

FACULDADE SANTA LUZIA
CURSO DE ENFERMAGEM

SUZIANE CUTRIM SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS DURANTE ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

SANTA INÊS –MA
2022

SUZIANE CUTRIM SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS DURANTE ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentado ao Curso Bacharelado em enfermagem como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a Dra. Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira.

SANTA INÊS –MA

2022

S586v

Silva, Suziane Cutrim.

Violência obstétrica e suas consequências durante assistência de enfermagem/ Suziane Cutrim Silva. – 2022.

42f.:il.

Orientador: Profª Dra. Thiessa Maramaldo de Almeida
Oliveira

Monografia (Graduação) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Santa Luzia – Santa Inês, 2022.

1. Obstetrícia. 2. Violência obstétrica. 3. Consequência da violência. 4. Gestantes. I. Título.

CDU

616.2-008.331.1

Elaborada por Elza Gardênia de Castro Freitas CRB/MA 796

SUZIANE CUTRIM SILVA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS DURANTE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Monografia apresentado ao Curso Bacharelado em enfermagem como requisito para obtenção de nota na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^ª Esp. Maria Helena da Silva Castro

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a). Esp. Maria Helena da Silva Castro
(Orientadora)

Examinador 1:

Examinador 2:

Santa Inês, 28 de outubro de 2022

Dedico esta monografia à minha família!

Minha base! Meu tudo!!”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, força da minha vida, inspiração e sabedoria. Até aqui o Senhor me ajudou, sustentou e nunca me abandonou! Obrigada por estar sempre comigo e pelo Teu imenso amor por mim.

Agradeço especialmente a minha amiga Ane Cleide Carcará pelo primeiro incentivo pra iniciar este caminhar.

Ao meu companheiro José Ribamar Silva ao meu pai Antônio a minha madrastra Marinalva a minha tia Mãe Rosália Eunice, Minha tia irmã Débora Lindos e as minhas primas Eulália, Wauquélia e Waudelia que sempre me incentivaram, me ajudaram muito e me forneceram os meios para me fortalecer com palavras de motivação, em todos os momentos bons ou difíceis vocês estiveram ao meu lado e sei que estarão sempre torcendo por mim! Amo muito vocês.

Agradeço de todo o coração ao meu “tiovo” Euzamar Medeiros (in memoriam) E às minhas vós Raimunda Cutrim e Raimunda Carcará pela presença constante, pelos ensinamentos e conselhos em que levarei por toda a minha vida.

Ao meu irmão Magson Medeiros, por tudo que fez e faz por mim, pelo apoio incondicional e incentivo. Amo muito você. Ao meu amigo e patrão Leandro Henrique pela oportunidade que me possibilitou a conquista desse sonho.

A minha Amiga e irmã Dayane Sampaio que esteve e sempre estará ao meu lado me apoiando e incentivando e nunca deixou a “peteca” cair sem Ela não teria chegado até aqui.

À minha orientadora orientadora, amiga e professora Maria Helena Castro pelo conhecimento compartilhado, pela experiência dividida, pelos importantes momentos de aprendizagem proporcionados, pela agradável companhia, pelas broncas, conselhos que me fizeram mais forte pelas insistências e principalmente por ter me incentivado a chegar até aqui.

Agradeço aos meus amigos e colegas de sala Adriene, Adriana, Adalgisa, Alane, Marcelina, kedma, Karoline, Saara, todos os demais que também passaram por tudo isto, e juntos estamos vencendo mais esta etapa. Passamos por “maus bocados”, mas aqui estamos!!

Deus abençoe muito todos vocês

Mesmo que seja um sonho, mesmo que seja uma ilusão, se existe dentro de você, é porque é para você. (Zíbia Gasparetto)

SILVA, Suziane Cutrim. Violência obstétrica e suas consequências durante assistência de enfermagem. 2022. 42F. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Enfermagem – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2022.

RESUMO

O parto é um processo fisiológico, onde a parturiente dá à luz, após o período gestacional. No período do trabalho de parto, a mulher sofre de contrações dolorosas, dor lombar persistente, dificuldade respiratória e exacerbação dos sentimentos, medos e inseguranças. O parto também passa a integrar um modelo concentrado na imagem dos profissionais da saúde, como enfermeiras e médicos, que por formação estariam habilitadas para atender o parto normal ou cesariano. Nesse momento pode ocorrer algum tipo de violência obstétrica contra essas mulheres. Objetivo geral dessa pesquisa é Identificar as consequências que leva a violência obstétrica. Metodologia Trata-se de uma revisão bibliográfica, que visa buscar estudos já existentes na literatura brasileira. Este estudo analisou 10 artigos na literatura Brasileira dos últimos 7 anos que se encontrava dentro dos critérios de inclusão dessa investigação. Nesse sentido após análise dos artigos foi notável que a violência sofrida pelas grávidas no país acarreta um sofrimento psicológico de angústias, medo de engravidar novamente, vergonha, sentimento de desespero, e as ofensas verbal sofridas pelas profissionais de saúde, com muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, entre diversas outras forma de ofensas. Os resultados mostram que é necessário que haja uma mudança na assistência, esta deve ser pautada na humanização. As instituições de saúde e os profissionais, principalmente o enfermeiro, devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, respeito para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher para que a mesma se sinta protagonista de seu parto.

Palavras-chave: Obstetrícia. Violência obstétrica. Consequência da violência gestantes.

SILVA, Suziane Cutrim. Obstetric violence and its consequences during nursing care. 2022. 42F. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação em Enfermagem – Faculdade Santa Luzia, Santa Inês, 2022.

ABSTRACT

Childbirth is a physiological process, where the parturient gives birth after the gestational period. During labor, the woman suffers from painful contractions, persistent low back pain, difficulty breathing and exacerbation of feelings, fears and insecurities. Childbirth also becomes part of a model focused on the image of health professionals, such as nurses and doctors, who, by training, would be able to handle normal or cesarean delivery. At that moment, some type of obstetric violence against these women may occur. General objective of this research is to identify the consequences that leads to obstetric violence. Methodology This is a bibliographic review, which aims to search for existing studies in the Brazilian literature. This study analyzed 10 articles in the Brazilian literature from the last 7 years that were within the inclusion criteria of this investigation. In this sense, after analyzing the articles, it was notable that the violence suffered by pregnant women in the country causes psychological suffering of anguish, fear of becoming pregnant again, shame, feeling of despair, and the verbal abuse suffered by health professionals, with often with tones of jokes, others through great irony and ignorance, such as “when it was time to do it, you didn't scream”, “you'll come back next year, so there's no use crying”, among several other forms of offense. The results show that there is a need for a change in care, which must be guided by humanization. Health institutions and professionals, especially nurses, should welcome the woman, her family and the newborn with dignity, respect so that an environment is created that provides the woman's autonomy so that she feels the protagonist of her birth. .

Keywords: Obstetrics; Obstetric violence; consequence of violence; pregnant women.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Resultados encontrados nos estudos segundo, identificação do artigo, autores, títulos, objetivos e ano de publicação.....	24
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
CO	Centro Obstétrico
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
FAIS	Fundação de Assistência Integral à Saúde
VO	Violência Obstétrica
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3. 1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL (LEIS QUE VIGORAM PARA GARANTIR A SEGURIDADE DA MULHER NO PARTO)	16
3. 2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HISTÓRICO, CONCEITOS E DEFINIÇÕES	18
3. 3 REDE CEGONHA: PARCERIA COM O HOSPITAL SOFIA FELDMAN	19
3. 4 PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: BREVES	20
4. METODOLOGIA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 PERÍODO	25
4.3 AMOSTRAGEM	25
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	25
4. 4. 1 Inclusão	25
4. 4. 2 Não inclusão	25
4. 5 COLETA DE DADOS	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico, onde a parturiente dá à luz, após o período gestacional. No período do trabalho de parto, a mulher sofre de contrações dolorosas, dor lombar persistente, dificuldade respiratória e exacerbação dos sentimentos, medos e inseguranças. O parto também passa a integrar um modelo concentrado na imagem dos profissionais da saúde, como enfermeiras e médicos, que por formação estariam habilitadas para atender o parto normal ou cesariano. Nesse momento pode ocorrer algum tipo de violência obstétrica contra essas mulheres (FRANCA; FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

Foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês. A repercussão da violência obstétrica, se tornou uma preocupação, na medida em que a qualidade da assistência afeta a experiência de parir das mulheres, a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade sobre o nascimento, podendo comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto (LANSKY, 2019).

Violência obstétrica é um agrupamento diversas formas de danos durante o cuidado obstétrico profissional. Incluídos maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários durante o parto, por exemplo: São determinados desnecessárias aquelas cirurgias que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da mãe ou do bebê e, no entanto, caberia intervenção através de procedimento. Mesmo sem a indicação correta, pois na prática da cirurgia pode levar ao crescimento do risco de complicações graves para ambos (TESSER, 2015).

No tocante considera o aumento de partos hospitalares e o crescimento do número de registro de cesáreas no Brasil, assim atualmente o cenário de práticas e intervenções cirúrgicas descritos, analisa-se a relevância de identificar a assistência à gestação e ao parto, procurando compreender todo o período, desde das primeiras consultas de pré-natais até o pós-parto (ZANARDO; URIBE *et al.*, 2017).

Questões associadas como o acesso à saúde, a participação da mulher na evolução do cuidado, e na qualidade da assistência, considerando as informações e conhecimento passados às gestantes (sobre a sua condição de saúde, as condutas, os procedimentos, os riscos e ao seu direito de escolha frente a realização do parto)

e a garantia do direito de apresentar um acompanhante nesse processo, isso releva a uma política de humanização do atendimento (ZANARDO; URIBE *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva o centro desta pesquisa é destacar as consequências da violência obstétrica, que pode acarretar a morbimortalidade materna e neonatal além de causar transtorno comportamentais entres outros ocorridos na prática assistencial cotidiana na saúde.

Segundo PEREIRA *et al* (2016) É recorrente situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciadas por grávidas durante o trabalho de parto. Apesar dessas violações terem chances de acontecer em qualquer fase da gravidez, é no parto que ocorre, momento em que essas mulheres se encontram mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos. Pois ao contrário de outros procedimentos que precisam de assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico que necessita de cuidados e acolhimento.

A ocorrência de violência obstétrica é uma realidade em diversos países. Pesquisa realizada no Brasil aponta que uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto. Não obstante, estudos realizados no México, na Venezuela e no Brasil revelam que as parturientes são submetidas a práticas invasivas não consentidas, uso de manobras obstétricas dolorosas e utilização de medicamentos que aceleram as contrações uterinas. Somam-se a essas condutas o uso de palavras vexatórias, o abandono no momento do parto, a ausência de informação e a proibição da entrada de acompanhantes (LEAL *et al.*, 2018).

Assim é de extrema importância que os profissionais de saúde mantenham uma relação horizontal com a parturiente, incentivando e permitindo a autonomia no momento do seu parto e participando da escolha terapêutica e assistencial. Este tipo de relação colabora para que a parturiente tenha um novo comportamento em relação ao parto, pois ela passa a se sentir atuante e protagonista de sua gravidez e parto, colocando-se ativas nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado. Assim não violava os direitos da mulher em receber um atendimento humanizado (FRANCA; FIGUEIREDO *et al.*, 2014).

Essa situação fere o direito da mulher de receber um cuidado respeitoso, como também é uma ameaça à vida, à saúde, à integridade física e à dignidade humana, ou seja, é uma violação dos direitos humanos. No Brasil, na maioria dos nascimentos ocorre intenso processo de medicalização do parto, com intervenções desnecessárias e iatrogênicas; separação da gestante de seus familiares; falta de

privacidade; e desrespeito a sua autonomia, que contribuem para que uma a cada quatro mulheres viva algum tipo de violência durante a assistência (MENEZES; REIS *et al*, 2019).

Esta pesquisa está estruturada da seguinte forma: primeiramente tem-se a parte introdutória desta pesquisa, configurando-se como primeiro capítulo. No segundo capítulo serão apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa. No terceiro capítulo apresenta-se a revisão de literatura, iniciando-se com a violência obstétrica no Brasil, com foco nas leis que vigoram para garantir a seguridade da mulher no parto (item 3.1). Em seguida será versado sobre a Política de Humanização: histórico, conceitos e definições (item 3.2); Rede cegonha: parceria com o Hospital Sofia Feldman (item 3.3). Mais adiante será falado sobre o programa de humanização do parto e nascimento: breves considerações (item 3.4). No quarto capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para desenvolver esta pesquisa, destacando o período e tipo de estudo, amostragem, critérios de seleção e coleta de dados. No quinto capítulo serão apresentadas as considerações finais, seguidas das referências.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as consequências que leva a violência obstétrica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o conhecimento dos profissionais na obstetrícia;
- Discorrer sobre as condutas utilizados durante o processo do parto;
- Abordar o grau de conhecimento dos profissionais sobre a obstetrícia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3. 1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL (LEIS QUE VIGORAM PARA GARANTIR A SEGURIDADE DA MULHER NO PARTO)

Este Capítulo terá o intuito principal da ênfase à esse projeto de lei de N° 7.633/2014, abordando as principais maneiras que o legislador encontrou para assegurar com precisão os direitos indispensáveis para a gestante. Comparado a outros países da América Latina como Argentina e Venezuela que possuem uma legislação específica para a abordagem, o Brasil se encontra em desvantagens (PINTO,2017). Contudo, faz-se necessário iniciar a abordagem apresentando um pequeno histórico do parto.

No final do século XVIII, o momento de pari era um ritual de mulheres, executada nas casas das famílias juntos às parteiras. Já no final do século XIX, deuse início às mudanças através das tentativas de controle do episódio biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser um momento do feminino e passa a ser analisado como um território médico. E à partir do século XX, ingressou-se o processo de hospitalização dos partos, que ao final do século chegou a quase 90% de parto realizados em hospitais (SANTIAGO; SOUSA; NASCIMENTO, 2017).

Assim com o passar do processo histórico, as mulheres foram perdendo o controle sobre o nascimento e sobre seu corpo, deixando os efeitos fisiológicos na responsabilidade dos médicos, no qual passaram a possuir todo o poder sobre o nascimento, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mulher no momento do parto, ocasionando a violência.

A violência obstétrica é manifestada quando impede a mulher, de decidir quais os procedimentos que deve ser realizados sobre seu próprio corpo; o primeiro contato da mãe com o bebê logo após o nascimento ou quando se dificulta o aleitamento materno bem na primeira hora de vida. No modelo hospitalar da atualidade, a mãe é obrigada a ficar deitada com as pernas abertas na posição de litotomia, em local gelado e hostil, imobilizada, ausência de acompanhante e assistida por pessoas desconhecidas. É separada de tudo aquilo q lhe passe a sensação de aconchego e fica à disposição do profissional e propensa a intervenções cirúrgicas (SANTIAGO; SOUSA; NASCIMENTO, 2017).

A violência obstétrica ofende diretamente os direitos da mulher, provocando uma série de danos físicos, psicológicos e sexuais às parturientes, muitas vezes irreversível. E existem leis que protegem essas mulheres desse possível ocorrido. A exemplo tem-se o projeto de lei N° 7.633/2014, que trata sobre a violência obstétrica e da importância do reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais, ligado às mulheres.

Segundo Marques, (2020), a Lei nº 11.108/2005, conhecida como lei do acompanhante, inseriu na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, o direito das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser descumprida em diversos hospitais e maternidades, a lei também representa uma conquista em prol do direito das mulheres. Existem projetos que assegura os direitos dessas pacientes, para ter um melhor atendimento possível entres eles estão:

- Projeto de lei: 3.310/2019: Lauriete (PL/ES). Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.
- PL: 2.693/2019: Lafayette de Andrada (PRB/MG). Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.
- PL: 3.635/2019: Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG), Filipe Barros (PSL/PR). Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.
- PL: 878/2019: Talíria Petrone (PSOL/RJ), Áurea Carolina (PSOL/MG), Fernanda Melchionna (PSOL/RS), Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outros. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
- PL 119/2019: Renata Abreu (PODE/SP) Inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde na saúde integral da mulher.
- PL 8.219/2017: Francisco Floriano (DEM/RJ), dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.
- PL: 7.867/2017. Jô Moraes (PCdoB/MG). Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

- PL 6888/2013: Antônio Bulhões (PRB/SP). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

PL: 2.589/2015: Pr. Marco Feliciano (PSC/SP). Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.

Todos esses projetos trabalha o combate à violência obstétrica no Brasil, todavia, o único projeto que representa uma voz dissonante aos demais projetos aqui abordados, é o PL 3.635/2019 (42), que visa garantir o direito da parturiente a uma cesariana eletiva, que só poderá ser realizada após 39 semanas de gestação e com a gestante adequadamente informada sobre os benefícios do parto normal e dos riscos da cesariana (MARQUES, 2020).

Nesse contexto, na década de 1990, no Rio de Janeiro, ocorreu a implantação da primeira maternidade "humanizada" do país, a Maternidade Leila Diniz, em 1994, considerada pioneira por suas concepções e práticas desmedicalizadas, e com a inclusão de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. No Brasil, a humanização é uma expressão utilizada para qualificar demandas de movimentos sociais relacionadas aos cuidados prestados às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020).

3. 2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: HISTÓRICO, CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A Política de Humanização Hospitalar- PNH do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Inter gestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. É, portanto, uma política do SUS. Também chamada de Humaniza SUS, emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A instituição do PHPN definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica por meio da adoção de medidas que assegurassem o acesso, a cobertura e a

qualidade do acompanhamento pré-natal. Reforça ainda a necessidade de estabelecimento de vínculos entre a assistência pré-natal e o parto, mudanças na estrutura física dos hospitais e na capacitação dos profissionais, entre outras demandas. Apesar de haver muitas mudanças, há ainda altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, dificuldade na operacionalização das mudanças nos fazeres diários, por questões de ordem econômica, social e estrutural, e essas questões se expressam na precária qualidade da assistência prestada (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Essa política expressa a necessidade de agregar à eficiência técnica e científica, a dimensão ética, que possibilite o respeito à singularidade das necessidades de usuários e profissionais, o acolhimento do desconhecido e imprevisível, e aceitação dos limites de cada situação. No entanto existem diversos aspectos que devem ser observados para a ocorrência de um parto humanizado por exemplo: quanto ao espaço físico; materiais e equipamentos; acolhimento, garantia dos direitos e relacionamento entre profissionais e usuários na referida maternidade (NASCIMENTO, 2017).

Acredita-se que a PNH possa trazer avanços efetivos na qualificação da assistência à saúde, possibilitando resgatar a noção de sujeito, pois, ainda que seja fundamental uma visão voltada para a coletividade, não se pode perder de vista que quando se está diante dos usuários do sistema de saúde não estamos lidando senão com sujeitos singulares. Como ressalta Fortes (2004, p.31). “Humanizar na atenção à saúde é atender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidade específicas, e assim criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”.

3. 3 REDE CEGONHA: PARCERIA COM O HOSPITAL SOFIA FELDMAN

O Hospital Sofia Feldman foi fundado em 1982 e é gerido pela Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS). É um hospital filantrópico, que oferece atendimento a gestantes e recém-nascidos, 100% SUS. Conta com assistência obstétrica e neonatal. Realiza cerca de mil partos por mês e é a maior maternidade de Minas Gerais, e a segunda do Brasil em número de partos; e conta com a maior Neonatologia em número de internações. A instituição é referência em assistência humanizada às mulheres, crianças e famílias (SOARES, 2015).

Hospital Sofia Feldman tornou-se parceiro do Ministério da Saúde no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal do Nordeste e Amazônia Legal, organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH), capacitando profissionais e gestores das maternidades (SOARES, 2015).

Em 2011, se espelhando nas práticas adotadas pelo Hospital Sofia Feldman, o Ministério da Saúde criou o Programa Rede Cegonha e expandiu para todo o Brasil as capacitações. O Hospital Sofia Feldman permaneceu como parceiro na capacitação dos profissionais e em ações de educação continuada. É missão da 'Rede Cegonha' mudar o atual modelo de atenção, em que evidências científicas e direitos da mulher e da criança estão sendo desrespeitados, e reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal (SOARES, 2015).

A Rede Cegonha- RC é uma rede temática, como uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459. Tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (UNA- SUS, 2015).

Um dos desafios da RC foi vincular as estratégias de mudanças de práticas assistenciais, um processo sistematizado de monitoramento e avaliação das maternidades em todo o país com base nos objetivos, diretrizes, componentes e fases das Portarias e documentos que regulamentam a referida rede (LAMY *et al.*, 2021).

A RC se contrapõe à lógica do modelo hegemônico, caracterizado por alta frequência de cesariana, medicalização do parto e nascimento, abortos inseguros e taxas elevadas de morbimortalidade perinatal. É voltada para a promoção de partos e nascimentos saudáveis, garantindo privacidade, autonomia e protagonismo da mulher, sem intervenções desnecessárias. Tais mudanças envolvem aspectos ligados ao processo de trabalho, às relações mais igualitárias entre gestão e assistência, entre categorias profissionais e entre profissionais e usuárias (LAMY *et al.*, 2021).

Seguindo esse contexto, o Ministério da Saúde ressalta que a assistência ao pré-natal constitui um momento em que a gestante deverá receber orientações em relação aos tipos de parto, desde os aspectos técnicos como o trabalho corporal, o que inclui rotinas e procedimentos da maternidade de referência e aspectos emocionais e cognitivos. Para isso, os profissionais envolvidos no pré-natal devem adotar medidas educativas (PASCOAL; CARVALHO *et al*, 2020).

3. 4 PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: BREVES CONSIDERAÇÕES

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades: Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, Peri- neonatal registradas no país; Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; como o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Seguindo os passos do parto humanizado, a grande necessidade das mulheres é ter o apoio emocional dos familiares e profissionais. O parto é uma evolução fisiológica, que ocorre por conta própria, onde o colo começa a abrir e o útero inicia contração, o bebê começa a descer, e tudo começa ficar mais intenso, até que é chegado a hora do nascimento. Todo esse percurso pode ocorrer de uma forma confortável, segura e sem intervenções. As contrações uterina, a liberação de hormônios e a passagem vaginal estabelece o amadurecimento final da criança, favorecendo a saída dos líquidos pulmonares e a melhor adaptação do bebê ao mundo. Assim os cuidados na obstetrícia deveriam ser baseado em evidências que oferecem assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias possíveis (SILVA *et al.*, 2014).

Sobre o acolhimento e garantia dos direitos, no período em que as gestantes se encontraram no Centro Obstétrico (CO), é necessário observar as críticas no que se refere à quantidade de leitos no pré-parto e na demora para os partos cirúrgicos

eletivos, gerando ansiedade pela espera. Além disso, há um número de gestantes maior do que a quantidade de leitos disponíveis, mulheres nas macas em trabalho de parto, com desconforto pelo período, sem se alimentar ou beber à espera da cirurgia, bem como a ausência de acompanhante durante essa espera, sendo justificada pela falta de espaço físico insuficiente para acomodar toda a demanda.

Todas essas dificuldades se encaixam dentro do protocolo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017)

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi proposto em 2004 pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo principal reduzir estas taxas. É notório que a cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, e vai de encontro à integridade física da mulher e do recém-nascido. Seu uso, portanto, deveria ser restrito aos critérios clínicos de gravidade, mas, o Brasil ainda é um dos campeões das taxas de parto cirúrgico, o que exige uma mudança urgente deste panorama. Só assim o parto será devolvido à mulher, a quem ele de fato pertence (MALHEIROS; ALVEZ, 2012).

Para que ocorra a diminuição dos números de violência obstétrica no Brasil, SILVA, *et al*, (2014). Recomenda os 7 (sete) passos mencionados pela “Cartilha do

Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos”, no qual a Enfermagem Obstétrica moderna pode se espelhar, a saber:

- Relate ao paciente, de forma que o mesmo possa compreender o que você acha que ela apresenta, o que pode realizar por ela, e como o paciente pode ajudar o profissional e a se mesmo. Assim será promovido o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação;
- Tenha conhecimento e respeito as evidências científicas. Não execute procedimentos invasivos, arriscados, a menos que sejam por meio de indicação. Busque promover o direito das mulheres à sua dignidade corporal, use dos progressos da ciência;
- Apesar de suas situações de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente com o devido respeito. Se caso você não tenha tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus amigos no serviço de saúde. Promovendo o direito à situação da pessoa, a estar livre de tratamento humilhante;

- Conheça e realize o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. Pesquisas apontam que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência;
- Proporcione o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência;
- Dê informação à mulher sobre seus direitos associados à maternidade e à reprodução;
- Se cuida por se própria, busca mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure sempre atualizar-se e reciclar-se. Você nunca vai está só: junte-se a uma rede de assistência ao parto humanizado.

Percebe-se que a desvalorização do parto natural e a prática cada vez maior de intervenções cirúrgicas desnecessárias, mostram o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde. A relação profissional de saúde do paciente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde. Fato este que poderia ser solucionado ou pelo menos amenizado com a prática da humanização na assistência ao parto e nascimento, que engloba os cuidados de enfermagem durante o processo gravídico puerperal (CAVALCANTE *et al*, 2018).

É importante relatar que, as ações de enfermagem estão incluídas desde da solicitações de exames, orientações e aplicação de vacinas. As orientações devem abordar o desconforto próprio do período e maneiras de aliviá-lo, aspectos emocionais, exercício de relaxamento, nutrição adequada e ganho ponderal, sexualidade, entre outros. Assim o enfermeiro deve estar alerta às queixas e outras manifestações que possam indicar algum tipo de intercorrências, informando a gestante sobre a evolução do trabalho de parto e ensinando-lhe as condutas a serem tomadas durante o período de dilatação, tais como as técnicas respiratórias a cada contração e relaxamento nos intervalos (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A responsabilidade de fiscalizar e melhorar a humanização do parto em redes privadas e públicas é um dever do Ministério Público, encarar a política de humanização do parto onde as gestantes devem conhecer seus direitos frente ao momento do parto. A precaução e a superação desta forma de violência busca o comprometimento de todos os envolvidos com a assistência, por coagir o preciso destemor para a integração de abalroadas revolucionárias, tal como a maiores

indícios de confiança dos indivíduos, como do progresso dos seus benefícios nos atos de saúde (BRANTI, 2019).

Nessa perspectiva, o parto e o puerpério muito mais do que eventos biológicos que ocorrem nos corpos femininos, são eventos sociais, que envolvem a pessoa gestante, sua família (da qual pode fazer parte ou não uma pessoa parceira) e a comunidade. Tais eventos integram a vivência reprodutiva de mulheres e homens, além de constituírem uma das experiências humanas mais significativas, tendo 'forte potencial positivo' e 'enriquecedor' para todos os envolvidos. No entanto, há indícios de violações aos direitos das gestantes e parturientes no Brasil (Sergio CARVALHO, 2004). Altos índices de cesáreas e outras intervenções prescindíveis e cerceamento de autonomia aparecem nesses textos como importantes fatores de desempoderamento e acentuação das violências para com as mulheres no processo de parturição (BARRERA; MORETTI, 2021).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que visa buscar estudos já existentes na literatura brasileira de autores que discutem as mesmas propostas sobre violência obstétrica e suas consequências durante assistência de enfermagem. E partindo desse pressuposto, Amaral (2011) afirma que a revisão bibliográfica é uma abordagem científica, desde de que esta seja bem executada e confiável, realizada de forma sistemática e de modo compreensivo, pois esta permitirá que outros pesquisadores possam fazer uso desses resultados com maior confiabilidade, possibilitando reutilizar estudos já finalizados, focando apenas no tópico em que se deseja pesquisar e prover um embasamento teórico sólido para o estudo proposto como complemento.

4.2 PERÍODO

O estudo ocorreu no período de janeiro à outubro de 2022.

4.3 AMOSTRAGEM

Foram adotados manuscritos selecionados em bases de dados de artigos científicos publicados no período de 2015 a 2022, voltados a temática proposta.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

4.4.1 Inclusão

Para seleção dos artigos utilizou-se artigos nacionais, disponíveis eletronicamente na íntegra e na língua portuguesa. Selecionados no período de 2015 a 2022, cujos documentos respondem ao objetivo proposto.

4.4.2 Não inclusão

Não serão selecionados artigos que não foram publicados em período indexado, dos últimos 7 anos. E publicações de artigos que associasse uma visão distante da temática proposta, que não proporcionassem seus resumos na íntegra.

4.5 COLETA DE DADOS

Para o levantamento dos artigos da pesquisa bibliográfica, foram analisados artigos que estavam incluso dentro dos critérios de seleção de inclusão. Verificou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, site do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual da Faculdade Santa Luzia. Para identificação dos estudos, fez-se uma leitura criteriosa, fazendo uso dos seguintes descritores: Obstetrícia; Violência obstétrica; consequência da violência; gestantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo analisou 10 artigos na literatura Brasileira dos últimos 7 anos que se encontravam dentro dos critérios de inclusão dessa investigação. Nesse sentido após análise dos artigos foi notável que a violência sofrida pelas grávidas no país, acarreta um sofrimento psicológico de angústias, medo de engravidar novamente, vergonha, sentimento de desespero, e as ofensas verbal sofridas pelas profissionais de saúde, com muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, entre diversas outras forma de ofensas.

Nesse contexto Moron; Camano; Junior, (2022). Afirma que a gravidez humana estende-se desde o momento da fecundação até a 38 à 40 semanas, quando alcançar o termo. Atingido o momento apropriado, tem início o processo de parturição, cujos mecanismos determinantes até hoje constituem um desafio ao conhecimento médico. De fato, os mecanismos que determinam o início da parturição são bastante complexos e estão longe de estar completamente elucidados. O conhecimento dos fatores que levam ao início do processo de parturição assume especial relevância ao atendimento racional da prematuridade, que ocorre em 5 a 15% das gestações, dependendo da população. Essa intercorrência atinge alta incidência entre as mulheres afro-americanas e tem aumentado com a reprodução assistida, em virtude da elevação da gemelaridade.

Castro; Rocha (2020), acrescenta que o parto se configura como um momento significativo na vida da mulher, pois estabelece a transição da mulher para um novo papel social: o de ser mãe. Entretanto, esse evento perpassa por aspectos psicológicos, emocionais e sociais, sendo vivida de forma individual para cada mulher, onde a cultura tem forte influência. Anteriormente, o processo de nascer era exercido por parteiras, também conhecidas por comadres, no próprio espaço domiciliar da parturiente, na companhia de pessoas conhecidas e de confiança da mesma. Sendo um evento natural, no qual eram desempenhados todos os esforços para que este momento fosse de conforto e alegria.

No entanto, com os passar dos anos o parto se tornou institucionalizado, e o saber médico se tornou predominante, dando origem à medicalização do parto. A institucionalização do parto cresceu nos anos quarenta, a partir da Segunda Guerra Mundial, onde no final do século cerca de 90% dos partos era realizado nos hospitais, com o uso de prática mecanizada, fragmentada, desumana, com intervenções desnecessárias, ou sem nenhum embasamento científico, o que acarretou perda de autonomia da mulher no momento do parto. Nos últimos anos, dados apontam que 98% dos nascimentos que ocorrem no Brasil são em instituições de saúde (CASTRO; ROCHA, 2020)

A violência obstétrica é considerada como uma invasão do corpo feminino pelos profissionais de saúde, ou por pessoas íntimas e estranhas durante o processo do pré-parto, parto e pós-parto, por meio de práticas desumanizadas, inadvertência na assistência, utilização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, sem o consentimento da mãe, bem como violência verbal e psicológica, o que implica na autonomia e saúde da mulher (MORON; CAMANO; JUNIOR, 2022).

Dados apontam que no Brasil uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto, e as cesarianas atingem a taxa de 53,7%. O enfermeiro é respaldado pela Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986 para atuar diretamente no cuidado à mulher em trabalho de parto e parto. Dessa forma, é necessário que o profissional de enfermagem forneça assistência pautada no cuidado integral, humanizado e na redução de práticas desnecessárias no contexto do parto e nascimento, com o intuito de prevenir a violência obstétrica (ANTUNES; MARTINS, 2022).

Antunes; Martins (2022), acrescenta que os profissionais da enfermagem possuem um papel importante para reduzir ou até evitar as intervenções ou ação imprópria para com a mãe e o bebê, diminuindo as intervenções que não são necessárias, como por exemplo: dieta zero, uso de fórceps, ocitocina no trabalho de parto, manobra de Kristeller, dentre outros. Nesse sentido, é conveniente destacar que a relação entre as parturientes e os profissionais de saúde precisam ser relacionadas à atenção, assistência e segurança, objetivando realizar as técnicas humanizadas de maneira plena. Sendo indispensável que os profissionais se coloquem ao lado da paciente, quer dizer, tornem-se compreensivos, percebam as necessidades das parturientes e compreendam suas obrigações quanto aos serviços de saúde, de maneira a assegurar os princípios recomendados pelo Sistema Único de Saúde- SUS.

No que concerne aos procedimentos como episiotomia, uso de fórceps, realização de tricotomia, manobra de Kristeller, posição litotômica, uso de hormônios sintéticos e enema. Com esses procedimentos, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e psicológico. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas (MATOSO, 2018).

No quadro 01 será demonstrado os principais resultados coletados identificando os 10 artigos segundo o adjetivo do estudo.

Quadro 01: Resultados encontrados nos estudos segundo, identificação do artigo, autores, títulos, objetivos e ano de publicação.

Nº	AUTORES	TÍTULOS	OBJETIVOS	ANO.
01	SANTIAGO, D.C.; SOUSA, V.K.S <i>et al.</i>	VO: uma análise das consequências	Identificar quais as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres.	2017
02	ROCHA, M.J.; GRIST, E.P.	VO e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade	Analisar as consequências da violência obstétrica na vida de mulheres que vivenciaram essa experiência.	2017
03	CAVALCANTE, A.C.M <i>et al.</i>	VO: desvelando suas consequências	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da violência obstétrica.	2018
04	DIAS, S.L.; PACHECO, A.O.	Marcas do parto: As consequências psicológicas da vo.	Identificar as consequências psicológicas que acometem as mulheres vítimas da V.O	2020

05	MARTINS, F.L.; SILVA, B.O <i>et al.</i>	VO: Uma expressão nova para um problema histórico	Identificar a violência obstétrica nas interfaces da assistência à saúde, além de avaliar o conhecimento das mulheres acerca do tema abordado, na tentativa de buscar ações e medidas para humanizar o parto, como forma de erradicar a violência obstétrica	2019
06	PASCOAL, K.C.F <i>et al.</i>	VO na percepção de puérperas	Analisar a percepção de puérperas a respeito da violência obstétrica em uma maternidade de um município paraibano.	2020
07	SILVA,R.M.L.	O sofrimento psíquico das mulheres vítimas de vo: uma revisão de literatura.	objetivo foi a conceitualização da violência obstétrica, abordar as consequências emocionais e psicológicas sofridas pelas vítimas e a importância da assistência ao parto sobre a humanização do processo de nascimento.	2021
08	LEAL, S.Y.P <i>et al</i>	Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da vo	Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	2018
09	SILVA, A, S <i>et al</i>	VO perspectiva da enfermagem	Descrever a violência obstétrica e discutir o uso de ferramentas que possibilitem a melhoria da assistência por parte dos profissionais de saúde à parturiente.	2015
10	MOURA, F.C.M <i>et al.</i>	Cuidados de enfermagem na prevenção da vo.	Identificar, na literatura científica nacional, a assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.	2018

Fonte: Silva(2022).

Referente ao quadro acima os autores do artigo 01 relatam que o parto nem sempre foi uma cultura médica, no começo dos tempos o nascimento era um procedimento inteiramente feminino. Mas, com o surgimento das universidades, a prática médica tornou-se um evento espiritual e comum predominante aos conhecimentos científicos.

Constantemente, as mulheres foram adentrando nos hospitais, na falsa ilusão de que sua dor iria diminuir e a mortalidade neonatal iriam cair. E mesmo recebendo toda assistência de indivíduos com bases científicas, os casos atuais de partos são desanimadores, pois, o sexo feminino é tratado como um simples sujeito

auxiliar do nascimento de seu filho, sem receber atenção e não atender corretamente às suas necessidades, causando sofrimento com atos que ferem à sua integridade moral e física (SANTIAGO; SOUSA *et al.*, 2017).

Santiago; Sousa *et al* (2017), acrescentam no seu estudo que a violência obstétrica é compreendida como atos realizados por profissionais da saúde em relação ao corpo e aos processos reprodutivos, podendo ocorrer também ao longo do processo de trabalho de parto, parto e puerpério. Esse tipo de violência ocorre através do excesso de intervenções e medicalizações excessivas e patologizando um processo natural.

Nessa perspectiva o uso rotineiro da ocitocina faz referência uma violência obstétrica, pois afirmam ainda (SANTIAGO E SOUZA) que toda vez que a mulher começa o trabalho de parto, o seu próprio organismo começa a produzir a quantidade suficiente de ocitocina que lhe será adequado, em alguns casos onde o trabalho de parto não está evoluindo bem, assim o uso intravenoso se associa a uma maneira de intervenção que se usada de forma correta salvará vidas, mas, na verdade seu uso se tornou rotina, onde a ocitocina é empregada em um número significativos de grávidas, como forma de indução mesmo não tendo necessidade. O que mostra é que esse ato de agressão, onde causa sofrimento a essas mulheres, é utilizado apenas por conveniência da equipe para acontecer mais rápido o trabalho de parto. “A ocitocina ajuda a acelerar o trabalho de parto, crescendo a intensidade e a frequência das contrações uterinas” (SANTIAGO; SOUSA *et al.*, 2017).

A resposta do útero a essa medicação, no período de dilatação, se manifesta de forma imediata. Observar e ficar atenta a perfusão, repetindo-se periodicamente a contagem gotejo, a variar constantemente; é importante averiguar, frequentemente, a frequência das dores sua duração, bem como auscultar, cuidadosamente, os BC (SANTIAGO; SOUSA *et al*, 2017).

No tocante o conceito do parto humanizado que diz: O parto humanizado é definido como aquele ressaltado no respeito à mulher que lhe proporciona autonomia e protagonista feminino. Devendo ocorrer sem ações medicamentosa, sem fórceps, sem cesárea eletiva, sem episiotomia, sem ocitocina, manobras de expulsão, e as ações que se seguem no bebê como, aspiração nasal e gástrica, nitrato de prata etc., ou seja, é imprescindível que ocorra de maneira mais natural possível.

No artigo 02 aponta que a violência obstétrica causa sérias lesões aos direitos reprodutivos da mulher, esses danos acontecem de inúmeras formas, não só durante o parto, mas em todo atendimento obstétrico, dentre as formas de violência

estão: violência física, os abusos verbais e humilhações, a proibição de acompanhante, e cuidado negligente durante o parto, – que acaba trazendo complicações tanto pra mãe quanto pro bebê –, tratamento esse que infringe seus direitos a uma atenção digna e respeitosa.

A depressão pós-parto está associada diretamente à violência institucional sofrida pela mulher por meio dos cuidados obstétricos e à falta de humanização dos profissionais. Dessa maneira, faz-se necessário a adequação dos protocolos no que se refere ao cuidado obstétrico, bem como a urgência na humanização dos serviços prestados pelos profissionais de saúde, através de uma sensibilização e de atitudes que proporcionem à mulher um atendimento respeitoso. Alguns fatores que influenciam no desenvolvimento de traumas, poderiam ser evitados se todos os profissionais oferecessem um atendimento humanizado, voltado para atenção à mulher durante todo processo. É necessário oferecer subsídios para que a mulher vivencie este momento da maneira menos dolorosa e sofrida, respeitando sua vontade, permitindo-lhe ter autonomia, minimizando assim os casos de violência obstétrica (ROCHA; GRIST, 2017).

O excesso de intervenções e a medicalização no momento do parto acaba tirando o protagonismo da mulher, impedindo-a de ter autonomia e competência de decidir livremente sobre seu próprio corpo e o nível de escolaridade da gestante é um fator de grande importância, podendo contribuir de forma positiva ou não na interpretação dos procedimentos realizados, diferenciando uma conduta abusiva de uma intervenção necessária naquele momento (ROCHA; GRIST, 2017).

Referente ao artigo 03, destaca-se que a violência obstétrica, apesar de se constituir como um problema comum nas maternidades brasileiras, conforme pesquisas e índices nacionais, ainda permanece sendo pouco investigada pela saúde, seja como objeto de análise, seja como constatação a ser alterada. Ela é um desafio que precisa ser enfrentado politicamente pelos diferentes saberes, a fim de que as gestantes possam ter seus direitos constitucionais protegidos e efetivados.

Cavalcante (2018) afirma que, com o surgimento cada vez maior de políticas públicas voltadas para proteção dos direitos e da saúde da mulher, foi criado no ano 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que traçou um protocolo nacional no atendimento obstétrico, tendo como objetivo a redução da mortalidade materna e perinatal. Esse programa foi necessário, tendo em vista que no Brasil, o índice de óbitos maternos por causas obstétricas é mais alto que em

países desenvolvidos, e com ações preventivas, esse percentual poderia diminuir consideravelmente. Com efeito, o processo do parto vem sofrendo mudanças ao longo dos anos.

A partir do século XX, a mulher que comumente dava a luz com a ajuda de parteiras ou pessoas de confiança, passou a ser objeto de interesse médico e a ter os seus partos observados por profissionais legalmente preparados, como enfermeiras obstétricas e médicos, iniciando-se a institucionalização do parto. Por meio de um olhar crítico e reflexivo, desenvolvido durante a graduação e a especialização, observa-se algumas condutas por parte dos profissionais de saúde e algumas deficiências institucionais que cerceiam os direitos da mulher, sendo caracterizadas por violência obstétrica.

A violência obstétrica está representada em atos praticados por profissionais da equipe de saúde que ofendam, de forma verbal ou física, as mulheres grávidas durante a gestação, no trabalho de parto, no pós-parto ou em situação de abortamento. Com efeito, a violência é rotineira nos hospitais e maternidades, mas, além do empenho das ativistas, ações de consciência profissional podem melhorar o cenário obstétrico do Brasil (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

No artigo 04, Dias; Pacheco (2020), apontam os sentimentos que aparecem como consequência da V.O, sendo o constrangimento o primeiro sentimento que as mulheres enfrentam, seguido de violência psicológica por agressões verbais. Além disso, a angústia é intensificada, desenvolvendo a sensação de inferioridade, medo e insegurança, através da humilhação presente nas práticas dos profissionais de saúde, que “criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e do seu corpo.

Vale ressaltar que toda atividade natural em torno da gravidez é esperada pela mulher, porém, quando acontece alguma situação de violência no seu processo, principalmente por quem exerce o papel de cuidador e proteção - no caso, os profissionais da saúde - resulta em um impacto significativo no funcionamento do seu psicológico e comportamento. Nesse caso, pode-se imaginar como as expectativas criadas para esse momento são quebradas, gerando sentimento de decepção e perda simbólica pelo o que se planejou. Mesmo sabendo que tudo o que fora planejamento para o parto é incerto, a violência não costuma ser desejada pelas pessoas, principalmente quando se trata de um ambiente que significa cuidado/ajuda, como se espera de um hospital (DIAS; PACHECO, 2020).

Martins; Silva *et al* (2019) relata no artigo 05 que apesar de ser um termo relativamente novo, a violência obstétrica é um problema antigo, desde a antiguidade mulheres são diariamente vítimas da chamada violência obstétrica, que se caracteriza como qualquer tipo de violência que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério, seja no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, sendo, portanto qualquer ato exercido por profissionais da saúde que exprima uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e qualquer tipo de transformação nos processos fisiológicos do parto, incluindo ainda maus tratos físicos, psíquicos e verbais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos, e assim impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Durante o parto, a violência pode ser tanto física como psicológica, o abuso físico se caracteriza como o excesso de intervenções, com procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, tricotomia e episiotomias desnecessárias, muitas vezes sem anestesia. A episiotomia pode trazer vários malefícios para a mulher, como risco de infecção, dor no pós-parto e necessidade de analgésicos. A imobilização física também é muito utilizada, mantendo a mulher em posições muitas vezes dolorosas, não permitindo que ela se movimente. Existem ainda as imposições de intervenções não consentidas, aquelas no qual a mulher verbalmente ou por escrito não autoriza alguns procedimentos como a episiotomia. Aplicação de soro com ocitocina sintética, a fim de contrair artificialmente o útero, acelerando o trabalho de parto (MARTINS; SILVA *et al.*, 2019).

Aborta também sobre as cesarianas onde diz que a cirurgia cesariana nem sempre é sinônimo de violência obstétrica, sabe-se que quando necessária ela salva vidas, tanto da mãe quanto do bebê. No entanto, é preciso realiza-la apenas quando for necessário, e isso não está acontecendo ultimamente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que o número máximo para cesariana deve ser de 15%, mas no Brasil, dados recentes mostram que o percentual chega a 57%, sendo representadas como 40% dos partos realizados na rede pública e 84% na rede particular (MARTINS; SILVA *et al.*, 2019).

PASCOAL *et al* (2020), no artigo 06 caracterizam a VO, pode-se citar: a realização de cesariana ou episiotomia na paciente, sem consentimento; proibição de ser acompanhada por pessoa de sua escolha; submetê-la a procedimentos desnecessários, dolorosos ou humilhantes, como a lavagem intestinal, realização do

exame de toque repetitivo por diferentes profissionais, impor que o parto vaginal seja em posição ginecológica; administrar uterotônico para acelerar o processo de parto; tratar a gestante, parturiente, puérpera ou em situação de abortamento de forma agressiva, humilhante, desrespeitosa, zombeteira, ou em tom de ameaça, de forma que ela se sinta constrangida ou inferiorizada.

A manutenção e a melhoria da saúde materno-infantil são alguns dos objetivos definidos pelo Ministério da Saúde e, para isto, é essencial a atenção pré-natal e puerperal, cuja responsabilidade é do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito da Rede Cegonha, a atenção à mulher durante a gravidez e pós-parto preconiza ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequados dos problemas que ocorrem neste período. O Ministério da Saúde ressalta que a assistência ao pré-natal constitui um momento em que a gestante deverá receber orientações em relação aos tipos de parto, desde os aspectos técnicos como o trabalho corporal, o que inclui rotinas e procedimentos da maternidade de referência e aspectos emocionais e cognitivos. Para isso, os profissionais envolvidos no pré-natal devem adotar medidas educativas (PASCOAL *et al.*, 2020).

E o enfermeiro no cuidado ao trabalho de parto tem o papel de acolher e apoiar a gestante, monitorar os seus sinais e sintomas, oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor, prestar atendimento humanizado à gestante e seu acompanhante.

No artigo 07 relata que por conseguinte, os impactos da violência obstétrica na vida de quem sofreu, muitas vezes não são percebidos como vivenciados. Algumas mulheres até mesmo não percebem que aquilo que sofreram foi uma violência, pois acredita-se que este é o tratamento padrão que toda mulher deve passar e, por isso, muitas vezes, tais práticas não são ao menos questionadas, sendo assim importante a responsabilidade pública de orientá-las.

Portanto, diante da necessidade de mudanças nas práticas e nos sistemas de saúde, a violência obstétrica é um tema relacionado às políticas públicas de saúde da mulher e da criança no Brasil e à formação de profissionais e gestores de saúde. Assistência à saúde durante o parto e nascimento, no contexto brasileiro, a sociedade associada ao uso excessivo de procedimentos tem grande influência cultural na percepção sobre o nascimento (SILVA, 2021).

Leal *et al* (2018) no artigo 08 apontam a atuação das enfermeiras¹ se destaca na redução da prática de violência no campo obstétrico, visto sua atuação direta durante as fases clínicas do processo de pré-parto, parto e puerpério, tanto vaginal quanto cesariano, possibilitando às mulheres e aos seus familiares o cuidado integral e humanizado

No estudo do artigo 08 os relatos das enfermeiras obstétricas mostram uma gama de percepções acerca da violência obstétrica, revelando as diversas expressões dessa violação, bem como o não reconhecimento de determinadas práticas adotadas na rotina hospitalar como uma violência. Além disso, os discursos apontam que a falta de conhecimento, por parte das parturientes, as expõe a situações de violência obstétrica, ocasionando repercussões de cunho físico, psicológico e emocional (LEAL *et al.*, 2018).

No artigo 09 ressalta também sobre o parto humanizado, apontando que a ideia do parto humanizado é fazer com que o momento do parto, geralmente objeto de medo e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada parturiente, com os profissionais de saúde interferindo o mínimo possível no processo do nascimento da criança. Ao nos depararmos com todo o processo, percebemos que são indispensáveis as modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas da assistência (SILVA *et al.*, 2015).

No artigo 10 relata sobre as ações de enfermagem na prevenção a violência obstétrica, onde afirma que a enfermagem, a fim de realizar boas práticas obstétricas e, no intuito de prevenir a ocorrência da violência obstétrica deve: 1 – Explicar para a paciente de maneira que ela compreenda o que ela tem, o que pode ser feito por ela e como ela pode ajudar. 2- evitar procedimentos invasivos, que causem dor e que sejam arriscados, exceto em situações estritamente indicadas; 3 – procurar ouvir a paciente e trabalhar em parceria com os colegas e garantir um tratamento ao paciente longe do humilhante; 4- promover a paciente o direito de acompanhante de sua escolha no pré-natal e parto; 5- garantir o acesso ao leite e uma assistência pautada na equidade; 6- orientar a mulher acerca dos direitos relacionados a maternidade e reprodução; 7- investir em si mesmo, buscando realização no seu trabalho e estar em constante atualização.

Além disso, a equipe de enfermagem deve questionar se a parturiente tem alguma dúvida ou preocupações/medo sobre o trabalho de parto; dar informações sobre os sinais e sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, a evolução do trabalho de parto e pré-parto (aumento da intensidade e frequência das contrações, o tempo e intervalos para cada exame/ausculta fetal em cada 30 min e 30 min. Outro cuidado a ser realizado são as possíveis posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido e sempre esclarecendo possíveis dúvidas (MOURA *et al.*, 2018).

Deve também conversar sobre o seu plano de aleitamento materno ou artificial (principalmente para as mães HIV+) e dar conselhos de suporte para que elas consigam dar o melhor para seu bebe e ela juntamente, mas sempre tentando atender os critérios de acessibilidade, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade; além de estimular a deambulação antes do parto e após o parto. Estimular posições mais verticais, ou seja, não deitada de costas durante o parto (MOURA *et al.*, 2018).

6 CONCLUSÃO

Diante do estudo foi possível concluir que as consequências que a violência obstétrica causa nas mulheres, através de procedimentos invasivos, tem aumentado constantemente no setor da obstetrícia, mesmo havendo controvérsias sobre suas formas de aplicações. E que de fato leva inúmeras consequências e traumas na vida dessas mulheres. Para tal afirmação, pode-se citar como exemplo os jogos de piadas, as ironias e ignorância.

Assim, a pouca informação e o medo do parto, tornam a mulher vulnerável, isso faz com que atos de violências se torne cada vez mais frequente e natural. Nesse aspecto é possível notar a presença de novos casos, passando despercebidos aos olhos das parturientes e acompanhantes. Pois, a principal causa está no modo com a sociedade visualizar a violência, isso pode desperceber as agressões, tornando os trabalhadores da saúde o centro do saber, dessa maneira esse público não expressam suas opiniões sobre as manobras executadas no seu

corpo, e se caso as mesmas trouxerem suas queixas e, for dito que tal procedimento é melhor para ambos mulher e filho, as mesmas aceitarão sem dizer nada, mesmo sentindo-se desconfortáveis.

Nesse contexto o suporte profissional no trabalho de parto é desenvolvido pela equipe de enfermagem, onde deve proporcionar o bem-estar para as parturientes, auxiliando a humanização da assistência. Nesse sentido o cuidar deve ser ampliado para uma ação acolhedora, possibilitando uma relação que transcenda o sentido de curar e tratar, contemplando com atitudes de solicitude, paciência e preocupação, que resultem em uma humanização do cuidado por parte do enfermeiro. Espera-se trazer, assim, contribuições ao debate sobre a Humanização na Assistência à Saúde da Mulher, sobretudo no que se refere às PHPZ.

Vale destacar, que o profissional enfermeiro abrange um papel fundamental em toda a evolução de gestação e parto, pois é quem estabelece um vínculo maior com a mulher e família. Com isso, espera que esse estudo possa esclarecer dúvidas, agregar conhecimentos e promover a mudança na assistência realizada pelos profissionais de enfermagem frente a VO, a fim de incentivar um novo olhar baseado na humanização.

É necessário que haja uma mudança na assistência, pautada na humanização. As instituições de saúde e os profissionais, principalmente o enfermeiro, devem acolher a mulher e o recém-nascido com dignidade, respeito para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher para que a mesma se sinta dona de seu parto.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Monique Domingues; MARTINS, Wesley. ATRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM FRENTE A VO. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 8, p. e381793-e381793, 2022.

BARRERA, Daniela Calvó; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Da VO ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. **Revista Estudos Feministas**, v. 29, 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, p. 485-502, 2020.

BRANTI, JAQUELINE CORDEIRO; RONCONI, Fabíola de Souza. VO O DIREITO DA MULHER ASSISTÊNCIA AO PARTO. 2019.

CASTRO, Antonia Tainá Bezerra; ROCHA, Sibeles Pontes. VO os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. **Enfermagem em foco**, v. 11, n. 1, 2020.

CAVALCANTE, Aline Cristina Marques *et al.* VO: desvelando suas consequências. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

DIAS, Polyana Magna Lima; DE FREITAS BARROS, Simone Regina Alves; DE BARROS FALCÃO, Pedro Henrique. Aspectos da VO no Brasil. **Archives of Health**, v. 2, n. 3, p. 263-275, 2021.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020.

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso *et al.* VO BRASIL: CASOS CADA VEZ MAIS FREQUENTES: OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: INCREASINGLY FREQUENT CASES. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017.

LAMY, Zeni Carvalho *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 951-960, 2021.

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

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

MALHEIROS, Paolla Amorim *et al.* PN: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 329-337, 2012.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre HPN. **Escola Anna Nery**, v. 10, p. 439-447, 2006.
VO

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

MATOSO, L. M. O papel do enfermeiro frente à VO. **C&D Rev Eletrôn FAINOR**, v. 11, n. 1, p. 49-65, 2018.

MENEZES, Fabiana Ramos de *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da VO nas instituições. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180664, 2019.

MORON, Antonio F.; CAMANO, Luiz; JÚNIOR, Luiz K. Obstetrícia: Editora Manole, 2011. E-book. ISBN 9788520438251. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520438251/>. Acesso em: 08 fora. 2022.

MOURA, Rafaela Costa *et al.* Precaução de enfermagem na prevenção da VO. **Enfermagem em foco**, v. 9, n. 4, 2018.

PASCOAL, Karem Cristinny Fontes *et al.* VO na percepção de puérperas. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 265, p. 4221-4232, 2020.

PEREIRA¹, JÉSSICA SOUZA; GONÇALVES, MAYARA DE MELLO. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. 2016.

ROCHA, Mágda Jardim; GRISI, Erika Porto. VO e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 11, n. 38, p. 623-635, 2017.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha *et al.* VO no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva; DO NASCIMENTO, Renata Fernandes. VO: uma análise das consequências. **Revista Rios**, v. 11, n. 13, p. 148-164, 2017.

SILVA, A,S *et al.* VO: perspectiva da enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 2015.

SILVA, Lívia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado de. PHPN: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3290-3294, 2017.

SILVA, Rachel Moreira Lima. O sofrimento psíquico das mulheres vítimas de VO: uma revisão de literatura. 2021.

SOARES, Cleise Maria Pereira. Cultura pública e humanização do parto: uma análise sobre avanços e resistências a partir do site de notícias do Hospital Sofia Feldman. 2015.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA RAS: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). - São Luís, 2015.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* VO no Brasil. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.