REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A ÓTICA DE ACADÊMICOS DA SAÚDE EM FORMAÇÃO INICIAL: RECONHECIMENTO CONCEITUAL E LACUNAS NO ENFRENTAMENTO E NA DENÚNCIA

OBSTETRIC VIOLENCE FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTHCARE STUDENTS IN EARLY TRAINING: CONCEPTUAL RECOGNITION AND GAPS IN ADDRESSING AND REPORTING

VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE ESTUDIANTES DE LA SALUD EN FORMACIÓN INICIAL: RECONOCIMIENTO CONCEPTUAL Y BRECHAS EN EL ENFRENTAMIENTO Y LA DENUNCIA

Kauã Rodrigo Valadares Costa
Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, Brasil
E-mail: kauarvcosta@gmail.com

Victor Dias Galvão
Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, Brasil
E-mail: victordg2006@gmail.com

Josiana Silveira de Paula Flavio
Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, Brasil
E-mail: josianaflavio2015@gmail.com

Karina Maria Mesquita da Silva
Professora Mestre, Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, Brasil
E-mail: karina.mesquita@afya.com.br

Resumo

Introdução e Objetivo: A violência obstétrica configura grave violação dos direitos humanos e problema de saúde pública. Investigou-se a percepção de acadêmicos do 1º ao 6º período dos cursos de Enfermagem, Psicologia, Medicina e Fisioterapia do Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína sobre o conceito, as formas e as consequências da violência obstétrica, e o conhecimento sobre canais de denúncia. **Metodologia:** Estudo de campo descritivo-exploratório, quali-quantitativo (desenho convergente), com 338 discentes, via questionário eletrônico no Google Forms, elaborado para esta pesquisa sem validação formal prévia. Dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva; questões abertas, por análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** 92,90% reconheceram o termo — majoritariamente via redes sociais e notícias (46,75%) —, mas apenas 37,28% tiveram formação acadêmica formal sobre o tema. Em questão fechada, 85,8% selecionaram "todas as anteriores" ao identificar formas de violência obstétrica; porém, ao definir o fenômeno livremente, ancoraram-se em episiotomia e manobra de Kristeller, com pouca menção a dimensões verbais, psicológicas e institucionais — indicando reconhecimento superficial. Constatou-se déficit procedimental severo: 70,12% não sabem como ou onde denunciar, e apenas 32,84% dominam integralmente os direitos da parturiente. A exposição acadêmica formal associou-se a maior conhecimento sobre fluxos de notificação (49,2% vs. 18,6%; diferença de 30,6 p.p., IC95% sem sobreposição), mas não a diferença significativa no reconhecimento de formas (p=0,747) — evidenciando que a difusão informal gera familiaridade, não instrumentalização ético-institucional. **Conclusão:** O letramento investigado restringe-se a familiaridade conceitual rasa, com lacunas procedimentais que favorecem subnotificação e silêncio hierárquico. Dado o desenho transversal, as

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

associações não permitem inferência causal. Recomenda-se módulo interprofissional sobre direitos reprodutivos, com simulações éticas e oficinas sobre fluxos de denúncia, capacitando gradualmente estudantes a reconhecer condutas inadequadas, priorizar a segurança da paciente e conhecer canais protegidos.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Educação em Saúde; Direitos Reprodutivos; Denúncia de Abusos.

Abstract

Introduction and Objective: Obstetric violence constitutes a serious violation of human rights and a public health problem. This study investigated perceptions among students from the 1st to 6th period of Nursing, Psychology, Medicine, and Physiotherapy at Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína regarding the concept, forms, and consequences of obstetric violence, and knowledge of reporting channels. **Methodology:** Descriptive-exploratory field study with a convergent mixed-methods design, involving 338 students via an electronic Google Forms questionnaire developed for this research without prior formal validation. Quantitative data were analyzed descriptively; open-ended questions via Bardin's content analysis. **Results and Discussion:** 92.90% recognized the term — mainly through social media and news (46.75%) —, but only 37.28% had received formal academic training. In a closed-ended question, 85.8% selected "all of the above" when identifying forms of obstetric violence; however, when defining the phenomenon freely, students anchored their answers in non-consensual episiotomy and the Kristeller maneuver, with little mention of verbal, psychological, or institutional dimensions — indicating superficial recognition. A severe procedural deficit was found: 70.12% did not know how or where to report cases, and only 32.84% fully understood the parturient's rights. Formal academic exposure was associated with greater knowledge of reporting pathways (49.2% vs. 18.6%; 30.6 percentage-point difference, non-overlapping 95% CIs), but not with significant differences in recognition of forms (p=0.747) — showing that informal exposure generates familiarity but not ethical-institutional instrumentalization. **Conclusion:** The literacy investigated is limited to shallow conceptual familiarity, with procedural gaps favoring underreporting and hierarchical silence. Given the cross-sectional design, associations do not permit causal inference. An interprofessional module on reproductive rights is recommended, with ethical simulations and workshops on reporting pathways, gradually equipping students to recognize inappropriate conduct, prioritize patient safety, and identify protected channels.

Keywords: Obstetric Violence; Health Education; Reproductive Rights; Abuse Reporting.

Resumen

Introducción y Objetivo: La violencia obstétrica constituye una grave violación de los derechos humanos y un problema de salud pública. Se investigó la percepción de estudiantes del 1º al 6º período de Enfermería, Psicología, Medicina y Fisioterapia del Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína sobre el concepto, formas y consecuencias de la violencia obstétrica, y el conocimiento sobre canales de denuncia. **Metodología:** Estudio de campo descriptivo-exploratorio, con diseño mixto convergente, con 338 estudiantes, mediante cuestionario electrónico en Google Forms, elaborado para esta investigación sin validación formal previa. Los datos cuantitativos se analizaron descriptivamente; las preguntas abiertas, mediante análisis de contenido de Bardin. **Resultados y Discusión:** El 92,90% reconoció el término —principalmente por redes sociales y noticias (46,75%)— , pero solo el 37,28% recibió formación académica formal. En una pregunta cerrada, el 85,8% seleccionó "todas las anteriores" al identificar formas de violencia obstétrica; sin embargo, al definir el fenómeno libremente, los estudiantes se centraron en la episiotomía sin consentimiento y la maniobra de Kristeller, con escasa mención a dimensiones verbal, psicológica e institucional —indicando reconocimiento superficial. Se constató un déficit procedimental severo: el 70,12% no sabe cómo ni dónde denunciar, y solo el 32,84% domina íntegramente los derechos de la parturienta. La exposición académica formal se asoció con mayor conocimiento de canales de denuncia (49,2% frente a 18,6%; diferencia de 30,6 p.p., IC95% sin superposición), pero no con diferencias significativas en el

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

reconocimiento de formas (p=0,747) —evidenciando que la difusión informal genera familiaridad, no instrumentalización ético-institucional. **Conclusión:** La alfabetización investigada se limita a familiaridad conceptual superficial, con vacíos procedimentales que favorecen la subnotificación y el silencio jerárquico. Dado el diseño transversal, las asociaciones no permiten inferencia causal. Se recomienda un módulo interprofesional sobre derechos reproductivos, con simulaciones éticas y talleres sobre canales de denuncia, capacitando gradualmente a los estudiantes para reconocer conductas inadecuadas, priorizar la seguridad de la paciente e identificar canales protegidos.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; Educación en Salud; Derechos Reproductivos; Notificación de Abuso.

1. Introdução

A violência obstétrica configura-se como uma expressão de violação dos direitos fundamentais e de afronta à dignidade da mulher durante o processo de parto. O termo passou a ser amplamente utilizado na última década para descrever práticas abusivas e desrespeitosas no atendimento obstétrico, tendo a definição de "desrespeito e abuso no parto" sido publicada em 2010 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então, pesquisadores de todo o mundo vêm se envolvendo em discussões e na produção de conhecimento sobre as violações dos direitos das mulheres durante a assistência à gestação, ao parto, ao puerpério e ao aborto, em um contexto de crescente preocupação global com a qualidade do atendimento obstétrico e os direitos das mulheres durante o parto, reconhecendo-se que tais práticas podem ter consequências graves para a saúde física e mental das mulheres e de seus bebês (Conceição et al., 2023).

Essas práticas envolvem desde tratamentos verbais ofensivos até procedimentos médicos desnecessários, forçados ou realizados sem o devido consentimento da mulher, devendo ser enfrentadas por parte das instituições e profissionais de saúde em prol da garantia dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres. No Brasil, a dor do parto é muitas vezes relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e ações de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo — práticas institucionais e ações de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo (Silva; De Lima Silva; De Araújo, 2017).

A politização e a cobertura midiática sobre o assunto têm impulsionado a

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

visibilidade da violência obstétrica no país, levando a um maior reconhecimento e enfrentamento do problema. Zanatta (2025) destaca a necessidade de mudanças nas práticas assistenciais vigentes, visando à redução de intervenções desnecessárias e das violações aos direitos das mulheres, apontando a revisão narrativa sobre o tema no Brasil para a necessidade de uma conceituação clara e legalmente definida, o que auxiliaria na identificação e no enfrentamento dessas situações.

A escolha do tema foi motivada por sua relevância como grave problema de saúde pública, com impactos significativos na saúde física e mental das mulheres, dado que essa realidade persiste em diversos contextos assistenciais, afetando mulheres de diferentes classes sociais, etnias e faixas etárias, contribuindo a produção de conhecimento sobre sua prevalência e formas para a formulação de políticas públicas e a implementação de práticas mais humanizadas nos serviços de saúde (Gomes, 2025). Esse recorte também se justifica pela função que estudos como este desempenham na formação de profissionais de saúde, sobretudo nos primeiros momentos da graduação — período fundamental para a construção de valores e práticas —, buscando-se, ao fomentar uma visão humanizada do cuidado obstétrico, evitar a perpetuação de condutas abusivas e violentas no ambiente assistencial. Somava-se a isso a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os caminhos para denúncia e combate à violência obstétrica, de modo que os resultados obtidos pudessem subsidiar a elaboração de materiais educativos e informativos direcionados a mulheres, acadêmicos e profissionais de saúde.

Diante do exposto, buscou-se responder à seguinte questão: qual a percepção dos acadêmicos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, do 1º ao 6º período do Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, em Araguaína-TO, em relação à violência obstétrica, no que se refere às suas formas, consequências e aos mecanismos institucionais de denúncia e enfrentamento? O estudo teve como objetivo geral investigar a percepção desses acadêmicos sobre a violência obstétrica, com vistas a subsidiar ações educativas voltadas à prevenção e ao enfrentamento desse tipo de violência. Especificamente, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes, identificar o nível de conhecimento dos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

estudantes acerca do conceito, das formas e das consequências da violência obstétrica, e verificar se os acadêmicos conheciam os canais de denúncia e os órgãos responsáveis por investigar casos dessa natureza.

2. Revisão da Literatura

A experiência com o parto pode ser marcada por dor, sofrimento e agressão. Isso porque, além de intervenções desnecessárias e/ou dolorosas, também são comuns restrições cientificamente insustentáveis e atitudes profissionais que constituem violência obstétrica (VO), seja ela física, psicológica ou verbal (Campos et al., 2020).

A violência verbal ocorre quando as mulheres são destratadas por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto através de xingamentos, ameaças, gritos e humilhações, são usadas formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual e ameaças velada, — comentários que associam a dor do parto a uma suposta cobrança pelo prazer sexual, ou que condicionam o bem-estar do bebê ao silêncio da parturiente — do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”; “Se ficar gritando vai fazer mal pro seu bebê, ele vai nascer surdo”. Além disso, as mulheres são impedidas de ser acompanhadas por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante a sua internação no que diz respeito ao suporte emocional contínuo e sensação de segurança à parturiente (Castro; Rocha, 2020).

É frequente nas maternidades a realização excessiva de toques vaginais, sem respeitar a intimidade da mulher — manipulação frequentemente dolorosa e constrangedora, que expõe sua privacidade a pessoas desconhecidas. Essas práticas de saúde que não respeitam os valores culturais e religiosos e expõem a intimidade e o corpo da pessoa que está sendo cuidada é caracterizada como um tipo de violência psicológica (Barboza; Mota, 2016).

A violência física e a violação do direito à informação e autonomia pode ser percebida frente à realização de intervenções e práticas consideradas prejudiciais, sem autorização da parturiente ou autorizadas mediante informações distorcidas e incompletas, como por exemplo, mentir para a paciente sobre sua dilatação,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

vitalidade fetal, e motivos considerados improcedentes para indicação de cesariana, como circular de cordão cervical, bacia materna estreita, macrossomia fetal, entre outros. As intervenções são realizadas com o objetivo de acelerar o trabalho de parto, em gestantes de risco habitual, como manobra de Kristeller, que consiste em empregar força na parte superior do útero durante o período de expulsão, o uso de ocitocina, e amniotomia para romper as membranas que recobrem o feto e a episiotomia de rotina, realizada em mais de 70% nos partos vaginais, que traduz-se em realizar uma incisão entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto, porém atualmente sabe-se que é considerada uma prática prejudicial, se realizada de forma rotineira (Brandt et al., 2018).

As técnicas de analgesia medicamentosa e não medicamentosa (como massagem, uso de óleos, banho quente, movimentos e posições que favorecem o trabalho de parto), frequentemente não são utilizadas nas maternidades e as mulheres são obrigadas a permanecer deitada na posição horizontal, que além de retardar o trabalho de parto, aumenta as dores da contração. Apesar das evidências científicas confirmarem o benefício da posição vertical para a evolução do trabalho de parto devido ao auxílio da gravidade na descida e na expulsão do feto, permanece nas maternidades a prática de manter a mulher na posição horizontal, tida como mais confortável para a equipe assistencial (Barboza; Mota, 2016).

A cesárea sem indicação clínica e sem consentimento da mulher também configura violência obstétrica, frequentemente apresentada como opção mais segura apesar dos riscos maternos documentados associados ao procedimento (Moreira; Dos Santos Sousa; Da Silva, 2023).

Dessa forma, a mulher perde a sua autonomia no momento do parto, devido à ausência de informação nos atendimentos de pré-natal e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal, implicando em danos emocionais e psicológicos, tornando a mulher insatisfeita diante do parto normal e a desistir de futuras gestações (Castro; Rocha, 2020).

Embora a violência obstétrica não seja tão visível quanto a violência física, não é menos perniciosa, pois atinge e causa também danos psicológicos. Um dos motivos da naturalização da violência obstétrica é a relação de hierarquização

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

histórica entre o profissional da saúde e paciente, em razão daquele deter o conhecimento técnico, pois o profissional impõe sua vontade de forma alheia à parturiente (De Brito; Oliveira; De Albuquerque Costa, 2020).

Outro fator de normalidade é a sua prática rotineira: as mulheres frequentemente desconhecem tais condutas como violência obstétrica, o que colabora para a subnotificação e a fragilização da luta pelos direitos reprodutivos (Da Silva; Souza; Leite, 2019).

Parte da literatura descreve um padrão em que condutas abusivas tendem a ser reproduzidas e naturalizadas nos serviços de saúde, públicos ou privados, configurando um problema de cultura institucional (De Brito; Oliveira; De Albuquerque Costa, 2020). A falta de condição financeira, aliada ao desconhecimento de direitos, também, por si só, são fatores mitigadores do exercício do direito ao acesso à justiça, significando dizer que a violência obstétrica está entrecortada e protegida por uma série de direitos violados. Retirar o véu da violência institucional é fundamental, e um dos caminhos apontados pela literatura é o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, do próprio papel na reprodução dessas práticas, superando sua banalização (De Brito; Oliveira; De Albuquerque Costa, 2020).

Rocha e Grisi (2017) observaram que mesmo as mulheres que tinham conhecimento da violência obstétrica e de seus direitos, sofreram intervenções desnecessárias. Isso reforça a necessidade de aliar o conhecimento das mulheres, ao cumprimento da Lei do Acompanhante, a presença da doula durante o parto, às mudanças nas atuações dos profissionais de saúde e políticas públicas empenhadas nesse assunto.

Gestantes podem vivenciar experiências traumáticas e negativas no processo de parto, com decisões e desejos frequentemente deixados de lado por práticas que não maximizam os benefícios, sem respeito à individualidade e às limitações de cada paciente (Silva; De Lima Silva; De Araújo, 2017).

Eventos traumáticos no parto podem produzir quadro comparável ao transtorno do estresse pós-traumático, associado a sentimentos de coerção, desinformação e perda de protagonismo diante de procedimentos desnecessários

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

naturalizados pela equipe — episiotomia e cesariana sem indicação entre os gatilhos mais citados (Da Silva; Souza; Leite, 2019).

A propagação das formas de violência vivenciadas por mulheres durante o momento do parto pode fazê-las reféns do medo da morte, da perda da criança, do silêncio contra a sensação de coação. Então, elas não denunciam, renunciam às ameaças ou acreditam que se trata de algo natural porque não conhecem seus direitos e formas de violência obstétrica. Como resultado, esse trauma pode promover um impacto na saúde mental materna; portanto, uma mulher que recebe pouco ou nenhum suporte ou é violada durante o processo de gestação apresenta maior risco de desenvolver estruturas depressivas, transtornos de ansiedade, fobias, compulsão de alimentos, distúrbios do sono e outros tipos de sintomas psicossomáticos (Moreira; Dos Santos Sousa; Da Silva, 2023).

A prevenção da violência obstétrica pelas equipes multiprofissionais envolve comunicação clara com a paciente, restrição de intervenções invasivas a situações com indicação clínica, garantia do direito ao acompanhante e assistência pautada na equidade e na escuta ativa (Ismael et al., 2020).

É papel dos profissionais de saúde orientar e esclarecer desde o pré-natal métodos não farmacológicos e os seus benefícios, para que assim a parturiente possa vivenciar o parto de forma humanizada e respeitosa, de forma a exercitar sua autonomia durante o trabalho de parto e o parto. Uma vez que o desconhecimento das mulheres acerca do próprio corpo e do processo fisiológico do parto, e a forte influência da cultura familiar, ditam a prática da episiotomia como necessária para a evolução do parto (Castro; Rocha; 2020).

A falta de preparo profissional e a ausência de informação adequada às parturientes favorecem a naturalização de procedimentos como rotinas institucionais, mesmo quando configuram violência obstétrica (Leal et al., 2018).

É preciso que haja humanização dentro das instituições hospitalares, os profissionais precisam se sensibilizar e adotar medidas que tornem o momento do parto e nascimento calmo e sem traumas. Humanizar o parto significa respeitar a parturiente e esperar o momento do nascimento sem intervenções desnecessárias, como não induzir o parto usando ocitocina sintética, não realizar episiotomia sem

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

necessidade, é acreditar e respeitar a fisiologia da gestação e do parto, é preservar não somente a saúde física, mas também a psíquica, respeitando os diversos aspectos culturais, individuais e emocionais da mulher e sua família, é permitir que a mulher seja protagonista do seu parto, e garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha (Martins et al., 2019).

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa de campo teve caráter descritivo e exploratório, combinando métodos qualitativos e quantitativos. Seu objetivo principal foi examinar como estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, em diferentes fases de graduação na Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína, percebem o fenômeno da violência obstétrica.

3.2 População e Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por discentes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, devidamente matriculados entre o 1º e o 6º período. A escolha por esses períodos iniciais fundamentou-se na intenção de analisar a percepção dos alunos em sua fase formativa, anterior ao envolvimento mais direto com as atividades práticas em ambiente clínico.

Para a realização da investigação, foram estabelecidos critérios específicos de inclusão e exclusão, conforme descrito a seguir:

Critérios de inclusão:

- Estudantes vinculados aos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia ou Psicologia, cursando entre o 1º e o 6º período;
- Discentes com matrícula ativa na instituição de ensino superior Centro Universitário UNITPAC - Afya Araguaína;
- Indivíduos que manifestaram interesse em participar da pesquisa de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão:

- Recusa ou ausência da assinatura do TCLE: mesmo que o indivíduo atendesse aos requisitos para participação, a não manifestação de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

concordância formal mediante assinatura do TCLE resultou em exclusão automática da amostra;

- Questionário respondido de forma insuficiente: participantes que preencheram menos da metade do formulário tiveram seus dados desconsiderados, uma vez que essa condição compromete a fidedignidade e a consistência das informações coletadas;
- Respostas duplicadas: quando identificado que um mesmo participante respondeu ao questionário mais de uma vez, apenas a primeira submissão válida foi mantida para análise;
- Desistência durante a coleta de dados: o participante poderia revogar sua autorização a qualquer momento do processo; nesses casos, todas as informações por ele fornecidas foram excluídas do banco de dados da pesquisa;
- Problemas técnicos no envio ou armazenamento das respostas: informações que, por falhas no sistema, não foram corretamente registradas ou apresentaram inconsistências técnicas não foram aproveitadas na análise final.

Antes da etapa de aplicação do instrumento de coleta, foi realizada uma comunicação inicial com os estudantes-alvo da pesquisa, por meio de apresentações presenciais nas salas de aula e envio de mensagens por canais institucionais, como e-mail acadêmico ou plataformas de comunicação interna. Nesse momento, os responsáveis pela pesquisa explicaram os objetivos, a relevância do estudo, os procedimentos envolvidos e os princípios éticos que orientaram sua execução, assegurando que todos os participantes compreendessem o caráter voluntário de sua adesão.

O TCLE (Apêndice A) foi entregue em formato digital, contendo todas as informações sobre o estudo, assim como os riscos, benefícios e garantias de sigilo e confidencialidade, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei nº 13.709/2018 (Brasil, 2018).

3.3 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

estruturado no Google Forms, contendo 21 (vinte e uma) questões, entre múltipla escolha, abertas e fechadas (Apêndice B).

O instrumento foi dividido em duas seções:

- **Seção 1** – Perfil sociodemográfico: composta por 9 (nove) questões abordando idade, estado civil, gênero, curso, naturalidade, ocupação, etnia, endereço e período da graduação;
- **Seção 2** – Conhecimento sobre violência obstétrica: com 12 (doze) questões que abordam o conceito, formas, consequências, direitos, atitudes diante de casos, canais de denúncia e órgãos responsáveis.

Todas as questões do instrumento foram configuradas como obrigatórias na plataforma Google Forms, de modo que o envio da submissão exigia o preenchimento integral do formulário.

O instrumento foi elaborado especificamente para esta pesquisa, sem processo formal de validação de conteúdo por comitê de especialistas, estudo-piloto ou teste de clareza prévio. Os resultados devem, portanto, ser interpretados como levantamento exploratório baseado em instrumento não validado, e não como mensuração validada de um construto único de 'nível de conhecimento'.

3.4 Coleta de dados propriamente dita

O acesso ao link do questionário foi concedido exclusivamente aos participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão e que formalizaram sua concordância por meio da assinatura do TCLE. A etapa de coleta de dados ocorreu no intervalo compreendido entre 01/10/2025 e 10/12/2025, sendo o questionário distribuído por e-mail institucional, em grupos acadêmicos previamente autorizados pelas coordenações dos cursos e, quando necessário, de forma presencial.

O recrutamento ocorreu por meio de divulgação institucional (e-mail acadêmico, grupos de mensagens e apresentações presenciais em sala), estratégia que não permite quantificar o número de estudantes efetivamente alcançados pelo convite nem a taxa de acesso ao formulário antes do envio, uma vez que a plataforma utilizada não disponibilizou esse dado de forma retroativa. A amostra deve, portanto, ser interpretada como amostra de conveniência, sem estimativa de taxa de resposta calculável em relação à população elegível.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

Em decorrência da configuração de campos obrigatórios do instrumento (seção 3.3), o critério de exclusão por preenchimento inferior a 50% (seção 3.2) não encontrou aplicação prática, uma vez que o envio da submissão pressupunha preenchimento integral.

As respostas foram automaticamente organizadas em uma planilha gerada pela própria plataforma digital utilizada, com acesso restrito aos pesquisadores responsáveis, garantindo a confidencialidade e a segurança das informações coletadas.

Em razão da necessidade de coleta do endereço de e-mail dos participantes para fins de identificação e considerando princípios de minimização de dados previstos na LGPD (Lei nº 13.709/2018), a plataforma não foi configurada para restringir múltiplas submissões por respondente. A inspeção do conteúdo das respostas abertas não indicou padrões de duplicação, mas a ausência de controle automatizado impede a verificação formal de unicidade das submissões.

3.5 Análise dos Dados

A interpretação dos dados foi conduzida de maneira integrada, respeitando a natureza quali-quantitativa da pesquisa.

As informações numéricas, originadas das perguntas objetivas e de múltipla escolha, foram organizadas em uma planilha eletrônica e tratadas por meio de estatística descritiva, com o apoio de programas como Google Planilhas (Sheets) e calculadoras online, como o *Social Science Statistics*. Entre os procedimentos adotados, destacam-se: cálculo de frequências absolutas e relativas (%), para exame da distribuição das respostas; determinação de medidas de tendência central, como média e moda; e análise de medidas de dispersão, como desvio padrão, além dos valores mínimos e máximos observados.

Os denominadores, dados ausentes e regras de tratamento aplicadas a cada variável analisada estão detalhados na Tabela 2 (material suplementar).

Já as respostas às perguntas abertas foram tratadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática, segundo a proposta metodológica de Bardin (2011). Esse método contemplou as seguintes etapas: pré-análise, caracterizada por uma leitura exploratória e livre das respostas, com o objetivo de promover o primeiro

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

contato com o material e levantar temas recorrentes; exploração do material, momento em que se realizou a codificação dos conteúdos e a categorização dos núcleos de sentido pertinentes ao objeto investigado; e tratamento e interpretação dos resultados, fase em que as categorias foram reunidas, analisadas e interpretadas à luz do referencial teórico adotado no estudo.

A codificação inicial das respostas abertas foi realizada com apoio de ferramenta de inteligência artificial generativa (Google Gemini, integrado ao Google Workspace/Sheets), seguida de revisão humana pelo autor. Essa revisão consistiu em classificação manual independente das seis categorias identificadas na análise de canais de denúncia, apresentando divergência em somente uma categoria (Ouvidoria e Órgãos de Saúde), priorizando os dados obtidos pelo autor. Interpretação e redação contaram com apoio de Claude Sonnet 5 (Anthropic).

A análise qualitativa buscou aprofundar a compreensão sobre as percepções e vivências dos discentes a respeito da violência obstétrica, possibilitando a identificação de discursos, sentimentos e construções sociais que não seriam plenamente apreendidos pelas ferramentas quantitativas. Complementarmente, foi realizada análise exploratória de comprimento médio das respostas e frequência de termos por grupo étnico-racial, com caráter descritivo e sem pretensão inferencial, dado o tamanho reduzido dos subgrupos.

Após as análises separadas, os achados qualitativos e quantitativos foram articulados de forma complementar, contrastando autoavaliação e conteúdo espontâneo dos participantes. Adotou-se desenho de métodos mistos do tipo convergente (paralelo), no qual os dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente por meio do mesmo instrumento, analisados de forma independente segundo métodos próprios a cada natureza de dado, e posteriormente integrados na fase interpretativa.

3.6 Aspectos Éticos da pesquisa

A pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios éticos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados — LGPD (Brasil, 2016; 2018), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 87288925.1.0000.0014, parecer nº 7.528.780,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

de 25 de Abril de 2025.

- A confidencialidade foi mantida: os nomes dos participantes não foram solicitados, sendo substituídos por códigos numéricos;
- Os dados pessoais, para construção do perfil sociodemográfico, foram armazenados em ambiente seguro, com acesso restrito à equipe de pesquisa;
- Em caso de exposição indevida de qualquer informação pessoal, a pesquisa seria imediatamente interrompida.

O TCLE trouxe informações claras sobre coleta, armazenamento, uso e proteção de dados, bem como os direitos dos participantes. Uma submissão (n=1) não registrou resposta explícita à pergunta de aceite do TCLE, em razão de falha pontual de configuração do formulário, que não definiu esse campo como obrigatório no momento da coleta. A submissão foi mantida na análise por ter sido completada integralmente em todas as demais seções, o que sugere concordância implícita com a participação, ainda que sem registro formal do consentimento nesse campo específico.

4. Resultados e Discussão

4.1 Perfil Sociodemográfico e Acadêmico

Foram recebidas 338 respostas, com aceite do TCLE em 337 respostas e 1 sem resposta explícita a esse campo, cujo tratamento é detalhado na seção 3.6, conforme a **Tabela 1**. Participaram do estudo 338 acadêmicos, distribuídos entre os cursos de Enfermagem (n=178; 52,66%), Psicologia (n=71; 21,01%), Medicina (n=64; 18,93%) e Fisioterapia (n=25; 7,40%). A desproporção entre os extremos — razão de aproximadamente 7:1 entre Enfermagem e Fisioterapia — reflete, em parte, o volume diferenciado de matrículas por graduação na instituição, mas impõe limitação metodológica relevante: comparações de percepção entre cursos devem ser qualificadas por essa assimetria e não tratadas como estatisticamente equivalentes.

Tabela 1 – Fluxo de submissões e amostra final do estudo[1]

[1] **Nota:** *Não foi possível quantificar o número de estudantes elegíveis por curso/período, convidados ou que acessaram o link antes do envio, dada a estratégia de recrutamento institucional sem sistema de rastreamento (ver seção 3.4).*

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

Etapa	N	Observação
Submissões recebidas	338	Todos os campos obrigatórios; nenhuma exclusão por preenchimento incompleto
TCLE — aceite explícito	337	—
TCLE — aceite implícito	1	Ver seção 3.6
Duplicidade	Não verificável	Ver seção 3.4
Amostra final	338	—

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O 6º período concentrou o maior contingente de respondentes (n=98; 28,99%), seguido do 3º (n=58; 17,16%) e do 4º (n=55; 16,27%). Os dois primeiros períodos somaram 21,30% da amostra (n=72), indicando sub-representação dos ingressantes. Embora todos os participantes se enquadrem em fase pré-clínica ou equivalente — sem exposição supervisionada à assistência obstétrica —, a variação curricular entre o 1º e o 6º período é substancial. Em Medicina e Enfermagem, estudantes nos períodos mais avançados já cursaram disciplinas formais de saúde da mulher; ingressantes partem, predominantemente, de repertório construído por fontes informais — mídia, família, redes sociais. Essa heterogeneidade interna à amostra deve ser considerada na interpretação dos dados de conhecimento e percepção.

O perfil etário concentra-se na faixa de 18 a 24 anos (n=277; 81,95%), seguida pelas faixas de 25 a 30 anos (n=32; 9,47%), acima de 30 anos (n=25; 7,40%) e menor que 18 anos (n=4). A distribuição por faixas categóricas, em lugar de idade contínua, impede o cálculo de medidas de tendência central e dispersão — limitação do instrumento que deve ser corrigida em versões futuras do protocolo de coleta, com registro de idade em anos completos.

O público feminino representa 80,47% da amostra (n=272), proporção coerente com o perfil consolidado dos cursos de saúde no Brasil, onde a feminização da força de trabalho em enfermagem, fisioterapia e psicologia é historicamente marcada. Essa variável deve ser mantida como fator de estratificação nas análises subsequentes.

Quanto à composição étnico-racial, a maioria se autodeclarou parda (n=180; 53,25%), seguida por branca (n=119; 35,21%), negra (n=38; 11,24%) e amarela

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

(n=1; 0,30%). A soma de pardos e negros representa 64,49% dos participantes (n=218). Esse dado tem implicação direta para o objeto do estudo: a literatura nacional aponta que mulheres negras e pardas são desproporcionalmente expostas a práticas obstétricas inadequadas e a formas de violência institucional durante o parto, com piores indicadores de qualidade assistencial (Barboza; Mota, 2016; Brandt et al., 2018; Campos et al., 2020). A coincidência entre a composição étnico-racial da amostra e o perfil demográfico das populações mais vulneráveis ao fenômeno investigado introduz uma questão analítica relevante: parte dos respondentes pode ter proximidade vivencial ou familiar com a violência obstétrica — condição que pode tanto aguçar o reconhecimento crítico quanto naturalizar práticas abusivas quando percebidas como norma assistencial esperada, conforme discutido nas seções seguintes.

Em relação à ocupação, a recodificação operacional das respostas identificou dois grupos funcionais: estudantes em dedicação exclusiva — identificados como "estudante", "acadêmico" ou sem qualquer ocupação adicional declarada (n=204; 60,36%) — e estudantes com vínculo laboral concomitante — aqueles que declararam outra atividade ocupacional além dos estudos, incluindo atendentes, professores particulares e funções diversas (n=134; 39,64%).

A distribuição geográfica revelou que aproximadamente 60% dos participantes são originários de Araguaína-TO, com representação de municípios do norte tocantinense e do sul maranhense, configurando amostra de caráter regional marcado — realidade assistencial de menor densidade de serviços obstétricos especializados e maior dependência da rede pública

4.2 Compreensão e Naturalização da Violência Obstétrica

Os desfechos investigados foram tratados como domínios distintos e não equivalentes entre si — familiaridade terminológica, compreensão conceitual espontânea, reconhecimento de manifestações em questão estruturada, conhecimento de direitos da parturiente, conhecimento procedimental sobre canais de denúncia e percepção de responsabilidade profissional —, sem composição em escore único de letramento sobre violência obstétrica.

4.2.1 Exposição ao Tema e o Paradoxo da Formação Acadêmica

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

Para fins desta análise, adotou-se como definição operacional de violência obstétrica todo ato, conduta ou omissão, praticado por profissionais de saúde ou instituições, que viole a autonomia, a integridade física ou psicológica, ou o consentimento informado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal — incluindo intervenções sem indicação clínica ou proporcionalidade, negação de informação, tratamento desumanizado ou discriminatório, e falhas organizacionais que comprometam a dignidade do cuidado (OMS, 2010; Brasil, 2017). Essa definição orientou a codificação das respostas abertas e a interpretação da questão fechada sobre reconhecimento de formas, distinguindo a violência obstétrica de resultados adversos, divergências clínicas ou intervenções realizadas com indicação e consentimento adequados.

Embora 92,90% dos participantes (n=314) tenham declarado já ter ouvido falar sobre violência obstétrica, apenas 37,28% (n=126) relataram ter tido acesso a disciplinas, palestras ou atividades acadêmicas estruturadas sobre o tema durante a graduação. Essa dissociação entre familiaridade terminológica e formação curricular é o eixo analítico central desta seção: o alto índice de reconhecimento do termo não reflete necessariamente profundidade conceitual — reflete, antes, a penetração do tema em canais informais de informação. Redes sociais e notícias, somadas, responderam por 46,75% das fontes de exposição (34,32% e 12,43%, respectivamente), frente a 43,20% atribuídos ao ambiente acadêmico. Aproximadamente 10% responderam por outras fontes, como experiência pessoal. O campo "Outro" (n=11; 3,25%) não foi recodificado para as categorias fechadas, sendo mantido como categoria residual, por conter respostas logicamente incompatíveis com a pergunta (ex.: "nunca ouvi falar"), sugerindo possível falha de lógica condicional no formulário. Para um fenômeno com consequências clínicas, legais e éticas da magnitude da violência obstétrica — cujas manifestações incluem desde o abuso verbal sistematizado até a realização de procedimentos cirúrgicos sem consentimento —, a predominância de fontes informais como veículo primário de aprendizado representa uma lacuna estrutural na formação, não um dado periférico. Martins et al. (2019) e Ismael et al. (2020) apontam que a ausência do tema nos currículos perpetua a invisibilidade das práticas violentas por falta de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

fundamentação teórica e legal durante a graduação.

O recorte por curso expõe assimetrias que merecem atenção. Psicologia registrou a menor proporção de estudantes com formação acadêmica formal sobre violência obstétrica (18,3%), seguida de Medicina (39,1%) e Enfermagem (41,6%). Fisioterapia apresentou o maior índice relativo (56,0%), resultado que exige cautela interpretativa: a superioridade proporcional não implica abordagem mais aprofundada do tema no currículo — pode refletir iniciativas pontuais (uma palestra, uma aula eletiva) sem continuidade pedagógica sistemática. O dado mais crítico permanece sendo o de Medicina: em um curso cuja formação culmina no exercício direto da prática obstétrica, a maioria dos estudantes nos primeiros seis períodos nunca recebeu qualquer abordagem estruturada sobre o fenômeno. Que Psicologia, cujos egressos atuarão no suporte emocional de gestantes e puérperas em contextos institucionais, apresente o menor índice de formação formal sobre o tema reforça a hipótese de que a violência obstétrica permanece periférica nos projetos pedagógicos de múltiplos cursos da área da saúde (Castro; Rocha, 2020; Gomes, 2025).

4.2.2 Compreensão Conceitual: Mapa Cognitivo e Seus Limites

A análise de conteúdo das respostas abertas, segundo a proposta metodológica de Bardin (2011), organizou o corpus em cinco núcleos de sentido: Violação da Autonomia e do Consentimento; Iatrogenia e Banalização de Intervenções Inadequadas; Violência Institucional e Negligência; Desumanização e Abuso Interpessoal; e Déficit de Letramento em Direitos Reprodutivos. A distribuição entre essas categorias permite identificar o mapa cognitivo predominante sobre o fenômeno nessa população (detalhamento completo dos núcleos e excertos ilustrativos na Tabela 3, material suplementar).

O núcleo de Violação da Autonomia agrupou definições ancoradas no binômio consentimento/recusa — "tudo que vá contra a vontade da paciente", "ato arbitrário sem autorização da mãe". Essa categoria representa compreensão conceitualmente adequada e alinhada com os marcos jurídicos e bioéticos que fundamentam o cuidado obstétrico humanizado (De Brito et al., 2020; Zanatta, 2025). O núcleo de Iatrogenia, por sua vez, evidenciou associação predominante da violência obstétrica

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

com procedimentos físicos concretos — o "corte vaginal", a "pressão na barriga", a episiotomia sem indicação —, indicando que essas práticas são as mais reconhecidas visual ou teoricamente pelos acadêmicos. Esse padrão é consistente com a hipótese de que a violência obstétrica é compreendida majoritariamente através de suas manifestações mais tangíveis e midiatizadas, e não a partir de uma compreensão sistêmica e estrutural do fenômeno. Os núcleos de Violência Institucional e Negligência — como em 'é a omissão de informações necessárias para a gestante' — e de Desumanização e Abuso Interpessoal — como em 'agressão verbal, física ou psicológica contra a grávida' — reúnem, respectivamente, falhas sistêmicas atribuídas à instituição e o tratamento degradante direcionado à parturiente, ambos com menor frequência espontânea do que os dois primeiros núcleos, reforçando que a compreensão dos acadêmicos privilegia manifestações individuais e procedimentais em detrimento da dimensão organizacional e relacional do fenômeno.

O dado analiticamente mais problemático é a presença expressiva do quinto núcleo — Déficit de Letramento em Direitos Reprodutivos —, constituído por respostas como "Não sei nada sobre", "Não o suficiente para debater sobre o tema", "Nada, faz tempo que vi sobre". Esse conjunto, identificado após a exclusão de respostas inválidas pelo critério de Bardin, sugere que a proporção de estudantes sem domínio conceitual funcional sobre o tema supera os 7,10% que declararam nunca ter ouvido falar no termo: parte dos que reconhecem o vocabulário não consegue elaborar qualquer definição operacional.

Um ponto cego transversal a todas as categorias é a quase ausência de referências espontâneas às estruturas de poder hierárquico e à violência simbólica como causas do fenômeno. Campos et al. (2020) documentam que práticas convencionais do parto são frequentemente percebidas como cuidado padrão — e não como violência — precisamente porque são normalizadas pela cultura institucional. Martins et al. (2019) descrevem a violência obstétrica como expressão de uma relação assimétrica historicamente construída, na qual o saber biomédico se institui como autoridade absoluta sobre o corpo feminino. Que os respondentes concentrem suas definições em atos individuais — o médico que não solicita

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

autorização, o enfermeiro que empurra — sem mencionar a estrutura hierárquica hospitalar ou a cultura de silêncio que os viabiliza indica que a dimensão coletiva e sistêmica do problema permanece opaca na formação investigada.

A confusão recorrente entre violência obstétrica e erro médico ou negligência clínica merece registro específico. Erro médico pressupõe um desvio involuntário de conduta técnica; a violência obstétrica, em suas formas mais frequentes, não é acidental — é uma prática socialmente aprendida, repetida e muitas vezes institucionalmente tolerada (Brandt et al., 2018; Moreira; Dos Santos Sousa; Da Silva, 2023).

4.2.3 Reconhecimento das Formas: Alta Acurácia, Profundidade Incerta

Aproximadamente 85,8% dos participantes selecionaram a lista completa de formas de violência obstétrica quando apresentadas em questão estruturada de múltipla escolha — incluindo impedimento de acompanhante, práticas dolorosas sem consentimento, comentários ofensivos, negação de alívio da dor e episiotomia sem consentimento. Esse índice distribui-se de forma relativamente homogênea entre os cursos: Medicina (92,2%), Enfermagem (87,6%), Fisioterapia (80,0%) e Psicologia (77,5%), sendo Psicologia o curso com menor proporção de reconhecimento completo e, simultaneamente, o de menor acesso à formação formal sobre o tema. O critério de "completo" considerou exclusivamente a marcação de "todas as anteriores"; não houve casos de seleção integral das alternativas individuais sem essa marcação, reforçando a leitura de reconhecimento superficial do vocabulário.

Esses percentuais precisam ser interpretados com cautela metodológica estrita: uma tarefa de reconhecimento tem poder discriminatório fundamentalmente diferente de uma tarefa de geração espontânea, disparidade já descrita na seção 4.2.2. Estudantes que aprenderam sobre o tema exclusivamente por experiência pessoal apresentaram a menor taxa de seleção completa (79,2%), sugerindo que o conhecimento construído a partir de vivências específicas tende a particularizar-se — reconhece a forma sofrida ou presenciada, sem generalizar para o espectro conceitual completo do fenômeno.

A análise da relação entre exposição acadêmica formal ao tema e capacidade de reconhecimento das formas de violência obstétrica reforça a interpretação acima.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

Estudantes que declararam ter tido acesso a disciplinas, palestras ou atividades acadêmicas sobre o tema apresentaram taxa de seleção completa de 86,5% (n=109/126), frente a 85,2% (n=179/210) entre os que não tiveram essa exposição — diferença de 1,3 ponto percentual, estatisticamente não significativa ($\chi^2(1) = 0,10$, $p = 0,747$; Cramér's V = 0,02), o que não permite sustentar qualquer inferência sobre superioridade do ensino formal no reconhecimento do fenômeno em questão estruturada.[2] O teste confirma estatisticamente o que a diferença bruta já sugeria: o resultado contraria a premissa intuitiva de que a abordagem curricular produz conhecimento qualitativamente distinto do obtido por vias informais, ao menos no que se refere à identificação de formas de violência obstétrica quando apresentadas em formato de múltipla escolha. A explicação mais parcimoniosa é que o instrumento de coleta — por sua própria estrutura de reconhecimento por alternativas — tem teto de discriminação baixo: ele captura familiaridade com o vocabulário do fenômeno, não profundidade conceitual nem capacidade de reconhecimento em contexto clínico real. Que ambos os grupos performem de forma estatisticamente equivalente nessa tarefa indica que o tema circula amplamente nos canais informais para produzir reconhecimento superficial generalizado — e que o ensino formal, quando existe, não está sendo capaz de produzir diferença mensurável além desse patamar. Essa é a lacuna que os dados realmente apontam, e é qualitativamente mais grave do que uma simples ausência de conteúdo curricular.

Quanto às práticas mais referenciadas — episiotomia de rotina e manobra de Kristeller —, é necessário situá-las no seu referencial clínico atual. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) classificam a manobra de Kristeller como procedimento sem benefício comprovado e com potencial de dano materno e fetal documentado, recomendando seu abandono irrestrito. A episiotomia de rotina é igualmente contraindicada pelo mesmo documento, devendo ser realizada apenas sob indicação clínica específica e com consentimento esclarecido. Que os relatos qualitativos desta pesquisa descrevam

[2] ***Nota:*** *Os denominadores variam entre análises: o total de 338 corresponde à amostra completa, enquanto o de 336 reflete os casos com resposta válida à pergunta sobre exposição acadêmica formal (2 respostas em branco).*

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

um profissional que "subiu em cima" da parturiente para forçar a expulsão fetal e episiotomias realizadas sem qualquer solicitação de autorização não aponta para obsolescência dessas práticas na literatura — aponta para sua persistência ativa na prática assistencial regional, cujo reflexo os próprios estudantes estão começando a reconhecer, ainda que de forma incompleta e mediada por fontes informais.

4.2.4 Naturalização: Quando a Violência Se Torna Fluxo Assistencial

22,19% dos participantes (n=75) relataram ter presenciado ou ter conhecimento de casos de violência obstétrica. O instrumento não distinguiu, nessa pergunta, experiência pessoal como paciente, observação direta em ambiente assistencial, relato de terceiro ou informação obtida por outras vias, limitação já registrada na Conclusão. Os conteúdos qualitativos associados a esses relatos constituem o dado analiticamente mais denso desta pesquisa. Enunciados como "na hora de fazer não gritava assim", "ano que vem vai estar aqui novamente" e "mãe você não pode fechar as pernas se não vai matar o seu bebê" não são apenas exemplos de abuso verbal — são expressões de um mecanismo específico de naturalização: o uso da sexualidade e da maternidade como instrumentos de punição e silenciamento da parturiente. Silva; De Lima Silva; De Araújo, (2017) e Da Silva; Souza; Leite, (2019) documentam que o abuso psicológico na assistência obstétrica produz consequências emocionais persistentes, incluindo trauma, evitação do sistema de saúde e comprometimento do vínculo materno-infantil. Conceição et al. (2023) associam o desrespeito e o abuso durante o parto ao aumento do risco de depressão pós-parto, evidenciando que a violência obstétrica não é um evento circunscrito ao momento do parto, mas um fator com repercussão sobre a saúde materna de longo prazo.

O elemento analiticamente mais relevante não é a ocorrência dos atos em si, mas o que os relatos revelam sobre a resposta institucional diante deles. A análise qualitativa identificou que condutas claramente abusivas — um profissional que manda a paciente "calar a boca", outro que realiza esvaziamento uterino com pressão física excessiva — ocorreram, segundo os relatos, na presença de equipes e, em alguns casos, de estudantes, sem intervenção relatada — sem que o instrumento permita precisar se essa presença foi testemunhada diretamente pela

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

respondente ou descritas por terceiros. Os resultados sugerem que fatores relacionados à hierarquia institucional podem contribuir para a ausência de intervenções. Castro e Rocha (2020) e Leal et al. (2018) apontam que a perpetuação dessas condutas está diretamente associada à ausência de espaços formais de reflexão ética durante a formação, onde estudantes possam desenvolver competência para nomear e, quando possível, interromper práticas inadequadas. Gomes (2025) reforça que a promoção de práticas humanizadas em saúde materna depende de profissionais formados para atuar como garantidores ativos de direitos — papel que pressupõe formação deliberada, não aprendizado incidental.

O relato de toques vaginais repetidos por estudantes sem consentimento — descrito como 'ser cobaia de estudantes sem meu consentimento', originado da experiência pessoal de parto da respondente, anterior ao seu ingresso na graduação — não permite atribuir a conduta aos acadêmicos da amostra investigada, mas evidencia a persistência, na prática assistencial regional, de procedimentos didáticos realizados sem consentimento explícito da parturiente, o que reforça a necessidade de formação deliberada sobre consentimento em contextos de ensino clínico.

A negação rotineira do direito ao acompanhante — garantido pela Lei nº 11.108/2005 — aparece nos relatos com regularidade que evidencia falha de cumprimento sistemático, e não episódico. De Brito et al. (2020) argumentam que a resistência institucional ao cumprimento de garantias legais no parto reflete uma lógica organizacional que prioriza o fluxo assistencial sobre a autonomia da paciente — exatamente o mecanismo que os dados qualitativos desta pesquisa descrevem como "fluxo hospitalar" naturalizado.

4.2.5 Percepção da Magnitude e o Paradoxo da Agência

91,72% dos participantes reconheceram a violência obstétrica como problema de saúde pública (n=310). Isolado, esse dado sugeriria elevada consciência crítica. O cruzamento com a percepção sobre preparo profissional relativiza essa leitura: entre os que reconhecem o problema, 63,55% acreditam que os profissionais estão preparados apenas "em parte" e 16,13% consideram que não estão preparados; apenas 14,84% consideram a categoria devidamente capacitada — o menor percentual entre todas as respostas afirmativas; 5,5% (n=17) declararam não saber

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

avaliar o preparo profissional.

A combinação — alta percepção da gravidade, baixa confiança na capacidade de resposta do sistema — é compatível tanto com postura crítica madura quanto com responsabilização externalizada, na qual o estudante localiza a falha em "profissionais" e no "sistema" sem se incluir nela. Este desenho de estudo não permite discriminar entre as duas hipóteses, porque a questão fechada não capturou se o respondente se via como agente futuro dessa mudança. Os dados da seção 4.3 oferecem um indício indireto: o mesmo grupo que reconhece a gravidade em sua maioria não sabe como denunciar (70,12%), o que favorece a leitura de que o reconhecimento da gravidade, isoladamente, não converte em agência preventiva.

O recorte por curso é consistente com essa leitura, ainda que não a comprove. Medicina registrou o menor percentual de "bem-preparados" (4,7%), concentrando-se em "em parte" (75,0%); Psicologia apresentou o maior percentual de "não preparados" (25,4%), coerente com sua menor exposição formal ao tema (item 4.2.1). Nenhum dos dois padrões, isoladamente, distingue ceticismo crítico de distanciamento — essa distinção exigiria pergunta direta sobre responsabilidade percebida na própria futura prática, ausente do instrumento aplicado.

4.2.6 Recorte de Gênero e Étnico-Racial

Mulheres apresentaram taxa de familiaridade com o termo substancialmente superior à dos homens (95,59% vs. 81,82%), e sua principal fonte de informação foram as redes sociais (36,76%), enquanto para os respondentes do sexo masculino a sala de aula foi predominante (54,55%). Essa inversão tem implicação interpretativa direta: o aprendizado masculino sobre violência obstétrica ocorre preferencialmente no espaço acadêmico formal, o que poderia favorecer maior rigor conceitual e base legal — hipótese que os dados disponíveis não permitem confirmar, dado que o reconhecimento de formas não foi estratificado por gênero nesta análise. Mulheres relataram maior exposição a casos reais (23,53% vs. 16,67%), dado esperado dada a circulação diferencial do tema nas redes de relações femininas.

O recorte étnico-racial, apesar dos subgrupos de tamanho reduzido que limitam generalizações, apresenta gradiente internamente coerente: entre as

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

respondentes do sexo feminino, mulheres negras relataram maior presença em casos conhecidos (30,00%; 9/30), seguidas por pardas (24,16%; 36/149) e brancas (19,57%; 18/92). Uma respondente autodeclarada amarela (n=1) foi excluída da comparação proporcional por tamanho amostral insuficiente para qualquer inferência estatística — qualquer resposta individual nesse subgrupo produziria um percentual de 0% ou 100%, sem valor comparativo. Esse gradiente é consistente com o padrão documentado na literatura nacional, que registra maior exposição de mulheres negras e pardas a práticas obstétricas inadequadas e a formas de violência institucional durante o parto — resultado de determinantes raciais estruturais que atravessam o sistema de saúde e que raramente são abordados de forma explícita nos currículos da área (Barboza; Mota, 2016; Brandt et al., 2018). A análise léxica exploratória por grupo étnico-racial foi conduzida, mas não é reportada aqui em função do tamanho reduzido dos subgrupos; permanece registrada como limitação metodológica na Conclusão.

4.3 Mecanismos de Denúncia e Lacunas na Formação

4.3.1 Conhecimento dos Direitos e dos Canais: Dimensão do Déficit

70,12% dos participantes (n=237) declararam não saber como ou onde denunciar casos de violência obstétrica. O dado sobre conhecimento dos direitos da mulher durante o trabalho de parto complementa esse quadro: apenas 32,84% (n=111) afirmaram conhecê-los, enquanto 47,04% (n=159) declararam conhecimento parcial e 20,12% (n=68) desconhecimento total. A combinação desses dois indicadores estabelece o ponto de partida desta seção: a maioria dos futuros profissionais de saúde investigados reconhece a violência obstétrica como problema de saúde pública — dado consolidado no tópico anterior —, mas não sabe quais direitos legais a paciente possui durante o parto e tampouco por qual caminho institucional uma violação deve ser reportada. Nomear o problema sem saber como intervir diante dele configura um letramento incompleto com consequências práticas diretas: o profissional que identifica uma conduta inadequada, mas desconhece os fluxos de denúncia tende a omitir-se — não necessariamente por conivência, mas por ausência de repertório de ação (Castro; Rocha, 2020; Gomes, 2025).

A análise qualitativa sobre canais de denúncia expõe a estrutura interna desse

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

déficit com precisão que a questão fechada não captura. Entre os 313 respondentes com dado válido para a questão aberta, 165 (52,7%) não demonstraram conhecimento de nenhum canal e 13 (4,2%) forneceram apenas respostas genéricas ou sem valor operacional para fins de notificação — juntos, 178 respondentes (56,9%), proporção próxima, embora inferior, aos 70,12% que se autodeclararam sem conhecimento na questão fechada. A discrepância não é um erro: é analiticamente informativa. Parte dos participantes que responderam "não" na questão fechada ainda tentou nomear algum canal na aberta, porém de forma tão imprecisa que não ultrapassa o limiar do conhecimento operacional; inversamente, é provável que parte dos que se autodeclaram informados também tenha fornecido respostas com imprecisões relevantes. Esse padrão sugere que a questão fechada captura autoavaliação de confiança, enquanto a aberta capta o conteúdo real do repertório — e os dois não coincidem sistematicamente. A composição detalhada dos canais efetivamente citados por quem demonstrou algum conhecimento é apresentada na seção 4.3.3.

4.3.2 A Inversão em Relação ao Tópico Anterior: Onde o Ensino Formal Importa

O cruzamento entre acesso a atividade acadêmica sobre violência obstétrica e conhecimento dos canais de denúncia (Cruzamento 1) produziu o achado quantitativamente mais relevante deste estudo. Estudantes com formação acadêmica formal sobre o tema sabem onde denunciar em 49,2% dos casos (n=62/126), frente a 18,6% entre os sem essa exposição (n=39/210) — diferença de 30,6 pontos percentuais, estatisticamente significativa ($\chi^2(1)=35,15$, $p<0,001$), com tamanho de efeito moderado (Cramér's V=0,32; IC95% 40,6%–57,8% no grupo exposto e 13,9%–24,4% no grupo não exposto, sem sobreposição). Essa magnitude contrasta diretamente com os 2,4 pontos percentuais observados no tópico anterior para a mesma variável independente, quando o desfecho era o reconhecimento das formas de violência obstétrica em questão estruturada (Cruzamento 3).

Um segundo cruzamento (Cruzamento 2), restrito aos respondentes que identificaram sala de aula ou redes sociais como fonte principal de informação (n=263), comparou diretamente essas duas fontes quanto ao conhecimento dos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

canais de denúncia: 65,2% entre os que citaram sala de aula (n=58/89) sabiam onde denunciar, frente a 23,4% entre os que citaram redes sociais (n=22/94) — diferença também significativa ($\chi^2(1)=13,13$, $p<0,001$), com tamanho de efeito pequeno a moderado (Cramér's V=0,22). Os resultados completos dos testes, incluindo intervalos de confiança, estão detalhados na Tabela 5 (material suplementar). Essa magnitude, inferior à observada no Cruzamento 1, deve ser interpretada com cautela: os dois cruzamentos partem de bases amostrais distintas — o primeiro cobre toda a amostra válida (n=336), enquanto o segundo considera apenas quem identificou sala de aula ou redes sociais como fonte principal, excluindo quem apontou outras fontes. Ainda assim, o padrão de ambos é consistente com a leitura de que a instrução deliberada em ambiente de ensino estruturado está mais fortemente associada ao conhecimento procedimental do que a exposição por canais informais.

O conhecimento procedimental — saber a qual instância recorrer, qual fluxo acionar, qual dispositivo legal fundamenta a denúncia — não circula com a mesma eficácia por redes sociais ou narrativas pessoais; depende de instrução deliberada. Esse padrão é estruturalmente esperado: canais de denúncia, legislação aplicável e protocolos administrativos são conteúdos áridos e de baixo apelo de engajamento em plataformas digitais, cuja transmissão eficaz requer contexto pedagógico, não viralização. Quando essa instrução está ausente — caso de 62,5% da amostra —, o resultado é o que os dados mostram: profissionais em formação que identificam a violência, mas não sabem o que fazer com ela institucionalmente. Ismael et al. (2020) e Martins et al. (2019) apontam que a perpetuação da violência obstétrica está associada não apenas à falta de reconhecimento do fenômeno, mas à ausência de instrumentalização dos profissionais para agir diante dele — o que os dois cruzamentos desta pesquisa sugerem, com diferenças de efeito superiores a 20 pontos percentuais em ambos os casos.

4.3.3 Mapa dos Canais de Denúncia: Estrutura do Letramento Parcial

Entre os 313 respondentes com dado válido para esta questão (23 respostas em branco ou sem conteúdo relevante foram excluídas), 165 (52,7%) não demonstraram conhecimento de nenhum canal de denúncia e 148 (47,3%) citaram ao menos um. A análise de Bardin organizou as respostas destes últimos em seis

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

núcleos de sentido, não mutuamente exclusivos — respondentes que citaram mais de um canal foram contabilizados em cada categoria correspondente, de modo que a soma das categorias (n=218) excede o total de respondentes com algum conhecimento (n=148). Um quadro comparativo entre finalidade, legitimidade para acionar e documentação exigida por cada canal é apresentado na Tabela 4 (material suplementar). Todas as categorias foram submetidas à classificação manual independente do autor, com convergência parcial frente à classificação assistida por ferramenta de inteligência artificial.

A categoria de maior volume é a de Órgãos Policiais e de Segurança (n=57; 38,5% dos que conhecem algum canal; 18,2% do total geral) — Delegacia da Mulher, polícia civil. Esse padrão admite duas leituras, nenhuma plenamente favorável. A primeira é que a violência obstétrica é percebida por esses estudantes como crime comum, e não como desvio ético-profissional — o que desloca a expectativa de resolução do âmbito da autorregulação profissional para o sistema de justiça, com implicações sobre a cultura de responsabilização interna das categorias (Moreira; Dos Santos Sousa; Da Silva, 2023; De Brito et al., 2020). A segunda é que esses respondentes conhecem os canais disponíveis para violência contra a mulher em geral, mas não os específicos para a dimensão ético-profissional da violência obstétrica.

Canais Telefônicos e de Disque-Denúncia (n=50; 33,8%/16,0%) — como Disque 100 e Disque 180 — formam, em empate técnico com a categoria seguinte, a segunda posição em frequência de menção. Embora conceitualmente próxima da anterior por também remeter à esfera de proteção e segurança pública, distingue-se por não exigir deslocamento físico nem registro presencial, o que pode explicar sua recordação frequente mesmo entre respondentes sem contato prévio com instâncias policiais.

Ouvidorias e Órgãos de Saúde (n=50; 33,8%/16,0%) reúnem menções a ouvidorias hospitalares e órgãos de vigilância sanitária. É a categoria em que a proximidade institucional com o local do fato é maior — uma ouvidoria pode instaurar apuração administrativa enquanto o vínculo com a instituição ainda existe —, mas seu volume, ainda que superior ao esperado à luz da literatura sobre

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

desconhecimento dos fluxos internos (Castro; Rocha, 2020), permanece pouco maior do que o de canais externos de segurança pública.

Órgãos de Justiça e Defesa de Direitos (n=26; 17,6%/8,3%) — Ministério Público, Defensoria Pública — indicam reconhecimento de instâncias jurídicas para além da esfera policial imediata, embora em proporção sensivelmente menor que as duas primeiras categorias.

Conselhos Profissionais de Fiscalização (n=22; 14,9%/7,0%) — CRM, COREN — é a categoria de menor representação entre as que remetem à responsabilização ético-profissional direta. Que apenas 22 dos 313 respondentes válidos identifiquem espontaneamente esses mecanismos permanece o dado de maior gravidade prática desta seção: são precisamente essas instâncias as que operam com maior capacidade de intervenção imediata sobre a conduta de um profissional em formação ou já formado, e sua baixa recordação é mais provavelmente consequência de um ensino de bioética e deontologia que apresenta os Conselhos de Classe como abstrações regulatórias, sem simulações práticas de como acioná-los (Castro; Rocha, 2020; Leal et al., 2018).

Outros/Respostas Genéricas (n=13; 8,8%/4,2%) reúnem menções sem valor operacional específico para fins de notificação, como referências vagas a "internet" ou "redes sociais" como via de denúncia.

4.3.4 Assimetria por Curso e a Questão da Responsabilidade Profissional Diferencial

O recorte por curso revela padrão que contraria a expectativa baseada na proximidade com a prática obstétrica. Fisioterapia apresentou o maior percentual de estudantes que sabem onde denunciar (40,0%), seguida por Enfermagem (35,4%), Medicina (26,6%) e Psicologia (15,5%). Que Medicina ocupe a terceira posição é um achado que merece interpretação cuidadosa. Uma hipótese é que o currículo médico nos primeiros seis períodos ainda não aborda de forma estruturada os mecanismos de fiscalização e responsabilização profissional — o que é coerente com o dado de que 60,9% dos estudantes de Medicina desta amostra nunca tiveram qualquer atividade acadêmica formal sobre violência obstétrica. Outra hipótese, não excludente, é que a cultura de formação médica produza nos estudantes uma

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

percepção de que a responsabilidade pela denúncia de condutas inadequadas cabe a outros atores — à paciente, à equipe de enfermagem, a instâncias externas —, sem que o médico se reconheça como agente primário de vigilância e correção ética (Brandt et al., 2018; Zanatta, 2025).

O resultado de Psicologia merece registro distinto. Com apenas 15,5% de estudantes que sabem onde denunciar — o menor percentual entre todos os cursos — e a menor proporção de acesso a formação acadêmica formal sobre o tema (18,3%), a graduação em Psicologia configura o cenário de maior déficit combinado desta pesquisa. Psicólogos atuam em maternidades, nas equipes do NASF, em serviços de atenção pré-natal e no acompanhamento de puérperas em sofrimento psíquico — contextos nos quais o reconhecimento e o encaminhamento adequado de situações de violência obstétrica são competências profissionais diretamente exigidas. A formação que não instrumentaliza esses futuros profissionais para identificar os fluxos institucionais de denúncia está produzindo lacuna com custo assistencial real (Da Silva et al., 2019; Conceição et al., 2023).

4.3.5 Subnotificação, Hierarquia e o Silêncio Aprendido

Os dados desta seção não podem ser lidos isoladamente dos achados qualitativos do tópico anterior, onde condutas abusivas ocorreram na presença de equipes e estudantes sem intervenção registrada. A conexão não é acidental: profissionais que testemunham violência obstétrica e não agem não são, na maioria dos casos, coniventes deliberados — são, em proporção expressiva, profissionais que nunca foram ensinados a agir;

Essa omissão formativa opera sobre um substrato cultural já descrito pela literatura como hierarquia hospitalar rígida, onde o questionamento da conduta do médico sênior por estudantes ou profissionais de outras categorias é percebido como risco profissional, não como responsabilidade ética (Leal et al., 2018; Castro; Rocha, 2020). Gomes (2025) e De Brito et al. (2020) argumentam que a transformação dessa cultura depende de duas condições que os dados desta pesquisa indicam estarem simultaneamente ausentes na formação investigada: instrução explícita sobre os mecanismos de denúncia e criação de espaços pedagógicos onde o questionamento ético de condutas clínicas seja praticado e valorizado, não silenciado.

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

A diretrizes do Ministério da Saúde para a assistência ao parto humanizado (Brasil, 2017) estabelecem padrões assistenciais claros, cuja violação configura desvio documentável e passível de apuração. Que apenas 11,6% dos participantes desta amostra identifiquem espontaneamente os Conselhos de Classe ou as Ouvidorias hospitalares como canais para essa apuração indica que a distância entre o que a legislação estabelece e o que o ensino transmite permanece operacionalmente intransponível para a maioria dos estudantes investigados — independentemente do curso, do período ou da fonte de informação predominante.

A síntese integrada entre achados quantitativos e qualitativos, incluindo os principais pontos de convergência e divergência entre os dois componentes do desenho, é apresentada na Tabela 6 (material suplementar).

5. Conclusão

O estudo evidencia um paradoxo relevante na formação acadêmica em saúde: enquanto o reconhecimento teórico e terminológico da violência obstétrica se mostra elevado, o letramento sobre os direitos da parturiente e, sobretudo, sobre os fluxos institucionais e procedimentais de denúncia permanece deficitário e fragmentado entre os discentes. Constatou-se que a difusão do tema ocorre preferencialmente por canais informais, como mídias sociais e redes relacionais, o que confere uma familiaridade superficial com as manifestações clínicas mais evidentes da violência, mas falha em aprofundar as bases éticas, jurídicas e deontológicas indispensáveis ao enfrentamento sistêmico do problema.

A disparidade identificada no conhecimento dos canais de notificação — associada à presença ou ausência de abordagem acadêmica formal na graduação, com diferença de 30,6 pontos percentuais entre os grupos expostos e não expostos — sugere que a instrução deliberada em sala de aula tem papel relevante na conversão da consciência crítica em agência de intervenção, embora o desenho transversal e descritivo deste estudo não permita estabelecer relação causal, e mesmo entre os estudantes com formação formal a maioria ainda desconheça os canais adequados (49,2%, ainda minoritário em termos absolutos). A escassez espontânea de referências às instâncias ético-administrativas, como Conselhos de Classe e Ouvidorias hospitalares, somada à subnotificação relatada diante de

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

práticas abusivas conhecidas por vivência pessoal, relato de terceiros ou exposição indireta — já que o instrumento não distingue observação direta em ambiente assistencial de conhecimento mediado por outras fontes —, expõe a urgência de superar a cultura de silêncio e o respeito passivo à hierarquia hospitalar.

Essas conclusões devem ser interpretadas à luz das limitações do estudo. A amostra apresentou desproporção expressiva entre cursos (razão de aproximadamente 7:1 entre Enfermagem e Fisioterapia) e caráter regional, o que restringe a generalização dos achados. A ausência de moldura populacional impossibilitou o cálculo de taxa de resposta e a avaliação de viés de autosseleção. A coleta de idade por faixas categóricas impediu o cálculo de medidas de tendência central. A exposição acadêmica foi coletada de forma binária, sem distinção entre disciplina curricular, palestra isolada ou atividade extracurricular pontual, o que impede avaliar se a intensidade ou continuidade da exposição — e não apenas sua ocorrência — está associada ao conhecimento procedimental identificado. Por fim, o estudo dependeu de autodeclaração tanto no reconhecimento do tema quanto no conhecimento dos canais de denúncia, fator que, como discutido, produziu discrepâncias entre respostas fechadas e abertas.

Diante desse quadro, defende-se que a erradicação da violência obstétrica não depende apenas do reconhecimento de sua gravidade como problema de saúde pública, mas de intervenções pedagógicas proporcionais ao diagnóstico aqui levantado. Recomenda-se a inclusão de um módulo interprofissional sobre direitos sexuais e reprodutivos, simulações de situações éticas, estudos de caso e oficinas sobre fluxos de denúncia, com avaliação pré e pós-intervenção e integração com ouvidorias, comissões de ética e campos de prática. Tais estratégias devem desenvolver competências graduais nos futuros profissionais — reconhecer e nomear a conduta inadequada, priorizar a segurança imediata da paciente, buscar supervisão responsável, registrar os fatos objetivamente, conhecer canais protegidos e confidenciais, diferenciar discordância clínica de violação ética e compreender quando a comunicação externa é necessária —, reconhecendo que o estudante ocupa posição hierárquica distinta da de um profissional formado, atua sob supervisão e pode estar sujeito a retaliação institucional na ausência de protocolos

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

de proteção. Essa transformação não pode ser atribuída exclusivamente à conscientização individual: depende também de condições organizacionais — carga de trabalho adequada, protocolos claros, supervisão qualificada e cultura institucional não punitiva — que permitam que questionamentos sejam acolhidos e incidentes comunicados com previsibilidade de resposta.

Referências

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Revisão e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANDT, G. P. et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão & Saúde**, v. 19, n. 1, p. 19-37, 2018.

BRASIL. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto humanizado**. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: Acesso em: 13 de out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: Senado Federal, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, 7 abr. 2016.

CAMPOS, Vanuza Silva et al. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35453. Acesso em: Acesso em: 13 de out. 2025.

CASTRO, A. T. B.; ROCHA, S. P. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 176-181, 2020. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798. Acesso em: 13 de out. 2025.

CONCEIÇÃO, Haylane Nunes da et al. Desrespeito e abuso durante o parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39,

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 10/06/2026 - **Accepted:** 20/07/2026
Vol: 13.16
DOI: 10.66104/bvnryf13
Pages: 1-34

p. e00236922, 2023.

DA SILVA, Fabiana Laranjeira; SOUZA, Ana Lívia Siqueira; LEITE, Cláudia Daniele Barros. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. **Revista Uningá**, v. 56, n. S1, p. 159-171, 2019.

DE BRITO, Cecília Maria Costa; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A.; DE ALBUQUERQUE COSTA, Ana Paula Correia. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020.

GOMES, Catherine Araújo. **Violência obstétrica: desafios e possibilidades da atuação do Serviço Social na promoção de práticas de saúde materna humanizada**. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2025.

ISMAEL, Fabiana Marques et al. Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, v. 2, n. 2, 2020.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto et al. Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

MARTINS, Fabiana Lopes et al. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 2, p. 413-423, 2019.

MOREIRA, Letícia Duarte; DOS SANTOS SOUSA, Tamires; DA SILVA, Luiz Carlos Pergentino Pereira. A violência obstétrica e seus aspectos jurídicos e psicológicos vivenciada pelas mulheres. **Data Venia**, v. 11, n. 1, p. 17, 2023.

ROCHA, Mágda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 38, p. 623-635, 2017. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304. Acesso em: 13 de out. 2025.

SILVA, Francisca Martins; DE LIMA SILVA, Milécyo; DE ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, 2017.

ZANATTA, Sabrina Abreu Dagotin. **Violência obstétrica e direitos reprodutivos das mulheres no Brasil: uma análise a partir da política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 2025. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2025.