



CURSO DE ENFERMAGEM

MARINETE PEREIRA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
OCORRIDA NO BRASIL**

**Sinop/MT
2024**

CURSO DE ENFERMAGEM

MARINETE PEREIRA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
OCORRIDA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem, do Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. Me. Thayla Ribeiro Pegorete Possamai

**Sinop/MT
2024**

MARINETE PEREIRA DA SILVA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
OCORRIDA NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem – do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___

Professor(a) Orientador(a): Me. Thayla Ribeiro Pegorete Possamai

Departamento de XXXXXXXXXXXX – UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a):

Departamento de XXXXXXXXXXXX – UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a):

Departamento de XXXXXXXXXXXX – UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de XXXXXXXXXXXX – UNIFASIPE

Coordenador do Curso de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que em minha caminhada demonstraram paciência e carinho. Em especial, àquelas que me incentivaram a seguir sempre em frente.

AGRADECIMENTOS

- Acima de tudo a Deus, porque se não fosse através dele, não teria chegado até aqui.
- À minha filha Yasmin, meu esposo Elias e minha irmã Marinalva, que me apoiaram incondicionalmente.
- À minha cunhada Elma e minha afilhada Kamila, que sempre acreditaram no meu potencial.
- À professora orientadora, que me orientou de forma objetiva para obter êxito neste trabalho.
- Aos demais professores, do curso de graduação, que nos transmitiram seus conhecimentos e muito contribuíram para nossa formação.
- À Unidade Básica de Saúde, Hospital e Unidade Pronto Atendimento onde foi realizado o estágio, pela ajuda e disponibilidade de seus colaboradores.
- A todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho e permitiram o enriquecimento de minha aprendizagem.

EPÍGRAFE

É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar as coisas.

Nise da Silveira

SILVA, Marinete Pereira da. **O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica ocorrida no Brasil.** 2024. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE

RESUMO

O tema da violência obstétrica é uma questão de saúde pública que precisa ser combatida. Sob essa perspectiva, no Brasil, políticas públicas têm sido promulgadas a fim de erradicar o problema e conscientizar pacientes e profissionais da saúde sobre a importância do consentimento informado e do parto humanizado. Diante desse cenário, esta pesquisa partiu do pressuposto que o enfermeiro pode ser um agente fundamental para a manutenção dos direitos fundamentais das mulheres e, conseqüentemente, para o combate à violência obstétrica. Portanto, teve o objetivo de promover discussões sobre o papel do enfermeiro frente aos casos de violência obstétrica ocorridos desde o início da gestação até o pós-parto. Através de uma pesquisa bibliográfica os dados demonstraram que o problema ainda precisa ser debatido, pois, apesar das diversas intervenções públicas para seu combate, ele ainda não foi erradicado. Pensando nisso, é possível afirmar que para combater a violência obstétrica é preciso o comprometimento dos enfermeiros com a ética profissional e com os estudos na formação continuada, pois é necessário que estejam atualizados e devidamente informados para que possam orientar as mulheres adequadamente e questionar quaisquer práticas abusivas realizadas dentro dos quartos dos hospitais. Logo, reforça-se a relevância do profissional de enfermagem na defesa dos direitos das parturientes e no enfrentamento à violência obstétrica através da orientação, informação e cuidado digno materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica; Saúde e dignidade; Violência obstétrica.

ABSTRACT

The issue of obstetric violence is a public health issue that needs to be addressed. From this perspective, in Brazil, public policies have been enacted in order to eradicate the problem and raise awareness among patients and health professionals about the importance of informed consent and humanized birth. Given this scenario, this research was based on the assumption that nurses can be a fundamental agent for maintaining women's fundamental rights and, consequently, for combating obstetric violence. Therefore, it aimed to promote discussions about the role of nurses in cases of obstetric violence that occurred from the beginning of pregnancy until the postpartum period. Through bibliographical research, data demonstrated that the problem still needs to be debated, as, despite various public policies to combat it, it has not yet been eradicated. Therefore, it is possible to affirm that to combat obstetric violence, nurses must be committed to professional ethics and to studies in continued training, as they need to be updated and properly informed so that they can guide women appropriately and question any abusive practices carried out inside hospital rooms. Therefore, the relevance of the nursing professional in defending the rights of women in labor and in combating obstetric violence is through guidance, information and maternal and child care is reinforced.

KEYWORDS: Health and dignity; Obstetric nursing; Obstetric violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO - Associação brasileira de obstetrizes e enfermeiros obstetras

ANS - Agência nacional de saúde suplementar

APICE ON - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia

CPMI - Comissão parlamentar mista de inquérito

FEBRASGO - Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia

FIOCRUZ - Fundação osvaldo cruz

LILACS - Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde

MEDLINE - Medical literature analysis and retrieval system online

MS - Ministério da saúde

OMS - Organização mundial de saúde

PHPN - Programa de humanização no pré-natal e nascimento

PNAISM - Política nacional de atenção integral à saúde da mulher

SCIELO - Scientific electronic library online

SUS - Sistema único de saúde

WHO - World health organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização.....	10
1.2 Justificativa	11
1.3 Objetivos.....	12
1.3.1 Geral	12
1.3.2 Específicos.....	12
1.4 Procedimentos Metodológicos	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Tipos de violência obstétrica.....	14
2.1.1 Violência obstétrica física	16
2.1.2 Violência obstétrica sexual.....	18
2.1.3 Violência obstétrica psicológica.....	21
2.2 Violência obstétrica em números	24
2.3 Políticas de saúde pública para o enfrentamento do problema.....	29
2.4 A enfermagem no combate à violência obstétrica	32
2.4.1 A Enfermagem Obstétrica	32
2.4.2 O enfermeiro e a humanização do cuidado aos pacientes na obstetrícia.....	33
2.4.3 Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica	35
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

O contexto do parto, um momento de grande importância na vida de uma mulher, deveria ser marcado por cuidado, respeito, empatia e segurança. No entanto, relatos recorrentes de práticas abusivas, desrespeito e violência física, sexual e psicológica durante o processo de gestação, parto e pós-parto evidenciam a existência de um problema que clama por uma análise profunda e por uma efetiva ação de combate (DIAS; PACHECO, 2020). Segundo Moura et al. (2018) a violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, podendo envolver violência física, sexual e psicológica. Cada uma dessas modalidades pode causar impactos profundos na vida das gestantes, resultando em traumas físicos e emocionais que perduram por muito tempo.

O tema permeia o universo da assistência à saúde da mulher, suscitando debates acalorados, preocupações éticas e questionamentos sobre a qualidade da atenção obstétrica em todo o mundo (OLIVEIRA et al., 2019). Para combater o problema, políticas públicas desempenham um papel significativo no combate à violência obstétrica (MARQUES, 2020). Além disso, o enfermeiro, como figura central na assistência à gestante, desempenha um papel fundamental na prevenção, identificação, intervenção e apoio a mulheres que enfrentam a violência obstétrica (MOURA et al., 2018).

Por isso, neste estudo, serão examinadas as políticas e regulamentações que foram implementadas para promover uma assistência ao parto e pós-parto mais humanizada e segura, pois a análise dessas políticas permitirá uma compreensão mais profunda das medidas que estão sendo adotadas para prevenir e enfrentar a violência obstétrica. Bem como propõe debater de que maneira os enfermeiros podem atuar como defensores dos direitos das gestantes, educadores, identificadores e denunciadores de práticas abusivas através da promoção de práticas baseadas em evidências e de apoio emocional.

1.1 Problematização

Segundo Palma e Donelli (2017), a realização de manobras invasivas, o uso de medicamentos sem justificativa clínica e as taxas elevadas de cesarianas sem necessidade clínica ressaltam a necessidade de uma atuação proativa e vigilante por parte dos enfermeiros, que devem defender práticas baseadas em evidências e centradas no bem-estar da gestante e do bebê. Tais práticas danosas têm o potencial de causar danos psíquicos e psicológicos significativos tanto nas parturientes quanto em seus filhos.

Melo e Castro (2019) enfatizam que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção de uma assistência humanizada e centrada na parturiente. Entretanto, isso não se limita apenas à assistência direta no parto, mas também engloba o cuidado ao longo da gestação, como pelo fornecimento de informações claras e pela defesa dos direitos das mulheres. Portanto, é essencial explorar de que maneira o enfermeiro pode ser um agente de transformação na prevenção e combate à violência obstétrica, assegurando um ambiente seguro e acolhedor para as gestantes e recém-nascidos.

Tendo isso em vista, questiona-se: Qual o papel do enfermeiro frente aos casos de violência obstétrica ocorridos desde o início da gestação até o parto?

1.2 Justificativa

Partindo do pressuposto de que o parto é um momento singular na vida de uma mulher, um evento que traz consigo significados profundos e transformadores (DIAS; PACHECO, 2020), a humanização dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde é de suma importância, pois visa assegurar que esse momento seja vivenciado da maneira mais saudável, respeitosa e empática possível. Diante disso, Melo e Castro (2019) enfatizam que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção de uma assistência humanizada e centrada na mulher.

Bittencourt, Vieira e Almeida (2013) explicam que uma assistência humanizada não apenas previne a violência obstétrica, mas também promove a dignidade e o empoderamento das parturientes, fortalecendo o vínculo entre as mulheres e suas equipes de saúde. Portanto, a humanização na assistência ao parto não é apenas uma aspiração ética, mas também uma necessidade de saúde pública, um imperativo de saúde que deve ser priorizado em todos os níveis do sistema de saúde brasileiro.

Quando as gestantes recebem cuidados respeitosos e individualizados a probabilidade de complicações decorrentes do estresse e do trauma é reduzida, contribuindo para um melhor desfecho do parto e para a saúde a longo prazo da mãe e do bebê. Logo, a pesquisa justifica-se

por se considerar essencial explorar de que maneira o enfermeiro pode ser um agente de transformação na prevenção e combate à violência obstétrica, assegurando um ambiente seguro e acolhedor para as gestantes e recém-nascidos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Promover discussões sobre o papel do enfermeiro frente aos casos de violência obstétrica ocorridos desde o início da gestação até o pós-parto.

1.3.2 Específicos

- Analisar os dados de violência obstétrica no Brasil por meio de números oficiais disponibilizados pelo SUS;
- Debater as possíveis manifestações de violência obstétrica;
- Apresentar as políticas de saúde voltadas para o combate da violência obstétrica;
- Discutir de que maneiras o atendimento humanizado pode garantir os direitos básicos das mulheres.

1.4 Procedimentos Metodológicos

O presente trabalho se trata de uma pesquisa bibliográfica de cunho descritivo, com base em autores como Palma e Donelli (2017), Oliveira e Albuquerque (2018) e Batista, Pires e Rodrigues (2024) com o objetivo de gerar conhecimentos para obtenção de aprendizado e demonstração de dados relacionadas ao tema (GIL, 2012). Já os dados qualitativos são recordados principalmente de Arruda (2015) e Brasil (2012).

A pesquisa foi iniciada por meio da utilização de bases de dados acadêmicas amplamente reconhecidas, como *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), além da consulta a bibliotecas digitais de universidades e instituições de saúde. Foram empregadas palavras-chave como ‘violência obstétrica’, ‘papel do enfermeiro’, ‘tipos de violência obstétrica’ e ‘políticas públicas e violência obstétrica’. A fundamentação consistiu na análise diversas fontes, incluindo artigos de revistas científicas, teses, dissertações, relatórios de organizações de saúde e documentos governamentais. Durante

essa etapa, foram identificadas as principais teorias, conceitos e tendências relacionadas ao tema.

Foram estabelecidos critérios de seleção, incluindo um recorte das pesquisas científicas publicadas nos últimos 15 anos – exceto pelo uso de uma referência legislativa de 2005 –, com preferência por estudos revisados por pares e foco em fontes diretamente relacionadas à violência obstétrica, ao papel do enfermeiro e a políticas públicas de saúde. As fontes selecionadas foram analisadas por meio da extração de informações consideradas relevantes, como conceitos-chave sobre os tipos de violência obstétrica, dados estatísticos, políticas públicas e o papel do enfermeiro no contexto da assistência à gestante, que foram organizados em categorias específicas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem o objetivo promover discussões sobre o papel do enfermeiro frente aos casos de violência obstétrica ocorridos desde o início da gestação até o pós-parto. Para isso, este capítulo abordará assuntos relacionados à violência obstétrica. Intenta-se expor um panorama do tema através da conceitualização dos tipos de violência obstétrica, demonstrar a partir de dados oficiais a realidade de como anda a violência obstétrica no Brasil e discorrer brevemente sobre as políticas de saúde pública que visam combater o problema. Como também, busca-se discutir sobre a irrefutável necessidade da humanização do cuidado aos pacientes na obstetrícia e como o enfermeiro pode – e deve – auxiliar nesse processo de fortalecimento dos direitos humanos dos envolvidos. As discussões serão divididas em subtítulos no intuito de apresentar as temáticas com melhor clareza para as discussões e análise dos dados coletados na literatura.

2.1 Tipos de violência obstétrica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência obstétrica como quaisquer atitudes desrespeitosas ou desumanizadas, bem como negligências e maus tratos contra parturientes e recém-nascidos (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Em 2012, a Rede Parto do Princípio elaborou um dossiê nominado *Violência obstétrica: "parirás com dor"* conceituando-a como todas as ações realizadas contra a mulher “no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (BRASIL, 2012, p. 60).

A violência obstétrica se manifesta dentro do ambiente hospitalar e é predominantemente praticada por profissionais de saúde que exploram a fragilidade das pacientes, devido à condição de gravidez, para estabelecer uma relação de poder externalizada

pela violência. Antes o parto era quase um ritual entre mulheres, mas hoje houve um grande deslizamento desse cenário para o ambiente hospitalar – tanto para garantir o acesso aos meios necessários para intervenções urgentes quanto para a otimização do tempo de parto – bem como o da parteira para o profissional médico como o responsável por conduzir o trabalho de parto (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Nessa perspectiva, Oliveira e Albuquerque (2018) consideram que o parto hospitalizado atende à lógica do capital e por isso qualquer distúrbio pode causar malefícios à máquina produtora. Dessa maneira, quando as parturientes não atendem às expectativas ou os prazos estipulados durante o parto, algumas intervenções não necessárias são incutidas a elas para que funcionem corretamente como mais uma engrenagem na máquina fabril do capital, desumanizando sua pessoa e o seu processo de parto em favor do lucro esperado para o dia da instituição hospitalar ou do profissional da saúde.

No entanto, é importante ressaltar que a violência obstétrica ocorre não apenas no momento do parto – diferentemente do que pode ser o esperado pelo senso comum –, ela pode ocorrer desde o momento de descoberta da gravidez ao pós-parto. Diante disso, nos subtítulos a seguir são apresentados alguns tipos mais comuns de violência obstétrica, as estatísticas que denunciam a urgência do problema, as políticas públicas brasileiras que visam mitigar o problema e devolver a dignidade humana das mulheres e de seus filhos e como o enfermeiro pode atuar frente a esses problemas (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Conforme apontam Oliveira e Albuquerque (2018), as violências contra a mulher em ambiente hospitalar são favorecidas por apoio institucional, que padroniza ações invasivas e não pune ações desrespeitosas de indivíduos da saúde. As autoras afirmam que isso ocorre apenas porque a estrutura social já está corrompida de maneira a normalizar e inferiorizar tais recorrências. Dessas e de outras maneiras, a anuência social acaba por fomentar a realização dessas práticas e contribuir para o fomento da violência estrutural por meio de tratamentos desumanos às pacientes, colocando-as no lugar de vítima ao incuti-las medo, humilhação, impotência, tristeza, dentre outros sentimentos negativos.

Ainda que a gestante/parturiente seja o centro de todo o tratamento, ainda se encontra em uma posição vulnerável que muitas vezes é aproveitada de maneira negativa por profissionais da saúde. É a parturiente quem pode dizer o que sente física e psicologicamente, mas parece que esse fato é esquecido frequentemente, pois historicamente suas dores e aflições são menosprezadas como fruto de uma instabilidade psicológica que supostamente acomete as mulheres que externalizam qualquer desconforto. Ainda hoje, tratadas como emocionalmente frágeis devido aos hormônios da gestação, seus desconfortos e particularidades são descartados

como frutos de sentimentos de ansiedade motivados por medos ‘infundados’ (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

De acordo com dados obtidos através da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência obstétrica no Brasil é amplamente praticada, sendo os principais tipos praticados a agressão física e verbal, a falta de consentimento da parturiente para realização de procedimentos específicos e a proibição do direito a um acompanhante durante todo o parto. Tais práticas, que ocorrem devido ao atual sistema hierárquico entre médico e paciente, têm o potencial de causar danos físicos e psicológicos significativos tanto nas mulheres quanto em seus filhos. Portanto, este subtítulo é debruçado ao estudo de alguns tipos de violência obstétrica a fim de auxiliar no reconhecimento desse problema que urge atenção (OMS, 2015).

2.1.1 Violência obstétrica física

A violência obstétrica de caráter físico pode ser entendida como ações realizadas no corpo da mulher, interferindo e causando dores ou danos físicos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018), que podem ser desnecessários, dolorosos e/ou humilhantes. Alguns procedimentos não recomendados são frequentemente adotados durante o trabalho de parto – como o uso de catéter venoso ou a aplicação de ocitocina – e/ou durante o parto – a posição de litotomia, principalmente com o intuito de acelerar o procedimento, sem levar em consideração as especificidades de cada ser humano que ali se encontra em um momento tão vulnerável (BRASIL, 2012).

O dossiê *Violência Obstétrica: “parirás com dor”* (BRASIL, 2012) aponta a lavagem intestinal como uma forma de violência obstétrica ocorrida durante o trabalho de parto. A prática ocorre na ‘preparação’ da parturiente para a expulsão do bebê a fim de impedi-la de defecar devido à dor e à força que realiza no momento. Apesar da alegação de que colaboraria para evitar infecções ao recém-nascido, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia orienta a não realização da prática, pois ela não se demonstra eficaz na redução de infecções, apenas causando desconforto na parturiente (BRASIL, 2012).

Outro exemplo desse tipo de violência é a indução ao parto por meio de cesárea mesmo sem risco aparente para que ocorra o parto vaginal, bem como quando não é concedido à parturiente informações necessárias a respeito de seus riscos, conforme aponta Silva (2019). “Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações” (OMS, 2015, p. 1). Toda

cirurgia possui riscos, por isso, a Organização Mundial de Saúde recomenda que o parto cesáreo deve ser realizado somente diante de sua necessidade, tendo em vista ser uma intervenção cirúrgica invasiva, que acarreta riscos tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2021).

Entretanto, o Brasil se configura atualmente como um dos maiores realizadores de partos via cesárea do mundo. Rodrigues et al. (2024) acreditam que esse alto índice está relacionado muito frequentemente à indicação do médico obstetra e não à preferência particular das parturientes. Em outro estudo, Schutz e Porciuncula (2020) obtiveram resultados que indicavam a coerção de profissionais da saúde durante o pré-natal para que as gestantes optassem pelo parto cesariano, ainda em situações que não careciam desta modalidade. Sobre o motivo disso, Rodrigues et al. (2024) aponta ter relação a maior rapidez do procedimento e, portanto, conveniência para o médico.

Além disso, durante o parto, a recorrência da imposição da posição de litotomia ainda é pungente no cenário brasileiro. Trata-se de uma posição em que a paciente permanece deitada de costas na horizontal com as pernas abertas e flexionadas em suportes, também conhecida como ‘posição ginecológica’, enquanto o médico se posiciona entre elas. Mesmo que haja atualmente muitos estudos que comprovam haver mais malefícios do que benefícios nessa posição para o parto, muitos profissionais da saúde insistem em perpetuar – conscientemente – o uso dessa prática ultrapassada e prejudicial às pacientes (LEAL et al., 2014).

Outro exemplo de intervenção se trata da manobra de Kristeller, criada no ano de 1867 pelo médico alemão Samuel Kristeller. A manobra é caracterizada pela aplicação de pressão na região superior do útero para acelerar o parto, conforme explicam Lima e Lopes (2019), como pode ser visualizada na Figura 1. No entanto, a utilização da técnica de Kristeller para o encurtamento do parto não tem fundamentação científica (LEAL et al., 2014; WHO, 2018) e, portanto, foi proibida sua aplicação durante o segundo período do trabalho de parto, conforme institui a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016).

Figura 1: Manobra de Kristeller



Fonte: Mães de Peito (2016)

Pelo contrário, diversos estudos alertam para diversas complicações acarretadas pela utilização do método e há o reconhecimento claro por instituições internacionais de que essa técnica é ineficaz e potencialmente prejudicial à saúde das parturientes, além de causar dor e provocar traumas (FEBRASGO, 2018). Contudo, o método ainda é frequentemente realizado como meio de assistência ao parto. Ademais, ainda que a manobra seja proibida pelo Ministério da Saúde e contraindicada pela FEBRASGO, um estudo de 2020 constatou – por meio de uma pesquisa com 70 puérperas de parto normal sobre a assistência ao seu parto – que 24% dessas mulheres foram submetidas à manobra de Kristeller (GOSCH; PEREIRA; MUNDOCO, 2020).

Também foi notada a reincidência de casos de curetagem realizada sem anestesia em mulheres que desconfiavam ou tinham certeza de que foi um aborto provocado. Sabendo que em muitas instituições de saúde ocorre esta prática abusiva sobre o corpo feminino em um momento tão delicado, muitas mulheres evitam ir até os hospitais, preferindo ficar em casa e, conseqüentemente, acabam sofrendo muitas dores sozinhas, sem qualquer tipo de assistência especializada e cedendo ir ao hospital apenas se a situação for muito grave (BRASIL, 2012).

Apesar das medidas e incentivos públicos para enfrentamento do problema muitas mulheres que foram vítimas de violência obstétrica não reconhecem o fato, por confiança nos profissionais a quem estão recebendo assistência acreditam que sejam procedimentos necessários ao seu caso (GOSCH; PEREIRA; MUNDOCO, 2020). Em uma pesquisa com 369 mulheres puérperas, Rodrigues et al. (2024) constataram que há pouco conhecimento das mulheres acerca das boas práticas no parto e que mais da metade das entrevistadas não receberam muitas informações sobre tipos de parto do profissional que realizou seu pré-natal, mesmo que uma boa parte das pesquisadas tenha alegado estar em sua segunda ou terceira gestação.

2.1.2 Violência obstétrica sexual

A violência obstétrica de caráter sexual é denotada como “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” (BRASIL, 2012, p. 60). Esse tipo de prática pode acarretar sérios efeitos tanto psicológicos quanto físicos, devido à degradação moral e humilhação que pode deixar graves traumas psíquicos ou até mesmo ao ponto de impossibilitar a mulher de sentir prazer ao ter relações sexuais (BRASIL, 2012).

Uma prática considerada degradante, mas frequentemente realizada no corpo da parturiente durante o trabalho de parto é a tricotomia íntima – isto é, a raspagem de pelos da área íntima feminina. A justificativa para sua realização era pautada na crença de que a raspagem diminuiria o risco de infecções e na concepção de que ofereceria uma visão mais ‘limpa’ para o corte e sutura da episiotomia. No entanto, o mencionado dossiê afirma que a OMS rebate tais afirmações como infundadas cientificamente, mas ainda que seja considerada não efetiva e não recomendada pelo órgão, esta continua recorrente na maior parte dos partos no Brasil (BRASIL, 2012).

A episiotomia, citada no parágrafo acima, também se configura como mais um exemplo de violência obstétrica. A episiotomia, ou episio, é uma incisão realizada no períneo com tesoura ou bisturi – que deveria ser realizada com anestesia local, mas muitas vezes isso não ocorre – no momento em que a cabeça do bebê desponta para fora (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014). Trata-se de uma cirurgia de rotina que é frequentemente realizada sem o consentimento e/ou informações adequadas à paciente – e com raros registros oficiais do procedimento (BRASIL, 2012). No entanto, ainda que seja considerado inconcebível para qualquer outro tipo de cirurgia sua realização não consentida, o direito de escolha parece não se estender às mulheres na hora do parto, tendo seus corpos objetificados e vozes silenciadas. Esse procedimento pode ser melhor entendido na ilustração apresentada a seguir (Figura 2).

Figura 2: Episiotomia com tesoura



Fonte: Brasil (2012)

O procedimento é frequentemente justificado por profissionais da saúde por meio de alegações sem qualquer comprovação científica: de que se não realizar a episiotomia a parturiente teria grandes chances de uma grave laceração e de que o corte é a melhor abordagem

para prevenir incontinência urinária e fecal. Entretanto, estudos como Brasil (2012), Leal et al. (2014) e Rodrigues et al. (2024) – entre outros – apontam o contrário.

Pesquisas realizadas sobre os efeitos do procedimento a curto prazo indicam que, na verdade, a episiotomia pode agravar ou até mesmo provocar esses problemas. Além disso, a episiotomia frequentemente resulta em aumento de infecções na região perineal, sangramentos após o parto, desconforto durante o processo de cicatrização, elevação da ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau, dor durante o ato sexual e influência negativa na aparência do corpo da mulher (BRASIL, 2012).

Logo, é crucial que a parturiente esteja ciente acerca das possíveis consequências desse procedimento e dê claro consentimento para a realização em seu corpo. Portanto, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde aconselham restringir a utilização da episiotomia por categorizarem a sua aplicação de rotina como uma conduta prejudicial, que deve ser desestimulada e reservada apenas para casos necessários, com uma média de 10% a 15% de casos por ano (GUIMARÃES et al., 2018). Além disso, conforme destacado nas entrevistas disponibilizadas pelo *Dossiê: parirás com dor* (BRASIL, 2012), as cicatrizes provenientes dessa cirurgia frequentemente causam danos psicológicos em grande parte das mulheres, tanto por questões estéticas quanto pela violência a qual foram submetidas.

Além disso, agravando o problema, muitas vezes aliado à episiotomia há a realização do “ponto do marido”. Trata-se de uma sutura realizada na vagina apertando-a mais do que seria o necessário para que fique mais apertada a fim de que a penetração seja mais prazerosa para o marido durante a relação sexual. Segundo relatos de mulheres que sofreram essa violência, o ponto causa dores durante a relação sexual, muitas vezes as impedindo de que tenham uma vida sexual ativa e prazerosa após o parto, condenando-as a um celibato forçado e minando sua autoestima, algumas vezes chegando a ser necessário uma intervenção cirúrgica para remover o ponto (BRASIL, 2012).

Como também, a frequência abusiva de exames de toque – para verificar a dilatação do colo do útero – de maneira agressiva, sem o consentimento expresso da parturiente é uma prática realizada corriqueiramente no Brasil. Em hospitais universitários é comum haver grupos de pessoas para realizar o toque repetidamente na mulher para fins didáticos. O problema é quando isso ocorre sem consentimento e sem quaisquer explicações do porquê aquilo estar acontecendo, reduzindo a paciente a apenas mais um objeto a ser estudado e não um ser humano com necessidades e direitos. Isso também ocorre após o parto durante a apojadura, ou seja, a preparação da mama para produção de leite que alimentará o recém-nascido com o colostro (BRASIL, 2012).

Há também outras formas de violência sexual que vão muito além das práticas realizadas com supostos propósitos médicos. Trata-se dos casos de abuso sexual realizado por profissionais da equipe médica, principalmente no que diz respeito à facilitação do acesso de homens aos corpos femininos possibilitada pela profissão da ginecologia e obstetrícia, bem como da enfermagem obstetrícia (LARA, 2019). De acordo com a reportagem para o jornal *The Intercept Brasil*, intitulada *Licença para estuprar*, Lara (2019) denuncia os recorrentes e silenciosos casos de estupro em serviços de saúde através de investigações documentais e entrevistas com hospitais, suspeitos e vítimas dessa violência.

Segundo a reportagem, estupros em centros de saúde são silenciosos por uma série de fatores, alguns são: geralmente ocorrem em locais fechados e sem testemunhas; frequentemente administra-se nas vítimas sedativos não identificados no prontuário e que são rapidamente absorvidos pelo corpo, o que impossibilita o rastreamento de provas do abuso; quando as denúncias realizadas são frequentemente levadas à indivíduos de baixa hierarquia do abusador obtém-se uma negativa de ajuda para isentar-se de envolvimento no caso; e quando as denúncias são levadas aos pares e/ou superiores do abusador frequentemente impera o senso de ‘camaradagem’ e ações para encobrimento da violência. Logo, tudo isso contribui para a impunidade do violador e o sentimento de humilhação e impotência da vítima (LARA, 2019).

Dessa forma, é válido inferir que em casos de violência sexual contra a mulher durante seu período gestacional e de puerpério, esta frequentemente se encontrará desamparada por aqueles que fizeram um juramento de assistência e valorização à vida, bem como pelas instituições legais que deveriam prezar pela justiça e dignidade humana. Vê-se que são múltiplos e frequentes os casos de objetificação, invalidação, desrespeito e humilhação dos corpos femininos e das mulheres que os habitam. Há de se ressaltar que as violências incutidas em um momento que deveria ser apenas de alegria podem deixar sequelas gravíssimas física, mental e espiritualmente por toda a vida da paciente (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

2.1.3 Violência obstétrica psicológica

Não apenas as práticas realizadas no corpo durante o parto são caracterizadas como violência obstétrica, pois ações verbais ou comportamentais negativas nesse contexto podem afetar profundamente a autoestima e o bem-estar da parturiente. Esse tipo de violência, chamada de violência psicológica, é conceituada como “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade,

dignidade e prestígio” (BRASIL, 2012, p. 60). Ela pode também ser materializada através de discriminação, seja por raça, cor, classe, dentre outros fatores. Oliveira e Albuquerque (2018) ressaltam ainda que quanto maior for a vulnerabilidade social da mulher, maiores são as chances de que esse tipo de violência ocorra.

Segundo Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (2013), em uma pesquisa realizada com profissionais da saúde por meio de entrevista, constatou a partir das declarações da categoria que é comumente realizado abordagens mais ríspidas sobre as mulheres que não obedecem aos comandos da maneira esperada delas e sobre aquelas que manifestam desconforto por dor ou qualquer outro motivo. De acordo com os dados obtidos pelas pesquisadoras, trata-se de uma abordagem para garantir a autoridade e coagir a colaboração das parturientes através de ameaças e aumento do tom de voz, principalmente. Portanto, é possível inferir que essa prática de violência psicológica já está institucionalizada por médicos e enfermeiros da área da obstetrícia, como se fosse um método de rotina durante o trabalho de parto.

Esse tipo de concepção propicia a normalização de condutas desrespeitosas no ambiente hospitalar e de banalização da violência, tanto por parte dos profissionais da saúde quanto das pacientes. Além disso, muitos profissionais da saúde se esquecem que há um ser humano que precisa de assistência e reduzem a mulher às suas genitálias. Dessa forma, muitas intervenções são realizadas sem o consentimento da mulher e/ou sem quaisquer explicações sobre a necessidade do procedimento. Não se apresentam, não interagem, não conversam, são estritamente impessoais, parecem ter esquecido o juramento prestado em sua educação médica de que tratarão com vidas e que essas vidas merecem dignidade e respeito (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Precisam ser combatidas também condutas que objetivem o controle da gestante, parturiente ou puérpera sob ameaça, humilhação, insulto, manipulação e culpabilização. Como também, conforme discorrido no tópico anterior, em casos de aborto há uma aguda falta de acolhimento das mulheres e, inclusive, hostilidade para com elas. Ademais, quando a perda do filho ocorre durante o parto, a culpabilização da mulher por ‘não colaborar’ configura-se como uma dupla violência e agravante do trauma (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021). De acordo com Brasil (2012), foi constatado que ameaças e culpabilizações são incutidas às mulheres que não agem como o esperado pela equipe médica durante o parto. Dessa forma, segundo o dossiê, o tratamento hostil vai dos corpos à mente, deixando sequelas psicológicas nas pacientes.

Conforme foi denunciado em Brasil (2012), é importante ressaltar também a questão da privacidade da mulher em consultas ou partos realizados em hospitais universitários, pois ainda que seja de interesse público o ensino médico, este não deve se sobrepor ao direito

fundamental das gestantes e parturientes, que constituem-se como cidadãs de direito e não meros materiais de pesquisa em um laboratório. Portanto, é preciso que a mulher esteja ciente de que a presença de estudantes em seu momento íntimo e a intervenção deles em seus corpos é completamente condicional à sua vontade e dignidade. Isto posto, é preciso que seja fortemente combatida a objetificação dos corpos femininos mesmo que a própria não esteja ciente de sua posição vulnerável e os enfermeiros podem e devem ser aliados nessa tarefa.

Outro ponto de debate é o de que, embora seja recomendada e incentivada a amamentação nos primeiros momentos de vida do bebê, muitas vezes isso não ocorre, levando horas para que seja possibilitado o primeiro contato da mãe com seu filho após o nascimento, mesmo em casos que não exigem necessidade clínica para tal separação (BRASIL, 2012). O pós-parto deveria ser o momento da concretização do aspecto físico no laço entre mãe e filho e das expectativas emocionais criadas ao longo da gestação, no entanto, ainda há muitos relatos de que a prática da separação nos primeiros momentos continua ocorrendo, mesmo com a recomendação contrária a isso pela OMS (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021).

Outro exemplo dessa violência é a proibição do acompanhante durante o trabalho de parto, mesmo que este se configure como um aspecto crucial da assistência obstétrica e proporcione inegáveis benefícios. Em primeiro lugar, a diminuição do tempo de trabalho de parto é um dos principais benefícios observados e isso pode ser atribuído, em parte, à sensação de segurança e conforto que a presença de um acompanhante proporciona à gestante. O suporte emocional e físico fornecidos pelos acompanhantes ajudam a reduzir a ansiedade e o estresse, assim, ela se sente mais no controle do processo e é capaz de tomar decisões informadas sobre seu plano de parto (BRASIL, 2012).

Esse sentimento de confiança também contribui para um melhor controle da situação, pois a presença do acompanhante pode ajudar a facilitar a compreensão mútua entre a gestante e a equipe médica, resultando em um atendimento mais personalizado e centrado na paciente. Isso garante que as necessidades e desejos da parturiente sejam entendidos e atendidos adequadamente, podendo ser particularmente importante para aquelas gestantes que desejam um parto natural sem ocorrência de intervenções médicas (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021).

Outro benefício importante é a redução da necessidade de medicação ou analgesia. O apoio emocional e a presença constante do acompanhante podem aliviar a dor e o desconforto, tornando desnecessário o uso excessivo de analgésicos, pois saber que alguém está ao seu lado para apoiá-la durante esse momento desafiador é fundamental para sua autoestima e bem-estar emocional. Além disso, os benefícios da presença de um acompanhante se estendem à redução

das taxas de dor, pânico e exaustão durante o trabalho de parto, devido ao fato de que o apoio emocional e físico fornecido pelo acompanhante ajuda a aliviar a angústia e a sensação de desamparo que algumas gestantes podem experimentar. Tudo isso contribui para uma experiência de parto mais positiva, com menos dor e menor risco de exaustão física e emocional (BRASIL, 2012).

As sequelas psicológicas deixadas por uma experiência violenta de parto podem afetar também a saúde física da mulher, pois o ambiente o qual a traumatizou está diretamente ligado ao lugar onde deveria ir para tratar o problema. Portanto, diante do exposto até aqui, constata-se que é crucial promover relacionamentos respeitosos e saudáveis, reconhecendo a importância de combater tais práticas violentas para garantir a igualdade de gênero, o respeito pelos direitos das parturientes e combater o desenvolvimento de traumas e depressão pós-parto (PALMA; DONELLI, 2017).

2.2 Violência obstétrica em números

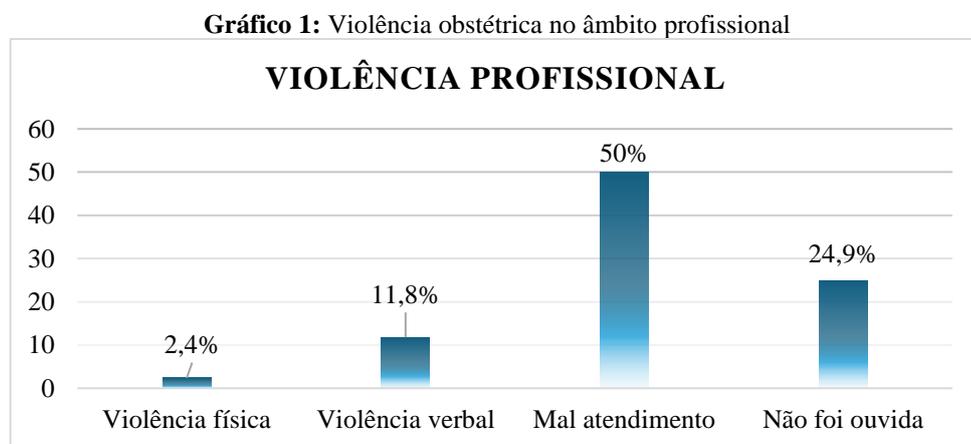
Para maior clareza e comprovação dos argumentos trazidos neste trabalho, este subtítulo utiliza de dados numéricos obtidos por pesquisadores que se debruçaram ao estudo do fenômeno da violência obstétrica no Brasil. Para isso, são tecidos diálogos entre pesquisadores como Arruda (2015) – a partir de um levantamento disponibilizado no Dossiê *Parirás com dor* (Brasil, 2012) – e Palma e Donelli (2017) – com base em um levantamento próprio – acerca das percepções das puérperas sobre sua experiência de parto e de Simões et al. (2022) para tratar do expoente aumento do número de cesárias em território brasileiro. Foram também elaborados gráficos com base nos trabalhos dos autores para melhor visualização e mensuração do problema.

No estudo dirigido pela Rede Parto do Princípio em 2012 sobre a Rede Cegonha, criada com o fim de garantir um atendimento seguro e de qualidade para todas as mulheres, foram entrevistadas 103.905 mil mulheres acerca do tratamento que receberam desde o primeiro atendimento da gravidez até o momento do parto (BRASIL, 2012). A partir da análise desses dados disponibilizados pela rede, Arruda (2015) conjectura que cerca de 30% das mulheres atendidas em hospitais particulares revelaram ter sofrido violência obstétrica e 45% das mulheres atendidas pela rede pública foram vítimas de violência obstétrica, ainda que algumas não reconhecessem as ações às quais foram submetidas como violentas e desumanizadoras.

Segundo Arruda (2015), 38,5% das mulheres relataram não receber nenhum tipo de informação a respeito do lugar onde dariam à luz; 59,3% destas mulheres sequer visitaram o

lugar do parto antes do nascimento do bebê; 14,1% não realizaram o parto no local ao qual foram indicadas; e 17,7% das mulheres realizaram o parto no primeiro local que encontraram. Os dados revelam o flagrante desrespeito para com as recomendações do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantem à mulher, desde o pré-natal, a liberdade de escolha do local do parto (BRASIL, 2012). Se trata de um princípio fundamental da assistência ao parto centrada na paciente, que coloca a mulher grávida no centro das decisões relacionadas ao parto, permitindo que tome decisões conscientes sobre onde deseja dar à luz com base em suas necessidades, preferências e circunstâncias de saúde.

A seguir, o Gráfico 1 demonstra o quantitativo dos tipos mais frequentes de violência obstétrica sofridos pelas entrevistadas em Brasil (2012). Sobre esse levantamento, a análise de Arruda (2015) revela que 2,4% das mulheres relataram ter sofrido violência física, 11,8% sofreram violência verbal, 50% foram mal atendidas e 24,9% não se sentiram ouvidas. Tais números representam estatisticamente o descaso institucional para com as mulheres e seus bebês em nossa sociedade, pois como um problema tão urgente poderia ocorrer tão expressivamente dentro dessas instituições sem sérias intervenções?



Fonte: Adaptado de Arruda (2015)

Com base nessas respostas, Arruda (2015) explica que na realidade os partos ocorrem de maneira muito diferente do que é o recomendado pelas políticas públicas. No campo da obstetrícia e da saúde materna, a abordagem tradicional tem frequentemente colocado o foco nas intervenções médicas e nos procedimentos hospitalares, muitas vezes deixando a parturiente em uma posição passiva e silenciada durante o processo de parto. Dessa forma, conforme exposto no Gráfico 2, 20,1% das mulheres que responderam à entrevista deram nota menor que sete para o atendimento recebido e, como agravante, 30,4% receberam o primeiro atendimento com demora de até quatro horas.

Gráfico 2: Violência obstétrica institucional

Fonte: Adaptado de Arruda (2015)

Além disso, faz-se relevante salientar a transgressão do direito ao acompanhante garantido pela Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, pois de acordo com a análise, 65,4% não tiveram respeitado o direito a um acompanhante no momento do parto. Destas, em 54,3% dos casos os serviços de saúde não permitiram a entrada e em 17,2% as parturientes não sabiam desse direito e nem foram informadas (ARRUDA, 2015). Diante disso, é notória a necessidade de haver uma mudança de paradigma na qual a mulher grávida deve ser reconhecida como a protagonista de sua experiência de parto. Isso é crucial para a promoção de uma assistência ao parto mais humanizada e respeitosa, reconhecendo que embora o acompanhamento médico seja importante, as decisões devem ser compartilhadas, respeitando as escolhas e desejos da parturiente.

A partir de uma pesquisa realizada por Palma e Donelli (2017), por meio de um questionário disponibilizado *on-line* denominado *Questionário de Avaliação de Violência no Parto*, com participação de 1.626 mulheres brasileiras, é possível verificar que mesmo alguns anos depois do levantamento descrito no supracitado dossiê o cenário da maternidade no país não sofreu grandes mudanças. De acordo com as autoras, em relação à percepção da experiência, mais de 52% relataram sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade e insegurança e mais de 42% se sentiram pouco encorajadas a fazer perguntas porque os profissionais que lhes assistiam não respondiam ou respondiam mal. A seguir, na Figura 3, há um quantitativo das respostas obtidas que foram dispostas em forma de tabela pelas pesquisadoras.

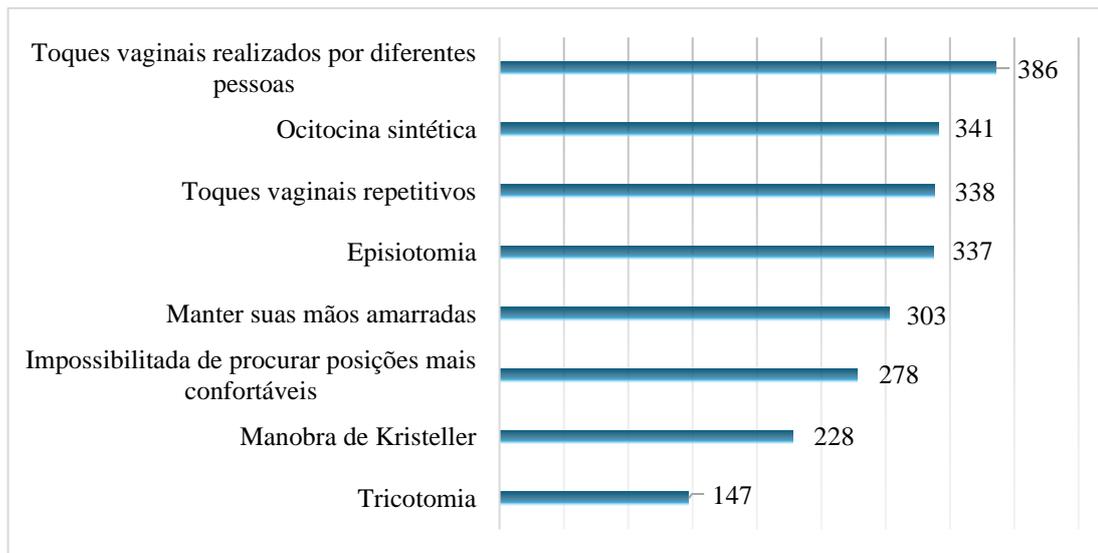
Figura 3: Experiências e sentimentos vivenciados no parto

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sentiu-se inferior, vulnerável, insegura	850	52,3
Sentiu-se exposta, sem privacidade	810	49,8
Sentiu-se pouco a vontade para fazer perguntas porque não respondiam ou respondiam mal	686	42,2
Sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional	561	34,5
Fizeram comentários irônicos em tom de deboche	465	28,6
Criticaram você por seus lamentos ou choros de dor	411	25,3
Impediram a presença de acompanhante	399	24,5
Fizeram piada sobre o seu comportamento	396	24,3
Ameaçaram você	329	20,2
Mandaram você parar de gritar	243	15,0
Gritaram com você	236	14,5
Chamaram você por apelido desagradável	146	9,0

Fonte: Palma e Donelli (2017)

Como também, Palma e Donelli (2017) apontam que houve casos de corte imediato do cordão umbilical (29%), separação entre mãe e recém-nascido nos primeiros momentos do parto (29,7%) e o impedimento do aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê (26,8%) sem motivos justificáveis, práticas que causam grande sofrimento e angústia nas puérperas que já se encontram desgastadas por todo o difícil processo do parto. Tais dados demonstram uma evidente violência psicológica no sistema de saúde brasileiro no que tange a área da obstetrícia.

Além das violências psicológicas e verbais, foi registrado por Palma e Donelli (2017) a recorrência de abusos físicos e sexuais. Conforme listado anteriormente alguns exemplos dessas violências no subtítulo 2.1, é possível correlacioná-las com os números obtidos, pois os exemplos supracitados se apresentam como os mais frequentemente relatados no estudo das autoras, como: toques vaginais realizados por diferentes pessoas (23,8%) e repetidamente (20,8%), episiotomia (20,7%), restrição dos movimentos das mãos (18,6%) e de posições consideradas mais confortáveis pelas parturientes (17,1%), manobra de Kristeller (14%) e tricotomia (9%). O quantitativo pode ser visualizado a seguir no Gráfico 3:

Gráfico 3: Violência obstétrica física, sexual e psicológica

Fonte: Adaptado de Palma e Donelli (2017)

Com base nesses dados, dentre outros, as autoras ressaltam que o número de intervenções médicas nos trabalhos de parto e parto foram expressivamente altos ainda que não se tratassem de gravidezes de risco. Outros fatores relatados no levantamento são as práticas de: cortar o abdômen sem esperar que a anestesia faça efeito durante o parto realizado por cesárea (24,2%), proibir a ingestão sólidos e líquidos (16,4%) – mesmo seja recomendada a ingestão leve de alimentos e bebidas, pois uma restrição alimentar durante muitas horas pode causar desconforto e dificultar o trabalho de parto – e realizar enema na paciente (5,7%) sem expressa solicitação por parte dela, o que causa constrangimento e sentimentos de humilhação quando feito de maneira não solicitada (PALMA; DONELLI, 2017).

Ademais, conforme citado anteriormente, a violência obstétrica também está relacionada a aspectos socioeconômicos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018), ao encontro dessas afirmações, Palma e Donelli (2017) constataram que a violência obstétrica no *corpus* que estudaram apresentava pontuação maior quanto menor a idade, escolaridade e renda familiar das pesquisadas, mesmo que a maior parte das mulheres que participaram da pesquisa possuísem alto nível de escolaridade e acesso a hospitais privados.

Outra questão importante, em consonância com a tendência atual de partos cesáreos optativos, é o fato de que dentre as participantes do estudo houve um total de 51,6% casos de cesárea optativa (PALMA; DONELLI, 2017). Para ilustrar a tendência de partos cesáreos, apresenta-se no Quadro 1 um comparativo que destaca a variação na taxa de crescimento desse tipo de parto entre os anos de 2010 e 2021. Tendo em vista que a OMS determina como taxa ideal de cesáreas o percentual de 10% a 15% de todos os partos realizados no ano, através da

análise dos dados apresentados na tabela, é possível observar claramente uma tendência ascendente constante do número de cesáreas realizados no Brasil, o que vai de encontro ao recomendado pela OMS (SIMÕES et al., 2022).

Quadro 1: Número de partos no período de 2010 a 2020 por classificação.

Ano de Nascimento	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	Percentual de Partos Cesárea
2010	1362287	1496034	3547	2861868	52,27%
2011	1340324	1565564	7272	2913160	53,74%
2012	1283546	1615928	6315	2905789	55,61%
2013	1253726	1644557	5744	2904027	56,63%
2014	1277175	1697954	4130	2979259	56,98%
2015	1339673	1674058	3937	3017668	55,47%
2016	1272411	1582953	2436	2857800	55,39%
2017	1294034	1627302	2199	2923535	55,66%
2018	1295541	1647505	1886	2944932	55,94%
2019	1243104	1604189	1853	2849146	56,30%
2020	1165641	1562282	2222	2730145	57,22%
Total	14127462	17718326	41541	31887329	55,56%

Fonte: Simões et al. (2022)

Conforme se pode observar na tabela acima, todos os anos mais de um milhão de mulheres são submetidas à partos cesáreos, não existindo razão médica para uma taxa tão alta de realização dessas cirurgias (SIMÕES et al., 2022). Os números demonstram um crescente distanciamento das recomendações da OMS. Ainda que, conforme Rodrigues et al. (2024) a partir de um estudo observacional transversal, pareça haver uma tendência de que quanto mais adequado e informado for o pré-natal maior a preferência ao parto vaginal em detrimento do parto cesáreo seletivo para casos de gestações sem riscos. Entretanto, a tendência do Brasil aponta para um constante aumento dos números de cesáreas, ainda que esta ofereça maiores riscos de hemorragia, infecções e morbimortalidade materno-fetal.

2.3 Políticas de saúde pública para o enfrentamento do problema

Tendo em vista os dados alarmantes apresentados no subtítulo anterior, o Brasil tem buscado combater essa realidade através de várias políticas públicas e legislações que abordam a questão da violência obstétrica para proteger os direitos das mulheres durante o parto. Algumas importantes políticas de combate e prevenção à violência obstétrica são o Programa

de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) – política com foco em combater a morbimortalidade materna e peri e neonatal –, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – uma política de saúde pública no Brasil voltada para a promoção da saúde da mulher em todas as fases de sua vida – e a Rede Cegonha – uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil que tem como objetivo aprimorar a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2017).

A PNAISM é um programa elaborado em 1984 pelo Ministério da Saúde para ênfase na prevenção, promoção e assistência integral à saúde, incluindo a saúde reprodutiva e a atenção ao parto e pós-parto e tem como principal objetivo garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, respeitando seus direitos e suas necessidades específicas. A política exige o acompanhamento adequado durante a gestação, incentivando um pré-natal de qualidade para garantir a saúde da gestante e do bebê. Além disso, oferece diretrizes para a prevenção e o tratamento de doenças específicas, como câncer de mama e colo de útero (BRASIL, 2017).

Ademais, a PNAISM promove a orientação sobre métodos contraceptivos e o planejamento familiar. Também valoriza a humanização do parto e pós-parto, reconhecendo o direito da mulher a um parto digno e respeitoso. Isso inclui o estímulo ao parto normal, o respeito às escolhas da mulher, a redução de intervenções desnecessárias e o apoio emocional durante o parto (SOUTO; MOREIRA, 2021). Também aborda a saúde da mulher em diferentes fases de sua vida, incluindo a adolescência, a idade adulta e a menopausa. Para isso, oferece diretrizes para a prevenção e o tratamento de doenças específicas, como câncer de mama e colo de útero. Em resumo, busca garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade em todo o país, independentemente da localização geográfica, nível socioeconômico ou condição de saúde (BRASIL, 2017).

O PHPN, instituído pela Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000, tem como objetivo maior assegurar melhorias no acesso e qualidade do acompanhamento pré-natal, do parto e do puerpério a fim de garantir os direitos fundamentais humanos às mulheres e recém-nascidos. Assim, estabelece os serviços, exames e procedimentos a serem oferecidos às gestantes no pré-natal. Para isso, atua com base nos princípios da dignidade humana através de um atendimento humanizado e seguro por parte das instituições de saúde à gestante, ao recém-nascido e a toda sua família (MENDES et al., 2020).

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde e busca garantir que as gestantes recebam um atendimento de qualidade durante a gestação, parto e pós-parto, bem como garantir que os recém-nascidos tenham cuidados adequados nos primeiros anos de vida

(MARQUES, 2015). A Rede Cegonha é baseada em princípios de humanização, respeito aos direitos das gestantes e na promoção de boas práticas de assistência à saúde. Alguns dos principais componentes e objetivos da Rede Cegonha incluem garantir que todas as gestantes tenham acesso a um pré-natal completo e de qualidade, com consultas regulares e exames para monitorar a saúde da mãe e do feto (GUERRA et al., 2016), promover um parto humanizado e respeitoso pelo incentivo ao parto normal sempre que for clinicamente indicado, além de permitir a presença de um acompanhante de escolha da gestante (ESSWEIN et al., 2021).

Outro objetivo é assegurar que todas as gestantes, independentemente de sua localização geográfica ou situação socioeconômica, tenham acesso a serviços de saúde de qualidade (ESSWEIN et al., 2021); bem como estabelecer uma rede integrada de cuidados que abrange serviços desde a atenção básica até os hospitais de referência para garantir que as gestantes e recém-nascidos recebam atendimento adequado em todas as etapas (MARQUES, 2015). Outros princípios são o de fornecer atenção específica para grupos vulneráveis, como adolescentes grávidas e gestantes de alto risco (MARQUES, 2015); oferecer cuidados adequados durante o pós-parto e os primeiros anos de vida do bebê, incluindo apoio à amamentação e acompanhamento pediátrico (ESSWEIN et al., 2021); e promover a orientação sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar para que as famílias possam decidir quando e quantos filhos desejam ter (GUERRA et al., 2016).

Uma importante legislação é a Lei do Acompanhante, oficialmente conhecida como Lei nº 11.108/2005, que assegura o direito da gestante a ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no Sistema Único de Saúde (SUS) independentemente do tipo de parto (normal ou cesárea). Essa Lei representa um avanço significativo para garantir a humanização do parto no sistema de saúde pública (BRASIL, 2005). Essa legislação é de grande importância, pois reforça a necessidade de respeitar os direitos das gestantes durante o parto e reconhece a importância do apoio emocional durante esse momento único. Ela tem impacto não apenas na saúde física da mulher, mas também em sua saúde emocional e psicológica (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010), uma vez que a presença de um acompanhante pode ajudar a reduzir casos de violência obstétrica, pois pode atuar como um defensor dos direitos da gestante e do parto humanizado (BRASIL, 2005).

Contudo, o Brasil não possui uma lei específica que defina e trate exclusivamente da violência obstétrica, apesar de haver várias iniciativas legais e regulatórias abordam direta ou indiretamente essa questão. Além disso, não há uma instituição para denúncias, o que obriga a vítima a se reportar diretamente ao hospital ou ao Conselho Federal de Medicina, os quais frequentemente tentam abafar as denúncias para que não prejudiquem a própria imagem e a de

seus pares. Dessa forma, as consequências para os agressores muitas vezes são limitadas ao pagamento de multas ou enquadramento em crimes de lesão corporal e importunação sexual (CABRAL et al., 2023).

Diferente disso, uma lei específica definiria de forma clara e precisa o que constitui a violência obstétrica, oferecendo um arcabouço jurídico para identificar e combater práticas abusivas. Isso garantiria que a violência obstétrica fosse tratada como uma violação dos direitos humanos e não apenas como um problema médico, contribuindo para a prevenção desse tipo de violência (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018). Atualmente as mulheres se encontram pouco amparadas judicialmente para enfrentar seus agressores que perpetuam práticas criminosas que minam a saúde e autoestima de mulheres por simplesmente serem mulheres (CABRAL et al., 2023)

2.4 A enfermagem no combate à violência obstétrica

Conforme exposto até aqui, a violência obstétrica é uma questão preocupante que envolve práticas abusivas, desrespeitosas e coercitivas durante o parto e o pós-parto, cabe ao enfermeiro desempenhar um papel ativo na prevenção, identificação e intervenção nesses casos. Portanto, o papel do enfermeiro diante dos casos de violência obstétrica é fundamental na promoção de assistência à saúde das gestantes que seja segura, humanizada e respeitosa (MOURA et al., 2018).

Em resumo, o papel do enfermeiro diante dos casos de violência obstétrica é múltiplo e essencial. Os enfermeiros devem ser defensores dos direitos das gestantes, educadores, identificadores e denunciadores de práticas abusivas, promotores de práticas baseadas em evidências e provedores de apoio emocional. Bittencourt, Vieira e Almeida (2013) asseguram que é por meio da atuação do enfermeiro que se pode avançar na prevenção e combate à violência obstétrica, contribuindo para que todas as mulheres recebam uma assistência ao parto que respeite sua dignidade e seus direitos.

2.4.1 A Enfermagem Obstétrica

Segundo a Fiocruz (2020), a profissão de enfermagem obstétrica tem respaldo legislativo e político desde a Lei do exercício profissional de 1986, da Constituição Federal de 1988, das resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e das portarias do Ministério da Saúde. Partindo do pressuposto de que o parto é um evento completamente normal para o corpo

feminino, são os enfermeiros obstétricos uma espécie de especialistas em casos considerados normais – aqueles que não compreendem necessidade de intervenções de rotina e/ou de risco – otimizando o trabalho do médico que poderá atuar de forma mais pontual em casos de anormalidades e riscos elevados. Diante disso, a devida capacitação desses profissionais nos cursos de graduação e especialização é essencial para o combate à violência obstétrica.

Um exemplo de oportunidade de qualificação em enfermagem obstétrica para enfermeiros é o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), uma proposta da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) em parceria com o Ministério da Saúde. O Apice On tem o objetivo de promover o aprimoramento da assistência ao parto e nascimento, da orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto e do cuidado às mulheres vítimas de violência sexual de maneira a ampliar a qualidade dos cuidados neonatais dos hospitais públicos brasileiros (FIOCRUZ, 2019).

Tendo em vista que o enfermeiro é o profissional com maior contato com as parturientes, desde o pré-natal ao puerpério, Menezes et al. (2020) apontam que o profissional deve ‘saber-fazer’ para ser capaz de intervir em situações de violência com ética e responsabilidade social. Entretanto, para isso, Batista, Pires e Rodrigues (2024) apontam que é fundamental a formação e atualização profissional sobre a prevenção da violência obstétrica e melhores práticas de cuidado. Portanto, é preciso que haja uma formação profissional adequada das instituições de ensino sobre a prevenção da violência obstétrica e práticas de cuidado respeitoso através de aulas e debates sobre estudos de casos de sucesso e adversos que evidenciem os tipos de violência e enfatizem que se trata de uma questão de saúde pública que precisa e deve ser combatida.

Dessa forma, em uma equipe multidisciplinar de assistência ao parto, esse profissional contribuirá para a manutenção do equilíbrio das intervenções realizadas sobre os corpos das mulheres e o processo fisiológico do parto – retirando a centralidade do processo de parto do médico e deslocando-a para a paciente e o seu filho – sob uma perspectiva atenta, respeitosa e humanizadora em todos os estágios da gravidez, parto e puerpério. O enfermeiro obstetra é, assim, um agente de afirmação e defesa dos direitos humanos das pacientes durante sua assistência e cuidado (BATISTA; PIRES; RODRIGUES, 2024).

2.4.2 O enfermeiro e a humanização do cuidado aos pacientes na obstetrícia

O princípio da dignidade da pessoa humana é o alicerce que sustenta a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), uma organização internacional que visa a defesa dos direitos humanos. Esse princípio surgiu a partir das contribuições do filósofo Immanuel Kant (2019), o qual postulava que todo homem existe com um fim em si mesmo e não se caracteriza como um meio para realização de vontades arbitrárias. A Constituição Brasileira ancora-se nesse fundamento, pois além do direito à vida o indivíduo tem o direito de vivê-la com dignidade, por conseguinte, é protegido constitucionalmente o direito a um atendimento de saúde de qualidade que respeite seus direitos fundamentais humanos (BRASIL, 2016).

Albuquerque (2016) explica que os Direitos Humanos dos Pacientes possuem como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana e é constituído por quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Pensando nisso, a autora parte do pressuposto de que o atual número de casos de violências em ambientes hospitalares está relacionado à falta de familiarização de profissionais da saúde com os princípios e linguagens dos direitos humanos. Nesse contexto, a violência obstétrica acarreta riscos e danos desnecessários no ambiente hospitalar e fere os princípios básicos dos indivíduos, tornando urgente um trabalho de intervenção para assegurar a segurança e saúde das mulheres e prevenir que haja mais vítimas dessa violência.

Diante disso, Oliveira e Albuquerque (2018) apontam que é preciso que as mulheres estejam plenamente conscientes sobre as possíveis intervenções a serem realizadas em seus corpos para que as decisões tomadas sobre o consentimento ou não consentimento de intervenções sobre si sejam autônomas e se façam ser ouvidas. Entretanto, para que isso ocorra, essas importantes informações sobre a gestação e o parto precisam ser compartilhadas de maneira clara e objetiva pelos profissionais da saúde durante o período gravídico – mais especificamente durante o pré-natal. Retomando a afirmativa de Menezes et al. (2020) ao indicar que os enfermeiros são aqueles com maior proximidade da paciente durante toda sua jornada da gestação ao parto, cabe a esse profissional cumprir com seus deveres no atendimento às pacientes de forma humanizada e respeitosa sob a perspectiva dos direitos humanos fundamentais dos pacientes e da pessoa humana.

Batista, Pires e Rodrigues (2024) apontam a partir da análises de outros estudos que que ambientes acolhedores e humanizados contribuem para que seja preservada a dignidade da mulher. Como também, que a implementação de uma assistência ao parto humanizada – havendo ativa participação da equipe de enfermagem – contribui para uma significativa redução na ocorrência de intervenções médicas desnecessárias e de violência obstétrica, Além de

propiciar maior satisfação das parturientes com o seu processo de parto a partir do cuidado recebido pela equipe multidisciplinar. Em uma sala de parto o enfermeiro pode contribuir para a promoção da humanização do cuidado obstétrico e prevenção da violência obstétrica através de uma assistência humanizada que incentive o uso adequado de práticas que possuem relevante evidência científica para sua utilização, o respeito à fisiologia do parto e a valorização da mulher e familiares.

2.4.3 Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica

Tendo em vista o que foi discutido até aqui, neste subtópico pretende-se discorrer sobre alguns tipos de cuidados que a equipe de enfermagem pode abordar para contribuir para a prevenção da violência obstétrica em seu dia a dia. De acordo com Carvalho et al. (2012), essa abordagem pede – além de uma postura de ética profissional – o seu envolvimento e participação em treinamentos, pesquisas, grupos de apoio e defesa de direitos das gestantes para que possa estar atento e ser capaz de reconhecer sinais de violência obstétrica como práticas médicas invasivas ou desnecessárias, falta de respeito à dignidade da mulher, linguagem ofensiva e abusiva, entre outros (BITTENCOURT; VIEIRA; ALMEIDA, 2013).

No contexto da assistência pré-natal, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção da violência obstétrica. O pré-natal contribui grandemente para a educação em saúde da gestante para com o bebê e para consigo também. Além disso, é recomendado que o enfermeiro a informe e oriente adequadamente a paciente de maneira que ela seja capaz de identificar, aceitar ou recusar quaisquer ações e/ou intervenções que lhe causem desconforto, constrangimento e dor. Ou seja, o enfermeiro deve trabalhar na conscientização da mulher sobre seus direitos durante todo o seu período gravídico, para que ela também seja um agente ativo na defesa de seus direitos e dignidade (SILVA et al., 2023).

Conforme Francisquini et al. (2010), quando a mulher é devidamente preparada e informada no pré-natal enfrentará menores adversidades e poderá sentir-se como protagonista do seu processo de parto. Através de uma linguagem democrática e acolhedora, o trabalho do enfermeiro inclui fornecer informações claras sobre o processo do parto, orientar sobre práticas saudáveis durante a gestação como a importância da nutrição adequada, do pré-natal regular, do acompanhamento do desenvolvimento fetal e do consentimento informado, ou seja, de garantir que a mulher tenha informações claras sobre os procedimentos que serão realizados durante o parto e o direito de tomar decisões informadas sobre seu próprio corpo (MATOSO, 2018).

Em um estudo a partir de entrevista semiestruturada, Francisquini et al. (2010) discutiram sobre a percepção de doze puérperas sobre as orientações recebidas durante o pré-natal e como impactaram no momento do parto. Os autores afirmam que a maior parte das abordagens das orientações dizia respeito às mudanças do organismo, ao desenvolvimento do bebê e ao tipo de parto. Entretanto, relatam que orientações voltadas para o cuidado com a amamentação e demais cuidados consigo e com o recém-nascido durante o puerpério só foram obtidas por mulheres que realizaram curso de gestante, ainda que sejam itens considerados muito importantes de serem discutidos durante o pré-natal.

Além disso, seus resultados demonstraram que a maior parte das ações educativas eram majoritariamente voltadas para o cuidado com o recém-nascido, tendo havido poucas orientações sobre o cuidado materno. Dessa maneira, os resultados da pesquisa das autoras demonstram falhas na educação em saúde durante o pré-natal que precisam ser remediadas e mais exploradas pelos profissionais enfermeiros (FRANCISQUINI et al., 2010).

Além disso, uma ferramenta muito importante para o fortalecimento de práticas humanizadas durante o parto é o Plano de Parto. Trata-se de um documento legal que visa promover a comunicação sobre as escolhas e preferências das mulheres para o parto e puerpério, nesse sentido, dispõe também sobre a abordagem com a dor e conforto e local de parto. O intuito é o de preparar a mulher, seu cônjuge, os familiares e a equipe de saúde que a assistirá durante o parto, atuando como um instrumento de comunicação entre a ela e os profissionais que lhe atenderão. Ademais, a interação entre a paciente e o enfermeiro durante o processo de construção do documento propicia a consolidação de um vínculo positivo que auxiliará para a consolidação de uma experiência agradável de parturição (SILVA et al., 2017).

Entretanto, de acordo com Silva et al. (2017) a partir da mesma pesquisa supracitada em hospitais de Belo Horizonte, nem sempre o Plano de Parto garante o cumprimento das escolhas das pacientes, ação que se caracteriza como mais um tipo de violência obstétrica. O descumprimento do documento pode ocorrer por diferentes fatores, por isso, é necessário que o enfermeiro, além de orientar a paciente durante o pré-natal para uma elaboração completa do documento, atue na linha de frente na defesa dos direitos da paciente que, no contexto de parto, encontra-se vulnerável por temer prejudicar a si ou ao bebê.

Já durante o trabalho de parto e o parto em si, Carvalho et al. (2012) explicam que o enfermeiro deve trabalhar em estreita colaboração com a equipe de saúde para garantir que a assistência seja prestada de maneira respeitosa e centrada na mulher. Nesse contexto, o profissional enfermeiro deve incentivar o uso de práticas baseadas em evidências como o parto humanizado, respeitar e fazer com que respeitem as escolhas da gestante, incentivar posições

confortáveis durante o parto e reduzir o uso de intervenções médicas desnecessárias. Ademais, Matoso (2018) aponta que cuidados não interventivos devem ser recomendados pela equipe de enfermagem para alívio da dor e acolhimento psicológico, como estimulação da respiração, massagens, posicionamento livre, banhos, bolas, respeito à privacidade, dentre outros.

Tendo isso em vista, é importante que o processo de parturição seja positivo, pois os efeitos da experiência afetam a recuperação do corpo da mãe e do recém-nascido. A título de ilustração, pode-se citar o apontamento de Matoso (2018), o qual destaca que o medo e estresse podem dificultar a liberação de ocitocina, hormônio responsável por promover a contração uterina para a expulsão do bebê e a ejeção de leite para a amamentação. Logo, o enfermeiro deve prestar uma assistência materna e infantil humanizada e respeitosa sob os princípios da dignidade humana inerente ao indivíduo enquanto ser de direitos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Outro contexto que necessita da atuação do enfermeiro para combater a violência obstétrica é o momento do pós-parto, quando o tão esperado contato entre mãe e filho deve ocorrer imediatamente após a expulsão – salvo em casos de urgência e emergência para resguardar a vida da mãe ou do recém-nascido. Matoso (2018) salienta que esse contato é um direito legal da mulher, mas que muitas vezes não é cumprido. É, portanto, dever do enfermeiro agir para evitar a separação materno-infantil nas primeiras horas depois do parto, fazendo valer o direito tanto da mãe quanto da criança.

Contudo, Matoso (2018) explica que para que isso ocorra é preciso que os profissionais enfermeiros participem de formações continuadas baseadas em abordagens humanizadas e evidências científicas a fim de proporcionar uma melhor e digna experiência de parto à paciente. Dessa maneira, ele pode desempenhar um papel de liderança na educação de profissionais de saúde e na defesa de políticas e regulamentações que promovam a prevenção e o combate à violência obstétrica. Moura et al. (2018) alertam que o enfermeiro deve estar ciente de que a violência obstétrica pode ter impactos físicos e psicológicos profundos nas gestantes, e, portanto, deve estar preparado para fornecer apoio emocional e encaminhar para apoio psicológico quando necessário.

No puerpério, tendo em vista os diferentes tipos de violência obstétrica supracitados e as especificidades de cada indivíduo, é possível que algumas mulheres desenvolvam quadros psicológicos de sofrimento e fragilidade, como é o caso da depressão pós-parto, que segundo Marques, Silva e Silva (2024) se trata de uma condição de profunda tristeza que pode ser desencadeada por um ou múltiplos fatores decorrentes do processo gravídico ou do trabalho de

parto, acarretando diversas consequências negativas que prejudicam, principalmente, o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Não tendo sido possível prevenir a violência obstétrica, é preciso que quando identificada o enfermeiro tome medidas apropriadas para que a situação seja amenizada da melhor forma possível e resguarde a vítima de outros incidentes, deve tomar medidas apropriadas, como documentar o ocorrido, relatar ao superior e apoiar a gestante na busca por ajuda legal, se necessário por meio dos serviços de Atendimento à Mulher, como o disque 180 ou 136 (MELO; CASTRO, 2019). No entanto, é possível verificar que a melhor forma de combatê-la é por meio da educação em saúde para as mulheres e por meio de conscientização e ações sob uma perspectiva humanizadora e respeitosa durante o trabalho de parto (BATISTA; PIRES; RODRIGUES, 2024).

Tendo em vista o avanço científico e informacional do século XXI, é inconcebível que profissionais da saúde não se atualizem sobre os avanços científicos de sua profissão. Dessa forma, ou houve uma lacuna que o estudante da saúde não buscou ativamente preencher durante sua qualificação ou o profissional optou conscientemente por incutir práticas danosas a outros em benefício próprio, seja para reforçar sua posição de poder dentro da instituição que atua ou para favorecer sua própria comodidade. Ademais, a expansão da medicina e o modelo hospitalocêntrico contribui para a mecanização de práticas relacionadas ao parto e isso propiciou um maior volume de mulheres que buscam hospitais para o trabalho de parto, ainda que ela tenha o direito de escolher onde quer que ele seja realizado (BATISTA; PIRES; RODRIGUES, 2024).

Nesse sentido, é oportuno refletir sobre o porquê não ter havido até hoje um efetivo combate e erradicação à violência obstétrica no Brasil no dia a dia dos hospitais. É delicado apontar uma razão para que tais práticas de violência contra mulheres dentro de hospitais continuem acontecendo mesmo com leis, campanhas, projetos de aperfeiçoamento e pronunciamentos oficiais de órgãos nacionais e internacionais de saúde contra práticas abusivas sobre os corpos femininos – mais especificamente nesse caso, sobre corpos femininos que se encontram vulneráveis devido ao seu estado gravídico. Dessa maneira, a ação de um agente combativo e assegurador dos direitos das mulheres dentro desses ambientes é fundamental para que sejam respeitados seus direitos fundamentais humanos de assistência à saúde de qualidade e de dignidade humana.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentes modos de subjugação de mulheres ocorrem dentro de instituições de saúde que têm como princípio fundamental o cuidado, a qualidade e a dignidade da pessoa humana. Tendo isso em perspectiva, diversas políticas públicas foram promulgadas ao longo dos anos, com maior ênfase a partir dos anos 2000 e ainda continuam sendo trabalhados para tentar combater essa urgente calamidade na saúde pública. Portanto, é possível verificar uma contradição entre o sistema de saúde e seu fim primário no que tange à segurança das mulheres no cenário atual.

Nesse contexto, a figura do enfermeiro ou enfermeira pode contribuir significativamente para o combate à violência obstétrica, tendo em vista que é o profissional que possui maior contato com as mulheres desde o pré-natal. Dessa forma, desde o início da gravidez pode – e deve – informar a gestante sobre todos os futuros passos a serem trilhados a seguir, mas também deve orientá-la adequadamente e verdadeiramente através da educação em saúde sobre os tipos de violência obstétricas são mais comuns atualmente e de quais maneiras ela pode se precaver de intervenções desnecessárias que podem comprometê-la física, sexual e psicologicamente.

Pensando nisso, é possível afirmar que para mitigar os casos de violência obstétrica é preciso o comprometimento dos enfermeiros com a ética profissional e com os estudos e formação continuada, pois é necessário que estejam atualizados e devidamente informados para que possam orientar as mulheres adequadamente e questionar quaisquer práticas abusivas realizadas dentro dos quartos dos hospitais. Entretanto, não apenas em matéria de prevenção os enfermeiros devem agir, mas também durante o trabalho de parto, agindo como uma voz ativa e defensora dos direitos fundamentais das pacientes as quais está assistindo e do recém-nascido.

Diante do exposto até aqui, é compreensível a importância do trabalho do profissional da enfermagem frente aos casos de violência obstétrica pois é aquele que tem a possibilidade de se aproximar mais da paciente durante o pré-natal e, tendo força em números, intervir em casos de violência durante e após o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

ALBUQUERQUE, Aline. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 2, p. 117-137, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122309>. Acesso em: 22 abr. 2024.

ARRUDA, Kelly Gonçalves Meira. **Violência Contra a Mulher no Parto**: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2015. Disponível em https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19203/1/2015_KellyGoncalvesMeiraArruda.pdf. Acesso em 24 out. 2023.

ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 103, p. 135-157, 2021. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239/pdf>. Acesso em: 22 abr. 2024.

BATISTA, Ideir Meira; PIRES, Ticiane Alves; RODRIGUES, Mariana Delfino. Atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. **Acervo Enfermagem**, v. 24, p. 1-6, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/13634/7972>. Acesso em: 28 abr. 2024.

BITTENCOURT, Fernanda.; VIEIRA, João Batista; ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33565/21063>. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 maio 2024.

BRASIL. **Lei n 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Recomendações: conselho nacional de saúde. **Recomendação Nº 011, de 07 de maio de 2021**. 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2021/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 2017. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/05maio02_2cnsmu_MS.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/redecegonha.pdf>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Senado Federal. Rede Parto do Princípio. **Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em 24 out. 2023.

CABRAL, Bruna Gomes Voutão Botelho., *et al.* Violência obstétrica e a inexistência de políticas públicas suficientes para evitar a impunidade. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/1875/1667>. Acesso em 28 abr. 2024.

CARVALHO, Vanessa Franco de., *et al.* Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/36JTfTk64qkNSnkL9gnqf3D/#>. Acesso em: 26 out. 2023.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 4-13, 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>. Acesso em: 26 out. 2023.

ESSWEIN, Georgius Cardoso., *et al.* Atenção à Saúde do bebê na Rede Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2021.v31n3/e310311/pt>. Acesso em 26 out. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Recomendações Febrasgo parte II – cuidados gerais na assistência ao parto**: assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-iicuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-emevidencias-e-no-respeito>. Acesso em: 17 abr. 2024.

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues., *et al.* Orientações recebidas durante a gestação, parto e Pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ieda-Higarashi/publication/270935985_Orientacoes_recebidas_durante_a_gestacao_parto_e_pos-parto_por_um_grupo_de_puerperas/links/55c3643308aeb975673f1a28/Orientacoes-recebidas-durante-a-gestacao-parto-e-pos-parto-por-um-grupo-de-puerperas.pdf. Acesso em: 24 maio 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Atenção à Mulher. **Principais questões sobre atuação da enfermagem obstétrica na equipe multidisciplinar**. Portal de Boas Práticas, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-atuacao-da-enfermagem-obstetrica-na-equipe-multidisciplinar/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Apice On. **O Projeto**. Portal de Boas Práticas, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GOSCH, Carina Scolari; PEREIRA, Ingra Bitarães; MUNDOCO, Leonardo Sousa. Assistência ao parto em maternidade do Tocantins: análise centrada na realização da manobra de kristeller. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 18-22, 2020. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/7525>. Acesso em: 17 abr. 2024.

GUERRA, H. S., *et al.* Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação científica CESUMAR**, v. 18, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>. Acesso em: 26 out. 2023.

GUIMARÃES, Nadja Nayara Albuquerque., *et al.* Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 4, p. 1046-1053, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231010/28667>. Acesso em: 24 out. 2023.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. de Inês Lohbauer. São Paulo: Martin Claret, 2019.

LARA, Bruna. Licença para estuprar: Mais de mil estupros em serviços de saúde: nem em centros cirúrgicos e UTIs mulheres estão a salvo. **The Intercept Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2019/04/28/estupros-servicos-saude/>. Acesso em: 22 abr. 2024.

LEAL, Maria do Carmo., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 17-32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfGd/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

LIMA, Geovana Albuquerque Félix de; LOPES, Maria Clara Aragão. **Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller durante o parto**. 2019. Orientador: Lídia Câmara Peres. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem da UFG**, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/5266>. Acesso em: 26 out. 2023.

MARQUES, Carla Roberta Rodrigues Barbosa; SILVA, Rafaelly Carla da; SILVA, Polyana Fernandes Valdevino da. Atuação do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto. **FAP Science**, v. 1, n. 1, p. 40-50, 2024. Disponível em: <https://fapscience.faculdadepalmares.com.br/index.php/fapscience/article/download/7/2>. Acesso em: 24 maio 2024.

MARQUES, Consuelo Penha Castro (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em 26 out. 2023.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. **Revista Ciência e Desenvolvimento**, v. 11, n. 1, 2018. Disponível em <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/727>. Acesso em: 26 out. 2023.

MELO, Natália Soares; CASTRO, Andrea Cristina dos Santos. Violência obstétrica: principais formas e ações do enfermeiro para sua redução e controle- uma revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 2, p. 199-217, 2019. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/21080>. Acesso em: 26 out. 2023.

MENDES, Rosemar Barbosa., *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v25n3/1413-8123-csc-25-03-0793.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2024.

MENEZES, Fabiana Ramos de., *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 maio 2024.

MOURA, Rafaela Costa de Medeiros., *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 60-65, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>. Acesso em: 30 out. 2023.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, v. 22, n. 75, p. 36-50, 2018. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2393>. Acesso em: 26 out. 2023.

OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de., *et al.* Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/38575>. Acesso em: 26 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>. Acesso em: 26 out. 2023.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende: Obstetrícia Fundamental**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

RODRIGUES, Camila., *et al.* Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto. **Feminina**, v. 51, n. 3, p. 161-166, 2024. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1428726/femina-2022-513-161-166.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SCHUTZ, Patrícia de Oliveira; PORCIUNCULA, Mariana Bello. Percepção de puérperas sobre a escolha da via de parto em um hospital da serra do Rio Grande do Sul. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2415/1264>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA, Adaiete Lucia Nogueira Vieira da., *et al.* Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 144-151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA, Cristiane Vieira da., *et al.* Contribuição do enfermeiro na educação em saúde da gestante no pré-natal como prevenção à violência obstétrica. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, v. 16, n. 10, p. 19380-19391, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2088/1621>. Acesso em: 24 maio 2024.

SILVA, Lucília Mendes de Oliveira e. Violência obstétrica na operação cesariana: a necessidade de humanização do nascimento. **Cadernos de gênero e diversidade**, v. 5, n. 4, p. 89-102, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29489>. Acesso em: 26 out. 2023.

SIMÕES, Amabille Dellalibera., *et al.* Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29678>. Acesso em: 26 out. 2023.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 17 abr. 2024.