Brasil
[III] Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil
[IV] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

***** Manuscrito extraído da Tese: Estratégias de enfrentamento à violência obstétrica no Brasil. Programa de Pós graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 2026.

Resumo

Objetivo: descrever a concepção sobre a violência obstétrica na perspectiva de enfermeiros obstetras. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 60 enfermeiros obstetras, contemplando as cinco regiões do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e junho de 2024, por meio de um *survey* eletrônico. Os dados foram processados pelo *software* de análise qualitativa IRAMUTEQ e submetidos ao método de categorização temática de conteúdo. **Resultados**: foram identificados 60 segmentos de texto, unidades de registro representadas em quatro classes, e duas categorias: Violência obstétrica como desrespeito à autonomia da mulher e Violência obstétrica como resultado de condutas violentas no cuidado em saúde e Enfermagem. **Conclusão:** os resultados evidenciaram que, na perspectiva dos enfermeiros obstetras, a violência obstétrica é representada por meio do desrespeito, da realização de intervenções e condutas desnecessárias e da limitação da autonomia feminina.

Descritores: Violência Obstétrica; Enfermeiros Obstetras; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Advocacia em Saúde; Parto

Abstract

Objective: to describe the conception of obstetric violence as perceived by nurse-midwives. **Method:** a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, conducted with 60 nurse-midwives from all five regions of Brazil. Data collection took place between April and June 2024 through an electronic survey. The data were processed using the qualitative analysis software

Artigo publicado por Revista de Enfermagem da UFSM sob uma licença CC BY.

IRAMUTEQ and subjected to the thematic content categorization method. **Results**: 60 text segments were identified, representing units of registration organized into four classes and two categories: Obstetric violence as disrespect for women's autonomy and Obstetric violence as a result of violent practices in health care and Nursing. **Conclusion:** the results showed that, from the perspective of nurse-midwives, obstetric violence is represented by disrespect, the performance of unnecessary interventions and practices, and the limitation of women's autonomy.
Descriptors: Obstetric Violence; Nurse Midwives; Reproductive Rights; Health Advocacy; Parturition

Resumen

Objetivo: describir la concepción de la violencia obstétrica desde la perspectiva de los enfermeros obstétricos. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado con 60 enfermeros obstétricos, que abarca las cinco regiones de Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar entre los meses de abril y junio de 2024, mediante una encuesta electrónica. Los datos se procesaron mediante el *software* de análisis cualitativo IRAMUTEQ y se sometieron al método de categorización temática del contenido. **Resultados:** se identificaron 60 segmentos de texto, unidades de registro representadas en cuatro clases y dos categorías: «La violencia obstétrica como falta de respeto a la autonomía de la mujer» y «La violencia obstétrica como resultado de conductas violentas en la atención sanitaria y la enfermería». **Conclusión:** los resultados pusieron de manifiesto que, desde la perspectiva de los enfermeros obstétricos, la violencia obstétrica se manifiesta a través de la falta de respeto, la realización de intervenciones y conductas innecesarias y la limitación de la autonomía de la mujer.
Descriptores: Violencia Obstétrica; Enfermeras Obstetrices**;** Derechos Sexuales y Reproductivos; Defensa de la Salud; Parto

Introdução

No Brasil, observa-se a expansão da produção científica sobre a Violência Obstétrica (VO), acompanhada pela diversidade de conceitos e terminologias empregados para abordar suas diferentes manifestações. Nesse contexto, compreender esse fenômeno constitui um elemento fundamental para subsidiar a discussão e a implementação de mudanças nas práticas assistenciais e na organização dos serviços de saúde, com vistas à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Essa compreensão também permite reconhecer a complexidade e a multidimensionalidade da VO, bem como seus potenciais impactos sobre a saúde materna e a experiência das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.[1]

O termo "VO", também denominada violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto, foi utilizado pela primeira vez em 2007, na Venezuela, com a proposta de tipificar e legislar sobre o tema, por meio da *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violência*.[2] Em 2009, a Argentina avançou na proteção dos direitos

das mulheres com a promulgação da *Ley de Protección Integral a las Mujeres*, reforçando o reconhecimento da VO como uma expressão da violência de gênero.[3]

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos demonstraram que a VO está inserida em um contexto de desigualdades estruturais e institucionais que sustentam a violência de gênero.[4] Esse cenário é agravado por marcadores sociais como raça/cor e condição socioeconômica, que tornam determinados grupos mais vulneráveis. Mulheres expostas a essas e outras formas de vulnerabilidade social estão mais suscetíveis a vivenciar esse tipo de violência.[5-6]

A atenção obstétrica brasileira está ancorada no modelo tecnocrático, marcada pelo excesso de procedimentos e intervenções, muitas vezes desnecessários e sem o consentimento esclarecido das mulheres, comprometendo sua autonomia, e o direito à informação e favorecendo a ocorrência da VO.[7] Dessa forma, o Brasil tem buscado transformar o modelo obstétrico, com o compromisso de reduzir intervenções desnecessárias, como cesarianas sem indicação clínica, de enfrentar a VO e de superar práticas historicamente e culturalmente marcadas pela medicalização e pela desconsideração do protagonismo das mulheres.[8]

Nesse sentido, percebe-se uma resistência dos profissionais em reconhecer os direitos reprodutivos devido à naturalização das práticas obstétricas rotineiras, o que torna a advocacia em saúde da mulher um grande desafio. A VO vai além da categorização, pois constitui uma violência estrutural (multicausal e multidimensional) socialmente naturalizada, evidenciada na opressão da violência de gênero, na violação de direitos humanos e dos direitos à saúde reprodutiva.[7]

Para reconhecer o parto como exercício da sexualidade feminina e modificar esse paradigma, faz-se necessária uma reflexão sobre os processos culturais e sociais associados a esse fenômeno, bem como validar as políticas públicas e como elas são refletidas na saúde das mulheres cotidianamente. Tais políticas devem proporcionar subsídios teóricos-reflexivos para os profissionais, de modo a minimizar práticas intervencionistas inadequadas.[8]

Nesse contexto, a Enfermagem posicionou-se adjacente ao Direito e à Medicina e atua como defensora da parturiente, a fim de prevenir condutas inadequadas, promover o conforto, a segurança e ações de empoderamento durante o parto, que,

apesar de demonstrar vulnerabilidade, envolve humanidade nas relações, a partir do princípio ético, do vínculo e da responsabilidade pela continuidade do cuidado.[9]

Os movimentos políticos e sociais da profissão, como o *Nurse Manifest* e o *Nursing Now,* mobilizam os enfermeiros para um maior envolvimento político, que pode ser fortalecido por ações inovadoras de *advocacy* em defesa da saúde das mulheres. Para tanto, a liderança, a voz ativa e a presença dos enfermeiros nos espaços sociais, bem como o desenvolvimento de projetos de inovação na saúde da mulher, podem contribuir não somente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, dentre os quais a igualdade de gênero, mas também com o crescimento da profissão frente à sociedade.[10]

Este estudo justifica-se pela necessidade de integrar diferentes conceitos para reconhecer e analisar a VO, considerando os múltiplos fatores e aspectos físicos, biológicos, sociais e culturais envolvidos. Assim, apresenta-se como objetivo: descrever a concepção sobre a VO na perspectiva de enfermeiros obstetras.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa vinculado ao macroprojeto de pesquisa intitulado: Estratégias de enfrentamento à VO em maternidades públicas brasileiras na perspectiva dos direitos humanos e da advocacia em saúde.

A amostra não probabilística foi composta por meio da técnica de bola de neve, iniciada a partir da indicação de Enfermeiros Obstetras (EO) pelas presidentes das seccionais da Associação de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), e estes foram indicando outros participantes. Esta estratégia, em que se utilizam redes de referências, pode ser aplicável em pesquisas com grupos restritos ou temas sensíveis, viabilizando a obtenção da amostra.[11]

Adotou-se como critério de inclusão a atuação profissional como EO por período mínimo de um ano na assistência ao trabalho de parto e parto. Foram excluídas as EO que atuavam exclusivamente em outros cenários da assistência obstétrica, tais como pré-natal, puerpério ou outras áreas de atenção à saúde da mulher, sem experiência de atuação na assistência ao parto ao longo de sua prática profissional. Aquelas que não concluíram o preenchimento do instrumento de pesquisa foram consideradas perdas.

A coleta de dados ocorreu de abril a junho de 2024, com 60 EO, por meio de *survey* eletrônico disponibilizado via *Google Forms*, cujo *link* foi encaminhado aos participantes por aplicativo de mensagens *WhatsApp*. O instrumento de coleta foi estruturado em três partes: apresentação da pesquisa, aspectos éticos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); caracterização biográfica dos participantes; e seis questões abertas sobre o conceito de VO, suas manifestações, exemplos vividos no cotidiano dos serviços de saúde, fatores que contribuem, práticas de VO por enfermeiros e conhecimento prévio sobre VO.

A organização dos dados iniciou-se com a pré-análise, por meio da leitura flutuante de cada resposta, a partir do relatório gerado com todas as respostas em arquivo do *Microsoft Excel,* e posteriormente transferidas para arquivo formato txt, a fim de constituir o *corpus* textual a ser processado pelo *software* de análise qualitativa *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionaires* (IRAMUTEQ).[12]

Após esse processo, sucedeu-se a exploração do material: o *corpus* foi criado e classificado em 64 Seguimentos de Texto (ST), sendo que desses, 60 foram aproveitados, o que constituiu aproveitamento de 92,3%. A relação pode ser visualizada a partir do dendrograma elaborado por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) fornecida pelo *software* IRAMUTEQ.

Na fase de exploração do material, o *corpus* textual foi submetido ao processamento pelo IRAMUTEQ, possibilitando identificar, nos 60 ST, as unidades de registro, a identificação de formas lexicais, frequência e relação entre os termos relevantes: dano, agressão, praticar, violência institucional, intervenção, desnecessário, autonomia, processo, consentimento, direito e dignidade.

Para classificar os ST, optou-se por utilizar o método de CHD a fim de repartir os vocábulos presentes nos ST de acordo com a frequência. A CHD criou um dendrograma que mostra as divisões hierárquicas das classes, indicando como os segmentos de texto estão relacionados tematicamente.

A partir dos resultados fornecidos pelo IRAMUTEQ, os pesquisadores retomaram os ST e seus respectivos contextos, buscando identificar os sentidos atribuídos pelos participantes ao fenômeno investigado. As classes lexicais e as relações de concorrência foram interpretadas em articulação com as unidades de registro, subsidiando o processo de construção das categorias de análise à luz dos objetivos do estudo, do *corpus* original e do referencial teórico adotado.[2,8] As categorias foram construídas e interpretadas pelos pesquisadores a partir da convergência entre as evidências textuais e os resultados lexicais fornecidos pelo IRAMUTEQ.

Com base nessa análise, os sentidos fundamentaram a construção das duas categorias temáticas:[13] Violência obstétrica como desrespeito à autonomia da mulher e Violência obstétrica como resultado de condutas violentas no cuidado em saúde e Enfermagem.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob parecer consubstanciado de nº 6.744.764, de 04 de abril de 2024, e CAAE: 77506024.0.0000.0121, e atendeu a todos os aspectos éticos e legais estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e nº 510/2016, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O anonimato, o sigilo e a confidencialidade dos participantes foram garantidos pelo uso das letras EO seguidas de numeral em ordem crescente (EO 01, EO 02, e assim por diante), além da assinatura do TCLE.

O estudo foi conduzido em conformidade com os tópicos do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para auxiliar os pesquisadores a relatar com qualidade e transparência as informações obtidas.

Resultados

Em relação ao vínculo profissional, observou-se a predominância de participantes vinculados a instituições públicas, o que reflete a maior inserção dos EO e obstetrizes nos serviços públicos de atenção obstétrica, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes, quanto ao vínculo e atuação profissional. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2026

Vínculo profissional	n=60	**%**
Instituições públicas	45	75
Autônomas	10	17
Instituições privadas	05	8
Local de atuação		
Hospital/maternidades	24	40
Centro de Parto Normal	02	3
Universidades	15	25
Serviço autônomo	12	20
Secretaria de Saúde	02	3
Aposentadas	03	5
Conselho Regional de Enfermagem	02	3

Quanto à distribuição geográfica dos participantes, os dados evidenciam a participação de profissionais de todas as regiões brasileiras, com maior representatividade da Região Sul, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes de acordo com as regiões do país. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2026

Regiões do Brasil	n=60	%
Norte	08	13
Nordeste	11	18
Centro-Oeste	07	12
Sudeste	09	15
Sul	25	42

Quanto ao tempo de formação na pós-graduação em Obstetrícia, verificou-se uma distribuição relativamente homogênea entre as categorias.

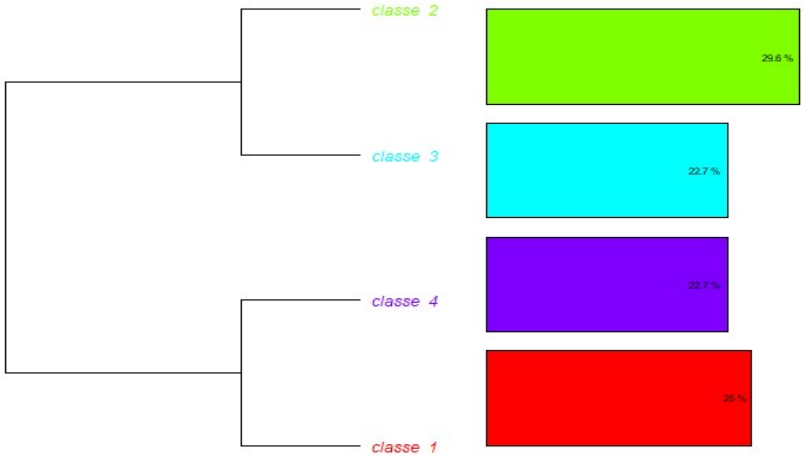
Em relação à modalidade de formação em Obstetrícia, observou-se predominância da especialização *lato sensu*. Esses dados caracterizam a diversidade dos percursos formativos dos participantes na área da Obstetrícia, de acordo com a Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos participantes, quanto à formação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2026

Tempo de formação	n=60	**%**
11 anos	24	40
21 anos	22	37
Entre 6 e 10 anos	08	13
Até 5 anos	06	10
Pós-graduação em obstetrícia		
Mais de 21 anos	15	25
Entre 11 e 20 anos	14	23
Entre 6 e 10 anos	15	25
Até 5 anos	16	27
Modalidade de pós-graduação		
Especialização	44	73
Residência em Obstetrícia	15	25
Residência em Saúde da Mulher	01	2

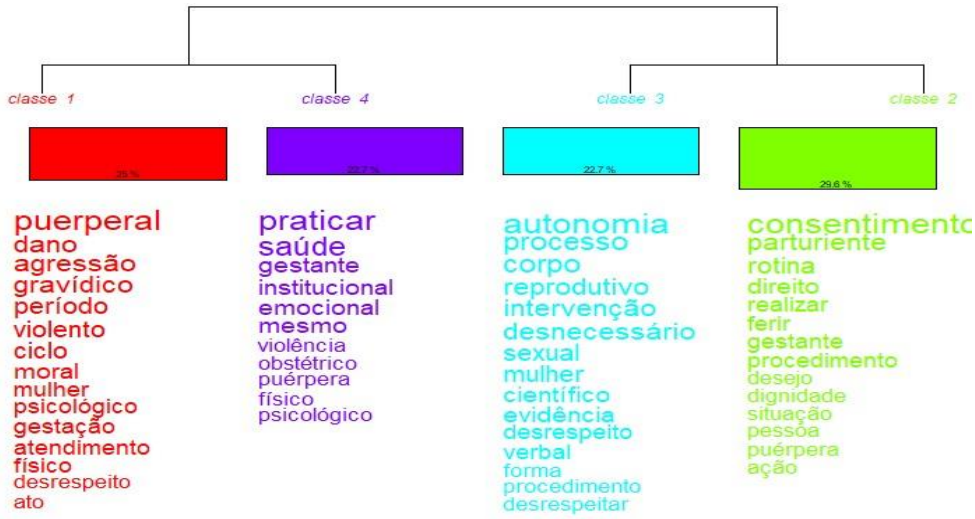
O *corpus* textual foi processado pelo IRAMUTEQ que classificou os ST em função de seus respectivos vocábulos e os repartiu de acordo com a frequência de formas reduzidas. Diante do processamento do *corpus*, os ST apresentados em cada classe foram obtidos a partir das palavras mais recorrentes, aspecto que possibilitou a identificação de temas. O tratamento do *corpus* foi concluído em zero hora, zero minuto e 45 segundos, período durante o qual foram classificados 64 ST, e dos quais 60 foram aproveitados, o que correspondeu a um aproveitamento de 92,3%. A relação pode ser visualizada no dendrograma elaborado por meio da CHD fornecida pelo *software* IRAMUTEQ, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Dendrograma das classes fornecido pelo *software* IRAMUTEQ. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2024



A Figura 2 representa o dendrograma com as subdivisões realizadas no *corpus* textual até que se alcançassem as classes finais. A leitura das classes, em função da análise da relação proposta entre elas, deve ser realizada da esquerda para a direita, em que as divisões dos ST apresentam vocabulário com frequência semelhante dentro de cada classe e divergente entre as classes.

Figura 2 - Dendrograma das classes geradas pelo *software* IRAMUTEQ por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2026



A descrição das classes foi realizada com base na análise das palavras individualmente, no contexto dos ST e de sua relação com os conceitos previamente eleitos (direitos reprodutivos e sexuais e *advocacy*). Os trechos retirados do *corpus* textual foram indexados após o recorte, conforme os fragmentos foram estabelecidos pelo *software* IRAMUTEQ, após o processamento dos dados, o que gerou duas categorias, a saber:

Na categoria Violência Obstétrica como desrespeito à autonomia da mulher, representada pelas classes 3 e 2, foram evidenciadas situações em que procedimentos e condutas assistenciais são realizados sem o consentimento da mulher, com desconsideração de sua participação nas decisões relacionadas ao próprio corpo e ao processo de nascimento. Os achados revelam a violação do direito à autonomia, ao protagonismo e à tomada de decisão informada, princípios fundamentais para uma assistência obstétrica humanizada e baseada em direitos.

As palavras de maior frequência nesta categoria foram “autonomia” e “consentimento”, associadas à realização de intervenções e à manutenção de rotinas assistenciais, muitas vezes desnecessárias, durante o trabalho de parto, parto e nascimento, sem a participação ativa ou autorização da mulher.

> *Apropriação do corpo da mulher e dos seus processos reprodutivos, por parte de profissional de saúde, desconsiderando a sua autonomia e a sua condição de decidir sobre o próprio corpo e sexualidade. (EO3)*
> *Desrespeito à autonomia da mulher, representada por falas, procedimentos invasivos, procedimentos sem consentimentos. (EO7)*
> *Qualquer ação que desrespeite a mulher como protagonista de seu processo gestacional. Ações sem decisão compartilhada com a mulher, que não respeitam sua autonomia sobre seu próprio corpo. (EO20)*
> *É tudo que é feito no corpo da mulher sem o seu consentimento e sem informações [...] achar que sabe o que é melhor para mulher sem explicar e sem conversar com a mulher para decidir algum procedimento ou intervenção. (EO59)*
> *Desrespeito à mulher, não a incluir nas decisões sobre o cuidado a ser oferecido ou realizar procedimentos sem a sua anuência ou contra a vontade dela. (EO9)*
> *É qualquer ação sem o consentimento da mulher, de desrespeito, de negligência ou de abuso que ocorra durante a assistência obstétrica. (EO11)*

Na categoria Violência Obstétrica como resultado de condutas violentas no cuidado em saúde e Enfermagem, representada pelas classes 1 e 4, foram evidenciadas práticas relacionadas à violência física, verbal, moral e psicológica perpetradas por profissionais de saúde durante a assistência obstétrica.

Essa categoria contempla ações e comportamentos que podem causar sofrimento, constrangimento, danos físicos ou emocionais às mulheres no contexto do cuidado. As palavras de maior destaque foram, “agressão”, “violento” e “dano”, associadas às expressões “danos físicos” ou “psicológicos”, evidenciando diferentes formas de desrespeito e violação dos direitos das mulheres durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

> *Não agir de forma respeitosa [...] provocar lesão física, emocional, simbólica ou sexual. (EO10)*
> *Desrespeito, abuso e atos violentos contra a mulher no seu processo reprodutivo, podendo lhe causar danos irreversíveis mentalmente, físico e sexual. (EO45)*
> *A violência obstétrica pode ocorrer de forma física, psicológica, patrimonial, moral e institucional. (EO47)*
> *É quando a mulher sofre maus-tratos, desrespeito e agressão de cunho verbal, psicológico ou físico durante os períodos de gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, tendo seus direitos humanos e sua dignidade infringidos. (EO46)*

Além das manifestações explícitas de violência, os participantes associaram as condutas violentas às práticas assistenciais obsoletas, às intervenções sem evidências científicas e às ações que produzem sofrimento físico e emocional durante o cuidado obstétrico. Tais situações revelam a desconsideração pela singularidade da mulher, comprometendo sua dignidade, autonomia e o exercício pleno de seus direitos sexuais e reprodutivos.

> *É o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo se manifestar por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. (EO26)*
> *São ações obstétricas ultrapassadas, contraindicadas e prejudiciais, que provocam danos físicos, emocionais e psicológicos à pessoa em estado de abortamento e à mulher durante a gestação, no parto e no pós-parto. (EO17)*

Os achados reforçam a importância de uma assistência obstétrica fundamentada em evidências científicas, no respeito à autonomia, na comunicação qualificada e na tomada de decisão compartilhada, reconhecendo a mulher como sujeito de direitos e protagonista das decisões relacionadas ao seu processo reprodutivo.

Discussão

O estudo revela que, na percepção das participantes, a VO é compreendida como uma violação da autonomia feminina e como uma apropriação indevida do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde.[7,10]

As percepções revelam que a prática violenta não está restrita à realização de procedimentos invasivos, mas também envolve, sobretudo, a exclusão da mulher dos processos decisórios, provocando uma ruptura com os princípios da assistência baseada em direitos.[10]

O cuidado às mulheres em trabalho de parto e parto é permeado por relações assimétricas de poder, nas quais o conhecimento técnico-profissional pode ser exercido de forma hierarquizada, colocando a mulher em posição de passividade nas decisões e favorecendo, assim, a apropriação do processo de parturição e instituindo modelos assistenciais que compreendem o corpo feminino como objeto de intervenção, e não como espaço de autonomia, singularidades e direitos.[14]

As EO destacam o consentimento informado como elemento central para a caracterização da VO e associam a VO à realização de procedimentos sem explicação prévia, sem participação da mulher ou sem sua autorização, inclusive procedimentos invasivos que acabam sendo realizados mesmo sem consentimento. Nesse sentido, a ausência de comunicação efetiva e de decisão compartilhada transforma uma intervenção tecnicamente indicada em uma experiência potencialmente violadora, uma vez que desconsidera o direito da mulher de compreender, aceitar ou recusar condutas relacionadas à sua assistência.[15]

Cabe destacar que o tema da tomada de decisão compartilhada é valorizado entre as participantes como um componente essencial do cuidado obstétrico respeitoso. O depoimento de EO20 reforça que qualquer ação que retire da mulher o protagonismo do processo gestacional representa uma violação de sua autonomia: ações que não envolvem a decisão compartilhada com a mulher e que não respeitam sua autonomia sobre o próprio corpo. Esse achado demonstra que os profissionais reconhecem a autonomia não apenas como a possibilidade formal de consentir, mas como um processo contínuo de participação ativa, comunicação efetiva, construção de vínculo e tomada de decisões em conjunto.[16]

A VO pode ocorrer de forma sutil, por meio da naturalização de condutas profissionais baseadas na ideia de que o profissional “sabe o que é melhor” para a mulher, conforme identificado por EO59. Essa concepção revela um modelo paternalista de assistência, no qual a autoridade técnica se sobrepõe à capacidade da mulher de decidir sobre seu corpo.[14] Embora o conhecimento científico seja fundamental para a prática obstétrica, ele não deve substituir a autonomia da mulher, mas subsidiar decisões informadas e compartilhadas.

Os participantes também associaram a VO a situações de desrespeito, negligência e abuso durante a assistência, ampliando sua compreensão para além dos atos físicos, ao incluir dimensões éticas, relacionais e falhas de comunicação.

Nesse contexto, a VO deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, relacionado tanto às ações individuais dos profissionais quanto às características estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Relações hierárquicas, modelos assistenciais medicalizados e a naturalização de determinadas práticas podem favorecer a perpetuação de

condutas que cerceiam a autonomia feminina e limitam sua participação nas decisões sobre o próprio corpo e o processo de nascimento.

Para a EO, esses achados reforçam a importância de uma prática fundamentada no respeito, na escuta qualificada, na comunicação efetiva e na tomada de decisão compartilhada. O cuidado obstétrico ético pressupõe reconhecer a mulher como protagonista da experiência do parto, garantindo informações adequadas, consentimento livre e esclarecido e participação ativa nas escolhas relacionadas à assistência recebida.[16]

Os achados deste estudo corroboram a permanência de um modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento no Brasil, no qual o contexto institucional e as práticas assistenciais podem favorecer a reprodução da VO. Evidenciam-se a predominância de um modelo tecnocrático, marcado pelo uso excessivo de tecnologias duras, pela medicalização do processo de parturição e pela adoção de intervenções destinadas à aceleração do trabalho de parto, muitas vezes em detrimento da individualidade, da autonomia e do protagonismo feminino.[17]

Em estudo realizado no sul do estado de Minas Gerais, com profissionais da saúde que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto, foi identificado que, dentre as tantas formas de violência, uma das mais recorrentes é a violência verbal, além da banalização de condutas e práticas mecanizadas utilizadas rotineiramente para acelerar o processo de nascimento.[16] As agressões aqui reconhecidas pelos participantes como violência verbal, palavras ou comentários que ridicularizam a mulher durante o trabalho de parto e parto, também foram verificadas em outros estudos sobre VO, comumente presentes nas maternidades brasileiras, o que pode causar sérios impactos psicológicos e depressão pós-parto, além de marcas emocionais duradouras.[18]

Para a EO, as políticas públicas voltadas ao fortalecimento de práticas de assistência qualificada e humanizada ao parto vêm sendo construídas e consolidadas progressivamente. Embora esse movimento tenha suas raízes no século XX, ganhou maior visibilidade a partir da década de 1990, com a publicação, pela OMS, do Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, em 1996, documento que propôs a revisão de práticas intervencionistas e o incentivo à adoção de condutas baseadas em evidências científicas.[18] Posteriormente, em 2018, a OMS atualizou suas recomendações diante do cenário mundial de aumento expressivo das taxas de cesarianas, da medicalização

crescente do nascimento e da persistência de elevadas taxas de mortalidade materna, especialmente em países de baixa e média renda.[19]

Apesar dos avanços nas políticas de saúde materna e neonatal, a mortalidade materna permanece um importante problema de saúde pública mundial. Aproximadamente 260 mil mulheres morreram em 2023 por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério, correspondendo a cerca de 712 mortes diárias, sendo a maioria decorrente de causas evitáveis mediante acesso oportuno a cuidados qualificados e assistência baseada em evidências.[20] Os sistemas de saúde devem garantir uma assistência obstétrica pautada no respeito, na dignidade e nos direitos das mulheres, por meio de políticas claras, capacitação e suporte aos profissionais.[21] Nesse contexto, experiências exitosas de cuidado respeitoso devem ser fortalecidas e disseminadas, associadas ao monitoramento contínuo da qualidade da assistência.[22]

Nesse contexto, a atuação da EO assume papel estratégico na transformação do modelo de atenção ao parto e nascimento, contribuindo para a implementação de práticas fundamentadas na fisiologia do parto, no respeito à autonomia das mulheres, na redução de intervenções desnecessárias e na promoção de um cuidado seguro, ético e centrado na pessoa.

Para reconhecer, enfrentar e erradicar a violência obstétrica, faz-se necessária a construção de marcos legais e institucionais, bem como o reconhecimento e a legitimidade do termo "VO" no campo da saúde. Entretanto, há resistência entre os profissionais, cuja rejeição frequentemente está relacionada a interpretações baseadas em experiências pessoais e concepções socioculturais historicamente construídas sobre o corpo feminino e o parto. Essas resistências podem dificultar a problematização de práticas naturalizadas e a identificação de situações que configuram desrespeito, abuso ou violação de direitos.[17]

Os participantes destacaram a ausência de consentimento e o desrespeito dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto, expressos por atitudes desumanas e xingamentos, evidenciando que procedimentos e intervenções sem a participação ativa da mulher violam sua autonomia e seus direitos. Além disso, ressaltaram a insuficiência de informações disponibilizadas às mulheres, o que compromete a tomada de decisão consciente e compartilhada sobre o próprio corpo, sua sexualidade e seu processo reprodutivo.[23]

Nesse contexto, destaca-se o papel da EO na transformação do modelo assistencial, reconhecendo que a atenção ao parto deve ser centrada na mulher, em suas necessidades, escolhas e singularidades. A EO, enquanto profissional comprometida com o cuidado ético e humanizado, atua como defensora dos direitos, interesses e necessidades das mulheres. Essa atuação fundamenta-se nos princípios da advocacia em saúde, da autonomia, do respeito à dignidade humana e da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, elementos essenciais para uma assistência obstétrica segura e baseada em direitos.[24]

O estudo realizado em Minas Gerais com Enfermeiros Residentes em Obstetrícia, no qual os participantes reconheceram a ocorrência da VO em diferentes formas durante suas experiências de formação, incluindo manifestações verbais, físicas, psicológicas, negligência, omissões e coerção, corrobora os resultados da presente pesquisa, na qual os participantes relataram vivenciar ou presenciar práticas assistenciais marcadas por intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto. Tais condutas podem repercutir negativamente na experiência do nascimento, ocasionando sofrimento, traumas e memórias negativas relacionadas ao parto.[25]

A convergência entre esses estudos revela a necessidade de fortalecer processos formativos e institucionais que promovam a assistência baseada em evidências. Nesse contexto, a formação dos EO assume papel estratégico para a desconstrução de práticas intervencionistas desnecessárias e para a consolidação de um modelo de cuidado centrado na mulher e fundamentado nos direitos humanos. O relatório de 2021 da *United Nations Population Fund* (UNFPA) assinala que a presença desse profissional, no parto, reduz a violência obstétrica de forma direta, comprovando que a atuação destes profissionais reduz procedimentos desnecessários e o número de cesáreas e, ainda, aumenta a satisfação biopsicossocial no processo de parir.[25-26]

Reconhecer a EO como profissional fundamental na assistência obstétrica vai ao encontro das políticas públicas brasileiras que incentivam sua inserção e a consolidam como peça-chave nas ações de educação em saúde ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Tal reconhecimento fortalece a premissa da tríade mulher-profissionais-gestores, na qual todos são agentes ativos na construção e transformação do modelo obstétrico brasileiro.[25]

Embora a EO possua em sua formação as melhores evidências para garantir um processo de parturição livre de VO, empecilhos hierárquicos e institucionais a impedem na tomada de decisão de advogar em prol das mulheres, o que se configura também como um cerceamento do exercício profissional baseado na beneficência da assistência humanizada, explicitando a violência institucional. A ausência de legislação robusta que criminalize as práticas violentas, a fragilidade na formação acadêmica dos profissionais da saúde somadas ao conhecimento superficial das parturientes sobre seus direitos, corroboram para a VO.[25]

As práticas humanizadas devem constituir um eixo central da atuação da EO, orientando uma assistência fundamentada na legislação profissional, nas recomendações baseadas em evidências científicas e nas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. Nesse contexto, sua atuação deve ser permeada pelos princípios da advocacia em saúde, cuja premissa é a promoção da equidade, da defesa dos direitos e da oferta de cuidados centrados na mulher.[21,23]

Além disso, cabe à EO contribuir para a superação do modelo biomédico, historicamente centrado na autoridade do profissional e na medicalização do processo reprodutivo, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção obstétrica humanizado. Esse modelo reconhece a mulher como protagonista do processo de gestação, parto e nascimento, assegurando sua participação ativa nas decisões, o respeito às suas escolhas, à sua autonomia e aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Neste estudo, o desrespeito, a negligência e o abuso durante a assistência obstétrica foram amplamente observados pelos EO. Fica evidente que, para erradicar a VO, é necessário o reconhecimento dessas práticas obstétricas cotidianamente naturalizadas nos serviços de saúde, além da conscientização e reflexão sobre tais práticas desnecessárias, abusivas e com teor de violência.

Para além dos serviços de saúde, a VO deve ser amplamente discutida como direito constitucional à saúde e à melhor assistência. De acordo com os relatos dos EO, nesta pesquisa, no Brasil, a legislação sobre essa temática ainda é muito frágil e o termo, pouco conhecido. A lei mais antiga foi aprovada em 2017 no estado da Paraíba, seguida por Minas Gerais, Paraná, Amazonas, Tocantins, Rondônia, Goiás, Pernambuco, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro, sendo em 2024 a mais recente, no Distrito Federal.[27]

Em Santa Catarina, a lei vigente incluiu um capítulo discriminando a VO dentro da lei que trata sobre violência contra a mulher (capítulo V); os demais estados não possuem leis aprovadas ou ainda estão nas discussões iniciais nas casas legislativas.[27]

Vale destacar que, para este estudo, foram convidados EO das cinco regiões do Brasil, conforme indicação da ABENFO, para que diferentes realidades pudessem ser evidenciadas, e os resultados corroboram os estudos recentes que apresentam a fragilidade do reconhecimento, do debate e das legislações existentes.

Como fatores limitantes deste estudo, têm-se a identificação da VO, uma vez que pode ter sido dificultada pela naturalização de determinadas práticas no contexto da assistência obstétrica, influenciando a forma como os participantes reconhecem e descrevem tais situações.

Em relação às contribuições deste estudo, é possível dar visibilidade e voz ao EO no reconhecimento da VO, evidenciando a identificação cotidiana de práticas naturalizadas no contexto assistencial. Ao problematizar essas práticas, este estudo promove reflexões críticas sobre o modelo vigente de atenção ao parto e nascimento e aponta para a necessidade de consolidação de um modelo assistencial pautado em práticas baseadas em evidências científicas.

Conclusão

As percepções atribuídas pelos EO à VO revelaram que sua representação se dá por meio do desrespeito, das intervenções desnecessárias e da limitação da autonomia feminina. Tais manifestações reafirmam um modelo assistencial tecnocrático, médicocentrado e hierarquizado, que dificulta a consolidação das boas práticas obstétricas e do cuidado centrado na mulher. Apesar da restrição da autonomia desses profissionais, coexiste o reconhecimento dos direitos das parturientes e das boas práticas pautadas nas evidências científicas. Nesse sentido, o estudo oportunizou aos EO um momento de reflexão sobre o seu papel como profissionais formados para o cuidado durante o parto e nascimento. Essa contradição revelou a necessidade de fortalecimento da educação permanente em saúde e de condições organizacionais que assegurem práticas baseadas em evidências e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

O enfrentamento da VO extrapola a atuação individual dos profissionais, exigindo mudanças estruturais nos serviços de saúde, nos processos de formação e educação permanente, na gestão e nas políticas públicas. Assim, torna-se imprescindível a articulação entre os profissionais, os gestores e as instituições para consolidar um modelo assistencial interdisciplinar, centrado na mulher, comprometido com a equidade, com a garantia dos direitos humanos e reprodutivos e com a eliminação de práticas desnecessárias, coercitivas e violentas no contexto da atenção ao parto e nascimento.

Referências

1. Leite TH, Marques ES, Corrêa RG, Leal MC, Olegário BCD, Costa RM, et al. Epidemiology of obstetric violence: a narrative review of the Brazilian contexto. Ciênc Saúde Colet. 2024;29(9):e12222023. doi: 10.1590/1413-81232024299.12222023EN.

2. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. Caracas (VE): Asamblea Nacional; 2021 [acceso en 2025 mar 19]. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-organica-de-reforma-a-la-ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia.

3. Argentina.gob.ar. Ley de Protección Integral a las Mujeres: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia [Internet]. Buenos Aires (AR): Congreso de la Nación Argentina; 2009 [acceso em 2025 mar 19]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155.

4. Garcia LM. Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. Sex Reprod Health Matters. 2023 Dec;31(1):2322194. doi: 10.1080/26410397.2024.2322194.

5. Lima KD, Lewis L, Lyra TM. "O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores": dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. Physis [Internet]. 2021;31(1):e310119. doi: 10.1590/S0103-73312021310119.

6. Barrera DC, Moretti-Pires RO. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. Rev Estud Fem. 2021;29(1):e62136. doi: 10.1590/1806-9584-2021v29n162136.

7. Tempesta GA, França RL. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. Horiz Antropol. 2021 Sept; 27(61):257-90. doi: 10.1590/S0104-71832021000300009.

8. Feitosa GT, Silva ADM, Costa LMO, Nery IS. Evolução das políticas públicas para humanização do parto e nascimento no brasil, In: Fernandes CRS, Araújo RV, Gouveia MTO, organizadores. Reflexões sobre a prática assistencial inovadora e de qualidade da gravidez ao nascimento. Campina Grande: Amplla; 2021. p.202-17.

9. Mattei GN, Schapko TR, Cheffer MH, Backes MTS, Ferrari RAP, Baggio MA. Childbirth assistance: nursing professional as an advocate for the parturiente. Saud Pesqui. 2024;17(1):e-11893. doi: 10.17765/2176-9206.2024v17n1.e11893.

10. Zanchetta MS, Santos WS, Souza KV, Pina VR, Hwu H, Stahl H, et al. Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra. Esc Anna Nery. 2021;25(5):e20200449. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449.

11. Bockorni BRS, GOMES AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. Rev Ciênc Empres UNIPAR. 2021;22(1). doi: 10.25110/receu.v22i1.8346.

12. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03353. doi: 10.1590/S1980-220X2017015003353.

13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2016.

14. Alvarez TS, Gonzaga ALTA, Aguiar GP. A violência obstétrica, uma questão de gênero e raça. Revista Favor Igual Racial. 2024;7(2):192-204. doi: 10.29327/269579.7.2-16.

15. Meira DS, Sousa RS, Publio CAM. Violência obstétrica como violação dos direitos humanos. Rev Foco. 2023;16(11):e3769. doi: 10.54751/revistafoco.v16n11-224.

16. Bitencourt AC, Oliveira SL, Rennó GM. Obstetric violence for professionals who assist in childbirth. Rev Bras Saude Mater Infant. 2022 Oct [cited 2026 jun 06];22(4):943-51. doi: 10.1590/1806-9304202200040012.

17. Conceição GJ, Freitas AS, Reis LA. Overview of obstetric violence in Brazil: a narrative review. Res Soc Dev. 2024;13(10):e126131047081. doi: 10.33448/rsd-v13i10.47081.

18. Pereira MS, Souza ALM, Braga GR, Costa MML, Lima AKO. Impactos da violência obstétrica na saúde mental das puérperas do Brasil: uma revisão de literatura. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(9):2660-76. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p2660-2676.

19. World Health Organization (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a Public Health Priority [Internet]. WHO: Geneva (CH); 1996 [cited 2025 jun 05]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.

20. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2018 [cited 2026 jun 05]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215.

21. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde materna [Internet]. OPAS; 2023 [acesso em 2025 jun 05]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna.

22. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra (CH): OMS; 2014 [acesso em 2026 jun 23]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

23. Trajano AR, Barreto EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. Interface (Botucatu). 2021;25:e200689. doi: 10.1590/interface.200689.

24. Neves FB, Vargas MAO, Zilli F, Trentin D, Huhn A, Brehmer LCF. Advocacia em saúde na enfermagem oncológica: revisão integrativa da literatura. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200106. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0106.

25. Morales IR, Siqueira DS, Alves CN. A violência obstétrica sob o olhar da enfermagem: uma revisão integrativa. Ciênc Saúde. 2023;27:126 doi: 10.5281/zenodo.8408667.

26. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). The state of the world's midwifery: dedicated to all health workers who have lost their lives to Covid-19 [Internet]. New York: UNFPA; 2021 [cited 2025 Jun 25]. Available from: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-unfpa-sowmy2021-report-env4302_0.pdf.

27. Bezerra P, Paiva JKR. A perspectiva legal da violência obstétrica no brasil: omissão federal ou resultado da descentralização do SUS? REASE. 2024 Jun 24;(6):3746-64. doi: 10.51891/rease.v10i6.14645.

Apoio Financeiro: Chamada CNPq/MCTI Nº 10/2023 - Faixa B - Grupos Consolidados. Processo: 402893/2023-9.

Contribuições de autoria

1 – Marcelexandra Rabelo
Autor Correspondente
Enfermeira, Doutoranda – marcelexandrar@gmail.com
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

2 – Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Enfermeira, Doutora – ambrosina.mara@ufsc.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Denise Antunes de Azambuja Zocche
Enfermeira, Doutora – denise.zocche@udesc.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Ana Carla Petersen de Oliveira Santos
Enfermeira, Pós Doutora – carlapetersen@ufba.br
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

5 – Ana Paula de Assis Sales
Enfermeira, Doutora – ana.sales@ufms.br
Revisão e aprovação da versão final

6 – Isadora Vieira Frandolozo
Acadêmica de Enfermagem – Isadora.frandolozo@gmail.com
Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula
Editor Associado: Graciela Dutra Sehnem

Como citar este artigo

Rabelo M, Vargas MAO, Zocche DAA, Santos ACPO, Sales APA, Frandolozo IV. Obstetric violence as perceived by nurse-midwives: a qualitative study. Rev. Enferm. UFSM. 2026 [Access at: Year Month Day]; vol.16, e28:1-21. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769295508