



**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE ENFERMAGEM – CAMPUS SEDE**



**ELLEN KAIANE DA SILVA SANTOS
BRUNA MARIANA DOS SANTOS PINHO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

UMUARAMA – PR

2025

**ELLEN KAIANE DA SILVA SANTOS
BRUNA MARIANA DOS SANTOS PINHO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Paranaense – Campus Sede, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro, sob orientação do Prof. Dr. Ricardo de Melo Germano.

**UMUARAMA
2025**

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ELLEN KAIANE DA SILVA SANTOS
BRUNA MARIANA DOS SANTOS PINHO**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial para a obtenção de grau de Enfermeiro da Universidade Paranaense – UNIPAR, pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Ricardo de Melo Germano - Orientador

Prof. Gilian Grisolia da Silva - Banca

Prof. Bruna Carolina Candil Fonseca - Banca

Umuarama, 18 de Novembro de 2025

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus, pela força e sabedoria que nos sustentaram, e à nossa família, em especial nossos pais, pelo amor, apoio e incentivo em todos os momentos. Também dedico a todos que, de alguma forma, estiveram ao nosso lado nesta caminhada e contribuíram para que esta conquista fosse possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por nos conceder saúde, força e determinação para a realização deste trabalho e por iluminar cada etapa desta caminhada.

Aos nossos pais, Rozilda e Edivando, Maura e José, aos quais agradecemos imensamente, pelo amor e apoio incondicional, por acreditarem em nós e investirem nos nossos sonhos, amamos vocês! Às nossas famílias, pelo amor, incentivo e compreensão, fundamentais para que chegássemos até aqui.

Aos professores do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – UNIPAR, que contribuíram de forma significativa para nossa formação acadêmica e pessoal

Ao nosso orientador, Ricardo Germano, que juntamente conosco se aplicou neste trabalho, nos compreendeu e orientou a direcionar este para o melhor nível. Agradeço a sua imensa dedicação e colaboração.

E, finalmente, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, registramos aqui nossa sincera gratidão.

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

O Trabalho de conclusão de curso está sendo apresentado ao colegiado do curso de Enfermagem do Campus Sede da Universidade Paranaense – UNIPAR na forma de artigo científico, conforme regulamento específico. Este artigo está adequado às instruções para autores da revista Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR (ISSN – 1415-076X). Anexo A.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	8
2 – DESENVOLVIMENTO:	11
2.1 - O que é violência obstétrica:	11
2.2 - Classificação:.....	13
2.2.1 - Tipos de violência:.....	13
2.2.2 - Modalidades ativa e passiva da violência obstétrica:.....	14
2.3 - Violência física:	14
2.4 - Formas e Manifestações:	16
2.5 - Aspectos históricos e Institucionais no brasil:	17
2.6 - Fatores que contribuem para a ocorrência:.....	17
2.7 - Consequencias para a mulher:	19
2.8 - Rede Cegonha:.....	20
2.9 - O papel da enfermagem:.....	21
CONCLUSÃO:.....	23
REFERENCIAS:.....	24

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO – UM ESTUDO DE REVISÃO

Ellen Kaiane da Silva Santos¹

Bruna Mariana dos Santos Pinho²

Ricardo de Melo Germano³

Resumo: A violência obstétrica compreende ações, condutas e omissões de profissionais de saúde que violam o corpo e a autonomia da mulher durante o processo de parto, frequentemente naturalizadas como parte da rotina hospitalar. Essas práticas incluem agressões verbais, ausência de consentimento, uso inadequado de procedimentos como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, administração indiscriminada de ocitocina e restrição à presença de acompanhante, medidas que ferem direitos garantidos por lei e comprometem a dignidade feminina. Tais condutas refletem falhas institucionais e a persistência de modelos biomédicos autoritários, resultando em consequências físicas e psicológicas, como traumas, depressão pós-parto e perda de confiança nos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a violência obstétrica, com ênfase na atuação da enfermagem frente à humanização do cuidado, destacando práticas profissionais, desafios enfrentados e estratégias de transformação no cenário da assistência ao parto. Para enfrentar esse problema, políticas públicas como a Rede Cegonha (2011) foram implementadas, priorizando a humanização do parto, o acolhimento e a valorização do protagonismo feminino. Nesse contexto, a enfermagem exerce papel essencial ao promover cuidados baseados em evidências, comunicação empática e consentimento informado, atuando diretamente na prevenção e no enfrentamento da violência obstétrica. A qualificação profissional e a adoção de práticas humanizadas são fundamentais para assegurar um parto seguro, respeitoso e centrado na mulher, contribuindo para a garantia dos direitos reprodutivos e para a transformação das relações institucionais no cuidado materno-infantil. Conclui-se que a enfermagem é protagonista nesse processo, fortalecendo a humanização do parto e a confiança nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Direitos reprodutivos. Humanização do cuidado. Parto humanizado. Violência obstétrica.

OBSTETRIC VIOLENCE: THE ROLE OF NURSING IN THE HUMANIZATION OF CARE – A REVIEW STUDY

Abstract Obstetric violence encompasses actions, behaviors, and omissions by health professionals that violate a woman's body and autonomy during childbirth, often normalized as part of hospital routine. Such practices include verbal aggression, lack of consent, and inappropriate use of procedures such as routine episiotomy, Kristeller maneuver, indiscriminate administration of oxytocin, and restrictions on the presence of a companion. These measures infringe rights guaranteed by law and deeply compromise female dignity. They reflect institutional shortcomings and the persistence

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – *Campus-Sede*

² Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – *Campus-Sede*

³ Professor Titular de Fisiologia da Universidade Paranaense – *Campus-Sede*.

of authoritarian biomedical models, leading to physical and psychological consequences, such as trauma, postpartum depression, and loss of trust in health services. The objective of this study was to conduct a narrative review of the literature on obstetric violence, with emphasis on the role of nursing in promoting humanized care, highlighting professional practices, challenges, and strategies for transforming childbirth assistance. To address this issue, public policies such as the “Rede Cegonha” (2011) were implemented, prioritizing the humanization of childbirth, welcoming practices, and the enhancement of women’s protagonism. In this context, nursing plays an essential role by providing evidence-based care, empathetic communication, and informed consent, directly contributing to the prevention and confrontation of obstetric violence. Professional qualification and the adoption of humanized practices are fundamental to ensuring safe, respectful, and woman-centered childbirth, safeguarding reproductive rights and transforming institutional relations in maternal and child care. It is concluded that nursing is a key actor in this process, strengthening the humanization of childbirth and trust in health services.

Keywords: Childbirth humanization. Nursing. Obstetric violence. Reproductive rights. Humanized childbirth care.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: LA ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA FRENTE A LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO – UN ESTUDIO DE REVISIÓN

Resumen La violencia obstétrica comprende acciones, conductas y omisiones de profesionales de la salud que violan el cuerpo y la autonomía de la mujer durante el proceso de parto, frecuentemente naturalizadas como parte de la rutina hospitalaria. Estas prácticas incluyen agresiones verbales, ausencia de consentimiento y el uso inadecuado de procedimientos como la episiotomía de rutina, la maniobra de Kristeller, la administración indiscriminada de oxitocina y la restricción de la presencia de un acompañante. Tales medidas vulneran derechos garantizados por ley y afectan profundamente la dignidad femenina. Reflejan deficiencias institucionales y la persistencia de modelos biomédicos autoritarios, resultando en consecuencias físicas y psicológicas, como traumas, depresión posparto y pérdida de confianza en los servicios de salud. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión narrativa de la literatura sobre la violencia obstétrica, con énfasis en la actuación de la enfermería frente a la humanización del cuidado, destacando prácticas profesionales, desafíos enfrentados y estrategias de transformación en la atención al parto. Para enfrentar este problema, se implementaron políticas públicas como la “Red Cegonha” (2011), priorizando la humanización del parto, la acogida y la valorización del protagonismo femenino. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial al promover cuidados basados en evidencias, comunicación empática y consentimiento informado, contribuyendo directamente a la prevención y al enfrentamiento de la violencia obstétrica. La cualificación profesional y la adopción de prácticas humanizadas son fundamentales para garantizar un parto seguro, respetuoso y centrado en la mujer, asegurando sus derechos reproductivos y transformando las relaciones institucionales en la atención materno-infantil. Se concluye que la enfermería es protagonista en este proceso, fortaleciendo la humanización del parto y la confianza en los servicios de salud.

Palabras clave: Atención humanizada del parto. Derechos reproductivos. Enfermería. Humanización del cuidado. Violencia obstétrica.

1 – INTRODUÇÃO

A violência obstétrica pode ser compreendida como qualquer ação, conduta ou mesmo omissão praticada por profissionais de saúde que, direta ou indiretamente, em instituições públicas ou privadas, afete o corpo e os processos reprodutivos da mulher. Embora seja uma prática antiga, muitas vezes é naturalizada, sendo vista pela sociedade não como agressão, mas como procedimentos de rotina durante o parto (Santiago; Souza; Nascimento, 2017).

Essa forma de violência pode se manifestar de diferentes maneiras, como a ausência de explicação ou consentimento para a realização de procedimentos e até mesmo agressões verbais, destinadas a silenciar a parturiente diante de suas dores e emoções (Andrade; Aggio, 2014). O parto, que deveria ser um evento fisiológico natural e acompanhado de cuidado e acolhimento, é muitas vezes atravessado por práticas institucionais desumanizadas, perpetuadas justamente por quem deveria assegurar proteção (Aguar; D'Oliveira, 2011).

A Organização Mundial da Saúde define a violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou grupo, capaz de gerar lesões, traumas psicológicos, incapacidades ou até mesmo morte (OMS, 2002).

No contexto brasileiro, políticas públicas têm buscado enfrentar essa problemática, com destaque para a Rede Cegonha, instituída em 2011, que propõe uma rede de cuidados voltada à assistência qualificada e humanizada à mulher e à criança, desde o planejamento reprodutivo até o pós-parto. Essa estratégia inclui ações como a promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida, a presença de enfermeiras obstétricas na condução do parto e a garantia do direito ao acompanhante durante toda a internação (Brasil, 2011).

Nesse cenário, a enfermagem desempenha papel essencial. Cabe ao enfermeiro promover um ambiente acolhedor, limpo e seguro, reconhecendo a parturiente em sua integralidade e respeitando suas emoções durante o processo de parturição. A proximidade do profissional de enfermagem com a gestante e sua família favorece a criação de vínculos e possibilita uma assistência contínua e humanizada (Moura *et al.*, 2018).

Além disso, a adoção de boas práticas de cuidado reforça o protagonismo da mulher, amplia seu conhecimento sobre direitos e contribui para a redução de intervenções desnecessárias, frequentemente associadas à violência obstétrica (De Sousa *et al.*, 2021).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar a atuação da enfermagem frente à violência obstétrica, discutindo aspectos conceituais, formas e manifestações, fatores associados e implicações para a saúde materna e neonatal, bem como os marcos institucionais e recomendações de boas práticas.

2 – DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica, baseada na abordagem proposta por Lakatos e Marconi (2003) a qual envolve um levantamento e análise de literatura já publicada a fim de obter informações atualizadas e embasadas cientificamente. A finalidade desta revisão é explorar e sintetizar o conhecimento existente sobre a assistência de enfermagem na violência obstétrica.

Para tanto, foram consultadas bases de dados eletrônicas, bibliotecas virtuais e outras fontes de informação confiáveis, utilizando descritores e palavras-chave relacionadas ao tema. Foram considerados estudos publicados e escritos em português. As pesquisas foram realizadas em bases de dados e plataformas digitais disponíveis na internet, como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde).

Os descritores utilizados foram selecionados a partir do DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e foram as seguintes: Violência Obstétrica; Parto normal; Relação Médico-Paciente. Todas as buscas foram conduzidas durante os meses de maio e agosto de 2025. A seleção do material teórico foi baseada na relevância do assunto proposto, priorizando artigos publicados em periódicos nacionais, e quando necessário, foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Paraná. Foram adotados como critérios de exclusão os trabalhos cujos objetivos não se relacionam à proposta da revisão.

Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, em

conformidade com o rigor ético da propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados.

2.1 - O que é violência obstétrica?

O termo “violência obstétrica” foi introduzido por Rogelio Pérez D’Gregorio, então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, para designar as demandas do movimento feminista relacionadas à responsabilização por práticas abusivas no cuidado ao parto.

Nesse conceito, incluem-se todos os atos realizados no corpo da mulher ou do recém-nascido sem o devido consentimento materno, bem como intervenções obsoletas segundo a medicina, mas ainda presentes, sobretudo em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre essas práticas destacam-se a episiotomia (corte no períneo), a manobra de Kristeller (pressão sobre o abdômen da parturiente), o enema (lavagem intestinal), o uso rotineiro de ocitocina sintética para acelerar contrações, anestesia, fórceps, jejum alimentar e hídrico, exames de toque repetitivos, ruptura artificial da bolsa amniótica e a imposição da posição horizontal da mulher durante o parto (Do Nascimento Neto *et al.*, 2016).

A violência obstétrica descreve condutas que violam os direitos das mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, configurando-se como apropriação do corpo feminino e negação de sua autonomia reprodutiva.

Essas práticas ocorrem principalmente nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto, sendo expressas por atitudes desumanizadas, como a realização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, a administração de medicamentos sem indicação clínica e a patologização de processos fisiológicos. Tais condutas comprometem significativamente o bem-estar físico e psicológico da mulher (Andrade *et al.*, 2016 apud De Sousa *et al.*, 2021).

As manifestações dessa violência podem abranger desde agressões verbais e físicas até o uso indiscriminado de medicamentos e manobras forçadas, como a pressão manual ou com os cotovelos sobre o abdômen para acelerar a saída do bebê. Também envolvem a execução de procedimentos sem consentimento ou sem informações adequadas à gestante.

No Brasil, o termo “violência obstétrica” passou a ganhar reconhecimento no início do século XXI, influenciado por legislações de países latino-americanos. O crescimento das tecnologias de comunicação e das redes sociais ampliou os espaços de expressão feminina, fortalecendo movimentos voltados para a defesa da autonomia da gestante e à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (Rodrigues, 2022).

2.2 - Classificação

2.2.1 - Tipos de violência

As formas mais recorrentes de violência obstétrica descritas na literatura abrangem dimensões físicas, psicológicas, sexuais e institucionais, podendo ocorrer no pré-natal, durante o parto, no puerpério ou em situações de aborto. Esse fenômeno é reconhecido como uma forma de violência de gênero e está relacionado a diferentes fatores, como número de gestações, antecedentes de aborto, tipo de parto, estado civil, vínculo empregatício, idade, raça, condições socioeconômicas e educacionais, além do gênero e da categoria profissional de quem presta a assistência ao nascimento (Martínez-Galiano *et al.*, 2021).

A violência obstétrica de natureza física envolve a imposição de dor, desconforto ou lesões no corpo da mulher, variando em intensidade de leve a grave, geralmente decorrentes de intervenções sem respaldo científico.

Entre os exemplos mais comuns estão a privação de alimentos, a restrição de movimentos durante o trabalho de parto, a tricotomia (raspagem dos pelos), a aplicação da manobra de Kristeller, o uso rotineiro de ocitocina, a realização de cesarianas eletivas sem justificativa clínica e a recusa de analgesia mesmo quando tecnicamente indicada (Ciello *et al.*, 2012; Do Princípio, 2012).

No âmbito psicológico, a violência obstétrica manifesta-se por meio de humilhações intencionais, maus-tratos, descaso na assistência, tratamento grosseiro, desrespeito e ofensas direcionadas à parturiente (Ciello *et al.*, 2012).

Essas condutas geram sentimentos de medo, vulnerabilidade e insegurança, intensificando o sofrimento da mulher durante o processo de parto e nascimento (Silva *et al.*, 2023).

A violência obstétrica de cunho sexual relaciona-se ao desrespeito à intimidade da gestante, traduzindo-se em toques vaginais repetidos, excessivos e invasivos, bem

como na realização de episiotomias de forma rotineira, uso de enemas e imposição de posições como a supina ou litotomia, muitas vezes sem indicação clínica (Ciello *et al.*, 2012).

Já a violência institucional está associada à assimetria de poder entre profissionais de saúde e pacientes, expressando-se por meio da omissão de informações, da negação de assistência, da realização de práticas desnecessárias e da imposição de normas hospitalares sem justificativa plausível (Ciello *et al.*, 2012).

Um exemplo emblemático é a negação da presença de um acompanhante nas fases de pré-parto, parto e pós-parto, conduta considerada também como forma de violência (Leininger, 1991). Embora a Lei nº 11.108/2005 assegure esse direito à mulher, muitas vezes a gestante e seus parceiros desconhecem a legislação. Contudo, cabe às instituições de saúde garantir o cumprimento da norma, assegurando uma assistência de qualidade.

A presença do acompanhante contribui tanto para o conforto físico, auxiliando em atividades como deambulação, banho e exercícios respiratórios, mas também para o suporte emocional, oferecendo acolhimento e segurança à parturiente (Marrero; Brüggemann, 2018).

2.2.2 - Modalidades ativa e passiva da violência obstétrica

A violência obstétrica de natureza psicológica consiste em submeter a mulher a situações de humilhação, maus-tratos ou tratamento desumano, seja pela negação do atendimento adequado, seja pela indução de sentimento de culpa diante de intercorrências ocorridas durante o cuidado.

Esse tipo de violência pode ocorrer de forma ativa, quando o profissional adota falas ou atitudes que desqualificam ou inferiorizam a gestante, ou de forma passiva, caracterizada pela omissão de atenção e pela ausência na prestação de cuidados essenciais (Medeiros, 2021).

2.3 - Violência física

Episiotomia: A episiotomia é um procedimento cirúrgico realizado durante o período expulsivo do parto, consistindo em uma incisão no períneo com o objetivo de ampliar o canal vaginal e facilitar a saída do bebê. Essa prática pode ser

executada tanto por médicos quanto por enfermeiros obstétricos (Figura 1) (Corrêa Junior; Passini Júnior, 2016; Jiang *et al.*, 2017).

Figura 1: Episiotomia praticada com tesoura



Fonte: Amorim, 2008.

Manobra de Kristeller: Na prática, essa manobra ainda é frequentemente realizada de forma agressiva, sendo caracterizada pela aplicação de pressão intensa sobre o abdômen da parturiente, em geral com o peso do corpo do profissional, que pode utilizar as mãos, os braços, os antebraços ou até mesmo os joelhos para exercer força (Do Príncipe, 2012).

Uso indiscriminado de ocitocina e amniotomia (rompimento artificial da bolsa): A administração de ocitocina sintética de forma indiscriminada, empregada apenas para acelerar o trabalho de parto sem indicação clínica adequada, pode intensificar de maneira significativa a dor das contrações. Quando realizada sem monitoramento rigoroso, essa prática pode gerar complicações graves tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, incluindo sofrimento desnecessário, taquicardia materna, prejuízos na oxigenação fetal e até possíveis danos cerebrais ao bebê (Sauaia; Serra, 2016).

Da mesma forma, a amniotomia precoce, caracterizada pelo rompimento artificial das membranas amnióticas como estratégia para acelerar a evolução do trabalho de parto, não deve ser realizada rotineiramente, uma vez que não existem evidências científicas que comprovem que seus benefícios superem os riscos potenciais (World Health Organization, 2018).

Restrição de posição de parto (litotomia): A imposição da posição deitada, conhecida como litotomia, pode dificultar a evolução fisiológica do trabalho de parto,

frequentemente levando ao uso indiscriminado de ocitocina para intensificar as contrações. Essa associação mantém a mulher restrita ao leito, reduz sua autonomia de movimento e, como consequência, aumenta a intensidade da dor vivenciada durante o processo parturitivo (Diniz; Duarte, 2004).

Cesarianas eletivas: A cesariana eletiva consiste em uma intervenção cirúrgica realizada sem justificativa clínica, podendo ser programada previamente, antes do início do trabalho de parto, ou executada durante sua evolução, desde que não se configure como situação de urgência ou emergência (Do Príncipe, 2012).

2.4 - Formas e Manifestações

Na prática assistencial, a violência obstétrica manifesta-se por meio de intervenções não recomendadas, procedimentos invasivos realizados sem consentimento, humilhações e abusos verbais, além da negação de direitos como a presença do acompanhante e de condutas institucionais que restringem a autonomia, a privacidade e o acesso ao alívio da dor.

Evidências recentes indicam que essas situações podem ocorrer não apenas durante o intraparto, mas também já no período pré-natal, demonstrando que a experiência de desrespeito atravessa todo o ciclo gravídico-puerperal (Ferreira *et al.*, 2024; Branco *et al.*, 2024; Loiola *et al.*, 2024).

Estudos populacionais apontam prevalências preocupantes: em um município do Sul do Brasil, 41,3% das mulheres foram submetidas à episiotomia, 30,2% à amniotomia e 23,1% à manobra de Kristeller, enquanto 9,3% relataram ter sido impedidas de contar com um acompanhante (Branco *et al.*, 2024).

De modo geral, as manifestações mais frequentes incluem a realização de procedimentos sem autorização, uso de comunicação violenta (gritos e humilhações), omissão de cuidados (como a recusa de analgesia e abandono), além da negação de direitos e de restrições institucionais, configurando práticas que comprometem a experiência do parto e constituem violações dos direitos humanos das mulheres (Ferreira *et al.*, 2024; Branco *et al.*, 2024).

Conforme demonstram os estudos mais recentes, a violência obstétrica assume múltiplas formas, com prevalências variáveis de acordo com o contexto institucional e o perfil da população estudada. A seguir, apresenta-se uma síntese dos principais achados em pesquisas nacionais (Tabela 1).

Tabela 1: Formas e manifestações de violência obstétrica identificadas em estudos brasileiros.

FORMA/MANIFESTAÇÃO	PREVALÊNCIA (%)	LOCAL / POPULAÇÃO	FONTE
Episiotomia	41,3%	Rio Grande/RS (base populacional)	Branco et al. (2024)
Amniotomia artificial	30,20%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Ocitocina sem justificativa clínica	33,80%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Manobra de Kristeller	23,10%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Exame de toque excessivo	68,30%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Proibição de acompanhante	9,30%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Relato de desrespeito explícito	5,80%	Rio Grande/RS	Branco et al. (2024)
Violência institucional	26,30%	Gestantes da Atenção Primária – Montes Claros/MG	Ferreira et al. (2024)
Violência psicológica	24,30%	Montes Claros/MG	Ferreira et al. (2024)
Violência física	21,70%	Montes Claros/MG	Ferreira et al. (2024)
Violência sexual	7,0%	Montes Claros/MG	Ferreira et al. (2024)

Fonte: Branco *et al.* (2024); Ferreira *et al.* (2024).

2.5 - Aspectos históricos e Institucionais no Brasil

O debate em torno da violência obstétrica no Brasil ganhou maior visibilidade em 2019, quando o Ministério da Saúde anunciou a retirada do termo de suas diretrizes oficiais, justificando a decisão pela alegada ausência de consenso conceitual.

Essa medida gerou forte reação do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), que publicou a Recomendação nº 5/2019, defendendo a manutenção da nomenclatura como instrumento fundamental de visibilidade e proteção dos direitos das mulheres (Brasil, 2019).

O posicionamento do CNDH baseou-se, entre outros fatores, no compromisso do Brasil como signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará, que define a violência de gênero como qualquer ato ou conduta capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico em contextos públicos ou privados.

O conselho também utilizou como subsídio os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2011-2012), a maior investigação nacional sobre parto e nascimento, a qual evidenciou a elevada prevalência de intervenções muitas vezes desnecessárias: punção venosa em mais de 70% das mulheres ; administração de ocitocina e amniotomia em cerca de 40%; analgesia raquidiana ou peridural em 30%; litotomia em 92% ; manobra de Kristeller em 37%; e episiotomia em 56% dos partos (Brasil, 2019; Leal *et al.*, 2014) .

Na mesma perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2014, a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos.

Em sua declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, a OMS destacou práticas como violência física, insultos verbais, realização de procedimentos sem consentimento, ausência de confidencialidade, recusa de analgesia, negligência resultando em complicações evitáveis e até mesmo a detenção de mulheres e recém-nascidos por falta de pagamento.

Embora a legislação brasileira não possua tipificação penal específica para o termo, a expressão “violência obstétrica” consolidou-se nos âmbitos acadêmico, jurídico e social como categoria analítica e ferramenta de denúncia, sobretudo por estar associada a riscos, dores desnecessárias e práticas sem respaldo científico, como a episiotomia de rotina (Who, 2014; Brasil, 2019).

2.6 - Fatores que contribuem para a ocorrência

A literatura brasileira aponta que a violência obstétrica decorre, sobretudo, de determinantes institucionais e organizacionais, associados a trajetórias clínicas mais intervencionistas e a falhas na comunicação e no consentimento informado, em vez de resultar apenas de atos isolados de profissionais (Andrade *et al.*, 2016; Mesenburg *et al.*, 2018).

No âmbito institucional, estudos observacionais indicam que a adoção rotineira de práticas não recomendadas funciona como marcador de violência institucional, refletindo uma cultura de cuidado focada no procedimento, e não na mulher usuária do serviço (Andrade *et al.*, 2016).

Essas rotinas frequentemente coexistem com barreiras organizacionais, insuficiência de informações à parturiente, pouca privacidade e obstáculos à presença do acompanhante, o que cria um ambiente propício ao desrespeito e ao abuso (Andrade *et al.*, 2016).

Em relação às trajetórias clínicas, evidências de base populacional demonstram maior probabilidade de desrespeito e abuso entre mulheres submetidas a processos assistenciais mais medicalizados, como a cesariana após trabalho de parto. Observa-se também uma diferença marcante entre os setores público e privado,

sugerindo a influência de modelos de financiamento e da forma de organização do cuidado (Mesenburg *et al.*, 2018).

A garantia de direitos durante a assistência é outro fator determinante. No Brasil, a presença de acompanhante é assegurada pela Lei nº 11.108/2005, reforçando a importância da humanização do parto e da proteção integral à parturiente.

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L: (Brasil, 2005).

A ausência desse direito tem sido descrita tanto como um evento de maus-tratos identificado em instrumentos de mensuração quanto como um fator associado a experiências negativas (Paiz *et al.*, 2022; Brasil, 2005). Na prática, falhas na oferta ou no respeito a esse direito ampliam a vulnerabilidade das mulheres a situações de desrespeito e abuso (Paiz *et al.*, 2022; Ministério da Saúde, 2022).

Em estudo de validação psicométrica conduzido no Brasil, itens como a falta de explicação adequada, a limitação da autonomia da parturiente para decidir e a ausência de privacidade apresentaram alto poder discriminativo para a identificação de maus-tratos, indicando que falhas na informação e no consentimento são centrais para a ocorrência da violência obstétrica (Paiz *et al.*, 2022).

Adicionalmente, estudos sugerem que as iniquidades sociais e o contexto de funcionamento dos serviços modulam o risco, com diferenças associadas ao perfil das usuárias e às características da rede local. Isso reforça que a prevenção da violência obstétrica depende de mudanças sistêmicas e estruturais (Mesenburg *et al.*, 2018). Além disso, a exposição a situações de desrespeito e abuso tem sido associada a piores desfechos subsequentes, como o aumento da incidência de sintomas de depressão pós-parto, o que amplia a gravidade ética e clínica do problema (Conceição *et al.*, 2024).

2.7 - Consequências para a mulher

A violência obstétrica, em suas múltiplas manifestações, pode gerar impactos profundos e duradouros na vida das mulheres. Suas consequências não se restringem ao momento do parto, mas estendem-se ao bem-estar físico, psicológico e social, alcançando também as relações familiares.

No âmbito físico, destacam-se lesões decorrentes de intervenções desnecessárias ou mal conduzidas, como lacerações, complicações pós-operatórias e infecções. Práticas como a episiotomia rotineira, a manobra de Kristeller e cesarianas sem indicação clínica elevam o risco de morbidade materna, prolongam o tempo de recuperação e comprometem a qualidade de vida no período pós-parto (Aguiar *et al.*, 2013; Leite *et al.*, 2024).

No campo psicológico, os efeitos podem ser ainda mais significativos. Situações de desrespeito, humilhação e negligência durante o parto têm sido associadas a quadros de depressão pós-parto, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e sentimento de culpa. Além disso, muitas mulheres relatam a perda de confiança nos serviços de saúde e medo de futuras gestações, fatores que podem levar à recusa do acompanhamento pré-natal ou à busca por partos domiciliares sem condições adequadas de segurança (Souza; Rattner; Gubert, 2017; Andrade *et al.*, 2020).

Do ponto de vista social e relacional, a violência obstétrica pode provocar isolamento e fragilidade nos vínculos afetivos, uma vez que a experiência traumática interfere na forma como a mulher se percebe e como interage com sua rede de apoio.

Essas marcas também repercutem na construção da maternidade e na relação inicial com o bebê, prejudicando o processo de vínculo mãe-filho, essencial para o desenvolvimento saudável da criança (World Health Organization, 2014).

Dessa forma, evidencia-se que a violência obstétrica transcende o âmbito clínico imediato, configurando-se como uma grave violação dos direitos humanos e de saúde reprodutiva. Ao limitar a autonomia e a dignidade da mulher, tais práticas perpetuam desigualdades de gênero e ressaltam a urgência de estratégias preventivas, da implementação de uma assistência pautada na humanização e do fortalecimento de políticas públicas que garantam um cuidado seguro, respeitoso e baseado em evidências científicas (Diniz *et al.*, 2015; WHO, 2014).

2.8 - Rede Cegonha

Rede Cegonha: A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde, em 2011, por meio da Portaria nº 1.459, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério, além de garantir às

crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (Brasil, 2011).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2012), essa estratégia representou um marco nas políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, organizando ações voltadas à ampliação do acesso, à qualificação do atendimento e à promoção da humanização dos serviços prestados às gestantes e seus filhos.

A estrutura da Rede Cegonha está organizada em diferentes etapas de cuidado: pré-natal, parto e nascimento, pós-parto e sistema logístico. No pré-natal, busca-se garantir o início precoce do acompanhamento da gestante nas Unidades Básicas de Saúde, a realização de exames essenciais e a vinculação da mulher a uma maternidade de referência. Durante o parto e nascimento, são priorizados o acolhimento com classificação de risco, a presença de acompanhante, a humanização das práticas assistenciais e o suporte adequado em casos de gestações de risco. O pós-parto contempla **ações** de acompanhamento da mulher e do recém-nascido, incentivando o aleitamento materno e garantindo o acesso a métodos contraceptivos.

Já o sistema logístico tem como função articular os fluxos de atendimento e promover a integração entre os diferentes pontos da rede (CONASS, 2012; Ebserh, 2023).

Dessa forma, a Rede Cegonha configura-se como um modelo de atenção que busca superar práticas desumanizadas e reduzir os índices de mortalidade materna e infantil no Brasil, consolidando-se como uma das principais estratégias governamentais para a promoção da saúde da mulher e da criança, pautada no respeito aos direitos humanos e na equidade (Brasil, 2011; Ebserh, 2023).

2.9 - O papel da enfermagem

A enfermagem exerce papel fundamental na prevenção e no enfrentamento da violência obstétrica, uma vez que acompanha diretamente a mulher durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Entre as medidas essenciais destacam-se a comunicação clara sobre o estado de saúde e as condutas possíveis, a redução de procedimentos invasivos sem indicação clínica, a valorização da escuta ativa, o trabalho em equipe multiprofissional e a garantia do direito da parturiente a um acompanhante,

assegurando uma assistência pautada na equidade e no respeito aos direitos reprodutivos (Sanfelice *et al.*, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a enfermagem obstétrica é uma das categorias mais qualificadas para promover mudanças no modelo assistencial, auxiliando na superação de práticas violentas e na consolidação de uma atenção segura ao processo de parto e nascimento (Sanfelice *et al.*, 2014).

Para alcançar essa transformação, é necessário que o cuidado de enfermagem seja integral e humanizado, o que inclui a oferta de ambiente adequado, com leitos higienizados, ventilação e iluminação satisfatórias, além de assegurar privacidade por meio de biombos ou divisórias. Também é recomendada a oferta de banho com água corrente, roupas apropriadas e o respeito à posição escolhida pela gestante para o trabalho de parto. Outro ponto essencial é a orientação clara e contínua sobre os sinais e sintomas das fases do parto, bem como os cuidados imediatos com o recém-nascido (Soares, 2016).

Além disso, cabe à equipe de enfermagem orientar quanto ao plano de aleitamento materno ou artificial, especialmente em situações específicas, como nos casos de mães vivendo com HIV. Essas orientações devem considerar critérios de acessibilidade, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade. Ao mesmo tempo em que se estimula a mobilidade no pré e pós-parto e se favorece posições verticais, evitando a imposição da posição supina, frequentemente associada a maior desconforto e perda de autonomia da parturiente (Sanfelice *et al.*, 2014).

Outro aspecto fundamental é assegurar atendimento digno e de qualidade, com acesso garantido à maternidade de referência e assistência humanizada e segura tanto para a mulher quanto para o recém-nascido (Soares, 2016). Nesse sentido, a atuação da enfermeira obstétrica torna-se um elemento-chave na ruptura com modelos tradicionais, fortalecendo práticas humanizadas pautadas na autonomia e no empoderamento feminino (Souza *et al.*, 2016; Camacho; Progiant, 2016).

Evidências científicas demonstram ainda que partos acompanhados por enfermeiras obstétricas apresentam maior qualidade da assistência e significativa redução de intervenções desnecessárias, como episiotomias e partos instrumentais (Souza *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

A violência obstétrica é um problema complexo que compromete a saúde física, emocional e social das mulheres, configurando-se como uma grave violação de seus direitos humanos e reprodutivos. Suas manifestações abrangem desde intervenções desnecessárias e dolorosas até situações de desrespeito, humilhação e ausência de informação, perpetuando desigualdades de gênero e limitando a autonomia feminina no momento do parto.

Estudos nacionais evidenciam que práticas como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, uso indiscriminado de ocitocina, cesarianas sem indicação clínica e restrição de posições continuam sendo frequentes, mesmo diante de recomendações científicas contrárias. Tais condutas acarretam riscos físicos, emocionais e sociais, fragilizam a confiança das mulheres nos serviços de saúde e podem gerar consequências duradouras, como depressão pós-parto, medo de novas gestações e isolamento relacional.

Nesse contexto, a enfermagem exerce papel estratégico na transformação da assistência ao parto, ao promover a escuta ativa, a valorização das escolhas da gestante, a redução de procedimentos invasivos e a garantia do direito a um cuidado digno, seguro e baseado em evidências. A atuação humanizada da enfermagem contribui não apenas para a prevenção da violência obstétrica, mas também para o fortalecimento da autonomia e do empoderamento feminino.

Assim, reforça-se a necessidade de mudanças institucionais e organizacionais, do investimento em políticas públicas, como a Rede Cegonha, e da capacitação contínua dos profissionais de saúde. Garantir que toda mulher seja atendida com acolhimento, respeito e autonomia é essencial para um parto seguro e humanizado, consolidando avanços na saúde materno-infantil e na promoção dos direitos humanos.

REFERENCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DrV3xwH5n9Qh7N7qk7gW4rm/>. Acesso em: 19 maio. 2025.

AGUIAR, T. S. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: aspectos e impactos para a saúde da mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1180-1190, 2013.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014. **Anais**, 2014. v. 27, p. 1-7. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/27_Briena%20Padiha%20Andrade.pdf. Acesso em: 11 maio. 2025.

ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf. Acesso em: 25 maio. 2025.

BRANCO, M. A.; MEUCCI, R. D.; PALUDO, S. S. Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em município do Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/JhwjzylYJYNN85JNC4HG3g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019. Dispõe sobre a utilização do termo “violência obstétrica”. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 maio 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n--5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em: 20 jun. 2025.

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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 19 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 11 maio. 2025.

CAMACHO, K. G.; PROGIANT, J. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v.15, n.3, p.648-655,2016. DOI:
<https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>. Acesso em: 15 jun. 2025.

CARDOSO, I. P. *et al.* Papel da equipe de enfermagem frente à violência obstétrica. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 13, p. 1507-1525, 2023.

CIELLO, C. *et al.* **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília (DF), 2012. Disponível em:
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

CONCEIÇÃO, H. N. *et al.* Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e risco de depressão pós-parto. **Cadernos de Saúde Pública**, 2024.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Entenda a Rede Cegonha**. Brasília: CONASS, 2012. Disponível em: <https://conass.org.br/entenda-a-rede-cegonha/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CORRÊA JUNIOR, M. D.; PASSINI JÚNIOR, R. Selective episiotomy: indications, technique and association with severe perineal lacerations. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 6, p. 301-307, 2016. DOI:
<https://doi.org/10.1055/s-0036-1584942>.

DE SOUSA, M. P. V. *et al.* Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem. **Nursing (Edição Brasileira)**, v. 24, n. 279, p. 6015-6024, 2021. Disponível em:
<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/nursing/article/view/1035>. Acesso em: 05 ago. 2025.

DINIZ, C. S. G.; VIANA, A. L.; BRITO, L. L. Violência obstétrica no Brasil: uma abordagem feminista. **Cadernos Pagu**, n. 45, p. 313-345, 2015.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda a mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Editora Unesp, 2004.

DO NASCIMENTO NETO, J. O. *et al.* Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito**, n. 25, p. 48-60, 2016.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. **Violência obstétrica: “Parirás com dor”**. Brasília: Rede Parto do Princípio, 2012. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em:
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2025.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Rede Cegonha**. Ministério da Educação/Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/saude/rede-cegonha>. Acesso em: 20 ago. 2025.

FERREIRA, T. S. B. *et al.* Manifestações de violência obstétrica percebidas por gestantes na assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 24, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/XcWjHdk8kftbCMRYCyL48ss/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, CD000071, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000071.pub3>.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEITE, T. H.; LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; SILVA, A. A. M. 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, 2024.

LOIOLA, M. G. O. *et al.* Violência obstétrica na assistência ao parto e nascimento em maternidade pública do Nordeste. **Revista Saúde Coletiva**, 2024. Acesso em: 27 jul. 2025.

MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. *et al.* The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. **Women and Birth**, v. 34, n. 5, p. e526-e536, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.010>.

MEDEIROS, V. **Violência obstétrica: o posicionamento dos principais tribunais brasileiros diante dos direitos da gestante**. Florianópolis: 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14230/1/viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20e%20o%20posicionamentos%20dos%20tribunais%20brasileiros.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2025.

MESENBURG, M. A. *et al.* Disrespect and abuse of women during childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health/BMC Pregnancy and Childbirth**, 2018.

MOURA, R. C. M. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 60-65, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1436>. Acesso em: 08 maio. 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>. Acesso em: 03 jun. 2025.

PAIZ, J. C. *et al.* Development of an instrument to measure mistreatment of women during childbirth through item response theory. **PLOS ONE**, v. 17, n. 7, p. e0271278, 2022.

RODRIGUES, K. **Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil**. Agência Fiocruz de Notícias, 2022. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>. Acesso em: 05 ago. 2025.

SANFELICE, C. F. O. *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3170>. Acesso em: 09 ago. 2025.

SANTIAGO, D. C.; SOUZA, W. K. S.; DO NASCIMENTO, R. F. Violência obstétrica: uma análise das consequências. **Revista Científica da Faculdade Sete de Setembro (RIOS Eletrônica)**, v. 11, n. 13, 2017. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_u_ma_analise_das_consequencias.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025

SAUAIA, A. S. S.; SERRA, M. C. M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, 2016. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076>.

SILVA, J. C. O. *et al.* Uma revisão sistemática da prevalência e dos tipos da violência obstétrica na saúde e bem-estar das mulheres no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, p. e8212541526, 2023.

SOARES, A. F. **Parto humanizado e a violência obstétrica: o cuidado do técnico de enfermagem**. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) – Escola GHC, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Câmpus Porto Alegre, 2016.

SOUZA, A. L. S.; RATTNER, D.; GUBERT, M. Violência obstétrica: sentimentos e memórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1863-1872, 2017.

SOUZA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>. Acesso em: 18 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>. Acesso em: 24 ago. 2025.

ANEXO A - Instruções para autores da Revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR

Diretrizes para Autores

I - Normas de submissão de artigos para a Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR.

A revista Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR publica trabalhos inéditos nas áreas das Ciências Biomédicas e da Saúde.

Os artigos podem ser redigidos em português, em inglês ou em espanhol e não devem ter sido submetidos a outros periódicos. Os trabalhos devem ser enviados por meio do *Open Journal Systems* – OJS (<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/login>).

-Quantidade máxima de autores (8 autores);

-Quantidade máxima de páginas (20 páginas, incluindo referências);

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Esse periódico está licenciado sob uma Licença Creative Commons CC BY 4.0

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

II - Apresentação dos originais

Os artigos devem ser digitados, utilizando-se o programa MS-Word, com fonte TNR 12, espaço 1,5, em folha tamanho A4, com margens de 2 cm superior e inferior e 3 cm esquerda e direita, indicando número de página no rodapé direito conforme (**Template**). Os originais não devem exceder 20 páginas, incluindo texto, ilustrações e referências.

A primeira página deve conter o título do trabalho, dados dos autores enviados, abaixo do título, conforme modelo: Nome completo, graduação mais alta, instituição (máximo duas, caso tenha mais de um vínculo), e-mail e ORCID.

Na segunda página deve constar o título completo do trabalho, o resumo e as palavras-chave, em português, em inglês e em espanhol, omitindo-se o(s) nome(s) do(s) autor(es).

As figuras, quadros e/ou tabelas devem ser numerados sequencialmente, apresentados no corpo do trabalho e com título apropriado. Nas figuras o título deve

aparecer abaixo das mesmas e, nos quadros ou tabelas, acima. Todas as figuras devem apresentar resolução mínima de 300 dpi, com extensão .jpg.

Todas as informações contidas nos manuscritos são de inteira responsabilidade de seus autores. Todo trabalho que utilize de investigação humana e/ou pesquisa animal deve indicar a seção MATERIAL E MÉTODO, sua expressa concordância com os padrões éticos, acompanhado da cópia do certificado de aprovação de Comissão de Ética em Pesquisa registrada pela CONEP, de acordo com o recomendado pela Declaração de Helsink de 1975, revisada em 2000 e com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals), bem como o cumprimento das instruções oficiais brasileiras que regulamentam pesquisas com animais (Leis 6.638/79, 9.605/98, Decreto 24.665/34) e os princípios éticos do COBEA (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal).

Os artigos, após o aceite deverão estar acompanhados (como documento suplementar) do comprovante de tradução ou correção.

III - Citações:

Todas as citações presentes no texto devem fazer parte das referências e seguir o sistema autor-data (NBR 10520, jul. 2023). Nas citações onde o sobrenome do autor estiver fora de parênteses, escrever-se-á com a primeira letra maiúscula e o restante minúscula e, quando dentro de parênteses, todas maiúsculas, da forma que segue:

1. **Citação direta com até três linhas** - o texto deve estar entre aspas. Ex.: Segundo Uchimura *et al.* (2004, p. 65) “ o risco de morrer por câncer de cérvix uterina está aumentado a partir dos 40 anos ”.
2. **Citação direta com mais de 3 linhas** - deve ser feito recuo de 4 cm, letra menor que o texto, sem aspas. Ex.:

O comércio de plantas medicinais e produtos fitoterápicos encontra-se em expansão em todo o mundo em razão a diversos fatores, como o alto custo dos medicamentos industrializados e a crescente aceitação da população em relação a produtos naturais. [...] grande parte da população faz uso de plantas

medicinais, independentemente do nível de escolaridade ou padrão econômico (Martinazo; Martins, 2004, p. 5).

3. **Citação indireta** - o nome do autor é seguido pelo ano entre parênteses. Ex.: Para Lianza (2001), as DORT frequentemente são causas de incapacidade laborativa temporária ou permanente.
4. **Citação de citação** - utiliza-se a expressão *apud.*, e a obra original a que o autor consultado está se referindo deve vir em nota de rodapé.

Ex.: O envelhecimento é uma realidade que movimenta diversos setores sociais (Guralnik *et al. apud* Ide *et al.*, 2005)

5. **Citação com até três autores** - deve aparecer com ponto e vírgula entre os autores, exemplo: (Silva; Camargo; Rodrigues)
6. **A citação com mais de três autores** - deve aparecer o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

IV - REFERÊNCIAS

As REFERÊNCIAS devem ser apresentadas em ordem alfabética de sobrenome e todos os autores incluídos no texto deverão ser listados.

As referências devem ser efetuadas conforme os exemplos abaixo, baseados na NBR 6023, jul. 2011. Para trabalhos com até três autores, citar o nome de todos; acima de três, citar o primeiro seguido da expressão *et al.*

Artigos de periódico

MORAIS, I. J.; ROSA, M. T. S.; RINALDI, W. O treinamento de força e sua eficiência como meio de prevenção da osteoporose. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 9, n. 2, p. 129-134, 2005.

OBICI, A. C. *et al.* Degree of conversion and Knoop hardness of Z250 composite using different photo-activation methods. **Polymer Testing**, v. 24, n. 7, p. 814-818, 2005.

Livros - Autor de todo o livro

BONFIGLIO, T. A.; EROZAN, Y. S. **Gynecologic cytopathology**. New York: Lippincott Raven, 1997. 550 p.

SILVA, P. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 1314 p.

Livro - Autor de capítulo dentro de seu próprio livro

SILVA, P. Modelos farmacocinéticos. *In*: _____. **Farmacologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 16-17.

Livro - Autor de capítulo dentro de um livro editado por outro autor principal

CIPOLLA NETO, J.; CAMPA, A. Ritmos biológicos. *In*: AIRES, M. M. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 17-19.

Teses, dissertações e monografias

OBICI, A. C. **Avaliação de propriedades físicas e mecânicas de compósitos restauradores odontológicos fotoativados por diferentes métodos**. 2003. 106 f. Tese (Doutorado em Materiais Dentários) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas, Piracicaba, 2003.

SANT'ANA, D. M. G. **Estudo morfológico e quantitativo do plexo mioentérico do colo ascendente de ratos adultos normoalimentados e submetidos à desnutrição proteica**. 1996. 30 f. Dissertação (Mestrado em Biologia Celular) - Centro de Ciências Biológicas – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 1996.

DANTAS, I. S. **Levantamento da prevalência do tabagismo entre alunos do 2º grau noturno da Escola Estadual Manoel Romão Neto do Município de Porto Rico – PR**. 1997. 28 f. Monografia (Especialização em Biologia) – Universidade Paranaense, Umuarama, 1997.

Evento como um todo (em anais, periódico e meio eletrônico)

ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E FÓRUM DE PESQUISA, 4., 2005, Umuarama. **Anais...** Umuarama: UNIPAR, 2005, 430p.

REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 20., 2003, Águas de Lindóia. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v. 17, 2003, 286 p. Suplemento 2.

CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPE, 4., 1996, Recife. **Anais eletrônicos...** Recife: UFPE, 1996. Disponível em: <http://www.propesq.ufpe.br/anais/anais.htm>. Acesso em: 21 jan. 1997.

Resumo de trabalho apresentado em evento

VISCONSINI, N. J. C. *et al.* Grau de translucidez de resinas compostas micro-híbridas fotopolimerizáveis: estudo piloto. *In*: JORNADA ODONTOLÓGICA DA UNIPAR, 10., 2005, Umuarama. **Anais...** Umuarama: UNIPAR, p. 8-11, 2005. CD-ROM.

OBICI, A. C. *et al.* Avaliação do grau de conversão do compósito Z250 utilizando duas técnicas de leitura e vários métodos de fotoativação. *In*: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 20., 2003, Águas de Lindóia. **Pesquisa Odontológica Brasileira**. v. 17, p. 235, 2003. Suplemento 2.

Periódico on-line

KNORST, M. M.; DIENSTMANN, R.; FAGUNDES, L. P. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. **J. Pneumologia**, v. 29, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 10 jun. 2004.

Entidade Coletiva

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto do Câncer, Coordenação de Controle de Câncer (Pro-Onco), Divisão da Educação. **Manual de orientação para o “Dia Mundial sem Tabaco”**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 1994. 19 p.

Documentos de acesso exclusivo em meio eletrônico

JORGE, S. G. **Hepatite B**. 2005. Disponível em: http://www.hepcentro.com.br/hepatite_b.htm. Acesso em: 15 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Acesso em: 10 fev. 2006.

Documentos jurídicos

BRASIL. Lei no 10216, de 6 de abril de 2001. Estabelece a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 abr. 2001.

ANEXOS B - Declaração de revisão ortográfica, gramatical.

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL

Declaro para os devidos fins, que realizei a correção gramatical do trabalho intitulado:

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE À
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

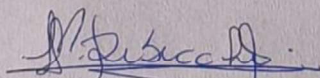
Realizado pelas autoras:

**ELLEN KAIANE DA SILVA SANTOS
BRUNA MARIANA DOS SANTOS PINHO**

Eximindo-me de responsabilidade se as correções apresentadas no corpo do trabalho não forem acatadas pelas autoras, bem como ao que concerne aos aspectos de conteúdo científico e ético, sendo esses quesitos de total responsabilidade da autoria e de seu orientador.

Por ser verdade, firmo a presente,

Umuarama-PR, 27 de outubro de 2025.



LEONICE PONZANI REBÉCCHI

Professora Concursada em exercício - Secretaria de Educação do Paraná (SEED)
Graduada em Artes Visuais – Universidade do Oeste Paulista _ UNOESTE
Graduada em Letras - Língua Portuguesa, Língua Inglesa com as respectivas Literaturas
– Universidade do Oeste Paulista _ UNOESTE
, Diploma/ Registro sob o nº: 23.419

ANEXOS C - Termo de responsabilidade e cessão de direitos.



**TERMO DE RESPONSABILIDADE E CESSÃO DE DIREITOS
AUTORAIS**

Declaro para os devidos fins que nós, Ellen kaiane da Silva Santos, RG: 14.801.349-7 – SSP-PR, e Bruna Mariana dos Santos Pinho RG: 13.694.183-6 – SSP-PR, alunos (as) do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – Campus Sede, somos autoras e declaramos responsáveis pelo teor do conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso: “Violência Obstétrica: A Atuação da Enfermagem Frente à Humanização do Cuidado”, entregue a Coordenação do Trabalho de Conclusão de Curso, informando que as ideias nele contidas são de nossa inteira responsabilidade.

Também declaro que é um trabalho inédito, nunca anteriormente submetido à publicação em qualquer meio de difusão científica.

Ademais, autorizo a divulgação e cedo os direitos autorais, de forma gratuita, à Universidade Paranaense - UNIPAR, que poderá fazer uso da pesquisa no local e forma que entender conveniente, inclusive deixá-la na Biblioteca da UNIPAR para leitura da comunidade acadêmica e comunidade em geral.

Umuarama, __18__ de __Novembro__ de __2025__.

Documento assinado digitalmente
gov.br ELLEN KAIANE DA SILVA SANTOS
Data: 26/11/2025 19:27:22-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Assinatura do (a) acadêmico (a)



Documento assinado digitalmente
gov.br BRUNA MARIANA DOS SANTOS PINHO
Data: 26/11/2025 17:28:13-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



Assinatura do (a) acadêmico (a)

**UNIVERSIDADE PARANAENSE - UNIPAR
CURSO DE ENFERMAGEM – CAMPUS SEDE**

**TERMO DE CONCORDÂNCIA ENTREGA VERSÃO FINAL DO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Declaro para os devidos fins que o (a) acadêmico (a) Ellen kaiane da Silva Santos e Bruna Mariana dos Santos Pinho, do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – Campus Sede, foi aprovado no Trabalho de Conclusão de Curso com o trabalho “Violência Obstétrica: A Atuação da Enfermagem Frente à Humanização do Cuidado” e realizou as adequações e sugestões realizadas pelas bancas examinadoras, estando apto para realizar a entrega da versão final do estudo.

Umuarama, 18 de Novembro de 2025.

 Documento assinado digitalmente
RICARDO DE MELO GERMANO
Data: 27/11/2025 14:59:39-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Ricardo de Melo Germano - Orientador