

**A assistência de enfermagem na humanização do parto
como estratégia de prevenção da violência obstétrica.**

Nursing care in the humanization of childbirth as a strategy
for the prevention of obstetric violence.

Ana Carolina Alves Guimarães
Maria Eduarda Rodrigues Alves
Shelley de Oliveira
Orientadora: Prof.^a Laís Araújo Lima

RESUMO

A violência obstétrica não se reduz a episódios explícitos de agressão: também se produz quando a rotina institucional substitui a decisão informada, naturaliza intervenções sem indicação ou converte a parturiente em objeto do procedimento. Este estudo analisa de que maneira a assistência de enfermagem orientada pela humanização pode prevenir essas práticas durante a gestação, o parto e o puerpério. Realizou-se revisão integrativa de literatura, com exame de seis artigos publicados entre 2022 e 2025, complementados por três estudos de referência e documentos normativos nacionais e internacionais. A análise foi organizada em quatro núcleos: manifestações da violência obstétrica; repercussões físicas, psíquicas e sociais; práticas protetivas da enfermagem; e limites formativos e institucionais. Os achados mostram convergência quanto à centralidade da comunicação compreensível, do consentimento, da presença do acompanhante, da liberdade de posição, dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e da vigilância crítica sobre intervenções rotineiras. Também evidenciam que o acolhimento isolado não corrige relações hierárquicas, insuficiência de pessoal ou protocolos incompatíveis com as melhores evidências. Conclui-se que a enfermagem previne a violência obstétrica ao tornar direitos verificáveis no cuidado cotidiano, articular segurança clínica e autonomia e interromper a banalização de condutas desrespeitosas. A efetividade dessa atuação depende, contudo, de formação permanente, respaldo institucional e mecanismos de responsabilização.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; parto humanizado; violência obstétrica; autonomia; direitos reprodutivos.

ABSTRACT

Obstetric violence is not limited to explicit acts of aggression. It also occurs when institutional routines replace informed decision-making, normalize interventions without clinical indication, or turn the birthing woman into an object of procedures. This study analyzes how nursing care guided by humanization can prevent such practices during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. An integrative literature review was conducted, examining six articles published from 2022 to 2025 and supplemented by three landmark studies and national and international normative documents. The analysis covered four areas: manifestations of obstetric violence; physical, psychological, and social repercussions; protective nursing practices; and educational and institutional limits. The findings converge on the importance of understandable communication, consent, companionship, freedom of position, non-pharmacological pain relief, and critical oversight of routine interventions. They also show that isolated welcoming attitudes cannot correct hierarchical relationships, inadequate staffing, or protocols that conflict with the best evidence. Nursing helps prevent obstetric violence by making rights observable in everyday care, combining clinical safety with autonomy, and challenging the normalization of disrespectful conduct. Its effectiveness, however, depends on continuing education, institutional support, and accountability mechanisms.

Keywords: nursing care; humanized childbirth; obstetric violence; autonomy; reproductive rights.

1 INTRODUÇÃO

O parto concentra decisões clínicas, expectativas familiares e uma assimetria de conhecimento que pode tanto proteger quanto silenciar a mulher. Quando a assistência reconhece a parturiente como sujeito de direitos, técnica e vínculo se reforçam. Quando a rotina se torna finalidade em si mesma, procedimentos passam a ser realizados sem explicação suficiente, recusas deixam de ser consideradas e a segurança é invocada para legitimar uma obediência que não deveria ser exigida. É nesse deslocamento — da proteção para o controle — que se inscreve parte importante da violência obstétrica.

A expressão reúne condutas praticadas ou toleradas no atendimento à gestação, ao trabalho de parto, ao nascimento e ao puerpério que atingem a dignidade, a integridade ou a autonomia. Incluem agressões verbais e físicas, discriminação, negligência, abandono, exposição desnecessária, restrição de acompanhante e intervenções sem consentimento ou sem indicação proporcional. A tipologia proposta por Bohren et al. (2015), construída a partir de revisão sistemática de alcance global, é útil porque impede que o fenômeno seja reduzido a um único procedimento: ele também se manifesta na organização do serviço e na qualidade da relação profissional-usuária.

No Brasil, a discussão sobre humanização amadureceu como crítica a um modelo que confundiu capacidade tecnológica com uso rotineiro de tecnologia. Diniz (2005) demonstrou que o termo possui sentidos distintos — cuidado baseado em evidências, defesa de direitos, reorganização institucional e valorização da experiência feminina —, mas esses sentidos convergem ao questionar práticas desnecessariamente intervencionistas. Mais tarde, o inquérito Nacer no Brasil mostrou, em escala nacional, a ampla exposição de mulheres de risco habitual a intervenções durante o trabalho de parto e o parto, ao mesmo tempo em que registrou baixa incorporação de práticas benéficas em muitos serviços (LEAL et al., 2014). O problema, portanto, não se resume à falta de cordialidade; alcança o modo como se produz a decisão clínica.

A literatura recente examinada neste trabalho confirma a persistência de ações como manobra de Kristeller, episiotomia sem consentimento, restrição de movimento, comunicação intimidatória e impedimento do acompanhante, além de omissões que tornam a mulher dependente de informações fragmentadas (FRANCO et al., 2024; ZECCA; POLIDO, 2022; BARBOZA et al., 2024). Há, entretanto, diferenças importantes de desenho e robustez entre os estudos. Predominam revisões narrativas; apenas um artigo do conjunto anexo apresenta dados primários, obtidos com estudantes de Medicina e Enfermagem. Essa característica não

invalida a convergência temática, mas exige cautela: recorrência discursiva não equivale, por si só, à estimativa de frequência nem demonstra causalidade.

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse cenário porque acompanha a mulher por períodos prolongados, reconhece mudanças clínicas, traduz informações, registra o cuidado e articula diferentes profissionais. Sua proximidade, contudo, não produz humanização automaticamente. Uma prática protetiva depende de competência técnica, escuta sem infantilização, defesa do consentimento e capacidade de questionar rotinas incompatíveis com as evidências. A Resolução Cofen nº 516/2016, posteriormente alterada, delimita responsabilidades do enfermeiro, do enfermeiro obstetra e da obstetriz na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, oferecendo base profissional para uma atuação responsável e autônoma dentro das competências estabelecidas (COFEN, 2016).

A pergunta que orienta a revisão é: de que maneira a assistência de enfermagem, quando fundada na humanização, contribui para prevenir a violência obstétrica no cuidado à gestante, à parturiente e à puérpera? A relevância da questão está em deslocar o debate da denúncia genérica para os mecanismos concretos de prevenção. Interessa compreender o que a equipe pode fazer antes que o dano aconteça, quais práticas encontram apoio consistente na literatura e por que atitudes individuais, embora indispensáveis, se tornam insuficientes sem condições institucionais que as sustentem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar como a assistência de enfermagem orientada pela humanização do parto contribui para prevenir a violência obstétrica durante a gestação, o trabalho de parto, o nascimento e o puerpério.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as formas de violência obstétrica e suas principais repercussões descritas nos estudos selecionados; examinar as práticas de enfermagem associadas à autonomia, à segurança e ao cuidado respeitoso; e discutir fatores formativos, éticos e institucionais que favorecem ou limitam a prevenção.

3 METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa de literatura, de abordagem qualitativa e finalidade analítico-interpretativa. O método foi escolhido por permitir a reunião de estudos com

desenhos distintos e, sobretudo, a comparação de seus argumentos em torno de uma pergunta comum. O objeto não foi tratado como soma de resumos: cada texto foi lido integralmente e examinado quanto ao objetivo, método, principais achados, conclusão e contribuição efetiva para o problema da pesquisa.

A seleção partiu das referências científicas já levantadas no projeto e dos textos completos disponibilizados pelas pesquisadoras. Foram considerados artigos em português, publicados entre 2021 e 2025, que abordassem simultaneamente violência obstétrica, humanização e atuação ou formação da enfermagem. Empregaram-se como descritores e termos livres as combinações “violência obstétrica”, “enfermagem obstétrica”, “assistência de enfermagem”, “parto humanizado” e “humanização do parto”, com articulação pelos operadores AND e OR. A conferência bibliográfica foi realizada em BVS, SciELO e Google Acadêmico. Dos oito textos recentes inicialmente relacionados no projeto, seis estavam disponíveis em versão integral e atenderam à questão de pesquisa; esses seis constituíram o núcleo contemporâneo da análise.

Para conferir densidade histórica e parâmetro metodológico à interpretação, foram acrescentados três estudos de referência, sem aplicação do recorte temporal: Diniz (2005), por sistematizar os sentidos do movimento de humanização no Brasil; Leal et al. (2014), por apresentar dados nacionais do estudo Nascer no Brasil; e Bohren et al. (2015), por propor uma tipologia internacional dos maus-tratos no parto. Também foram consultados documentos da Organização Mundial da Saúde, legislação sobre acompanhante, normativas do Cofen e atos do Ministério da Saúde. Esses documentos funcionaram como marco ético-normativo, não como substitutos da evidência empírica.

A síntese ocorreu em duas etapas. Primeiro, construiu-se uma matriz com autoria, ano, delineamento, corpus, resultados e limites. Em seguida, os achados foram codificados por aproximação temática e reorganizados em quatro eixos: manifestações e produção institucional da violência; repercussões e desigualdades; práticas protetivas de enfermagem; e formação e gestão do cuidado. A leitura crítica considerou a predominância de revisões no corpus, a heterogeneidade das estratégias de busca e a escassez de estudos primários voltados diretamente à experiência das usuárias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização e leitura crítica do corpus

Os estudos selecionados convergem na defesa do cuidado respeitoso, mas não possuem o mesmo peso probatório. Diniz (2005), Leal et al. (2014) e Bohren et al. (2015) oferecem

base conceitual, populacional e comparativa; Costa et al. (2022) acrescentam dados primários sobre formação; as demais publicações sintetizam literatura recente. O Quadro 1 apresenta essa arquitetura e explicita o alcance de cada contribuição. **Quadro 1 – Síntese analítica dos estudos selecionados**

Estudo	Delineamento/corpus	Contribuição para o problema	Leitura crítica
Diniz (2005)	Ensaio teórico-histórico.	Humanização é categoria polissêmica que articula evidências, direitos e reorganização do modelo.	Marco conceitual; não estima ocorrência.
Leal et al. (2014)	Estudo hospitalar nacional; 23.894 puérperas.	Mostra uso amplo de intervenções obstétricas e incorporação insuficiente de boas práticas.	Forte base empírica; dados de 2011–2012.
Bohren et al. (2015)	Revisão sistemática mista, global.	Propõe tipologia de maus-tratos: abusos, negligência, discriminação, restrição de autonomia e falhas do sistema.	Amplia o fenômeno para além de procedimentos isolados.
Costa et al. (2022)	Estudo transversal; 102 estudantes.	Identifica conhecimento elevado, porém desigual, sobre práticas configuradoras de violência obstétrica.	Amostra por conveniência; mede percepção, não prática profissional.
Zecca e Polido (2022)	Revisão de literatura; 9 artigos.	Relaciona medicalização, desconhecimento de direitos, marcadores sociais e necessidade de mudança formativa.	Síntese pertinente, com base reduzida.
Franco et al. (2024)	Revisão bibliográfica; 14 artigos.	Associa enfermagem humanizada a acolhimento, orientação, autonomia e redução de intervenções desnecessárias.	Estratégia de busca pouco reprodutível.
Barboza et al. (2024)	Revisão apresentada como sistemática.	Destaca educação, escuta, vínculo e atuação do enfermeiro na prevenção.	Heterogeneidade e inconsistências internas limitam inferências.
Brito, Correia e Costa (2025)	Revisão narrativa de publicações recentes.	Sistematiza comunicação, consentimento, acompanhante e métodos não farmacológicos como práticas protetivas.	Sem fluxo quantitativo claro de seleção.
Lima, Assunção e Belfort (2025)	Revisão bibliográfica qualitativa.	Discute danos físicos e psíquicos e vincula prevenção à formação ética e a políticas de humanização.	Conclusões amplas; não permite mensurar riscos.

Fonte: elaboração das autoras (2026).

A concentração de revisões é, ao mesmo tempo, uma força e um limite. Ela permite reconhecer uma convergência consistente de categorias, porém parte dessas publicações repete fontes e formulações semelhantes. Por isso, a discussão a seguir não transforma unanimidade aparente em certeza estatística. Os resultados são lidos em diálogo com os estudos de maior robustez e com as normas que definem cuidado respeitoso, preservando a diferença entre denúncia, interpretação e evidência de prevalência.

4.2 Violência obstétrica: práticas, linguagem e autonomia

Nas seis publicações recentes, a violência obstétrica aparece como fenômeno relacional e institucional. Os exemplos mais recorrentes — insultos, ironias, ameaça, restrição de acompanhante, imobilização, manobra de Kristeller, episiotomia ou administração de ocitocina sem informação adequada — não compartilham idêntico risco clínico, mas se

aproximam por uma operação comum: a mulher perde a possibilidade real de compreender, participar e consentir. A humanização, nesse quadro, não proíbe intervenções necessárias; exige que necessidade, proporcionalidade e decisão informada sejam demonstráveis.

Esse critério evita dois equívocos. O primeiro é classificar todo procedimento como violência, ignorando situações em que uma intervenção salva vidas. O segundo, mais frequente nos modelos hierarquizados, é supor que a autorização geral para internar-se transfira à equipe poder irrestrito sobre o corpo. Consentimento não é formulário assinado na admissão. É um processo que envolve linguagem acessível, tempo compatível com a urgência, apresentação de benefícios e riscos, consideração de alternativas e registro da decisão. Mesmo em emergências, comunicar o que está acontecendo continua sendo parte do cuidado.

Diniz (2005) ajuda a compreender por que a palavra humanização pode se esvaziar quando reduzida à gentileza. Se a equipe chama a mulher pelo nome, mas mantém posições compulsórias e decisões opacas, a aparência cordial preserva a estrutura de sujeição. Em sentido rigoroso, humanizar é reorganizar relações de poder e aproximar a prática das evidências. As diretrizes brasileiras e as recomendações da Organização Mundial da Saúde para uma experiência positiva de parto seguem essa direção ao articular cuidado centrado na mulher, comunicação efetiva, respeito, acompanhante de escolha e mobilidade, sem opor esses componentes à segurança clínica (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

A Lei nº 11.108/2005 assegura acompanhante de livre escolha durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005). Ainda assim, os artigos analisados registram sua restrição como prática recorrente. A distância entre norma e cotidiano revela que a existência de um direito não garante sua execução. Nesse ponto, a enfermagem pode intervir de maneira concreta: informar precocemente a gestante, registrar a pessoa escolhida, preparar o acompanhante para apoiar sem invadir a cena e acionar a gestão quando barreiras administrativas se sobrepõem à lei.

A linguagem também merece estatuto clínico. Frases que culpabilizam, infantilizam ou ameaçam produzem medo, dificultam perguntas e podem comprometer a colaboração durante o cuidado. Brito, Correia e Costa (2025) e Franco et al. (2024) convergem ao atribuir à comunicação e ao acolhimento função preventiva. O significado dessa convergência não é que conversar substitua competência técnica, mas que uma técnica sem explicação se torna menos verificável e mais vulnerável ao abuso. Comunicação clara é, portanto, tecnologia de segurança e não adorno moral.

4.3 Repercussões e desigualdades no cuidado

Os danos discutidos pela literatura abrangem lesões, dor acrescida, infecções e recuperação mais difícil, além de medo, vergonha, perda de confiança, sofrimento psíquico e lembranças traumáticas. Lima, Assunção e Belfort (2025) enfatizam depressão pós-parto, ansiedade e receio de novas gestações; Barboza et al. (2024) e Zecca e Polido (2022) descrevem efeitos sobre o vínculo com o serviço e sobre a experiência de maternidade. Como essas publicações são revisões e utilizam corpus heterogêneos, não é possível atribuir magnitude única a cada desfecho. Ainda assim, a repetição dos relatos e a plausibilidade dos mecanismos tornam inadequado tratar humilhação ou consentimento ausente como eventos sem consequência.

O dano não se distribui de forma homogênea. Marcadores de raça, classe, escolaridade, idade e território interferem na possibilidade de ser ouvida, obter informação e negociar condutas. Zecca e Polido (2022) trazem essa dimensão para o centro da análise ao relacionar gênero e desigualdades sociais à naturalização da violência. A política pública recente também reconhece o problema: a Rede Alyne atualizou a organização da atenção materna e infantil com ênfase na redução da mortalidade materna e das iniquidades que atingem especialmente mulheres negras e indígenas (BRASIL, 2024). Prevenção universal, portanto, exige atenção proporcional às vulnerabilidades produzidas pelo próprio sistema.

Há um efeito adicional: quando experiências de desrespeito circulam entre famílias e comunidades, a instituição perde credibilidade. Algumas mulheres retardam a procura do serviço, evitam retornar ou chegam ao parto preparadas para o confronto. A relação causal não pode ser quantificada pelo corpus desta revisão, mas o encadeamento é coerente com a literatura sobre maus-tratos (BOHREN et al., 2015). Reparar confiança requer canais de escuta, resposta às queixas e comunicação que não transforme a dúvida da usuária em insubordinação.

O cuidado respeitoso precisa alcançar também perdas gestacionais, situações de urgência, cesarianas e puerpérios complexos. A humanização não pertence exclusivamente ao parto vaginal de baixo risco. Ela se expressa quando uma cesariana clinicamente indicada é explicada sem coerção, quando a privacidade é protegida durante um exame e quando o sofrimento é reconhecido mesmo em rotinas sobrecarregadas. Essa amplitude impede que o debate seja capturado por uma oposição simplista entre vias de nascimento.

4.4 A assistência de enfermagem como prática protetiva

A contribuição preventiva da enfermagem começa antes do trabalho de parto. No pré natal, explicar direitos, etapas do cuidado, sinais de alerta e intervenções possíveis amplia a capacidade decisória quando o contexto se torna intenso. O plano de parto pode organizar preferências e abrir diálogo, desde que não seja tratado como contrato rígido nem descartado na primeira intercorrência. Seu valor reside em antecipar conversas que, sob dor e urgência, tendem a ser abreviadas.

Durante o trabalho de parto, a presença contínua permite observar simultaneamente evolução clínica e qualidade da interação. Oferecer água e conforto quando permitidos, favorecer movimento e posições escolhidas, utilizar banho, massagem, respiração e outras medidas não farmacológicas, apoiar o acompanhante e preservar a privacidade compõem um ambiente menos coercitivo. Franco et al. (2024) e Brito, Correia e Costa (2025) associam essas ações à humanização; a OMS as integra a um modelo de experiência positiva, sempre condicionadas à avaliação individual (WHO, 2018). Não se trata de um repertório automático, mas de opções apresentadas e ajustadas à mulher.

A proteção mais decisiva aparece quando a equipe precisa interromper a normalização de uma conduta. Perguntar pela indicação de uma intervenção, confirmar se houve explicação, registrar a recusa informada, comunicar mudança clínica e recorrer à liderança diante de abuso exigem julgamento e respaldo. O enfermeiro não substitui atribuições médicas nem transforma divergência técnica em disputa pessoal; atua para que decisões interprofissionais permaneçam justificadas, documentadas e compatíveis com os direitos da usuária. A Resolução Cofen nº 516/2016 ampara responsabilidades no cuidado obstétrico e torna a omissão ética tão relevante quanto a execução correta de procedimentos (COFEN, 2016).

Documentar é parte da prevenção. Registros claros sobre avaliação, orientações oferecidas, preferências, consentimentos, recusas, acompanhante e resposta às intervenções criam continuidade assistencial e tornam o processo auditável. Um prontuário que contém apenas atos técnicos apaga a participação da mulher e dificulta distinguir a decisão compartilhada de imposição. A qualidade documental protege a usuária, a equipe e a instituição, sobretudo quando associada a protocolos de comunicação e notificação de incidentes.

O puerpério não pode ser reduzido à alta administrativa. É o momento de avaliar dor, sangramento, integridade perineal, amamentação, estado emocional e compreensão do que ocorreu. Uma conversa pós-parto, conduzida sem defesa corporativa, permite esclarecer

decisões e identificar experiências de medo ou desrespeito. Quando há indício de violência, a resposta precisa incluir acolhimento, registro, informação sobre canais institucionais e encaminhamento apropriado, sem transferir à mulher o ônus de provar imediatamente o que viveu.

Essas ações mostram que humanização e segurança não são polos concorrentes. A falsa oposição surge quando autonomia é confundida com ausência de critério ou quando protocolo é usado para dispensar singularidade. Na prática madura, a evidência clínica delimita escolhas seguras e a mulher participa delas. A enfermagem funciona como ponte: traduz informação, reconhece preferências, vigia riscos e mantém a decisão ancorada na pessoa que recebe o cuidado.

4.5 Formação, gestão e condições de possibilidade

O estudo de Costa et al. (2022) fornece o único dado primário do núcleo recente. Entre 102 estudantes — 72 de Medicina e 30 de Enfermagem —, o conhecimento declarado sobre violência obstétrica foi alto, mas variou diante de situações específicas. A amostra por conveniência impede generalizações, e reconhecer uma alternativa em questionário não garante capacidade de agir em cenários hierárquicos. Ainda assim, as diferenças encontradas expõem um ponto formativo: conceitos precisam ser trabalhados em casos clínicos, simulação, supervisão de estágio e reflexão sobre poder, não apenas em aulas expositivas.

Zecca e Polido (2022) chegam a conclusão semelhante ao destacar formação e desconhecimento de direitos. O currículo oculto é particularmente relevante. Estudantes aprendem não só o que os documentos recomendam, mas o que preceptores toleram, celebram ou silenciam. Se uma prática agressiva é apresentada como rito de passagem ou eficiência, a norma escrita perde força. Educação permanente precisa incluir análise de prontuários, discussão de eventos, comunicação de más notícias, consentimento, diversidade e atualização de procedimentos, com participação multiprofissional.

A responsabilidade, porém, não pode ser depositada exclusivamente sobre o profissional que está ao lado do leito. Equipes insuficientes, ambientes sem privacidade, ausência de insumos, metas incompatíveis com o tempo do parto, restrição indevida de acompanhantes e cadeias de comando punitivas reduzem a margem de cuidado. Humanizar nessas condições exige gestão: dimensionamento adequado, protocolos baseados em evidências, liderança acessível, educação permanente, indicadores de experiência da usuária e canais de denúncia capazes de responder sem retaliação.

Também é necessário vigiar a própria retórica da humanização. Serviços podem adotar cartazes, cursos breves e vocabulário acolhedor sem alterar taxas de intervenção, mecanismos de consentimento ou resposta às queixas. A avaliação deve observar processos verificáveis: quantas mulheres tiveram acompanhante, puderam movimentar-se, receberam informação compreensível, registraram preferências e relataram respeito. Indicadores clínicos continuam essenciais, mas não esgotam a qualidade. Um desfecho fisiológico favorável não absolve uma experiência produzida por humilhação.

Os estudos recentes concordam sobre o papel central da enfermagem, porém alguns atribuem ao acolhimento capacidade transformadora maior do que seus métodos permitem demonstrar. A interpretação mais sustentada é condicional. A enfermagem amplia a prevenção quando possui preparo, presença, autonomia profissional e canais para modificar o curso de uma conduta; perde potência quando sua atuação é confinada à adaptação da mulher a rotinas previamente decididas. Assim, a resposta ao problema envolve prática relacional e reforma organizacional, não a escolha de uma delas.

5 CONCLUSÃO

A revisão permitiu concluir que a assistência de enfermagem orientada pela humanização previne a violência obstétrica ao tornar direitos concretos no percurso assistencial. Essa contribuição ocorre quando informação, consentimento, acompanhante, privacidade, liberdade de posição, métodos de conforto, registro e vigilância crítica deixam de depender da iniciativa ocasional de um profissional e passam a integrar o padrão de cuidado.

As formas de violência identificadas não se restringem a agressões explícitas. Elas incluem intervenções não justificadas ou não consentidas, comunicação hostil, negligência, discriminação e barreiras institucionais que retiram da mulher a possibilidade de participar. Suas repercussões alcançam corpo, saúde mental, confiança nos serviços e vivência da maternidade, embora o corpus recente, composto majoritariamente por revisões, não permita estimar com precisão a frequência ou a magnitude desses efeitos.

No plano profissional, a enfermagem reúne condições singulares para reconhecer riscos, traduzir decisões, sustentar preferências e intervir diante de práticas naturalizadas. Esse potencial não autoriza romantizar sua atuação. A prevenção depende de formação clínica e ética, dimensionamento de pessoal, respaldo das lideranças, protocolos coerentes com as evidências e mecanismos que investiguem queixas e responsabilizem condutas. Acolhimento sem estrutura pode reduzir sofrimento pontual, mas não altera sozinho a produção institucional da violência.

A principal contribuição desta análise está em aproximar humanização de verificabilidade. Um serviço não se torna humanizado porque declara respeito; torna-se quando a mulher consegue reconhecer, no modo como foi informada, examinada, acompanhada e ouvida, que sua autonomia permaneceu válida mesmo diante da necessidade clínica. Para a enfermagem, isso significa unir precisão técnica e presença ética, sem usar uma para dispensar a outra.

Conclui-se, portanto, que prevenir a violência obstétrica exige deslocar o cuidado de uma lógica de submissão para uma lógica de decisão compartilhada. A enfermagem é decisiva nesse movimento, mas sua efetividade cresce quando a instituição assume a mesma responsabilidade. Pesquisas futuras devem ampliar estudos primários com usuárias e profissionais, comparar serviços e avaliar intervenções formativas e organizacionais, de modo a transformar convergências normativas em resultados mensuráveis de cuidado respeitoso.

REFERÊNCIAS

- BARBOZA, Erika Malheiros; SILVA, Matheus Santana da; RIBEIRO, Wanderson Alves; FELICIO, Felipe de Castro. Violência obstétrica e humanização do parto: uma revisão crítica sob a ótica da enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 12, p. 564–581, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i12.17281.
- BOHREN, Meghan A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, San Francisco, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 1 set. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.
- BRITO, Débora de Oliveira; CORREIA, Vanessa Garcia; COSTA, Ruth Silva Lima. Violência obstétrica e o papel da enfermagem na promoção de um parto humanizado. *RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, São Paulo, ano 5, v. 1, p. 1–16, 2025.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>. Acesso em: 1 set. 2026.
- COSTA, Juliana Alves; SILVEIRA, Juliana de Almeida; GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha; SOUZA, Maria Cristina Almeida de. Violência obstétrica e humanização no parto: percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. *Revista de Saúde, Vassouras*, v. 13, n. 1, p. 28–33, 2022. DOI: 10.21727/rs.v13i1.2993.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. DOI: 10.1590/S141381232005000300019.

FRANCO, Edilene Souza Lorentz; SANTOS, Elisama Guimarães; SILVA, Nárville Tayrine Teixeira da; OLIVEIRA, Mariana Leal. A assistência da enfermagem no parto humanizado auxiliando no combate da violência obstétrica. *Revista Saúde dos Vales*, Teófilo Otoni, v. 1, n. 3, p. 1–17, 2024.

LEAL, Maria do Carmo 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. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.

LIMA, Cristieley Moreira de; ASSUNÇÃO, Nathine Maria Martins; BELFORT, Andréa de Souza. Violência obstétrica: impactos na saúde física e mental da mulher e desafios para a humanização do parto. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, São Paulo, v. 8, n. 19, e082763, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i19.2763.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 1 set. 2026.

ZECCA, Gabriela Andrade; POLIDO, Carolina Guizardi. Enfermagem e a humanização do gestar e parir: revisão de literatura acerca da violência obstétrica. *Enfermagem Brasil*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 166–178, 2022. DOI: 10.33233/eb.v21i2.4854.