

SAÚDE DA MULHER

VOLUME 1
1ª EDIÇÃO

Organizadores:

Mariana Pereira Barbosa Silva
Guilia Rivele Souza Fagundes



Produzir Editora
& Eventos

SAÚDE DA MULHER

1ª edição

Organizadores:

Mariana Pereira Barbosa Silva

Guilia Rivele Souza Fagundes



**Produzir Editora
& Eventos**

2025



**Produzir Editora
& Eventos**

Produzir Editora & Eventos

Teresina, Piauí, Brasil

<http://produzireditoraeventos.com.br/>

atendimento@produzireditoraeventos.com.br

ISBN: 978-65-984030-7-2

DOI: <https://doi.org/10.70073/prod.edt.978-65-984030-7-2>

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde da mulher [livro eletrônico] : volume 1 /
organizadores Mariana Pereira Barbosa Silva,
Guilia Rivele Souza Fagundes. -- 1. ed. --
Teresina, PI : Produzir Editora & Eventos,
2025.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-984030-7-2

1. Autocuidados de saúde 2. Educação em saúde
3. Enfermagem 4. Medicina e saúde 5. Promoção da
saúde 6. Saúde da mulher I. Silva, Mariana
Pereira Barbosa. II. Fagundes, Guilia Rivele
Souza.

25-248444

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher : Promoção : Ciências médicas
613.04244

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

2025 by Produzir Editora & Eventos
Copyright © Produzir Editora & Eventos

CORPO EDITORIAL DA PRODUIR EDITORA & EVENTOS

EDITORA-CHEFE

Mariana Pereira Barbosa Silva | Universidade Federal do Piauí (UFPI)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Emília Araújo de Oliveira | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Francisco Wagner dos Santos Sousa | Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Marciele de Lima Silva | Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Mônica Barbosa de Sousa Freitas | Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Tiago Rodrigues da Silva | Universidade Federal do Piauí (UFPI)

APOIO EDITORIAL

Diogo Prudencio Santos Moraes

APRESENTAÇÃO

A Produzir Editora & Eventos lança a 1ª Edição do E-Book “Saúde da Mulher”. Nosso objetivo é disseminar conhecimentos e contribuir para a propagação de temáticas pertinentes no âmbito da Saúde da Mulher, tendo em vista a relevância de tal para a saúde. Esse material é destinado a todos os estudantes, profissionais e pesquisadores em geral. Desejamos a todos uma ótima leitura e parabenizamos todos os autores pelas excelentes pesquisas.

SUMÁRIO

Capítulo 1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM CIRROSE HEPÁTICA	7
--	---

Capítulo 2

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES DE BAIXA RENDA EM CONTEXTOS HOSPITALARES: REVISÃO DE LITERATURA.....	16
--	----

Capítulo 3

TECNOLOGIAS LEVES COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO CUIDADO OBSTÉTRICO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE: IMPACTOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: REVISÃO SISTEMÁTICA ...	28
---	----

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER COM CIRROSE HEPÁTICA

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN CARE FOR WOMEN WITH LIVER
CIRRHOSIS

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LA
MUJER CON CIRROSIS HEPÁTICA

DATA DE SUBMISSÃO: 14/11/2024 | DATA DE ACEITE: 13/01/2025 | DATA DE PUBLICAÇÃO: 16/01/2025

MICHELE CABRAL LIMA¹

MARIA VICTÓRIA PEREIRA VELOSO¹

PRISCILA MARTINS MENDES²

ERLANE BRITO DA SILVA¹

¹*Universidade Estadual do Piauí - UESPI | Teresina, Piauí*

²*Universidade Federal do Piauí - UFPI | Picos, Piauí*



10.70073/prod.edt.978-65-984030-7-2/01

RESUMO

Objetivo: Desenvolver o processo de enfermagem ao paciente com cirrose hepática alcoólica formulando um plano de cuidados de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a disciplina de Trabalho em Campo IX, composta por atividades práticas da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II, componente curricular do curso de graduação em Enfermagem, em um hospital escola público localizado em uma capital nordestina, no período de maio de 2023. **Resultados e Discussão:** A aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante o diagnóstico das necessidades do paciente, planejamento e execução das intervenções de enfermagem adequadas de assistência integral, além de permitir a avaliação das ações adotadas e proporcionar o exercício autônomo da profissão. **Considerações Finais:** Quando aplicada a um paciente com cirrose hepática alcoólica, a SAE garante a integralidade do cuidado e o aperfeiçoamento da qualidade da assistência, permitindo maior atenção e resolutividade às necessidades de saúde. A experiência contribuiu para integrar a teoria com a prática, proporcionando aos acadêmicos a aplicação dos conhecimentos adquiridos na sala de aula à vivência hospitalar, além de desenvolver habilidades e competências, as quais reforçaram a relevância da humanização da assistência e da ética profissional.

Palavras-Chave: Cirrose Hepática Alcoólica; Saúde da Mulher; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To develop the nursing process for patients with alcoholic liver cirrhosis by formulating a nursing care plan. **Methods:** This is a descriptive study, of the experience report type, carried out during the Fieldwork IX discipline, composed of practical activities of the Adult and Elderly Health II discipline, a curricular component of the undergraduate Nursing course, in a public teaching hospital located in a northeastern capital, in the period of May 2023. **Results and Discussion:** The application of the Nursing Care Systematization (NCS) ensures the diagnosis of the patient's needs, planning and execution of appropriate nursing interventions for comprehensive care, in addition to allowing the evaluation of the actions adopted and providing the autonomous exercise of the profession. **Final Considerations:** When applied to a patient with alcoholic liver cirrhosis, NCS ensures comprehensive care and improvement in the quality of care, allowing greater attention and resolution of health needs. The experience helped to integrate theory with practice, providing students with the opportunity to apply the knowledge acquired in the classroom to hospital life, in addition to developing skills and competencies, which reinforced the relevance of humanizing care and professional ethics.

Keywords: Liver Cirrhosis, Alcoholic; Women's Health; Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar el proceso de enfermería para pacientes con cirrosis hepática alcohólica mediante la formulación de un plan de cuidados de enfermería. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, realizado durante la disciplina Trabajo de Campo IX, compuesto por actividades prácticas de la disciplina Salud del Adulto y Anciano II, componente curricular de la carrera de pregrado en Enfermería, en un hospital público docente, ubicado en una capital del noreste, en el período de mayo de 2023. **Resultados y Discusión:** La aplicación de la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) garantiza el diagnóstico de las necesidades del paciente, planificación y ejecución de intervenciones de enfermería de atención integral adecuadas, además de permitir la evaluación de las acciones adoptadas y facilitar el ejercicio autónomo de la profesión. **Consideraciones Finales:** Cuando se aplica a un paciente con cirrosis hepática alcohólica, el SAE garantiza la atención integral y la mejora de la calidad de la asistencia, permitiendo una mayor atención y resolución de las necesidades de salud. La experiencia contribuyó a integrar la teoría con la práctica, permitiendo a los estudiantes aplicar los conocimientos adquiridos en el aula a la experiencia hospitalaria, además de desarrollar habilidades y competencias, lo que reforzó la relevancia de la humanización del cuidado y la ética profesional.

Palabras Clave: Cirrosis Hepática Alcohólica; Salud de la Mujer; Atención de Enfermería

1. INTRODUÇÃO

A cirrose hepática é uma doença crônica caracterizada pela substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa, resultando na alteração estrutural e funcional do fígado. Baseando-se em sua etiologia, considera-se a existência de três tipos de cirrose, sendo eles: alcoólica, pós-necrótica e biliar. Nessa perspectiva, destaca-se que a cirrose alcoólica é o tipo mais comum e é mais comumente causada por alcoolismo crônico (Smeltzer et al., 2014).

Nesse sentido, evidencia-se que, inicialmente, os pacientes podem ser assintomáticos ou possuírem astenia e sintomas gastrointestinais tais como dispepsia, náuseas, vômitos, febre, além dos sintomas específicos como colúria, acolia fecal, hemorragia digestiva (hematêmese e melena), e hepatoesplenomegalia. Posteriormente, relacionado a descompensação do quadro devido à incapacidade de síntese do fígado e às manifestações da hipertensão portal, ocorre o desenvolvimento de ascite, icterícia, edema, debilidade muscular, equimoses, hipotensão e hipocratismo digital (Mello, 2022).

Salienta-se que a ascite, caracterizada pelo acúmulo de líquido na cavidade peritoneal, é uma das principais manifestações da cirrose hepática causadas pelo aumento da pressão venosa portal. O líquido acumulado pode gerar a elevação da pressão intra-abdominal atingindo também o funcionamento de outros órgãos, como, por exemplo, a expansibilidade e a ventilação pulmonar, dificultando as trocas gasosas e a oxigenação adequada (Smeltzer et al., 2014; Souza et al., 2020).

Outra consequência da hipertensão portal é o desenvolvimento de varizes esofágicas, no qual o sangue venoso oriundo dos órgãos gastrointestinais busca uma saída por meio da circulação colateral elevando a pressão nos frágeis vasos do esôfago e do estômago que podem apresentar sangramentos potencialmente fatais (Reis et al., 2019).

Convém ressaltar que o fígado é um órgão fundamental para a manutenção da homeostasia do organismo, o qual ao ser acometido pela doença torna-se uma adversidade que deve ser avaliada e acompanhada por uma equipe multidisciplinar buscando-se a restauração da qualidade de vida do paciente. Inserido nesse cenário, atribui-se ao enfermeiro a construção do cuidado integral mediante a aplicação do Processo de Enfermagem correspondendo ao direcionamento do cuidar, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Assim, viabiliza-se o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar nas instituições de saúde (Silva et al., 2020).

Sendo assim, o estudo se justifica pela recorrência de casos de cirrose hepática alcoólica no cotidiano hospitalar e pela necessidade de estimulação da realização da SAE mediante a aplicação de todas as etapas do Processo de Enfermagem, baseando-se nas

condições do quadro clínico do paciente para proporcionar um atendimento organizado e efetivo. O objetivo do estudo foi desenvolver o processo de enfermagem à mulher com cirrose hepática alcoólica, formulando um plano de cuidados de enfermagem.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a disciplina de Trabalho em Campo IX, composta por atividades práticas da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II, componente curricular do curso de graduação em Enfermagem, em um hospital escola público localizado em uma capital nordestina, no período de maio de 2023.

A instituição hospitalar é um hospital estadual geral de alta complexidade que atende pacientes da capital e do interior do estado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui 16 clínicas, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidade de transplantes e ambulatório.

Realizou-se a coleta de dados a partir da revisão do prontuário de atendimento, da anamnese e do exame físico da paciente. A priori, a interpretação das informações coletadas viabilizou a identificação de Diagnósticos de Enfermagem, fundamentados no North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA – I). Subsequentemente, utilizou-se a Nursing Interventions Classifications (NIC) para formular o plano de cuidados e as intervenções necessárias e o Nursing Outcomes Classifications (NOC) para examinar os resultados a serem obtidos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no Processo de Enfermagem, é um instrumento que possibilita ao enfermeiro executar seus conhecimentos técnicos e científicos na promoção do cuidado individualizado. Nessa perspectiva, sua aplicação garante o diagnóstico das necessidades do paciente, planejamento e execução das intervenções de enfermagem adequadas de assistência integral, além de permitir a avaliação das ações adotada e proporcionar o exercício autônomo da profissão e viabiliza o desenvolvimento clínico na busca de resultados favoráveis à saúde do paciente e permite a continuidade do cuidado holístico (Marinelli, 2016; Rodrigues, 2021; Silva et al., 2020).

3.1 Histórico de Enfermagem

Paciente do sexo feminino, 42 anos, ex-etilista desde os 11 anos de idade e ex-tabagista com histórico de internações anteriores por sinais e sintomas de hepatopatia crônica,

na qual a veia porta apresentava difícil caracterização de fluxo (provável trombose) e ascite moderada. Na história da internação atual, a paciente foi admitida na clínica médica do hospital devido ao aumento acentuado do volume abdominal associado à cólica abdominal e à dispneia para acompanhamento e tratamento de hepatopatia. A seguir, no quadro 1, apresenta-se a evolução de enfermagem com a descrição do estado da paciente:

Quadro 1: Evolução de Enfermagem.

Evolução de Enfermagem (03 de maio de 2023 às 15h25)
Paciente no 1º DIH em acompanhamento e tratamento de cirrose hepática alcoólica. Ao exame físico, apresentava-se consciente, orientada, agitada e colaborativa. Pele e mucosas ictéricas (2+/4+). Edema em extremidades de MMSS e MMII (3+/4+). Afebril (36,8°C), normocárdica (83 bpm), eupneica (17 irpm) e normotensa (90/60 mmHg). Nega dores no momento. Com aporte de O ₂ (4 L/min) com SpO ₂ de 93%. AP: MV+ sem RA. AC: BNF2TRR. Abdome ascítico globoso com RHA+ (38 mov/min) e doloroso à palpação. AVP em MSE pérvio e sem sinais flogísticos. Deambulando com auxílio. Aceita bem a dieta ofertada. Sono e repouso insatisfatórios devido ao aumento de volume abdominal. Evacuações presentes e fisiológicas. Relata desconforto ao urinar e oligúria. Queixa-se de tosse constante, desconforto abdominal, dispneia e prurido corporal. Segue em repouso no leito com curativo oclusivo no local da punção. Sob os cuidados da equipe multiprofissional.

Fonte: Autores, 2023.

3.2 Diagnóstico de Enfermagem

No quadro 2, estão listados os principais Diagnósticos de Enfermagem, aos quais foram estruturados com base nas informações coletadas na anamnese e no exame físico e garantem a prática baseada em evidências, além de fortalecer a integralidade da assistência prestada.

Quadro 2: Diagnósticos de Enfermagem com base no NANDA-I.

Diagnósticos de Enfermagem
Volume de líquidos excessivo associado a desvios afetando eliminação de líquidos evidenciado por edema, ganho de peso em curto período de tempo, hepatomegalia e oligúria
Padrão respiratório ineficaz associado à complacência pulmonar reduzida evidenciado por excursão torácica alterada, hipóxia e ortopneia
Integridade da pele prejudicada associada ao metabolismo prejudicada e a pigmentação alterada evidenciado por edema, cor da pele alterada e prurido
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionada à dificuldade para deglutir evidenciado por ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada, cólica abdominal e diarreia
Risco de sangramento associado à função hepática prejudicada
Tolerância à atividade diminuída relacionado à desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio evidenciado por dispnéia e desconforto ao esforço, e expressa fadiga
Deambulação prejudicada relacionado à força muscular insuficiente evidenciado por dificuldade para deambular uma distância necessária
Risco de quedas no adulto relacionado à mobilidade física prejudicada
Privação de sono relacionado à desconforto evidenciado por fadiga e apatia
Distúrbio na imagem corporal relacionado a baixa autoestima evidenciado por expressar preocupação com a

mudança
Risco de infecção relacionado à estase de fluido corporal e associado a procedimentos invasivos

Fonte: Autores, 2023.

3.3 Planejamento de Enfermagem

No quadro 3, estão elencadas intervenções e os resultados esperados a partir destas, embasados no NIC e no NOC respectivamente.

Quadro 3: Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem com base no NANDA-I, NIC e NOC.

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Volume de líquidos excessivo	• Restringir o aporte de sódio e de líquido, quando prescrito; • Administrar diuréticos e suplementação de eletrólitos, conforme prescrição; • Avaliar e registrar o balanço hídrico; • Medir e registrar diariamente a circunferência abdominal e o peso; • Avaliar e registrar local e extensão do edema; • Monitorar o estado de hidratação de pele e mucosas.	Melhora do Equilíbrio Hídrico (0601)
Padrão respiratório ineficaz	• Orientar a manter a cabeceira do leito elevada até pelo menos 30°; • Monitorar mudanças na coloração de pele; • Monitorar ritmo, profundidade e frequência respiratórias; • Realizar coleta de gasometria arterial, conforme prescrição; • Administrar oxigenoterapia, conforme prescrição médica; • Avaliar ausculta pulmonar.	Melhora do Estado Respiratório: Ventilação (0403)
Integridade da pele prejudicada	• Avaliar o grau de desconforto relacionado com o prurido e o edema; • Observar e registrar o grau de icterícia e a extensão do edema; • Orientar a manter as unhas dos dedos curtas e lisas; • Restringir o sódio, conforme prescrição; • Administrar medicações tópicas, conforme prescrição	Manutenção da Integridade Tissular: Pele e Mucosas (1101)
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	• Avaliar o aporte e o estado nutricionais; • Orientar paciente na identificação de alimentos com baixo teor de sódio; • Oferecer refeições menores e mais frequentes; • Incentivar o paciente a ingerir as refeições e alimentos suplementares; • Administrar os medicamentos para evitar náuseas, vômitos e diarreia, conforme prescrição médica;	Melhora do Estado Nutricional (1004)

	• Monitorar e registrar frequência e quantidade das evacuações.	
Risco de sangramento	• Monitorar atentamente o paciente quanto a sangramento; • Observar secreções gastrintestinais para sangramento oculto; • Monitorar testes de coagulação e hemograma completo, conforme apropriado; • Orientar a evitar atividades que aumentam a pressão intra-abdominal (tossir, espirrar e esforço para defecar).	Monitoramento da Coagulação Sanguínea (0409)
Tolerância à atividade diminuída	• Avaliar o nível de tolerância à atividade e o grau de fadiga; • Orientar a solicitar ajuda nas atividades, se necessário; • Incentivar o repouso em casos de fadiga, dor ou desconforto abdominal; • Orientar a conservar energia intercalando períodos de repouso e de atividades; • Providenciar uma dieta rica em carboidratos com aporte de proteína compatível com a função hepática; • Administrar oxigenoterapia e suplementos de vitaminas, conforme prescrição médica	Melhora do Nível de Fadiga (0007)
Deambulação prejudicada	• Orientar a realizar as atividades diárias mesmo que com auxílio; • Solicitar avaliação muscular pela equipe médica e fisioterapêutica; • Orientar a manter objetos pessoais próximos ao leito; • Encorajar movimentação consistente com as possibilidades do paciente.	Melhora da Locomoção: caminhar (0200)
Risco de quedas no adulto	• Orientar a pedir ajuda para locomoção ao acompanhante ou à equipe de enfermagem; • Educar paciente e acompanhante sobre os fatores de risco de quedas; • Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga do paciente ao caminhar.	Prevenção de Quedas (1828)
Privação de sono	• Orientar a paciente a manter a cabeceira elevada a pelo menos 30°; • Administrar oxigenoterapia, conforme prescrição; • Organizar os procedimentos providenciando o menor número de interrupções do sono noturno; • Manter o ambiente tranquilo e sem ruídos para evitar interrupções do sono; • Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias que interrompem o sono	Melhora da qualidade do Sono (0004)
Distúrbio na imagem corporal	• Incentivar o paciente a verbalizar os sentimentos acerca das alterações corporais e da doença;	Aceitação da Imagem Corporal (1200)

	• Avaliar as alterações na aparência e o significado que elas têm para o paciente e a família; • Solicitar avaliação psicológica; • Oferecer métodos de apoio espiritual.	
Risco de infecção	• Lavar as mãos antes e depois do atendimento de cada paciente; • Manter os padrões de assepsia na realização de punções e no manuseio de cateteres; • Avaliar curativo em orifício de paracentese; • Trocar o acesso venoso periférico,	Controle de Riscos: Processo Infeccioso (1924)

Fonte: Autores, 2023.

3.4 Implementação

Os cuidados elencados foram implementados pelos acadêmicos e pela equipe de enfermagem e adaptadas conforme as necessidades da paciente.

3.5 Evolução de Enfermagem

A paciente evoluiu com alta hospitalar por melhora do quadro clínico após 14 dias de internação. Na ocasião, foram realizadas as seguintes orientações como parte do plano de alta: manter a exclusão do álcool permanentemente; manter aporte nutricional adequado com adoção de dieta hipercalórica, hipoproteica e hipossódica; seguir o tratamento farmacológico em casa com atenção aos horários de medicações; observar sinais e sintomas de complicações hemorrágicas; manter repouso e evitar grandes esforços físicos; seguir o tratamento no âmbito ambulatorial; retornar imediatamente em caso de hematêmese e melena.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo assim, portanto, quando aplicada a um paciente com cirrose hepática alcoólica, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante a integralidade do cuidado e o aperfeiçoamento da qualidade da assistência, permitindo maior atenção e resolutividade às necessidades de saúde. É uma ferramenta fundamental para a organização e individualização do cuidado assim como para a consolidação da autonomia do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional.

Ademais, a experiência contribuiu para integrar a teoria com a prática, proporcionando aos acadêmicos a aplicação dos conhecimentos adquiridos na sala de aula à vivência hospitalar, além de desenvolver habilidades e competências, as quais reforçaram a relevância da humanização da assistência e da ética profissional.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. J. P. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada a paciente com Cirrose Hepática após realização de Paracentese: Relato de Experiência. **Saúde em Foco: Temas Contemporâneos - Volume 2**, v. 2, n. 1, p. 555-563, 2020.

BULECHEK, G. *et al.* **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

HERDMAN, T. H.; SHIGEMI, K.; LOPES, C. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2021-2023**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

JOHNSON, M. *et al.* **Ligações NANDA-NOC-NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2015.

MELLO, C. E. B. Cirrose hepática—abordagem diagnóstica e terapêutica. **Medicina, Ciência e Arte**, v. 1, n. 1, p. 59-69, 2022.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MERIDEAN, L.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5ª ed. Porto Alegre: Elsevier, 2016.

REIS, S. P. *et al.* Ascite: complicação da cirrose. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 1, 2019.

RODRIGUES, T. T. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: uma década de implementação sob a ótica do enfermeiro. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, 2021.

SILVA, P. H. A. *et al.* Diagnóstico de enfermagem para paciente com cirrose avançada: Um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10424-10430, 2020.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOUZA, J. S. *et al.* Correlação entre a gravidade da doença e variáveis respiratórias em pacientes com cirrose hepática e ascite. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 22, n. 1, p. 43-49, 2020.

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES DE BAIXA RENDA EM CONTEXTOS HOSPITALARES: REVISÃO DE LITERATURA

ANALYSIS OF OBSTETRIC VIOLENCE IN LOW-INCOME WOMEN IN HOSPITAL
SETTINGS: LITERATURE REVIEW

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DE BAJOS RECURSOS
EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

DATA DE SUBMISSÃO: 01/05/2025 | DATA DE ACEITE: 13/05/2025 | DATA DE PUBLICAÇÃO: 04/06/2025

PEDRO HENRIQUE PESSOA PORTUGUÊS DE SOUZA¹

SADI ANTONIO PEZZI JUNIOR²

ELISABETE SOARES DE SANTANA³

FABIANA BEZERRA DE SOUTO⁴

MARIA EDUARDA DINIZ PRUDENTE⁵

IVANI RAMOS DO CARMO⁶

JULIANA CRUZ BARRETO⁷

TAÍS DE LIMA CASTRO⁸

CLARKSON HENRIQUE SANTOS LEMOS⁹

SÔNIA SOCORRO ANDRADE PINTO¹⁰

¹Graduando em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO | Goiânia, GO, Brasil

²Universidade Estadual do Ceará - UECE | Fortaleza, CE, Brasil

³Graduanda em Farmácia pela Faculdade Santíssima Trindade - FAST | Nazaré da Mata, PE, Brasil

⁴Graduada em Enfermagem pela Faculdade Bezerra de Araújo | Santa Cruz, RJ, Brasil

⁵Graduanda em Medicina pela Universidade Anhembí Morumbi - UAM Mooca | São Paulo, SP, Brasil

⁶Doutoranda em Ensino de Ciências pela Universidade Cruzeiro do Sul - Unicsul | São Paulo, SP, Brasil

⁷Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB | Teixeira de Freitas, BA, Brasil

⁸Enfermeira, Especialista em Auditoria, Acreditação e Gestão da Qualidade aos Serviços de Saúde, Universidade Estadual do Ceará - UECE Itaperi | Fortaleza, CE, Brasil

⁹Especialista em Radioterapia e Medicina Nuclear, Instituto Federal do Piauí - IFPI | Teresina, PI, Brasil

¹⁰Graduanda em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Pará- UFPA | Belém, PA, Brasil.



RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar as manifestações, causas e impactos da violência obstétrica vivenciada por mulheres de baixa renda em contextos hospitalares, buscando compreender como fatores socioeconômicos influenciam a ocorrência desse tipo de violência durante o parto e o puerpério. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura conduzida entre novembro de 2024 e abril de 2025, com base em estudos científicos selecionados nas bases PubMed, Medline e Cochrane Library, utilizando a estratégia PICO para formulação da questão de pesquisa. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, com abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, e que abordassem a violência obstétrica em mulheres de baixa renda em ambientes hospitalares. **Resultados e Discussão:** Dos 33 estudos inicialmente identificados, 8 foram incluídos na análise final. Os resultados demonstram que mulheres de baixa renda enfrentam diversas formas de violência obstétrica, incluindo negligência, desinformação, práticas invasivas sem consentimento e discriminação racial, especialmente em hospitais públicos. As consequências vão desde traumas físicos e emocionais até a perda de autonomia e agravamento de desigualdades estruturais. A falta de conhecimento sobre direitos reprodutivos e a precariedade dos serviços de saúde são fatores agravantes. **Conclusão:** A violência obstétrica contra mulheres de baixa renda é reflexo de desigualdades sociais, econômicas e raciais. É urgente a adoção de políticas públicas que promovam práticas obstétricas humanizadas, a capacitação dos profissionais de saúde, a valorização da autonomia da mulher e o combate ao racismo institucional. O fortalecimento da educação em saúde e o incentivo à pesquisa qualitativa são fundamentais para a compreensão e erradicação desse fenômeno. **Palavras-Chave:** Violência obstétrica; Mulheres de baixa renda; Direitos reprodutivos; Saúde pública; Desigualdade social.

ABSTRACT

Objective: To identify and analyze the manifestations, causes, and impacts of obstetric violence experienced by low-income women in hospital settings, aiming to understand how socioeconomic factors influence the occurrence of this type of violence during childbirth and the postpartum period. **Methods:** This is a literature review conducted from November 2024 to April 2025, based on scientific studies retrieved from PubMed, Medline, and Cochrane Library databases, using the PICO strategy to formulate the research question. Studies published within the last five years with qualitative, quantitative, or mixed approaches addressing obstetric violence in low-income women in hospital environments were included. **Results and Discussion:** Of the 33 initially identified studies, 8 met the inclusion criteria and were analyzed in detail. The findings indicate that low-income women are subject to multiple forms of obstetric violence, including neglect, lack of informed consent, misinformation, and racial discrimination, particularly in public hospitals. The consequences extend beyond childbirth, affecting women's physical and mental health, autonomy, and reinforcing structural inequalities. The lack of awareness about reproductive rights and the deficiencies in public healthcare systems exacerbate their vulnerability. **Conclusion:** Obstetric violence against low-income women reflects deep-rooted social, economic, and racial inequalities. There is an urgent need for public policies promoting humanized obstetric practices, professional training on women's reproductive rights, and actions to combat institutional racism. Strengthening health education and fostering qualitative research are essential to understand and eliminate this phenomenon. **Keywords:** Obstetric violence; Low-income women; Reproductive rights; Public health; Social inequality.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar las manifestaciones, causas e impactos de la violencia obstétrica vivida por mujeres de bajos ingresos en contextos hospitalarios, con el fin de comprender cómo los factores socioeconómicos influyen en la ocurrencia de este tipo de violencia durante el parto y el puerperio. **Métodos:** Se trata de una revisión de literatura realizada entre noviembre de 2024 y abril de 2025, basada en estudios científicos seleccionados en las bases de datos PubMed, Medline y Cochrane Library, utilizando la estrategia PICO para la formulación de la pregunta de investigación. Se incluyeron estudios publicados en los últimos cinco años, con enfoques cualitativos, cuantitativos o mixtos, que abordaran la violencia obstétrica en mujeres de bajos ingresos atendidas en entornos hospitalarios. **Resultados y Discusión:** De los 33 estudios inicialmente identificados, 8 cumplieron con los criterios de inclusión y fueron analizados en profundidad. Los resultados revelan que las mujeres de bajos ingresos están expuestas a múltiples formas de violencia obstétrica, como negligencia, desinformación, procedimientos invasivos sin consentimiento y discriminación racial, especialmente en hospitales públicos. Las consecuencias trascienden el momento del parto, afectando la salud física y mental de las mujeres, su autonomía y reforzando desigualdades estructurales. La falta de conocimiento sobre los derechos reproductivos y las deficiencias del sistema de salud pública aumentan su vulnerabilidad. **Conclusión:** La violencia obstétrica contra mujeres de bajos ingresos es un reflejo de desigualdades sociales, económicas y raciales estructurales. Se requiere con urgencia la implementación de políticas públicas que promuevan prácticas obstétricas humanizadas, la capacitación de profesionales de la salud sobre los derechos reproductivos de las mujeres y el combate al racismo institucional. Fortalecer la educación en salud e incentivar investigaciones cualitativas son esenciales para comprender y erradicar este fenómeno. **Palabras Clave:** Violencia obstétrica; Mujeres de bajos ingresos; Derechos reproductivos; Salud pública; Desigualdad social.

1. INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma forma de violência institucional que tem ganhado crescente atenção nos debates sobre saúde pública, direitos humanos e justiça social. Trata-se de um fenômeno que abrange desde negligência no atendimento até práticas abusivas e desrespeitosas contra mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, afetando não apenas a integridade física, mas também a dignidade e o bem-estar psicológico das vítimas. No contexto hospitalar, muitas mulheres, especialmente as de baixa renda, encontram-se vulneráveis a essas formas de violência (Li *et al.*, 2025).

Esse tipo de violência se manifesta de diversas maneiras, incluindo a realização de procedimentos sem consentimento, exposição desnecessária do corpo da mulher, repreensões verbais, recusa de alívio para a dor e até impedimento da presença de acompanhante durante o parto. Tais práticas, muitas vezes naturalizadas no cotidiano hospitalar, refletem não só a precarização dos serviços de saúde, mas também padrões de desigualdade de gênero e classe que se perpetuam nas relações médico-paciente (Faheem, 2022).

As mulheres de baixa renda estão entre os grupos mais afetados pela violência obstétrica, em razão de sua limitada capacidade de acessar serviços de qualidade, contestar tratamentos desumanos ou mesmo reconhecer que seus direitos foram violados. A interseção entre pobreza, gênero e, em muitos casos, raça, reforça uma estrutura de opressão que as coloca em situação de maior vulnerabilidade frente às instituições de saúde pública, muitas vezes sobrecarregadas e desprovidas de recursos (Asci e Bal, 2023).

O contexto hospitalar brasileiro, embora amparado por diretrizes que promovem o parto humanizado e o respeito à autonomia da mulher, ainda convive com práticas que contrariam esses princípios. A insuficiência de formação ética e humanista dos profissionais, aliada à lógica tecnocrática e hierarquizada do sistema de saúde, contribui para a perpetuação da violência obstétrica como uma realidade silenciosa e persistente em muitas maternidades do país (Chattopadhyay, 2022).

Além disso, a ausência de mecanismos eficazes de denúncia e responsabilização dificulta a quebra do ciclo de impunidade que envolve essas práticas. Muitas mulheres não denunciam por medo de represálias, por desconhecimento de seus direitos ou por acreditarem que o sofrimento que viveram faz parte do processo natural do parto. Essa naturalização da violência reforça a necessidade urgente de políticas públicas voltadas à conscientização, prevenção e combate a esse tipo de abuso (Farouk *et al.*, 2021).

A análise da violência obstétrica sob a perspectiva das mulheres de baixa renda requer, portanto, um olhar interseccional e crítico, capaz de compreender os múltiplos fatores que contribuem para a sua ocorrência. Mais do que um problema individual ou isolado, trata-se de um fenômeno estrutural que revela falhas profundas nas práticas institucionais de cuidado à saúde da mulher (Ismail, Ismail e Hirst, 2023).

Estudos e pesquisas sobre o tema vêm apontando não apenas os impactos físicos e emocionais dessa violência, mas também suas consequências sociais, como a desconfiança nos serviços públicos de saúde, o afastamento de futuras experiências de maternidade e o agravamento das desigualdades sociais. Compreender essas implicações é essencial para a formulação de estratégias de enfrentamento mais eficazes e para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e humanizado (Lappeman e Swartz, 2021).

Diante desse panorama, a presente análise propõe-se a investigar as manifestações da violência obstétrica em mulheres de baixa renda em contextos hospitalares, buscando identificar suas causas, formas de ocorrência, impactos e possíveis caminhos para sua erradicação. A pesquisa parte do pressuposto de que a equidade no atendimento obstétrico é um direito fundamental e que qualquer forma de violência durante esse processo constitui uma grave violação dos direitos humanos e da dignidade feminina (Giacomozzi, Farje de la Torre e Khail, 2021; Ismail, Ismail e Hirst, 2023).

Dessa forma, o objetivo desta revisão de literatura é identificar e analisar as manifestações, causas e impactos da violência obstétrica vivenciada por mulheres de baixa renda em contextos hospitalares, buscando compreender como fatores socioeconômicos influenciam na ocorrência desse tipo de violência durante o parto e o puerpério.

2. MÉTODOS

Estudo do tipo revisão de literatura, realizado no período de novembro de 2024 a abril de 2025, com o objetivo de identificar e analisar a evidência científica disponível sobre a violência obstétrica vivenciada por mulheres de baixa renda em contextos hospitalares. A revisão foi conduzida conforme os princípios metodológicos propostos por Galvão, Pansani e Harrad (2015), que orientam a construção rigorosa de revisões integrativas para reunir e sintetizar o conhecimento científico disponível sobre um tema específico, com base em estudos relevantes da literatura.

O estudo seguiu as etapas propostas por Galvão, Pansani e Harrad (2015) e o Instituto Joanna Briggs (Jbi, 2022): 1) formulação da questão de pesquisa, com definição clara dos

objetivos; 2) identificação dos estudos relevantes, por meio de busca em bases como PubMed, Medline e Cochrane Library; 3) seleção rigorosa dos estudos, com critérios de elegibilidade para garantir a qualidade; 4) extração dos dados relevantes, como metodologias, amostras, resultados e intervenções; 5) síntese dos resultados, com análise e comparação das evidências, para identificar padrões e lacunas na literatura científica.

A estratégia PICO (Santos, Pimenta e Nobre, 2007) foi utilizada para definir o objeto de estudo. **P (População):** Mulheres de baixa renda em contexto de parto ou assistência obstétrica; **I (Intervenção):** Experiência de violência obstétrica em instituições hospitalares; **C (Comparação):** Não se aplica diretamente; **O (Desfecho):** Identificação da ocorrência, formas, causas e consequências da violência obstétrica. A questão de pesquisa formulada foi: "Como a violência obstétrica afeta mulheres de baixa renda durante o atendimento hospitalar no parto e puerpério?".

A pesquisa foi realizada nas principais bases de dados científicas: PubMed, Medline e Cochrane Library. Para a elaboração dos termos de busca, foi consultado o DeCS/MeSH por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com base nos objetivos e na pergunta norteadora do estudo. Após ajustes e testes, foram empregados os seguintes descritores, com seus respectivos operadores booleanos (*AND* e *OR*), em inglês: (*Obstetric Violence*) *AND* (*Low-Income*) *AND* (*Hospital*). Posteriormente, pesquisas foram realizadas no Google Acadêmico para verificar se haviam estudos relevantes, seguindo os mesmos critérios estabelecidos.

Na Terceira Etapa, utilizando e adaptando o modelo de Fluxograma de Galvão, Pansani e Harrad (2015), foi realizada a busca e seleção dos estudos em quatro sub-etapas: 1- Identificação: Os estudos relevantes foram localizados por meio de bases de dados acadêmicas. 2- Seleção: O título e o resumo de cada estudo foram lidos para verificar se atendiam aos critérios de inclusão. 3- Elegibilidade: Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados e avaliados pelo autor e pelos revisores. 4- Inclusão: Finalmente, os revisores, em conjunto com o autor, determinaram quais estudos seriam incluídos na pesquisa.

Na quarta etapa, foram incluídos na revisão estudos publicados em 5 anos, nos em todos os idiomas, que abordem a temática da violência obstétrica em mulheres de baixa renda atendidas em ambientes hospitalares. Foram considerados artigos de pesquisa com abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, desde que publicados em revistas científicas indexadas e que apresentassem resultados relacionados à vivência ou percepção da violência obstétrica nesse grupo populacional.

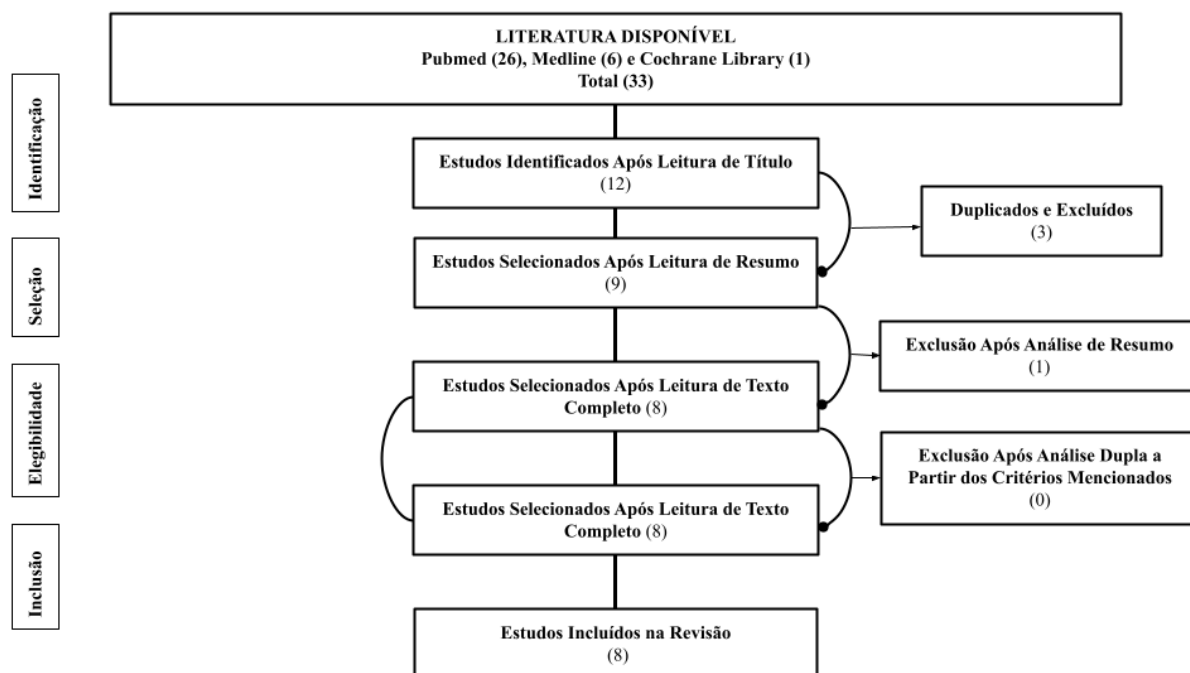
Foram excluídos estudos que tratam de violência obstétrica em contextos exclusivamente domiciliares ou não hospitalares, bem como pesquisas sem recorte

socioeconômico definido. Trabalhos que abordem o tema apenas sob a ótica jurídica, artigos de opinião, revisões sem rigor metodológico, resumos de eventos, teses, dissertações ou estudos que não estivessem disponíveis na íntegra também foram desconsiderados.

3. RESULTADOS

A busca na literatura científica resultou na identificação de 33 estudos, sendo 26 provenientes da base PubMed, 6 da Medline e 1 da Cochrane Library. Após a leitura dos títulos, 12 estudos foram selecionados para análise mais aprofundada. Desses, 3 foram considerados duplicados ou não atenderam aos critérios iniciais e, portanto, foram excluídos. Na etapa de seleção, 9 estudos permaneceram após a leitura dos resumos, dos quais 1 foi excluído por não se adequar aos critérios estabelecidos. Assim, 8 estudos seguiram para a leitura completa dos textos, e nenhum foi excluído após a análise detalhada por pares segundo os critérios previamente definidos. Dessa forma, 8 estudos foram considerados elegíveis e, conseqüentemente, incluídos na revisão final. O processo pode ser acompanhado na Figura 1, Fluxograma PRISMA, contendo o Processo de Seleção de Estudos da Revisão.

Figura 1. Fluxograma do Processo de Seleção de Estudos da Revisão



Fonte: Autores, 2025.

Cada autor aborda aspectos distintos da violência obstétrica contra mulheres de baixa renda. Garcia (2023) evidencia que essa população é especialmente vulnerável devido à negligência nos hospitais públicos e às barreiras econômicas e educacionais. Mufandaedza e Chiweshe (2021) destacam os impactos psicológicos, como traumas emocionais e transtornos mentais no pós-parto. Church (2024) aponta a falta de conhecimento sobre direitos reprodutivos como fator que facilita a perpetuação da violência.

O'Brien e Rich (2022) ressaltam as consequências físicas da má assistência, como infecções e hemorragias. Campos (2024) relaciona a violência obstétrica ao racismo estrutural, que agrava o descaso com mulheres negras. Fraser *et al.* (2025) enfatizam a violação da autonomia feminina, com imposição de procedimentos desnecessários. Yalley *et al.* (2024) discutem a lentidão das mudanças nas unidades públicas e a desumanização do atendimento. Por fim, Perera *et al.* (2022) defendem reformas estruturais nas políticas de saúde para garantir práticas mais humanizadas e respeitosas.

Os resultados evidenciam que essa população enfrenta barreiras econômicas, sociais e culturais que dificultam o acesso a um atendimento de qualidade, agravado por negligência, desrespeito e desinformação nos serviços públicos de saúde. Os impactos vão além do momento do parto, afetando profundamente a saúde física e mental das mulheres, com consequências como traumas psicológicos, depressão pós-parto, complicações médicas e enfraquecimento do vínculo com o recém-nascido.

A desinformação sobre os direitos reprodutivos, a ausência de apoio no pós-parto e o racismo estrutural, acentuam a vulnerabilidade dessas mulheres. Apesar da crescente mobilização contra essas práticas, é visto que a resistência institucional, resistência de alguns profissionais e a escassez de recursos dificultam mudanças concretas, exigindo políticas públicas que promovam um atendimento mais humanizado e igualitário.

4. DISCUSSÃO

Mulheres de baixa renda são particularmente vulneráveis a essa forma de violência obstétrica, em virtude das barreiras econômicas, sociais e culturais que dificultam o acesso a cuidados adequados. Nos hospitais públicos, onde grande parte dessa população é atendida, frequentemente ocorre a negligência, com desrespeito aos direitos e necessidades das pacientes, agravado pela falta de recursos e pela baixa escolaridade, que dificulta o reconhecimento e a denúncia de abusos (Garcia, 2023).

A violência obstétrica resulta, entre outros efeitos, no agravamento do sofrimento físico e psicológico das mulheres. O atendimento apressado, a falta de explicações claras e a realização de procedimentos sem consentimento informado aumentam o trauma emocional, que pode perdurar por meses, afetando a saúde mental e a relação com o recém-nascido. A escassez de apoio emocional e psicológico no pós-parto, somada à ausência de redes de suporte social, agrava a situação, levando a quadros de depressão pós-parto, ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático (Mufandaedza e Chiweshe, 2021).

Outro fator crítico é a falta de conhecimento sobre direitos reprodutivos, pois muitas desconhecem seus direitos, como a escolha do tipo de parto e a recusa de procedimentos invasivos, o que facilita a perpetuação da violência obstétrica. A carência de material educativo e a limitação do acesso à informação aprofundam essa vulnerabilidade, refletindo as desigualdades no acesso à educação em saúde (Church, 2024).

Além dos impactos psicológicos e emocionais, a violência obstétrica também compromete a saúde física das mulheres, contribuindo para complicações como infecções e hemorragias, frequentemente resultantes de um atendimento inadequado. Esse cenário é particularmente grave em contextos de escassez de recursos nas unidades de saúde públicas, que, sobrecarregadas, não conseguem garantir a qualidade do acompanhamento pós-parto necessário para evitar complicações (O'Brien e Rich, 2022).

A violência obstétrica também se entrelaça com o racismo estrutural, pois mulheres negras, especialmente as de baixa renda, enfrentam uma sobrecarga adicional de discriminação. O racismo institucional resulta em um tratamento mais negligente, minimizando seu sofrimento e dificultando o acesso a cuidados adequados, o que compromete tanto a saúde da mulher quanto a do recém-nascido (Campos, 2024).

A violação da autonomia das mulheres durante o atendimento obstétrico é uma característica marcante da violência obstétrica, com práticas autoritárias que desconsideram o direito da paciente de participar das decisões sobre seu corpo e o seu parto. A pressão para procedimentos desnecessários, como cesarianas, reflete a desvalorização da autonomia da mulher e agrava o trauma físico e psicológico (Fraser *et al.*, 2025).

O movimento de resistência a essa prática tem crescido, mas as mudanças são lentas, principalmente nas unidades de saúde pública. A escassez de recursos materiais e humanos nas maternidades públicas intensifica as condições de violência obstétrica, criando um ambiente onde a sobrecarga de trabalho impede a oferta de um atendimento digno. Mulheres de baixa renda, dependentes do SUS, frequentemente enfrentam atendimentos apressados e

impessoais, sem o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais de saúde, o que agrava ainda mais a violência obstétrica (Yalley *et al.*, 2024).

Portanto, a violência obstétrica contra mulheres de baixa renda é um reflexo das desigualdades estruturais da sociedade, que impactam negativamente o acesso à saúde, à educação e à qualidade de vida. Para combater esse fenômeno e garantir um atendimento digno, é necessário implementar mudanças nas políticas de saúde pública, com práticas mais humanizadas e respeitadas, além de uma conscientização mais ampla dos profissionais de saúde sobre os direitos das mulheres (Perera *et al.*, 2022).

5. CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura evidencia que a violência obstétrica, longe de ser um fenômeno isolado, está diretamente ligada a desigualdades estruturais que afetam as mulheres em diversas esferas, principalmente em relação ao acesso à saúde de qualidade. Mulheres de baixa renda, muitas vezes em contextos de vulnerabilidade social e econômica, são as mais atingidas por esse tipo de violência, enfrentando uma série de obstáculos, como a falta de conhecimento sobre seus direitos reprodutivos, o escasso suporte emocional e psicológico, e a negligência no atendimento nas unidades de saúde públicas.

As práticas inadequadas e invasivas, como a realização de cesarianas sem o consentimento adequado ou a falta de explicação sobre os procedimentos, intensificam o trauma, resultando em consequências sérias tanto para a saúde física quanto para o bem-estar psicológico das mulheres. Adicionalmente, a discriminação racial e a falta de condições adequadas de atendimento nas maternidades públicas agravam ainda mais o cenário de violência, criando um ambiente onde as mulheres, especialmente as negras e de classes mais baixas, são duplamente vítimas de negligência.

Muitas das pesquisas disponíveis focam principalmente em dados quantitativos, sem considerar profundamente a complexidade das experiências individuais das mulheres, e a falta de pesquisas qualitativas sobre o impacto psicológico a longo prazo da violência obstétrica impede uma compreensão mais abrangente do fenômeno. Além disso, a maioria dos estudos se concentra em contextos específicos e não aborda adequadamente as questões de racismo institucional ou as condições socioeconômicas que interagem de maneira complexa para perpetuar a violência obstétrica.

Dessa forma, torna-se importante que os sistemas de saúde, especialmente as unidades públicas de atendimento obstétrico, sejam reformulados para garantir um ambiente mais

acolhedor e humanizado. A formação de profissionais de saúde sobre os direitos reprodutivos das mulheres e a implementação de práticas obstétricas baseadas no respeito à autonomia da mulher são essenciais para mitigar a violência obstétrica. Além disso, é necessário fortalecer a educação em saúde, principalmente nas comunidades de baixa renda, para garantir que as mulheres conheçam seus direitos e possam questionar e se opor a procedimentos invasivos ou desnecessários.

A promoção de políticas públicas que melhorem as condições de trabalho nas unidades de saúde, com a contratação de mais profissionais e a melhoria das condições materiais e estruturais, também é fundamental para reduzir a sobrecarga dos profissionais e, conseqüentemente, a violência obstétrica. Por fim, é importante que os movimentos sociais continuem a pressionar por mudanças estruturais, principalmente no combate ao racismo e à discriminação dentro das instituições de saúde, de modo a garantir que todas as mulheres, independentemente de sua classe social ou etnia, tenham direito a um parto seguro, respeitoso e digno.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores desta revisão de literatura são especialistas em áreas multidisciplinares relacionadas às Ciências da Saúde. Durante a execução deste trabalho, não houve financiamento proveniente de fontes externas para a pesquisa ou elaboração do manuscrito. Assim, os autores afirmam que não possuem conflitos financeiros ou pessoais com entidades que possam influenciar o conteúdo desta revisão. Adicionalmente, os autores não têm interesses pessoais que possam comprometer a objetividade ou imparcialidade deste estudo.

REFERÊNCIAS

AŞCI, Ö.; BAL, M. D. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: a cross-sectional study. **Midwifery**, v. 124, p. 103766, 2023.

CAMPOS, P. Obstetric Violence the Need to Promote Respectful Maternity Care in Low Income Settings. **EC Gynaecology**, v. 13, p. 01-02, 2024.

CHATTOPADHYAY, S. Individuals, institutions, and the global political economy: unpacking intentionality in obstetric violence. In: **Birth controlled. Manchester University Press**, 2022. p. 210-240.

CHURCH, A. C. “Don't push!” experiences of obstetric violence in US hospital settings. **Social Science & Medicine**, v. 363, p. 117497, 2024.

FAHEEM, A. The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review. **Sexual and reproductive health matters**, v. 29, n. 2, p. 2004634, 2022.

FAROUK, S. L. *et al.* Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 29, p. 100620, 2021.

FRASER, L. K. *et al.* Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 104, n. 1, p. 13-28, 2025.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GARCIA, L. M. Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review. **Sexual and reproductive health matters**, v. 31, n. 1, p. 2322194, 2023.

GIACOMOZZI, M.; FARJE DE LA TORRE, F.; KHALIL, M. Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 155, n. 2, p. 247-259, 2021.

ISMAIL, A. M.; ISMAIL, A.; HIRST, J. E. Prevalence and risk factors of obstetric violence in the Gaza strip: A retrospective study from a conflict setting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 163, n. 2, p. 383-391, 2023.

JB I - JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Evidence Implementation Training Program**. 2022.

LAPPEMAN, M.; SWARTZ, L. How gentle must violence against women be in order to not be violent? Rethinking the word “violence” in obstetric settings. **Violence against women**, v. 27, n. 8, p. 987-1000, 2021.

LI, W. *et al.* The moral dilemma of obstetric violence: A meta-synthesis. **Nursing Ethics**, p. 09697330251333403, 2025.

MUFANDAEDZA, A.; CHIWESHE, M. K. An analysis of obstetric violence among low-income urban women: A case study of Mabvuku Hospital in Harare, Zimbabwe. **Agenda**, v. 35, n. 3, p. 24-35, 2021.

O'BRIEN, E.; RICH, M. Obstetric violence in historical perspective. **The Lancet**, v. 399, n. 10342, p. 2183-2185, 2022.

PERERA, D. *et al.* Obstetric violence is prevalent in routine maternity care: a cross-sectional study of obstetric violence and its associated factors among pregnant women in Sri Lanka's

Colombo District. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 16, p. 9997, 2022.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.

YALLEY, A. A. *et al.* Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. **Frontiers in public health**, v. 12, p. 1388858, 2024.

TECNOLOGIAS LEVES COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO CUIDADO OBSTÉTRICO DE MULHERES COM PERDA GESTACIONAL RECORRENTE: IMPACTOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

ANALYSIS OF OBSTETRIC VIOLENCE IN LOW-INCOME WOMEN IN HOSPITAL
SETTINGS: LITERATURE REVIEW

ANÁLISIS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MUJERES DE BAJOS RECURSOS
EN CONTEXTOS HOSPITALARIOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

DATA DE SUBMISSÃO: 17/01/2026 | DATA DE ACEITE: 28/01/2026 | DATA DE PUBLICAÇÃO: 25/02/2026

NELSON PINTO GOMES¹
FRANCIÉLLEN YOLI DA SILVA FRANÇA²
AMANDA PEREIRA DE SIQUEIRA³
TICIANO MAGALHÃES DANTAS⁴
JANEISE MARTINI PENIANI CRESTANI⁵
EDUARDA CUNHA AZEVEDO⁶
MARCELO WAGNER BATISTA⁷
LUCAS BONETTI DE CAMPOS⁸
ANDRIELLEN RABELO CARVALHO⁹
RENATA TRINDADE GONÇALVES¹⁰

¹Médico, Mestre em Peritagem Médica e Avaliação do Dano Corporal e Associado da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal (APADAC) no 1017. Universidad Cardenal Herrera CEU em Espanha, São Brás de Alportel, Portugal.

²Nutricionista pelo Centro Universitário da Vitória de Santo Antão (UNIVISA), Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

³Enfermeira, Mestra em Enfermagem formada pela Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação – SECITECI, Diamantino, Mato Grosso, Brasil.

⁴Mestre em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil.

⁵Médica pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Médica Generalista Pós-Graduada em Medicina da Longevidade, Ginecologia Regenerativa e Estética Íntima, Florianópolis, SC, Brasil.

⁶Médica pela Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU/ Campus Vilhena), Sapezal, Mato Grosso, Brasil.

⁷Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Jataí (UFJ), Jataí, Goiás, Brasil.

⁸Médico Generalista, Formado pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), Mogi Guaçu, São Paulo, Brasil.

⁹Enfermeira Obstetra formada pela Estácio de Sá – Sergipe, Aracaju, Sergipe, Brasil.

¹⁰Médica. Pós-Graduada em Medicina de Família e Comunidade e Dermatologia, formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasília, Distrito Federal, Brasil.



RESUMO

Objetivo: Analisar o papel das tecnologias leves no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente e seu impacto na saúde mental. **Métodos:** Revisão sistemática, desenvolvida entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, conduzida segundo as recomendações metodológicas do Instituto Joanna Briggs e orientada pelo checklist PRISMA. A pergunta norteadora foi formulada a partir do mnemônico PICO: P – mulheres em acompanhamento obstétrico com histórico de perda gestacional recorrente; I – tecnologias leves no cuidado obstétrico (acolhimento, escuta qualificada, vínculo terapêutico, comunicação empática e apoio emocional); C – não aplicável; O – impacto na saúde mental, redução do sofrimento psíquico, fortalecimento do vínculo profissional-usuária e qualificação do cuidado. Foram incluídos estudos completos, de acesso livre, publicados nos últimos cinco anos, em todos os idiomas, que investigassem tecnologias leves no cuidado obstétrico com repercussões na saúde mental. Excluíram-se estudos que não envolvessem mulheres com perdas gestacionais recorrentes ou que não abordassem dimensões relacionais do cuidado. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, Medline, Cochrane Library e Google Acadêmico. A seleção, extração e análise dos dados foram conduzidas por dois revisores independentes. **Resultados e Discussão:** Foram incluídos 13 estudos, com níveis de evidência variando de moderado a alto. As evidências demonstram que tecnologias leves, como escuta qualificada, acolhimento, aconselhamento psicológico, grupos de apoio, intervenções educativas e programas on-line mediados por profissionais, são eficazes na redução de sintomas depressivos, ansiosos, estresse e sofrimento relacionado ao luto perinatal. Intervenções presenciais e digitais apresentaram boa aceitabilidade e impacto positivo na saúde mental, desde que preservada a qualidade da relação terapêutica. Protocolos de cuidado humanizado e atuação interdisciplinar potencializam esses efeitos, enquanto a ausência dessas práticas agrava o sofrimento psicológico, evidenciando lacunas assistenciais nos serviços obstétricos. **Conclusão:** As tecnologias leves constituem estratégias centrais para a promoção da saúde mental no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente. Sua incorporação sistemática, associada à capacitação das equipes e à organização de protocolos assistenciais, é fundamental para humanizar a assistência, reduzir o sofrimento psíquico e qualificar o cuidado obstétrico em contextos presenciais e digitais.

Palavras-Chave: Tecnologias Leves; Cuidado Obstétrico; Perda Gestacional Recorrente; Saúde Mental; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the role of soft technologies in obstetric care for women with a history of recurrent pregnancy loss and their impact on mental health. **Methods:** Systematic review conducted between December 2025 and January 2026, following Joanna Briggs Institute recommendations and PRISMA guidelines. The guiding question was structured using the PICO mnemonic: P – women receiving obstetric care with a history of recurrent pregnancy loss; I – soft technologies in obstetric care (welcoming, qualified listening, therapeutic bond, empathetic communication, and emotional support); C – not applicable; O – impact on mental health, reduction of psychological distress, strengthening of the professional-user bond, and care qualification. Studies published in the last five years, open access, in all languages, addressing soft technologies and mental health outcomes were included. Searches were conducted in PubMed, Medline, Cochrane Library, and Google Scholar, with independent screening by two reviewers. **Results and Discussion:** Thirteen studies were included. Evidence indicates that soft technologies such as counseling, support groups, educational actions, and professionally mediated online interventions effectively reduce depression, anxiety, stress, and grief-related suffering. Both face-to-face and digital interventions showed good acceptability and positive mental health outcomes when the therapeutic relationship was preserved. **Conclusion:** Soft technologies are essential for promoting mental health in obstetric care for women with recurrent pregnancy loss. Their systematic incorporation and professional training are crucial to humanize care and reduce psychological suffering.

Keywords: Soft Technologies; Obstetric Care; Recurrent Pregnancy Loss; Mental Health; Humanized Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el papel de las tecnologías blandas en la atención obstétrica para mujeres con antecedentes de pérdida recurrente del embarazo y su impacto en la salud mental. **Métodos:** Revisión sistemática, desarrollada entre diciembre de 2025 y enero de 2026, realizada según las recomendaciones metodológicas del Instituto Joanna Briggs y guiada por la lista de verificación PRISMA. La pregunta guía se formuló utilizando el mnemotécnico PICO: P: mujeres en atención obstétrica con antecedentes de pérdida recurrente del embarazo; I: tecnologías blandas en la atención obstétrica (acogida, escucha calificada, vínculo terapéutico, comunicación empática y apoyo emocional); C: no aplicable; O: impacto en la salud mental, reducción del sufrimiento psicológico, fortalecimiento del vínculo profesional-usuaria y mejora de la atención. Se incluyeron estudios completos, de acceso abierto, publicados en los últimos cinco años, en todos los idiomas, que investigaran tecnologías blandas en la atención obstétrica con repercusiones en la salud mental. Se excluyeron los estudios que no involucraron mujeres con pérdida recurrente del embarazo o que no abordaron las dimensiones relacionales de la atención. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, Medline, Cochrane Library y Google Scholar. La selección, extracción y análisis de los datos fueron realizados por dos revisores independientes. **Resultados y discusión:** Se incluyeron trece estudios, con niveles de evidencia que variaron de moderados a altos. La evidencia demuestra que las tecnologías blandas, como la escucha calificada, el apoyo, la consejería psicológica, los grupos de apoyo, las intervenciones educativas y los programas en línea mediados por profesionales, son eficaces para reducir los síntomas depresivos y ansiosos, el estrés y el sufrimiento relacionados con el duelo perinatal. Las intervenciones presenciales y digitales mostraron buena aceptabilidad y un impacto positivo en la salud mental, siempre que se preservara la calidad de la relación terapéutica. Los protocolos de atención humanizada y la acción interdisciplinaria potencian estos efectos, mientras que la ausencia de estas prácticas exacerba el sufrimiento psicológico, destacando las brechas en los servicios de atención obstétrica. **Conclusión:** Las tecnologías blandas son estrategias centrales para promover la salud mental en la atención obstétrica de mujeres con antecedentes de pérdida gestacional recurrente. Su incorporación sistemática, asociada a la formación de equipos y la organización de protocolos de atención, es fundamental para humanizar la atención, reducir el sufrimiento psicológico y mejorar la calidad de la atención obstétrica, tanto presencial como digital.

Palabras clave: Tecnologías blandas; Atención obstétrica; Pérdida recurrente del embarazo; Salud mental; Humanización de la atención.

1. INTRODUÇÃO

A perda gestacional recorrente constitui uma experiência marcada por sofrimento emocional intenso, incertezas clínicas e impactos profundos na saúde mental das mulheres. No cuidado obstétrico, essa vivência demanda abordagens que reconheçam o luto reprodutivo, o medo de novas perdas e a fragilidade emocional associada à gestação subsequente (Meaney *et al.*, 2022).

A saúde mental no contexto obstétrico envolve dimensões subjetivas que extrapolam o acompanhamento clínico tradicional, exigindo práticas de cuidado sensíveis às experiências emocionais das mulheres. Em situações de histórico de perda gestacional, o cuidado torna-se ainda mais complexo, requerendo estratégias que favoreçam o acolhimento, escuta e vínculo terapêutico (Howard *et al.*, 2023).

As tecnologias leves, compreendidas como práticas relacionais baseadas na comunicação, no vínculo e na corresponsabilização do cuidado, assumem papel central na atenção obstétrica. Essas tecnologias operam no encontro entre profissional e usuária, constituindo-se como instrumentos fundamentais para a promoção da saúde mental no cuidado reprodutivo (Merhy; Feuerwerker, 2022).

No cuidado de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente, as tecnologias leves possibilitam a construção de espaços de escuta qualificada e reconhecimento do sofrimento psíquico. A valorização da narrativa da mulher e de suas emoções contribui para ressignificar a experiência gestacional e fortalecer a confiança no cuidado obstétrico (Azevedo *et al.*, 2023).

A promoção da saúde mental por meio de tecnologias leves envolve práticas como acolhimento, vínculo, apoio emocional e comunicação empática. No contexto obstétrico, essas práticas favorecem a redução da ansiedade e do estresse associados à gestação após perdas recorrentes, fortalecendo a sensação de segurança e cuidado integral (Fontein-Kuipers *et al.*, 2022).

A atuação multiprofissional no cuidado obstétrico amplia o alcance das tecnologias leves ao integrar diferentes saberes e práticas de cuidado. A articulação entre profissionais permite uma abordagem mais sensível às necessidades emocionais das mulheres, especialmente quando o histórico reprodutivo é marcado por perdas sucessivas (Gonçalves *et al.*, 2024).

As tecnologias leves também contribuem para a humanização da atenção obstétrica, reforçando práticas centradas na mulher e no respeito às suas experiências. Em contextos de

perda gestacional recorrente, essa humanização assume papel estratégico na reconstrução da relação da mulher com o cuidado em saúde (Brasil *et al.*, 2023).

O cuidado obstétrico pautado em tecnologias leves favorece a continuidade do acompanhamento e a construção de confiança ao longo do pré-natal. Para mulheres com histórico de perdas, a constância do vínculo profissional torna-se elemento estruturante para a promoção do bem-estar emocional e da saúde mental (Santos *et al.*, 2025).

A integração das tecnologias leves às práticas obstétricas requer reconhecimento institucional de sua relevância e incorporação nos processos de trabalho em saúde. Essa integração permite que o cuidado emocional seja compreendido como parte indissociável do cuidado clínico, especialmente em situações de maior vulnerabilidade psíquica (Silva *et al.*, 2022).

Dessa forma, o papel das tecnologias leves no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente configura-se como dimensão central para a promoção da saúde mental. Essa concepção sustenta práticas de cuidado que reconhecem a complexidade emocional da gestação e fortalecem modelos de atenção humanizados e integrados (Souza *et al.*, 2024).

A falta de evidências consolidadas sobre quais estratégias relacionais são mais efetivas, em quais momentos do cuidado e sob quais condições organizacionais, limita a qualificação da assistência e a implementação de abordagens centradas na mulher. Dessa forma, o estudo tem o objetivo de analisar o papel das tecnologias leves no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente e seu impacto na saúde mental.

2. MÉTODOS

Estudo do tipo revisão sistemática, realizado entre dezembro de 2025 e janeiro de 2026, conduzido conforme as recomendações metodológicas do Instituto Joanna Briggs (Peters *et al.*, 2022). O estudo não foi registrado na base PROSPERO em virtude de seu desenvolvimento em tempo hábil e de sua finalidade específica de publicação em formato de capítulo de livro, condição que inviabilizou o registro prévio do protocolo dentro dos prazos operacionais exigidos pela plataforma. Ainda assim, a revisão foi estruturada segundo um delineamento rigoroso, assegurando rastreabilidade, transparência e reprodutibilidade de todas as etapas do processo investigativo (Galvão, Pansani e Harad, 2015; Tricco *et al.*, 2018).

Posteriormente, adotou-se o protocolo de Galvão, Pansani e Harrad (2015) como instrumento de operacionalização das diretrizes internacionais, possibilitando uma aplicação

metodológica sistematizada e adequada ao contexto da pesquisa em saúde. A convergência entre as propostas de Peters (2020), Tricco (2018) e Galvão (2015) conferiu ao estudo uma estrutura metodológica robusta, organizada em cinco etapas sequenciais: (1) formulação da pergunta de pesquisa segundo a estratégia PICO; (2) identificação de estudos relevantes em bases de dados indexadas; (3) seleção conforme critérios de elegibilidade; (4) extração sistemática das informações pertinentes; e (5) síntese integrativa e crítica dos achados.

Na primeira etapa, a estratégia PICO (Santos, Pimenta e Nobre, 2007) foi utilizada para definição do objeto de estudo. P (População): mulheres em acompanhamento obstétrico com histórico de perda gestacional recorrente; I (Intervenção): uso de tecnologias leves no cuidado obstétrico (acolhimento, escuta qualificada, vínculo, comunicação terapêutica e apoio emocional); C (Comparação): não realizada; O (Desfecho): impacto na saúde mental, redução do sofrimento psíquico, fortalecimento do vínculo profissional-usuária e qualificação do cuidado. A pergunta norteadora formulada foi: “Qual é o papel das tecnologias leves no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente e seu impacto na saúde mental?”.

Na segunda etapa, a busca foi realizada nas bases PubMed, Medline e Cochrane Library. Para a elaboração das estratégias de busca, consultou-se o DeCS/MeSH por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando o objetivo e a pergunta norteadora do estudo. Após ajustes e testes, foram empregados descritores em inglês combinados por operadores booleanos: *(Obstetric Care OR Prenatal Care) AND (Women) AND (Pregnancy Loss OR Miscarriage) AND (Mental Health)*. Buscas complementares foram realizadas no Google Acadêmico, seguindo os mesmos critérios metodológicos.

Na terceira etapa do estudo, seguindo o fluxograma PRISMA adaptado de Tricco *et al.* (2018) (Figura 1), procedeu-se à busca, triagem e seleção dos estudos em quatro subetapas. Na fase de Identificação, os registros provenientes das bases de dados e das buscas complementares foram exportados, organizados e submetidos à remoção de duplicatas por dois revisores. Em seguida, na etapa de Seleção, realizou-se a leitura de títulos e resumos, excluindo estudos que não abordassem tecnologias leves, cuidado obstétrico, perda gestacional recorrente ou desfechos relacionados à saúde mental.

Na subetapa de Elegibilidade, os textos completos foram analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, considerando o delineamento metodológico, a descrição das práticas de cuidado baseadas em tecnologias leves e os desfechos em saúde mental. Divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso. Na fase de Inclusão, os estudos que atenderam integralmente aos critérios foram incorporados

à revisão, codificados e encaminhados para a etapa de extração dos dados, compondo o fluxograma apresentado na Figura

Na quarta etapa, foram incluídos estudos completos publicados nos últimos cinco anos, de acesso livre, em todos os idiomas, que investigassem o uso de tecnologias leves no cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente, com foco em repercussões na saúde mental. Foram considerados ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos qualitativos, estudos de intervenção e revisões sistemáticas. Foram excluídos estudos que não envolvessem mulheres com perda gestacional recorrente ou que não abordassem dimensões relacionais do cuidado.

Na quinta etapa, os dados dos estudos selecionados foram sistematicamente extraídos, analisados cegamente e organizados em uma planilha estruturada na ferramenta Rayyan, por 2 revisores, otimizando o processo de análise e permitindo a integração consistente dos resultados provenientes dos diferentes estudos. Em conformidade com as recomendações de Kellermeyer, Harnke e Knight (2018), realizou-se uma análise detalhada dos dados mediante leitura integral dos artigos selecionados. Os resultados foram apresentados por meio de um fluxograma de seleção e extração de estudos, conforme ilustrado na Figura 1.

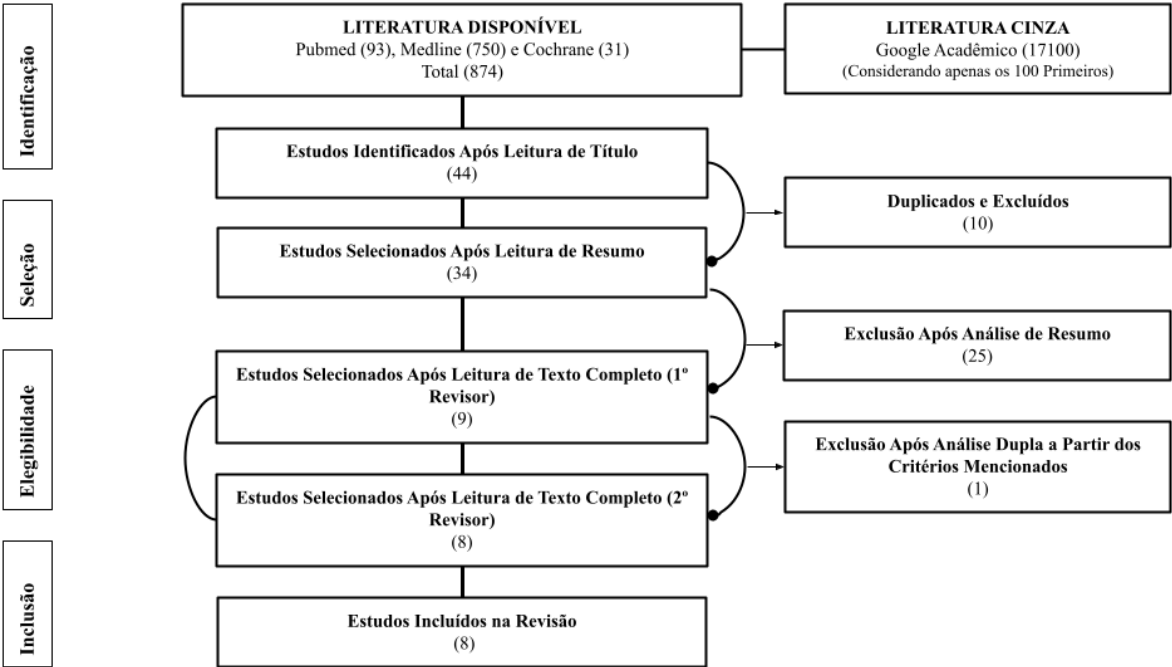
Após o processo de extração dos resultados, cada estudo foi incluído nos quadros (1 e 2), estes que organizaram os estudos aplicando um código único, composto pela sigla “Cod” seguida de uma sequência numérica de cada Estudo (E), organizando (E+ número sequencial: E1, E2, E3...). As informações extraídas foram organizadas da seguinte forma: Quadro 1 – Título, autores, ano de publicação e Nível de Evidência (NE), conforme a classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2024); e Quadro 2 – Objetivo, tipo de estudo e população/amostra.

3. RESULTADOS

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas do prisma de forma sistemática. Inicialmente, foram identificados 874 registros na literatura disponível, provenientes de Pubmed (93), Medline (750) e Cochrane (31), além de 17.100 registros da literatura cinza via Google Acadêmico, considerando apenas os 100 primeiros. Após a leitura dos títulos, 44 estudos foram considerados potencialmente relevantes, com a exclusão de 10 por duplicidade ou inadequação aos critérios. Na fase de seleção, 34 estudos tiveram seus resumos analisados, resultando na exclusão de 25. Em seguida, 9 estudos foram avaliados em texto completo pelo

primeiro revisor, com a exclusão de 1 após análise dupla conforme os critérios estabelecidos. Por fim, 8 estudos foram confirmados pelo segundo revisor e incluídos na revisão.

Figura 1. Processo de Seleção de Estudos Para a Revisão Sistemática



Fonte: Autores, 2026.

O Quadro 1 – “Informações Gerais de Cada Estudo” organiza os dados básicos de 8 estudos. Cada linha recebe um código (E-estudo+número) para facilitar a referência ao longo do trabalho. As colunas incluem: "Cod" (código do estudo), "Título" (nome completo da pesquisa), "Autor(es)" (responsáveis pela autoria), "Ano" (ano de publicação) e "NE" (nível de evidência segundo a Classificação de Oxford, 2024). O quadro fornece uma visão geral das fontes, permitindo rápida identificação e comparação entre os estudos.

Quadro 1 - Informações Gerais de Cada Estudo

Cod	Título	Autor(es)	Ano	NE
E1	Healing through humanized care: lessons from a patient-centered perinatal loss protocol	Caro-Costa <i>et al.</i>	2025	4
E2	Individual counseling in mothers bereaved by pregnancy loss: a randomized clinical trial	Haghighi <i>et al.</i>	2022	1
E3	The change of working alliance and the association to treatment outcome in an internet-based intervention for parents who experienced pregnancy loss	Kramuschke <i>et al.</i>	2024	2
E4	Effectiveness of nonpharmacological interventions for improving the mental health and other psychosocial outcomes of parents with perinatal loss	Li <i>et al.</i>	2024	1
E5	Living with loss: evaluating an internet-based program for parents following perinatal death	Loughnan <i>et al.</i>	2024	1
E6	Tecnologias de cuidado obstétrico baseadas no conceito de Merhy aplicadas à parturiente de alto risco	Nascimento <i>et al.</i>	2024	4
E7	Perda gestacional e luto em mulheres adultas: um estudo descritivo	Rossoni; Limberger	2023	4
E8	Tecnologias educacionais para a promoção da saúde da mulher: revisão integrativa da literatura	Silva; Silva	2024	5

Fonte: Autores, 2026.

O Quadro 2 – “Informações Metodológicas Específicas de Cada Estudo” tem como objetivo apresentar de forma sistematizada os principais aspectos metodológicos dos estudos analisados. Cada linha representa um estudo, o mesmo utilizado no Quadro 1, possibilitando a coerência e a rastreabilidade entre as informações. Este quadro permite uma análise comparativa entre os métodos utilizados nos estudos, auxiliando na avaliação da consistência, qualidade e aplicabilidade das evidências apresentadas.

As colunas estão organizadas da seguinte forma: "Cod", que indica o código do estudo; "Objetivo", onde será descrita a finalidade principal da pesquisa; "Tipo de Estudo", que informa o delineamento metodológico adotado (como estudo de caso, transversal, qualitativo, quantitativo, etc.); e por fim, a "População/Amostra", que especifica o grupo de participantes ou o número de elementos investigados.

Quadro 2- Informações Metodológicas Específicas de Cada Estudo

Cod	Objetivo	Tipo de Estudo	População/Amostra
E1	Analisar os efeitos de um protocolo de cuidado humanizado no luto perinatal	Estudo qualitativo descritivo	Mulheres em situação de perda perinatal
E2	Avaliar os efeitos do aconselhamento individual na saúde mental após perda gestacional	Ensaio clínico randomizado	Mulheres que vivenciaram perda gestacional
E3	Analisar a relação entre aliança terapêutica e desfechos psicológicos em intervenção on-line	Estudo longitudinal	Pais/mães com histórico de perda gestacional
E4	Avaliar a efetividade de intervenções não farmacológicas na saúde mental após perda perinatal	Revisão sistemática e metanálise	Estudos com pais/mães enlutados
E5	Avaliar um programa on-line de apoio ao luto perinatal	Ensaio clínico	Pais/mães após morte perinatal
E6	Analisar a aplicação das tecnologias leves no cuidado obstétrico de alto risco	Estudo qualitativo	Profissionais e parturientes de alto risco
E7	Descrever o sofrimento psíquico em mulheres após perda gestacional	Estudo descritivo	Mulheres adultas com perda gestacional
E8	Mapear tecnologias educacionais voltadas à promoção da saúde da mulher	Revisão integrativa	Produção científica sobre saúde da mulher

Fonte: Autores, 2026.

Conjuntamente, os achados demonstram que tecnologias leves, como escuta qualificada, acolhimento, vínculo terapêutico, aconselhamento psicológico, grupos de apoio, ações educativas e intervenções on-line mediadas por profissionais, são eficazes na redução de sintomas depressivos, ansiosos, estresse e sofrimento relacionado ao luto perinatal em mulheres e famílias com histórico de perda gestacional recorrente.

Ensaio clínicos, revisões e estudos de implementação indicam que tanto intervenções presenciais quanto digitais apresentam boa aceitabilidade, impacto positivo na saúde mental e potencial de ampliação do acesso ao cuidado emocional, desde que preservem a qualidade da relação terapêutica. Protocolos de cuidado humanizado e atuação interdisciplinar fortalecem esses efeitos, enquanto estudos descritivos evidenciam que a

ausência dessas práticas agrava o sofrimento psicológico, convergindo ao indicar que a incorporação sistemática de tecnologias leves no cuidado obstétrico é estratégia central para a promoção da saúde mental dessa população.

4. DISCUSSÃO

As evidências analisadas demonstram de forma consistente que intervenções não farmacológicas configuram estratégias centrais para a promoção da saúde mental de mulheres e famílias que vivenciaram perda perinatal. Psicoterapia, grupos de apoio, aconselhamento e intervenções on-line mostram efeitos positivos na redução de sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao luto, reforçando o valor das tecnologias leves no cuidado obstétrico, especialmente em contextos de perdas gestacionais recorrentes (Li *et al.*, 2024).

A meta-análise que avaliou essas intervenções evidencia que práticas baseadas em escuta qualificada, apoio emocional estruturado e acompanhamento psicológico produzem impactos clínicos significativos. Esses achados reforçam que tecnologias leves, ao priorizarem a relação profissional-usuária e a dimensão subjetiva do cuidado, são eficazes para mitigar o sofrimento psíquico associado à perda gestacional (Li *et al.*, 2024).

Os ensaios clínicos que avaliam programas on-line de apoio ao luto perinatal ampliam essa discussão ao demonstrar que intervenções digitais podem manter eficácia e aceitabilidade quando mediadas por profissionais capacitados. A redução do sofrimento psicológico observada reforça que tecnologias leves são passíveis de adaptação a ambientes virtuais, ampliando o acesso ao cuidado emocional no acompanhamento obstétrico (Loughnan *et al.*, 2024).

A escalabilidade das intervenções digitais representa um aspecto relevante, sobretudo em contextos de restrição de serviços presenciais. Ao permitir acompanhamento contínuo e apoio emocional estruturado, essas tecnologias contribuem para reduzir lacunas assistenciais e apoiar mulheres com histórico de perdas gestacionais recorrentes ao longo do cuidado pré-natal e pós-evento (Loughnan *et al.*, 2024).

Ensaio clínicos randomizados que avaliam o aconselhamento individual estruturado reforçam a eficácia das tecnologias leves no cuidado obstétrico. A redução significativa de ansiedade, estresse e sintomas depressivos demonstra que práticas baseadas na escuta ativa, no acolhimento e no vínculo terapêutico configuram estratégias protetivas da saúde mental em situações de perda gestacional (Haghighi *et al.*, 2022).

Esses achados indicam que o cuidado obstétrico não pode restringir-se a abordagens biomédicas, sendo imprescindível incorporar dimensões relacionais e emocionais. O aconselhamento individual, enquanto tecnologia leve, permite reconhecer o sofrimento singular da mulher e oferecer suporte contínuo, especialmente em casos de perdas recorrentes (Haghighi *et al.*, 2022).

A análise da aliança terapêutica em intervenções on-line para luto perinatal aprofunda essa compreensão ao demonstrar que a qualidade do vínculo profissional-usuária influencia diretamente os desfechos psicológicos. Mesmo em ambientes digitais, empatia, comunicação qualificada e presença terapêutica permanecem elementos determinantes da eficácia do cuidado (Kramuschke *et al.*, 2024).

Esse resultado reforça que a tecnologia, por si só, não garante efetividade. São as tecnologias leves — expressas na forma de acolhimento, vínculo e escuta sensível — que sustentam a qualidade do cuidado, independentemente do meio utilizado, sendo essenciais no acompanhamento de mulheres com histórico de perdas gestacionais (Kramuschke *et al.*, 2024).

A implementação de protocolos de cuidado humanizado ao luto perinatal evidencia que a organização institucional das tecnologias leves potencializa seus efeitos. Práticas como acolhimento precoce, acompanhamento psicológico e atuação interdisciplinar reduziram significativamente o sofrimento emocional, demonstrando que essas estratégias devem ser incorporadas de forma sistemática nos serviços obstétricos (Caro-Costa *et al.*, 2025).

A institucionalização dessas práticas contribui para superar abordagens fragmentadas e fortalece a integralidade do cuidado. Protocolos baseados em tecnologias leves favorecem a continuidade assistencial e ampliam a capacidade dos serviços em responder às necessidades emocionais de mulheres que vivenciam perdas gestacionais recorrentes (Caro-Costa *et al.*, 2025).

Estudos descritivos brasileiros revelam, contudo, uma elevada prevalência de sofrimento psicológico após perda gestacional associada à baixa oferta de apoio emocional nos serviços de saúde. Esses achados evidenciam fragilidades na incorporação das tecnologias leves no cuidado obstétrico e apontam lacunas assistenciais importantes (Rossoni; Limberger, 2023).

A insuficiência de práticas de acolhimento e escuta nos serviços reforça a necessidade de reorientação do modelo assistencial. A ampliação das tecnologias leves no cuidado obstétrico é fundamental para minimizar o impacto das perdas recorrentes sobre a

saúde mental das mulheres, especialmente no contexto do sistema público de saúde (Rossoni; Limberger, 2023).

A fundamentação teórica baseada no conceito de tecnologias leves de Merhy contribui para compreender a centralidade do vínculo, do acolhimento e da comunicação no cuidado obstétrico. Mesmo não tratando exclusivamente de perdas gestacionais, essa abordagem oferece base conceitual sólida para compreender como essas práticas influenciam positivamente a experiência das mulheres em situações de vulnerabilidade (Nascimento *et al.*, 2024).

Essa perspectiva teórica reforça que o cuidado em saúde é produzido no encontro entre sujeitos, e que tecnologias leves são essenciais para promover saúde mental e integralidade. No contexto da perda gestacional recorrente, essa compreensão é particularmente relevante, pois o sofrimento emocional exige respostas sensíveis e humanizadas (Nascimento *et al.*, 2024).

A revisão integrativa sobre tecnologias educacionais na promoção da saúde da mulher amplia o escopo ao destacar ações educativas e grupos psicoeducativos como tecnologias leves relevantes. Essas estratégias fortalecem o cuidado integral ao promover informação qualificada, acolhimento coletivo e redução do sofrimento psíquico, podendo ser incorporadas ao cuidado obstétrico (Silva; Silva, 2024).

As práticas educativas também contribuem para empoderar mulheres que vivenciaram perdas gestacionais, favorecendo compreensão do processo de luto e fortalecimento emocional. Quando integradas ao cuidado obstétrico, essas tecnologias leves ampliam a capacidade de resposta dos serviços às demandas psicológicas (Silva; Silva, 2024).

De forma geral, os estudos analisados convergem ao demonstrar que tecnologias leves desempenham papel central na promoção da saúde mental no cuidado obstétrico. A escuta qualificada, o acolhimento, o vínculo terapêutico e a comunicação empática configuram estratégias efetivas para reduzir sofrimento emocional em mulheres com histórico de perda gestacional recorrente (Li *et al.*, 2024; Haghighi *et al.*, 2022).

Entretanto, a efetividade dessas tecnologias depende de sua incorporação sistemática aos serviços de saúde e da capacitação das equipes. A ausência de protocolos, formação insuficiente e fragilidade institucional limitam o alcance dessas práticas, indicando a necessidade de investimentos organizacionais e educacionais (Caro-Costa *et al.*, 2025; Rossoni; Limberger, 2023).

Em síntese, as evidências indicam que as tecnologias leves são essenciais para qualificar o cuidado obstétrico de mulheres com histórico de perdas gestacionais recorrentes.

Sua integração ao cuidado clínico, presencial ou digital, fortalece a promoção da saúde mental, humaniza a assistência e contribui para um modelo de cuidado mais integral, sensível e centrado nas necessidades das mulheres (Li *et al.*, 2024; Nascimento *et al.*, 2024; Silva; Silva, 2024).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que as intervenções não farmacológicas, fundamentadas em tecnologias leves, são estratégias essenciais para a promoção da saúde mental de mulheres e famílias que vivenciam a perda perinatal, especialmente em situações de perdas gestacionais recorrentes. A escuta qualificada, o acolhimento, o vínculo terapêutico e o apoio emocional estruturado demonstram impacto consistente na redução de sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao luto, qualificando o cuidado obstétrico para além do modelo biomédico.

Os resultados evidenciam que essas tecnologias mantêm efetividade tanto em contextos presenciais quanto digitais, desde que mediadas por profissionais capacitados e organizadas de forma sistemática nos serviços de saúde. A incorporação de intervenções online amplia o acesso ao cuidado emocional, contribui para a continuidade assistencial e reduz lacunas no acompanhamento psicológico no ciclo gravídico-puerperal.

Apesar dos benefícios, identificam-se dificuldades relevantes, como a baixa institucionalização das tecnologias leves, a ausência de protocolos assistenciais, a insuficiente capacitação das equipes e a fragilidade do suporte emocional oferecido nos serviços de saúde, limitações que comprometem a integralidade do cuidado e restringem o alcance das intervenções, especialmente no sistema público.

Recomenda-se a incorporação sistemática das tecnologias leves no cuidado obstétrico, com investimento na formação das equipes, implantação de protocolos de cuidado humanizado ao luto perinatal e integração dessas práticas ao cuidado clínico e digital. Tais medidas são fundamentais para fortalecer a promoção da saúde mental, humanizar a assistência e responder de forma mais efetiva às necessidades de mulheres com histórico de perda gestacional recorrente.

REFERÊNCIAS

Azevedo, A. L. S. *et al.* Acolhimento e cuidado emocional no pré-natal de mulheres com histórico de perda gestacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, e230067, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. *et al.* Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas>. Acesso em: 09 jan. 2026.

CARO-COSTA, R. *et al.* Healing through humanized care: lessons from a patient-centered perinatal loss protocol. **Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 242, 2025.

FONTEIN-KUIPERS, Y. *et al.* Woman-centred care and emotional support in pregnancy after loss. **Midwifery**, v. 109, 103329, 2022.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335–342, 2015.

GONÇALVES, R. L. *et al.* Práticas interprofissionais no cuidado obstétrico e saúde mental materna. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, p. 214–226, 2024.

HAGHIGHI, M. *et al.* Individual counseling in mothers bereaved by pregnancy loss: a randomized clinical trial. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 11, p. 209, 2022.

HOWARD, L. M. *et al.* Perinatal mental health: a review of progress and challenges. **World Psychiatry**, v. 22, n. 3, p. 417–430, 2023.

KELLERMEYER, L.; HARNKE, B.; KNIGHT, S. Covidence and Rayyan. **Journal of the Medical Library Association: JMLA**, v. 106, n. 4, p. 580, 2018.

KRAMUSCHKE, M. *et al.* The change of working alliance and the association to treatment outcome in an internet-based therapy after pregnancy loss. **BMC psychology**, v. 12, n. 1, p. 254, 2024.

LI, S. N. *et al.* Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents With Perinatal Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Depression and Anxiety**, v. 2024, n. 1, p. 2181544, 2024.

LOUGHNAN, S. A. *et al.* Living with Loss: Evaluating an Internet-Based Program for Parents Following Perinatal Death. **Journal of Loss and Trauma**, v. 30, n. 5, p. 708-732, 2024.

MEANEY, S. *et al.* Psychological impact of recurrent pregnancy loss: a systematic review. **Human Reproduction Update**, v. 28, n. 4, p. 496–520, 2022.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção em saúde, trabalho vivo e tecnologias leves: atualizações conceituais. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 113–125, 2022.

NASCIMENTO, A. C. A. do *et al.* Tecnologias de cuidado obstétrico baseadas no conceito de Merhy aplicadas à parturiente de alto risco. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 16, 2024.

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence. 2024. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebmllevels-of-evidence>. Acesso em: 15 jan. 2025.

PETERS, M. D. J. *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBIM Evidence Synthesis**, v. 20, n. 4, p. 953–968, 2022.

ROSSONI, E. Z.; LIMBERGER, J. Perda gestacional e luto em mulheres adultas: um estudo descritivo. **Revista Científica UNIFAGOC – Saúde**, v. 8, n. 2, 2023.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508–511, 2007.

SANTOS, M. A. *et al.* Vínculo e continuidade do cuidado no pré-natal de alto risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 1, e20240231, 2025.

SILVA, A. L. F. DA; SILVA, L. G. A. Tecnologias educacionais para a promoção da saúde da mulher: revisão integrativa da literatura. Repositório IFPE, 2024.

SILVA, R. M. *et al.* Humanização da assistência obstétrica e saúde mental materna. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, e00123421, 2022.

SOUZA, T. R. *et al.* Tecnologias leves e cuidado emocional no pré-natal de mulheres com histórico de perdas. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, 112, 2024.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018.