

**FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ
CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM**

**NICOLE RILLARY DA SILVA DE OLIVEIRA
SUÉLEN PEROVANO SANTANA RODRIGUES**

**IMPACTOS NA SAÚDE MATERNA:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FATOR DE RISCO PARA A DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Aracruz/ES

2025

**NICOLE RILLARY DA SILVA DE OLIVEIRA
SUÉLEN PEROVANO SANTANA RODRIGUES**

**IMPACTOS NA SAÚDE MATERNA:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FATOR DE RISCO PARA A DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, como parte
do requisito para conclusão de curso de
graduação em Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª. Sabrina Maria Batista do
Nascimento

Aracruz/ES

2025

**NICOLE RILLARY DA SILVA DE OLIVEIRA
SUÉLEN PEROVANO SANTANA RODRIGUES**

**IMPACTOS NA SAÚDE MATERNA:
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FATOR DE RISCO PARA A DEPRESSÃO
PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, como parte
do requisito para conclusão de curso de
graduação em Bacharel em Enfermagem.

ARACRUZ, 09 de Dezembro 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dsc.: Sabrina Maria Batista do Nascimento
Faculdades Integradas de Aracruz - FAACZ
Orientador

Prof. Dsc.: Layla Mendonça Lírio
Faculdades Integradas de Aracruz - FAACZ
Examinador Interno

Enf.: Ingrid Gomes Vicente Tinelli
Fundação Hospital Maternidade São Camilo - FHMSC
Examinador Externo

**Aracruz/ES
2025**

AGRADECIMENTOS:

Primeiramente, minha gratidão a Deus, por me dar a força e a saúde necessárias para alcançar este objetivo.

Ao meu esposo Matias Rodrigues, meu amor, muito obrigada. Seu apoio, sua compreensão e o companheirismo foram o alicerce que me manteve firme nesta jornada. Você é o meu maior incentivador.

Agradeço imensamente à Nicole pela oportunidade e pela confiança em desenvolver este TCC juntas.

E, claro, um agradecimento especial à Luana e Paola, pelo incentivo constante que me deu o ânimo para seguir em frente.

Muito obrigada a todos!

- Suélen Perovano Santana Rodrigues.

Primeiramente agradeço a Deus, por conceder força e serenidade durante toda esta caminhada acadêmica.

Aos meus pais, Amarildo e Laurislei, pelo incentivo constante, pelo esforço dedicado à minha formação e por todo o apoio material e emocional que tornaram possível a realização deste sonho. Este trabalho também é fruto dos valores e ensinamentos que sempre me transmitiram.

À minha irmã, Nancyelen, pela presença atenciosa, pelas palavras de encorajamento e por cada gesto de cuidado que tornou esta trajetória mais leve.

Ao meu marido, Pedro, companheiro presente em cada etapa desta jornada. Agradeço pelo apoio incondicional desde o início da faculdade, pela paciência nos momentos de dificuldade e pela compreensão diante das ausências necessárias.

À minha colega e dupla de TCC, Suélen, pela parceria, dedicação e contribuição essencial para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação e para a construção deste estudo, registro meu sincero agradecimento.

- Nicole Rillary da Silva de Oliveira

RESUMO

O parto, enquanto evento marcante na vida da mulher, deve ocorrer de forma segura, respeitosa e centrada em suas necessidades. Entretanto, práticas desumanizadas, abusivas e coercitivas ainda são recorrentes, caracterizando a violência obstétrica (VO), que compromete a autonomia, a dignidade e a saúde mental materna. Esse fenômeno, reconhecido como uma forma de violência institucional, tem sido apontado como um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP). Este estudo realizou uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e descritiva, abrangendo publicações entre 2015 e 2025, disponíveis nas bases BVS, PubMed, SciELO, LILACS e SCOPUS. Os resultados demonstram que mulheres expostas à violência obstétrica, incluindo abuso verbal, procedimentos sem consentimento e negligência, apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, ansiedade e dificuldades no vínculo materno-infantil. Além dos impactos psicológicos, fatores estruturais, como superlotação hospitalar, falta de protocolos humanizados e formação tecnicista dos profissionais, contribuem para a perpetuação dessas práticas. Conclui-se que a violência obstétrica constitui um determinante social e psicológico da saúde materna, cuja prevenção requer capacitação ética e humanizada das equipes de saúde, fortalecimento das políticas públicas e promoção de práticas obstétricas respeitadas, seguras e centradas na mulher.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Depressão pós-parto; Saúde mental materna; Humanização do parto; Políticas públicas em saúde.

ABSTRACT

Childbirth, as a significant event in a woman's life, should occur safely, respectfully, and centered on her needs. However, dehumanizing, abusive, and coercive practices are still recurrent, characterizing obstetric violence (OV), which compromises maternal autonomy, dignity, and mental health. This phenomenon, recognized as a form of institutional violence, has been identified as an important risk factor for the development of postpartum depression (PPD). This study conducted an integrative literature review, with a qualitative and descriptive approach, encompassing publications between 2015 and 2025, available in the BVS, PubMed, SciELO, LILACS, and SCOPUS databases. The results demonstrate that women exposed to obstetric violence, including verbal abuse, procedures without consent, and negligence, present a higher prevalence of depressive symptoms, anxiety, and difficulties in mother-infant bonding. In addition to psychological impacts, structural factors such as hospital overcrowding, lack of humanized protocols, and technocratic training of professionals contribute to the perpetuation of these practices. It is concluded that obstetric violence constitutes a social and psychological determinant of maternal health, the prevention of which requires ethical and humanized training of health teams, strengthening of public policies, and promotion of respectful, safe, and woman-centered obstetric practices.

Keywords: Obstetric violence; Postpartum depression; Maternal mental health; Humanization of childbirth; Public health policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP - Depressão Pós Parto

VO - Violência Obstétrica

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA: HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO CONTEMPORÂNEA.....	10
1.2 A PERPETUAÇÃO CULTURAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MOTIVOS DE SUA MANUTENÇÃO.....	12
1.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONCEITUAÇÃO, IMPACTOS E CONTEXTO....	13
1.4 LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CUIDADO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	15
2. PROBLEMA DE PESQUISA.....	18
3. HIPÓTESE.....	18
4. JUSTIFICATIVA.....	18
5. OBJETIVOS.....	19
5.1 OBJETIVO GERAL.....	19
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
6. METODOLOGIA.....	19
7. RESULTADOS.....	20
7.1 PREVALÊNCIA E FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	23
7.2 RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO.	24
8. DISCUSSÃO.....	26
9. CONCLUSÃO.....	30
10. REFERÊNCIAS:.....	32

1. INTRODUÇÃO

O parto representa um marco na vida da mulher e, idealmente, deve ocorrer de forma respeitosa, segura e centrada em suas necessidades, assegurando seus direitos e fortalecendo o vínculo materno-infantil (WHO, 2018; BENINCASA e FREITAS, 2020). No entanto, muitas parturientes ainda vivenciam situações de violência obstétrica, compreendida como um conjunto de práticas desrespeitosas, intervenções desnecessárias e atitudes coercitivas que violam a autonomia e a dignidade da mulher durante o trabalho de parto e o nascimento (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002; MORAES, 2017).

Essas práticas, além de comprometerem a vivência do parto, têm sido associadas a impactos significativos na saúde mental das puérperas, configurando uma forma de violência institucional que repercute na experiência materna e no bem-estar psicológico da mulher (VIANNA e LIMA, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2021). Dados do Ministério da Saúde do Brasil apontam que cerca de 40% das mulheres relatam algum tipo de abuso ou desrespeito durante o parto, o que evidencia a magnitude do problema e a urgência de políticas públicas voltadas à sua prevenção (BRASIL, 2023).

Um dos efeitos mais preocupantes dessa vivência traumática é o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP), transtorno mental comum no puerpério, caracterizado por sintomas como tristeza intensa, irritabilidade, exaustão e dificuldade de estabelecer vínculo afetivo com o bebê (FERREIRA, SOUSA e LIMA, 2019). Pesquisas demonstram que situações de abuso verbal, negligência, restrição de autonomia ou realização de procedimentos invasivos sem consentimento informado aumentam consideravelmente o risco de DPP (SANTOS, LIMA e OLIVEIRA, 2020; MENDES e ALMEIDA, 2018).

Além de afetar a mulher, a DPP pode comprometer o desenvolvimento psicossocial do bebê e interferir na dinâmica familiar, ampliando o alcance dos impactos da violência obstétrica (RODRIGUES *et al.*, 2022). O suporte emocional adequado, aliado a práticas obstétricas humanizadas, tem se mostrado um importante

fator de proteção contra o surgimento de sintomas depressivos no pós-parto (CARVALHO e FERNANDES, 2017; PEREIRA *et al.*, 2021).

Apesar do crescente debate sobre a humanização do parto, a violência obstétrica ainda é invisibilizada em muitos contextos, sendo frequentemente tratada como parte inerente do processo hospitalar. Compreender seus impactos na saúde mental materna é essencial para subsidiar políticas públicas, aprimorar a formação dos profissionais de saúde e assegurar o respeito aos direitos das mulheres.

Diante desse cenário, este trabalho propõe uma revisão integrativa da literatura publicada entre 2015 e 2025, com o objetivo de identificar a relação da violência obstétrica como fator de risco para a depressão pós-parto.

1.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA: HISTÓRICO E CONFIGURAÇÃO CONTEMPORÂNEA

A violência obstétrica (VO) é uma forma específica de violência institucional que se manifesta durante o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente no momento do parto. Ela compreende desde ações físicas agressivas até condutas verbais, psicológicas e negligentes que comprometem a autonomia, a dignidade e os direitos da parturiente. Embora o conceito de VO tenha ganhado destaque nas últimas duas décadas, práticas semelhantes são relatadas há muito mais tempo, ainda que sob outros nomes ou sem nomeação formal (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002).

Historicamente, a assistência ao parto passou de um processo domiciliar, conduzido por parteiras, para um ambiente hospitalar tecnicista e medicalizado. Essa mudança, intensificada no século XX, trouxe avanços significativos na redução da mortalidade materno-infantil. No entanto, também promoveu um distanciamento da mulher como protagonista do parto, transformando-a em objeto do cuidado biomédico (LEAL *et al.*, 2005). Com isso, o uso rotineiro de procedimentos invasivos e muitas vezes desnecessários, como episiotomias sem consentimento, partos induzidos sem necessidade clínica e cesarianas eletivas, passou a ser naturalizado, o que

configuraria, à luz das definições atuais, práticas de violência obstétrica (FAÚNDES e CECATTI, 2012).

A caracterização jurídica e ética da violência obstétrica (VO) no Brasil começou a ganhar contornos mais definidos a partir dos anos 2000, impulsionada por movimentos sociais e pesquisas que denunciaram práticas abusivas e desumanas no parto hospitalar. Em países da América Latina, como Venezuela e Argentina, o termo foi oficialmente reconhecido e incorporado à legislação como uma forma de violência contra a mulher, representando um avanço no campo dos direitos reprodutivos e da humanização da assistência. No contexto brasileiro, entretanto, o reconhecimento da VO ainda ocorre de forma fragmentada e carece de respaldo jurídico consolidado (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

Embora não exista uma lei federal que tipifique a violência obstétrica, há diversos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, evidenciando o crescente debate político e social sobre o tema. A questão também tem sido discutida em esferas institucionais, como o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM), especialmente após a tentativa de deslegitimar o uso do termo “violência obstétrica” em 2019, o que provocou intensos embates e críticas da comunidade científica e de movimentos feministas (DIAS e CARNEIRO, 2021). Ainda assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece e condena explicitamente as práticas desrespeitosas, negligentes e abusivas no parto, reafirmando a necessidade de políticas públicas que promovam a humanização da assistência e o respeito aos direitos das mulheres (OMS, 2014)

Além das ações explícitas, como gritos, insultos ou recusa de alívio da dor, práticas mais sutis, como o toque sem consentimento, a negação de acompanhante ou a manipulação emocional também são formas de VO. Essas condutas são frequentemente justificadas por profissionais como parte da “rotina” hospitalar, o que dificulta sua identificação e denúncia. A institucionalização dessas práticas contribuiu para sua naturalização, o que reforça a importância da formação humanizada e ética dos profissionais de saúde (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

A consolidação da noção de VO como uma violação de direitos humanos marca uma transformação no modo como a assistência obstétrica deve ser compreendida. O

respeito à autonomia da mulher, o consentimento informado e o cuidado centrado na pessoa devem ser os pilares da prática obstétrica moderna, rompendo com heranças autoritárias e paternalistas que ainda persistem em muitas instituições de saúde (BRASIL, 2011).

1.2 A PERPETUAÇÃO CULTURAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS MOTIVOS DE SUA MANUTENÇÃO

A violência obstétrica, embora seja amplamente reconhecida como uma violação aos direitos das mulheres, ainda é amplamente praticada nos serviços de saúde. A persistência dessa violência está profundamente enraizada em uma cultura institucional autoritária e patriarcal, que historicamente atribui às mulheres uma posição de passividade no cuidado médico, especialmente durante o parto (DINIZ, 2011).

Durante muito tempo, o modelo biomédico de assistência obstétrica prevaleceu, privilegiando a autoridade dos profissionais de saúde, majoritariamente homens até meados do século XX, sobre os corpos das mulheres. Nesse cenário, o saber médico foi considerado superior ao saber da própria mulher sobre seu corpo e seu processo de parturição. Isso consolidou práticas centradas no controle do parto, como a imobilização da parturiente, o impedimento da presença de acompanhantes e a aplicação de procedimentos invasivos sem justificativa clínica ou consentimento informado (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

A manutenção da violência obstétrica também está vinculada à formação dos profissionais de saúde. A educação médica e de enfermagem frequentemente reproduz práticas autoritárias, tecnicistas e desumanizadas. A pouca ênfase em disciplinas como ética, comunicação empática e direitos humanos contribui para a perpetuação de uma assistência obstétrica que desvaloriza o protagonismo da mulher. Isso cria um ambiente no qual práticas abusivas são vistas como normais ou necessárias, dificultando o reconhecimento da violência por parte dos próprios profissionais (LEAL *et al.*, 2012).

Adicionalmente, fatores institucionais como a superlotação dos serviços de saúde, a escassez de recursos, a precarização do trabalho e a sobrecarga dos profissionais também contribuem para a continuidade da violência obstétrica. Em contextos de pressão, a escuta e o cuidado humanizado são frequentemente negligenciados, sendo substituídos por atendimentos padronizados, apressados e mecanizados. Isso reforça o ciclo de desumanização da assistência, agravando a situação das parturientes (BRASIL, 2011).

Outro elemento importante na perpetuação da violência obstétrica é a naturalização cultural da dor e do sofrimento durante o parto. Em muitas sociedades, incluindo a brasileira, há uma crença arraigada de que o sofrimento é parte indissociável da experiência do parto, o que acaba justificando, ainda que inconscientemente, condutas agressivas ou negligentes por parte dos profissionais de saúde. Essa crença contribui para a aceitação passiva da violência por parte das mulheres e dificulta sua denúncia, perpetuando um ciclo de silêncio e invisibilidade (DINIZ *et al.*, 2015).

Portanto, romper com a perpetuação cultural da violência obstétrica requer uma transformação profunda no modelo de assistência à saúde da mulher. É necessário investir na formação crítica e ética dos profissionais de saúde, na escuta ativa das usuárias do sistema e na implementação de políticas públicas que assegurem o respeito à dignidade e aos direitos das mulheres durante o parto. Dessa forma, a violência obstétrica não persiste por acaso, mas sim em razão de um conjunto de fatores interdependentes, culturais, institucionais, formativos e estruturais, que precisam ser enfrentados de maneira articulada e contínua (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011)

1.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONCEITUAÇÃO, IMPACTOS E CONTEXTO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental que acomete mulheres no período subsequente ao parto, caracterizando-se por sintomas como tristeza persistente, irritabilidade, sentimentos de inutilidade, perda de interesse em atividades antes prazerosas, alterações no sono e no apetite, bem como dificuldades no vínculo

com o recém-nascido (FERREIRA, SOUSA e LIMA, 2019). Ao contrário do que ocorre com o chamado “baby blues”, que é autolimitado e de curta duração, a DPP apresenta sintomas mais graves e duradouros, exigindo acompanhamento psicológico ou psiquiátrico especializado (SANTOS, LIMA e OLIVEIRA, 2020).

Estudos apontam que entre 10% e 20% das mulheres desenvolvem DPP, sendo que a prevalência pode ser ainda maior em contextos de vulnerabilidade social, falta de suporte familiar e experiências traumáticas durante o parto (REIS *et al.*, 2021). Entre os fatores de risco mais relevantes estão: histórico prévio de depressão, conflitos conjugais, gravidez não planejada, e, especialmente, experiências negativas no parto, incluindo episódios de violência obstétrica. Dessa forma, o desenvolvimento da DPP deve ser entendido dentro de uma perspectiva biopsicossocial que leve em consideração não apenas aspectos hormonais e fisiológicos, mas também os determinantes sociais e emocionais envolvidos (COSTA *et al.*, 2020).

A DPP compromete diretamente a qualidade de vida da mulher, sua saúde mental e física, e pode afetar de forma significativa a relação mãe-bebê. Dificuldades de vínculo e de cuidado podem prejudicar o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, aumentando o risco de atraso no desenvolvimento, problemas de comportamento e transtornos psicológicos na infância (MORAES, GALVÃO e BRITO, 2018). Isso evidencia que a depressão pós-parto não é apenas uma questão individual, mas um problema de saúde pública, com repercussões familiares e sociais amplas.

Adicionalmente, quando não tratada, a DPP pode evoluir para quadros mais severos, como a depressão crônica e, em casos extremos, ideias suicidas ou infanticidas. A ausência de diagnóstico precoce e de acesso a tratamento adequado contribui para o agravamento do quadro, além de aumentar a estigmatização da mulher como “má mãe”, o que gera mais sofrimento e isolamento (ALMEIDA e SANTOS, 2019). Diante disso, é fundamental que os serviços de saúde ofereçam apoio emocional no pré-natal, parto e puerpério, com equipes treinadas para acolher e identificar sinais precoces de sofrimento psíquico.

Por fim, é importante considerar que o reconhecimento da DPP como um fenômeno multifatorial tem ganhado força na literatura recente. A associação entre

experiências negativas durante o parto, como a violência obstétrica, e o surgimento de quadros depressivos no pós-parto vem sendo cada vez mais discutida e documentada. Essa relação reforça a necessidade de práticas obstétricas mais humanizadas e centradas na mulher, com escuta ativa, consentimento informado e respeito à sua autonomia (DINIZ *et al.*, 2015).

1.4 LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CUIDADO À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A atenção à saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério é um direito garantido constitucionalmente e respaldado por diversas legislações e políticas públicas no Brasil. Essas normas buscam assegurar um atendimento humanizado, ético e centrado na mulher, prevenindo práticas abusivas, como a violência obstétrica, e promovendo suporte físico, emocional e psicológico, inclusive diante de perdas gestacionais.

Com o objetivo de ampliar a assistência à saúde materna, a Lei nº 14.721/2023 instituiu diretrizes para garantir cuidado integral à gestante e à mãe, abrangendo saúde física e mental, prevenção da depressão pós-parto e promoção de práticas de parto humanizado. A legislação destaca a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, implementação de protocolos éticos e disponibilização de apoio psicológico e social às gestantes, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2023). Segundo Diniz *et al.*, (2015), o treinamento das equipes na humanização do parto é essencial para reduzir episódios de violência obstétrica e prevenir impactos negativos na saúde mental materna.

A Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, estabelece que toda mulher tem direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa medida garante suporte emocional e fortalece a autonomia da gestante, oferecendo proteção contra intervenções desnecessárias e práticas desrespeitosas (BRASIL, 2005). Segundo Carvalho e Fernandes (2017), a presença de um acompanhante contribui significativamente para a redução do

estresse materno, melhora a experiência do parto e favorece o vínculo com o recém-nascido.

No âmbito estadual, diversos estados brasileiros aprovaram leis que asseguram acolhimento humanizado em maternidades, com atendimento diferenciado a mulheres em situação de vulnerabilidade ou em processos de perda gestacional. Essas legislações determinam que as maternidades disponibilizem espaços de acolhimento psicológico, acompanhamento por profissionais especializados e suporte social, reconhecendo que o luto materno e familiar é compartilhado e requer atenção integral (OLIVEIRA e SANTOS, 2022).

A Lei nº 15.139/2025 instituiu a Política Nacional de Humanização do Luto Materno e Parental, garantindo atendimento humanizado a famílias que enfrentam a perda de filhos durante ou após a gestação. Entre suas diretrizes estão o acolhimento psicológico, o acompanhamento médico e social, a presença de acompanhante durante procedimentos de parto natimorto, a capacitação de profissionais de saúde e a criação de áreas específicas em maternidades para mães enlutadas (BRASIL, 2025). De acordo com Mendes e Almeida (2018), o reconhecimento legal do luto materno é essencial para prevenir complicações emocionais e psicológicas, além de promover suporte adequado à saúde mental das mães e familiares.

Outra política de destaque é a Rede Alyne, criada pelo Ministério da Saúde, que visa reestruturar a assistência à saúde materna, priorizando a redução da mortalidade materna, especialmente entre mulheres negras e em situação de vulnerabilidade social. A iniciativa promove a integração das gestantes com equipes da Atenção Primária à Saúde, assegura atendimento humanizado em maternidades, incentiva a formação de profissionais sob a perspectiva da humanização e garante infraestrutura adequada para partos seguros e éticos (BRASIL, 2020). Segundo Vianna e Lima (2019), políticas públicas bem estruturadas, como a Rede Alyne, têm potencial para reduzir desigualdades no acesso à saúde materna e melhorar significativamente os desfechos maternos e neonatais.

A denominação da Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, uma jovem mulher negra de 28 anos, residente em Belford Roxo (RJ), que faleceu em 2002 em decorrência de falhas graves na assistência obstétrica. Grávida de seis meses, Alyne

buscou atendimento ao apresentar mal-estar, mas não recebeu os cuidados adequados, sendo encaminhada para casa mesmo com sintomas importantes. Ao retornar ao serviço de saúde, constatou-se a morte fetal, e, ainda assim, ela enfrentou longas horas de espera para atendimento especializado e transferência, evidenciando um caso emblemático de desassistência e violação de direitos reprodutivos. Sua morte resultou na primeira condenação internacional do Estado brasileiro por mortalidade materna evitável, tornando-se um marco na discussão sobre racismo institucional, iniquidades em saúde e responsabilidade do Estado. Assim, ao atribuir seu nome à política pública, o Ministério da Saúde reafirma o compromisso com a redução das desigualdades maternas e com a promoção de um cuidado integral, digno e humanizado para todas as gestantes (BRASIL, 2024).

Além disso, a Lei nº 14.457/2025 institui a obrigatoriedade de disponibilização de salas de apoio à amamentação em empresas com grande número de funcionárias lactantes, promovendo o aleitamento materno exclusivo e assegurando o retorno ao trabalho de forma saudável para mães e filhos. Essa legislação demonstra a preocupação do legislador em articular políticas de saúde materna com medidas de proteção social e laboral, reforçando a importância de uma atenção integral à mulher em todas as dimensões de sua vida (BRASIL, 2025; SILVA, COSTA e OLIVEIRA, 2021).

A consolidação dessas leis e políticas públicas evidencia a preocupação crescente do Estado brasileiro em proteger a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, prevenindo práticas abusivas, garantindo suporte psicológico e social e promovendo um atendimento humanizado e seguro. Ao mesmo tempo, essas legislações reforçam a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde, criação de protocolos baseados em direitos humanos e implementação de estratégias que valorizem o protagonismo da mulher em seu próprio parto (D'OLIVEIRA *et al.*, 2018; FREITAS e MARTINS, 2020).

A efetivação dessas políticas, contudo, demanda a atuação integrada de equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos, assistentes sociais, doulas e terapeutas ocupacionais, além de médicos e enfermeiros. A presença desses profissionais é fundamental para garantir uma escuta sensível, o acolhimento integral

e o suporte emocional necessário às parturientes, promovendo o cuidado humanizado e a intersetorialidade nas práticas de atenção à saúde materna (ARAÚJO *et al.*, 2021).

A legislação brasileira sobre saúde materna e luto parental, combinada a políticas como a Rede Alyné e a Lei do Acompanhante, constitui um marco jurídico relevante para a promoção do cuidado ético e humanizado. No entanto, estudos indicam que a efetiva implementação dessas normas ainda enfrenta desafios, como resistência cultural, formação inadequada de profissionais e lacunas estruturais nos serviços de saúde. Dessa forma, a articulação entre legislação, capacitação profissional e monitoramento das políticas públicas é essencial para que o direito ao parto humanizado e ao suporte emocional seja concretamente assegurado a todas as mulheres.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Existe relação entre a ocorrência de violência obstétrica e o desenvolvimento de depressão pós-parto nas mulheres?

3. HIPÓTESE

A violência obstétrica está associada a um aumento no risco de desenvolvimento de depressão pós-parto em mulheres.

4. JUSTIFICATIVA

A violência obstétrica constitui um problema relevante na atualidade, impactando negativamente a saúde física e psicológica de gestantes e puérperas, o que pode contribuir para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Apesar dos avanços nas práticas de humanização do parto vaginal, procedimentos desnecessários, tratamento inadequado e negligência ainda são frequentemente relatados, ocasionando impactos significativos ao longo do pré-parto, parto e

puerpério. Esses fatores podem gerar traumas profundos que comprometem o vínculo entre mãe e filho.

Nesse contexto, este estudo se justifica pela necessidade de ampliar a compreensão da violência obstétrica como fator de risco para a depressão pós-parto, sensibilizando profissionais de saúde e estudantes da área. Além disso, pretende colaborar para a formulação e implementação de práticas assistenciais mais humanizadas. Ademais, os resultados poderão subsidiar debates sobre políticas públicas voltadas à prevenção da violência obstétrica e à promoção da saúde mental das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a relação da violência obstétrica como fator de risco para a depressão pós-parto.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que contribuem para a perpetuação da violência obstétrica na prática assistencial.
- Descrever os fatores que influenciam a conduta dos profissionais de saúde na prática da violência obstétrica.
- Identificar as violências obstétricas vivenciadas por mulheres durante o pré-parto, parto e puerpério.
- Investigar os impactos físicos e mentais da puérpera.

6. METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Essa escolha metodológica possibilita a reunião, a sistematização e a análise crítica de publicações científicas que abordem a relação entre a violência obstétrica e o desenvolvimento da depressão pós-parto, buscando compreender de que forma essas vivências impactam a saúde mental das mulheres no período puerperal.

Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2025, de modo a garantir a atualidade e a relevância dos dados analisados. Os estudos selecionados deveriam apresentar o nome dos autores, o ano de publicação e relação direta com a temática proposta, abordando práticas de violência obstétrica e seus possíveis efeitos psicológicos, especialmente a depressão pós-parto. Também foram considerados apenas os artigos disponíveis nos idiomas português e inglês, de forma a assegurar a compreensão e a fidelidade da análise do conteúdo.

A busca foi realizada nas bases de dados BVS, PubMed, SciELO, LILACS e SCOPUS, escolhidas por sua ampla utilização e relevância na área da saúde, garantindo a abrangência e a credibilidade das fontes. As palavras-chave empregadas foram: “violência obstétrica”, “depressão” e “depressão pós-parto”, combinadas entre si com o uso de operadores booleanos para refinar os resultados.

A análise qualitativa foi conduzida por meio da categorização e síntese temática do conteúdo dos artigos selecionados, conforme os eixos definidos:

- Eixo 1: Prevalência e formas de violência obstétrica;
- Eixo 2: Relação entre violência obstétrica e depressão pós-parto.

Essa organização possibilitou identificar padrões, recorrências e lacunas nas produções científicas, contribuindo para a compreensão ampla e crítica da temática investigada.

7. RESULTADOS

Foram inicialmente identificados 75 artigos, dos quais 15 duplicatas foram excluídas, resultando em 60 estudos para triagem. Após a leitura de títulos e resumos, 30 artigos foram excluídos por não apresentarem relação direta com a temática

central. Em seguida, 30 artigos foram lidos na íntegra, e 19 foram descartados por se enquadrarem em critérios de exclusão, como publicação anterior a 2015, idioma diferente de português ou inglês, natureza de revisão ou ausência de dados relevantes. Assim, 11 artigos foram incluídos na revisão integrativa, atendendo plenamente aos critérios estabelecidos de acordo com o quadro 1.

Quadro 1 - Revisão integrativa de artigos. (n=11)

Autor / Ano	Tipo de Estudo	Objetivo Principal	Principais Resultados / Conclusões
Mesenburg et al. (2025)	Estudo longitudinal com coorte de nascimento	Analisar a associação entre violência obstétrica e incidência de depressão pós-parto, considerando o impacto na amamentação.	A violência obstétrica contribui para complicações emocionais pós-parto e prejudica a amamentação; reforça a necessidade de práticas humanizadas.
Kohan et al. (2025)	Estudo transversal com questionários	Investigar a relação entre violência obstétrica, qualidade de vida e sintomas psicológicos no pós-parto.	Mulheres que relataram violência obstétrica apresentaram pior qualidade de vida, sintomas de depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).
Paiz et al. (2022)	Estudo transversal com aplicação de escalas	Avaliar a correlação entre maus-tratos no parto e sintomas depressivos no puerpério.	Maus-tratos no parto mostraram correlação significativa com sintomas depressivos; a prevenção desses maus-tratos pode reduzir a depressão pós-parto.
Martínez-Vázquez et al. (2022)	Estudo transversal com questionários de percepção	Identificar a percepção de violência obstétrica e sua associação com a depressão pós-parto.	A percepção de violência obstétrica aumentou o risco de depressão; estratégias de sensibilização e humanização são essenciais.
Conceição et al. (2023)	Estudo transversal em hospitais públicos	Examinar a relação entre desrespeito/abuso no parto e depressão pós-parto.	Desrespeito e abuso no parto associaram-se à maior ocorrência de depressão; políticas de cuidado respeitoso são fundamentais.

Alameda (2025)	Estudo transversal com entrevistas	Investigar os efeitos da violência obstétrica na saúde mental materna.	Mulheres vítimas de violência obstétrica apresentaram maior prevalência de depressão pós-parto; o parto humanizado é crucial para a saúde mental.
Yamin (2024)	Artigo de opinião baseado em análise de dados clínicos	Discutir a ampliação do conceito de violência obstétrica para incluir impactos psicológicos como a depressão pós-parto.	Defende o reconhecimento institucional da relação entre violência obstétrica e depressão; propõe diretrizes para prevenção.
Esra (2025)	Estudo transversal de prevalência	Avaliar a prevalência de violência obstétrica durante o parto em diferentes contextos hospitalares.	Alta prevalência de violência obstétrica; reforça a urgência de intervenções preventivas para proteção da saúde materna.
Tebeka et al. (2020)	Estudo longitudinal com análise ambiental	Analisar fatores ambientais e sua relação com a violência obstétrica e a depressão pós-parto.	Fatores ambientais e experiências de violência obstétrica aumentaram a incidência de depressão; é necessária abordagem multidimensional.
García-Méndez; Arriba-Pérez (2025)	Estudo tecnológico com uso de inteligência artificial (IA)	Desenvolver sistema para detectar sinais precoces de depressão pós-parto.	O sistema mostrou eficácia na identificação em tempo real; tecnologias podem apoiar a intervenção clínica e o monitoramento.
Reyner-Fuentes et al. (2024)	Estudo tecnológico com reconhecimento de fala	Detectar condições psicológicas em vítimas de violência baseada em gênero.	Ferramentas de IA demonstraram potencial para apoiar políticas públicas de prevenção e atendimento às vítimas.

Fonte: O presente estudo (2025)

A apresentação dos resultados foi organizada em dois eixos temáticos, Eixo 1: Prevalência e formas de violência obstétrica e Eixo 2: Relação entre violência obstétrica e depressão pós-parto, com o objetivo de estruturar a análise de forma clara e sistemática. Essa separação permite, de um lado, identificar a extensão e as manifestações da violência obstétrica em diferentes contextos de assistência ao parto, e, de outro, compreender seus impactos específicos na saúde mental das mulheres durante o puerpério. A delimitação em eixos favorece a síntese dos achados,

evidencia padrões recorrentes na literatura e facilita a discussão crítica, garantindo maior rigor metodológico na interpretação dos dados coletados.

7.1 PREVALÊNCIA E FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica constitui um problema de saúde pública reconhecido globalmente, caracterizando-se por práticas abusivas, desrespeitosas ou negligentes durante o parto e o período puerperal imediato. Essas práticas podem se manifestar de múltiplas formas, incluindo abuso verbal, desrespeito à autonomia da mulher, procedimentos médicos realizados sem consentimento, recusa de analgesia e tratamento negligente ou humilhante. Além dos impactos físicos, tais experiências repercutem significativamente na saúde emocional e psicológica das mulheres, constituindo fator de risco para transtornos mentais, como a depressão pós-parto (MESENBURG *et al.*, 2025; KOHAN *et al.*, 2025; PAIZ *et al.*, 2022).

Estudos recentes indicam que a prevalência da violência obstétrica é elevada e heterogênea, variando conforme o contexto socioeconômico, o tipo de hospital (público ou privado) e a existência de protocolos de humanização do parto. Mesenburg *et al.*, (2025) destacam que mulheres atendidas em hospitais públicos relataram maus-tratos com maior frequência, incluindo interrupção de procedimentos sem consentimento e comunicação hostil por parte da equipe. Kohan *et al.*, (2025) evidenciam que, mesmo em hospitais de maior infraestrutura, práticas de desrespeito e coerção ainda ocorrem, indicando que o fenômeno transcende barreiras econômicas. Paiz *et al.*, (2022) reforçam que mais de 40% das mulheres avaliadas relataram algum tipo de abuso verbal ou negligência, evidenciando a magnitude do problema.

A percepção da violência obstétrica é influenciada pelo histórico pessoal da mulher, suas expectativas sobre o parto e o suporte recebido durante o procedimento (MARTINEZ-VÁZQUEZ *et al.*, 2022; CONCEIÇÃO *et al.*, 2023). Silva *et al.*, (2023) destacam que, além da violência direta, a falta de comunicação adequada e o descumprimento de protocolos de humanização geram experiências de desamparo, frequentemente percebidas como abuso. Alameda (2025) complementa que a

ausência de informação e o paternalismo médico intensificam a sensação de vulnerabilidade e impotência durante o parto.

Estudos de Yamin (2024) e Esra (2025) indicam que a violência obstétrica se manifesta de forma sistemática, refletindo não apenas comportamentos individuais, mas também falhas institucionais e culturais enraizadas no modelo médico-hegemônico. Em termos de magnitude, Amer *et al.*, (2024) relatam que aproximadamente metade das mulheres avaliadas em coortes longitudinais apresentou algum relato de desrespeito ou coerção, sugerindo que a violência obstétrica é frequente, embora subnotificada. Tebeka *et al.*, (2020) acrescentam que fatores ambientais, como superlotação hospitalar e insuficiência de recursos humanos, contribuem para a ocorrência dessas práticas abusivas.

Além disso, tecnologias emergentes têm sido empregadas para monitorar e registrar episódios de violência obstétrica, ampliando a compreensão sobre sua prevalência e padrões. García e Arriba (2025) propõem o uso de sistemas de inteligência artificial para identificar sinais de sofrimento psicológico em tempo real, enquanto Reyner-Fuentes *et al.*, (2024) exploram a detecção de vítimas de violência baseada em gênero a partir da fala, oferecendo abordagens inovadoras para avaliação e prevenção do fenômeno.

7.2 RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A violência obstétrica tem sido reconhecida como um importante fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, evidenciando a relação direta entre experiências negativas no parto e o comprometimento da saúde mental materna. Estudos longitudinais e transversais indicam que mulheres que vivenciam desrespeito, abuso verbal, intervenções sem consentimento ou negligência durante o parto apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos no período puerperal (MESENBURG *et al.*, 2025; KOHAN *et al.*, 2025; PAIZ *et al.*, 2022).

Mesenburg *et al.*, (2025), em uma coorte de nascimentos, demonstraram que a exposição à violência obstétrica está associada a níveis significativamente mais altos de depressão pós-parto, interferindo inclusive na amamentação e no vínculo com o

recém-nascido. De forma complementar, Kohan *et al.*, (2025) observaram que a qualidade de vida das mulheres submetidas à violência obstétrica era substancialmente menor, com relatos frequentes de sintomas de depressão e ansiedade, reforçando o impacto emocional do trauma. Paiz *et al.*, (2022) encontraram correlação positiva entre maus-tratos durante o parto e sintomas sugestivos de depressão pós-parto, indicando que mesmo formas sutis de desrespeito podem desencadear consequências psicológicas significativas.

Estudos adicionais corroboram essa associação. Martinez-Vázquez *et al.*, (2022) destacam que a percepção subjetiva de violência obstétrica é um preditor importante de depressão pós-parto, independentemente de fatores sociodemográficos, evidenciando que a experiência pessoal da mulher e o reconhecimento do abuso são centrais para a manifestação de sintomas depressivos. Conceição *et al.*, (2023) enfatizam que o desrespeito e o abuso no parto podem gerar quadros de depressão moderada a grave, afetando a adaptação ao papel materno e a saúde física da puérpera. Silva-Fernandez *et al.*, (2023) acrescentam que a violência obstétrica contribui não apenas para depressão, mas também para sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, ampliando o espectro de comprometimentos mentais associados ao parto violento.

Alameda (2025) e Yamin (2024) argumentam que a violência obstétrica deve ser considerada um determinante social e psicológico da saúde materna, uma vez que a ausência de respeito à autonomia e à dignidade da mulher atua como gatilho para depressão pós-parto. Esra (2025) complementa que a elevada prevalência de práticas abusivas em diferentes contextos hospitalares aumenta o risco populacional de depressão puerperal, evidenciando a necessidade de intervenção institucional e protocolos preventivos.

Amer *et al.*, (2024) destacam que fatores preditivos de depressão pós-parto incluem a combinação de violência obstétrica, falta de suporte social e histórico de saúde mental, reforçando a complexidade das interações entre experiências negativas no parto e vulnerabilidade psicológica. Tebeka et al. (2020) indicam que o ambiente hospitalar e a cultura institucional influenciam a intensidade do impacto psicológico,

sendo que contextos sobrecarregados e menos humanizados aumentam significativamente o risco de depressão pós-parto.

Além disso, tecnologias inovadoras têm sido aplicadas na detecção precoce de depressão pós-parto relacionada à violência obstétrica. García e Arriba (2025) desenvolveram sistemas baseados em inteligência artificial capazes de identificar sinais precoces de depressão, permitindo intervenção rápida e direcionada. De forma semelhante, Reyner *et al.*, (2024) demonstraram que modelos de análise de fala podem detectar condições de vítimas de violência baseada em gênero, incluindo casos de violência obstétrica, possibilitando suporte clínico mais eficaz.

Os estudos selecionados evidenciam que a violência obstétrica é um determinante significativo para o desenvolvimento de depressão pós-parto, com impactos que vão desde alterações emocionais e comportamentais até prejuízos no vínculo materno-infantil e na adaptação à maternidade. Esses dados reforçam a necessidade de políticas de prevenção, humanização do parto e mecanismos de detecção precoce, a fim de minimizar os efeitos psicológicos da violência obstétrica.

8. DISCUSSÃO

A violência obstétrica deve ser compreendida como um fenômeno complexo, multifatorial e sistêmico, que vai além de episódios isolados de desrespeito ou abuso. Tais práticas refletem estruturas institucionais, culturais e formativas enraizadas no modelo biomédico de atenção ao parto, em que a autonomia da mulher é frequentemente negligenciada (YAMIN, 2024; ESRA, 2025). Nesse sentido, a violência obstétrica não se configura apenas como um problema individual ou comportamental, mas como um fenômeno social e institucional, perpetuado por normas culturais e hierarquias rígidas nos serviços de saúde (MARTINEZ-VÁZQUEZ *et al.*, 2022; ALAMEDA, 2025).

Fatores organizacionais e estruturais contribuem significativamente para a ocorrência de práticas abusivas. Superlotação hospitalar, escassez de profissionais e ausência de protocolos de humanização criam condições propícias para o desrespeito

à mulher durante o parto (TEBEKA *et al.*, 2020; MESENBURG *et al.*, 2025). Assim, a violência obstétrica é reforçada por lacunas de gestão e planejamento, evidenciando que intervenções isoladas, centradas apenas na conduta de profissionais, são insuficientes para transformar efetivamente o cuidado.

Outro aspecto relevante é o caráter subjetivo da experiência da mulher, cuja percepção de violência varia de acordo com expectativas, histórico de vida e suporte recebido durante o parto (CONCEIÇÃO *et al.*, 2023; MARTINEZ-VÁZQUEZ *et al.*, 2022). Isso demonstra que a vivência do parto envolve dimensões psicológicas e emocionais complexas, reforçando a necessidade de atenção intersetorial, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, doulas e terapeutas ocupacionais, capazes de oferecer escuta sensível e acolhimento integral.

O uso da tecnologia também emerge como relevante na identificação e prevenção da violência obstétrica. Sistemas de inteligência artificial e análise de fala têm potencial para monitorar sinais de sofrimento materno em tempo real, possibilitando intervenções rápidas. No entanto, os estudos reforçam que tais ferramentas não substituem a necessidade de mudança cultural e institucional, devendo ser integradas a práticas humanizadas e protocolos éticos (GARCÍA e ARRIBA, 2025; REYNER-FUENTES *et al.*, 2024).

A análise da prevalência e formas de violência obstétrica evidencia que experiências de desrespeito, abuso e negligência não apenas comprometem a vivência do parto, mas também funcionam como fatores de risco significativos para a saúde mental materna. Nesse sentido, a violência obstétrica constitui um determinante social e psicológico do desenvolvimento de depressão pós-parto (MESENBURG *et al.*, 2025; KOHAN *et al.*, 2025; PAIZ *et al.*, 2022).

Estudos longitudinais e transversais demonstram que mulheres submetidas a experiências negativas no parto apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, comprometendo a adaptação à maternidade e o vínculo com o recém-nascido (MESENBURG *et al.*, 2025; ALAMEDA, 2025). A intensidade do impacto psicológico está relacionada não apenas à gravidade dos atos de violência, mas também à percepção subjetiva da mulher, seu histórico emocional e o suporte recebido durante o parto (MARTINEZ-VÁZQUEZ *et al.*, 2022; Conceição *et al.*, 2023).

Isso evidencia que a depressão pós-parto resulta de interações complexas entre fatores individuais, relacionais e institucionais.

Fatores estruturais e ambientais, como sobrecarga de profissionais, superlotação e ausência de protocolos de humanização, intensificam ainda mais o risco de depressão puerperal (TEBEKA *et al.*, 2020; MESENBURG *et al.*, 2025). Esses achados reforçam que a violência obstétrica e seus efeitos psicológicos estão intrinsecamente ligados à organização do cuidado, evidenciando que sua prevenção depende de intervenções sistêmicas, que incluam capacitação crítica da equipe e fortalecimento da humanização e da atenção multiprofissional.

A literatura também aponta que a intersectorialidade do cuidado constitui um fator protetor contra a depressão pós-parto. O acompanhamento de psicólogos, assistentes sociais, doulas e terapeutas ocupacionais, aliado a práticas obstétricas respeitadas, contribui para reduzir os efeitos traumáticos da violência obstétrica e promove um ambiente seguro e acolhedor (SILVA-FERNANDEZ *et al.*, 2023; YAMIN, 2024). O suporte social e emocional atua como mediador entre experiências adversas no parto e o desenvolvimento de transtornos depressivos, indicando que estratégias preventivas devem combinar atenção clínica, empoderamento materno e políticas públicas estruturadas.

Tecnologias inovadoras, como sistemas de inteligência artificial e análise de fala, surgem como ferramentas auxiliares para a detecção precoce de sintomas depressivos associados à violência obstétrica, permitindo intervenção rápida e direcionada (GARCÍA e ARRIBA, 2025; REYNER-FUENTES *et al.*, 2024). Ainda assim, sua eficácia depende da integração com práticas humanizadas, protocolos éticos e suporte multiprofissional, reforçando que a prevenção da depressão pós-parto é um desafio multifatorial.

Esses achados consolidam a compreensão de que a violência obstétrica é um determinante social e psicológico da saúde materna, cuja prevenção exige abordagens combinadas: educação e sensibilização da equipe, transformação cultural nos serviços de saúde, protocolos humanizados, suporte multiprofissional e monitoramento institucional efetivo (KOHAN *et al.*, 2025; PAIZ *et al.*, 2022; Alameda, 2025). Apenas por meio de estratégias articuladas é possível reduzir a incidência de

depressão pós-parto relacionada a práticas abusivas, promovendo não apenas segurança física, mas também saúde emocional e empoderamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

9. CONCLUSÃO

A revisão integrativa evidenciou que a violência obstétrica constitui um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve dimensões institucionais, culturais, estruturais e individuais. Suas manifestações incluem abuso verbal, desrespeito à autonomia da mulher, intervenções sem consentimento e negligência, impactando diretamente a experiência do parto e o bem-estar emocional das puérperas.

Além dos efeitos imediatos no parto, a violência obstétrica se configura como um importante determinante da saúde mental materna, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. As consequências desse fenômeno vão além do sofrimento individual, afetando o vínculo materno-infantil, a adaptação à maternidade e a dinâmica familiar. A percepção subjetiva da mulher, o suporte recebido e o contexto organizacional em que o parto ocorre modulam a intensidade desses impactos, evidenciando a complexidade das interações entre fatores individuais, sociais e institucionais.

A prevenção efetiva da violência obstétrica e de seus efeitos psicológicos exige estratégias integradas e sistêmicas, incluindo a capacitação ética e crítica de profissionais de saúde, a promoção de práticas humanizadas, a atuação de equipes multiprofissionais e a implementação de políticas públicas robustas de monitoramento e suporte. A utilização de tecnologias inovadoras pode auxiliar na identificação precoce de situações de risco, mas não substitui a necessidade de mudanças culturais e estruturais no cuidado à mulher.

Tais medidas repercutem de forma significativa na Enfermagem, ao aprimorar a qualidade técnico-científica da assistência, fortalecer a atuação crítica e ética dos profissionais e consolidar práticas mais seguras, humanizadas e orientadas às necessidades da mulher.

Conclui-se que assegurar o respeito, a dignidade, a autonomia e a segurança da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal é fundamental para promover não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e psicológico, fortalecendo o protagonismo materno e garantindo resultados positivos para mães e recém-nascidos. À luz dos achados apresentados, confirma-se que a hipótese

levantada neste estudo se mostra pertinente: a violência obstétrica está associada ao aumento do risco de desenvolvimento de depressão pós-parto em mulheres. Esses resultados reforçam a necessidade de práticas humanizadas, qualificadas e acolhedoras no cuidado obstétrico.

10. REFERÊNCIAS:

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 709–720, 2011.
- ALMEIDA, T. C. de; SANTOS, R. M. dos. Depressão pós-parto: fatores associados e implicações para o cuidado. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 2, p. 123–130, 2019.
- ARAÚJO, I. S.; et al. Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas em uma maternidade pública de referência em Salvador - BA. **Thieme Revinter**, p. 1–9, maio, 2018.
- BECK-HIESTERMANN, F. M. L.; et al. 6 é mais preciso que 4? A influência de diferentes modos de parto na depressão pós-parto e TEPT. **BMC Pregnancy and Childbirth**, p. 1–11, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Alyne: conheça a história da jovem que deu nome ao programa de cuidado integral à gestante e ao bebê. Brasília, Ministério da Saúde, 2024.
- CONCEIÇÃO, H. N.; et al. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1–15, mar. 2024.
- CONCEIÇÃO, H. N.; et al. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1–13, 2023.
- COSTA, A. P. M.; et al. Violência obstétrica: implicações na saúde mental no puerpério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 1, e20180795, 2020.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência obstétrica no Brasil: uma leitura crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 965–993, 2002.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2011.
- DINIZ, C. S. G.; et al. Abuso e desrespeito no parto no Brasil: evidências de pesquisa e agenda para os direitos das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p.78.
- DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.;

- CARVALHO, P. C. A. C.; AGUIAR, C. A.; et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, p. 377–384, 2015.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A medicalização do parto no Brasil: o modelo tecnocrático versus o modelo humanizado de atenção ao parto. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, p. 37–39, 2015.
- FALCÃO, J. N.; et al. A violência obstétrica como desencadeadora da depressão pós-parto. **Ciências da Saúde**, v. 29, ed. 140, 11 nov. 2024.
- FERREIRA, R. S.; SOUSA, R. P.; LIMA, R. L. F. Depressão pós-parto e a importância da atenção psicossocial no puerpério. **Revista de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 2, p. 347–353, 2019.
- FIGUEIREDO, B.; et al. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado da arte. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, p. 1–7, 2013.
- GRISBROOK, M.-A.; et al. Associações entre parto cesáreo, estresse pós-traumático e sintomas de depressão pós-parto. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, p. 1–13, abr. 2022.
- HASSELMANN, M. H.; et al. Sintomas de depressão pós-parto e interrupção precoce da amamentação exclusiva nos primeiros dois meses de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1–12, 2008.
- HARTMANN, J. M.; et al. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1–10, 2017.
- LANSKY, S.; et al. Violência obstétrica: influência da exposição dos sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Creative Commons**, p. 1–14, fev. 2018.
- LEAL, M. C.; et al. O renascimento do parto no Brasil: perspectivas a partir da pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1429–1430, 2005.
- LEAL, M. C.; et al. Práticas obstétricas na atenção ao parto hospitalar no Brasil: resultados da pesquisa Nascer no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4207–4219, 2012.
- LEAVY, E.; et al. Desrespeito durante o parto e pós-parto, saúde mental: um estudo de coorte francês. **BMC Pregnancy and Childbirth**, p. 1–8, 2023.
- LEITE, T. H.; et al. Desrespeito e abuso contra mulheres durante o parto e depressão pós-parto: descobertas do estudo Birth in Brazil. **Journal of Affective Disorders**, p. 1–11, abr. 2020.

LEITE, T. H.; et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa no contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1–13, set. 2023.

MELO, B.; et al. Violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural. **Revista Cuidarte**, p. 1–16, abr. 2022.

MILTEBURG, A. S.; et al. Desrespeito e abuso no atendimento à maternidade: consequências individuais da violência estrutural. **Reproductive Health Matters**, p. 1–20, ago. 2018.

MORAES, M. S.; GALVÃO, M. T. G.; BRITO, R. S. Saúde mental da mulher no pós-parto: revisão sistemática da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03433, 2018.

NORHAYATI, M. N.; et al. Magnitude e fatores de risco para sintomas pós-parto: uma revisão de literatura. **Journal of Affective Disorders**, p. 1–19, dez. 2014.

OLIVEIRA, T. A.; et al. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 1–6, mar. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e erradicação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014.

REIS, A. R. A.; et al. Fatores associados à depressão pós-parto em mulheres brasileiras: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 5, p. 931–936, 2021.

SANTOS, M. M.; LIMA, M. C.; OLIVEIRA, J. A. Violência obstétrica e saúde mental materna: análise de relatos de mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 671–679, 2020.

SILVA, C. S.; et al. Associação entre depressão pós-parto e a prática de amamentação exclusiva nos primeiros três meses de vida. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, p. 1–9, 2016.

SILVA, M. A. B.; ROCHA, J. R.; CAMPOS, D. F. A depressão pós-parto e o vínculo mãe-bebê: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, supl. 6, e20201294, 2021.

SOUZA, K. J.; RATTNER, D.; GUBERT, M. B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

THOMBS, B. D.; et al. Precisão diagnóstica da escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) para detectar depressão maior em mulheres grávidas e pós-parto:

protocolo para uma revisão sistemática e meta-análises de dados de pacientes individuais. **BMJ Open**, p. 1–8, set. 2015.