



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CAMPUS DE TRÊS LAGOAS – CPTL  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**EMILY ZILDA BARBOSA DE CASTRO**

**JULIA PACHECO DA SILVA**

**A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM  
SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um relato de experiência**

***UNA PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA  
SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: un relato de experiencia***

***A PERCEPTION OF NURSING STUDENTS  
ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE: an experience report***

Trabalho de Conclusão, na modalidade artigo científico, apresentado ao Curso de Enfermagem do Campus de Três Lagoas, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Kaelly Virginia de O. Saraiva.

Três Lagoas, MS  
Novembro de 2022



**A PERCEÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM  
SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: um relato de experiência**

***UNA PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA  
SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA: un relato de experiencia***

***A PERCEPTION OF NURSING STUDENTS  
ABOUT OBSTETRIC VIOLENCE: an experience report***

CASTRO, Emily Zilda Barbosa de <sup>1</sup>  
SILVA, Júlia Pacheco da <sup>2</sup>  
SARAIVA, Kaelly Virginia de Oliveira<sup>3</sup>

**Resumo:** a humanização do parto e a redução da violência obstétrica, ainda que expressa de maneiras velada, ainda são desafios para a qualidade da assistência prestada por enfermeiras obstetras, e com medo de sofrerem violência, muitas mulheres optam por uma cesariana desnecessária. Esses desafios surgem não apenas na rotina dos profissionais, mas já são confrontados no processo de aprendizagem durante os estágios. Preocupadas com esse tema e visando uma melhor compreensão e qualificação na área obstétrica, decidimos realizar uma imersão na realidade da Obstetrícia, analisando os achados dessa experiência. Trata-se aqui de um relato das experiências de duas acadêmicas de Enfermagem no ambiente hospitalar, descrevemos suas vivências numa maternidade da cidade Três Lagoas, MS. Os resultados mostram as percepções das alunas na arte do cuidar e da humanização do

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Enfermagem pela UFMS, campus Três Lagoas. E-mail: [emilyzbaarbosacastro@gmail.com](mailto:emilyzbaarbosacastro@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Enfermagem pela UFMS, campus Três Lagoas. E-mail: [juliapacheco211@gmail.com](mailto:juliapacheco211@gmail.com)

<sup>3</sup> Professora de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: [kaelly.virginia@ufms.br](mailto:kaelly.virginia@ufms.br)

parto, o que foi de suma importância para a formação dessas acadêmicas na área de Enfermagem Obstétrica, prevenindo a violência no ambiente hospitalar e reduzindo a medicalização do parto em suas práticas.

**Palavras-chave:** relato de experiência; parto humanizado; violência obstétrica; Enfermagem Obstétrica.

**Resumen:** la humanización del parto y la reducción de la violencia obstétrica, aunque se expresen de forma velada, siguen siendo desafíos para la calidad de la atención prestada por las enfermeras obstétricas, y por temor a la violencia, muchas mujeres optan por una cesárea innecesaria. Estos desafíos surgen no solo en la rutina de los profesionales, sino que ya se enfrentan en el proceso de aprendizaje durante las pasantías. Preocupados por esta cuestión y con el objetivo de una mejor comprensión y capacitación en el área de obstetricia, decidimos sumergirnos en la realidad de la Obstetricia, analizando los hallazgos de esta experiencia. Este es un relato de las vivencias de dos estudiantes de Enfermería en el ambiente hospitalario, describimos sus vivencias en una maternidad en la ciudad de Três Lagoas, MS. Los resultados muestran las percepciones de los estudiantes sobre el arte de cuidar y la humanización del parto, que fue de suma importancia para la formación de estos académicos en el área de Enfermería Obstétrica, previniendo la violencia en el ambiente hospitalario y reduciendo la medicalización del parto en sus prácticas.

**Palabras clave:** relato de experiencia; nacimiento humanizado; violencia obstétrica; Enfermería Obstétrica

**Abstract:** the humanization of childbirth and the reduction of obstetric violence, even if expressed in veiled ways, are still challenges for the quality of care provided by obstetrical nurses, and fearing violence, many women opt for an unnecessary cesarean section. These challenges arise not only in the routine of professionals, but are already faced in the learning process during internships. Concerned about this issue and aiming at a better understanding and qualification in the obstetrics area, we decided to immerse ourselves in the reality of Obstetrics, analyzing the findings of this experience. This is an account of the experiences of two Nursing students in the hospital environment, we describe their experiences in a maternity hospital in the city of Três Lagoas, MS. The results show the students' perceptions of the art of caring and the humanization of childbirth, which was extremely important for the training of these academics in the area of Obstetric Nursing, preventing violence in the hospital environment and reducing the medicalization of childbirth in their practices.

**Keywords:** experience report; humanized birth; obstetric violence; Obstetric Nursing

**ODS:** Objetivo 3

## 1. INTRODUÇÃO E APORTE TEÓRICO

No Brasil, até o século XIX a assistência ao parto era desenvolvida por parteiras, que eram mulheres de confiança da gestante ou com conhecimento sobre a assistência ao parto. Naquela época, os médicos não possuíam conhecimentos científicos sobre maternidade e não participavam dos partos, e só passaram a ser chamados a intervir apenas em partos complicados, a partir do século XVII com a invenção do fórceps pelos cirurgiões Chamberlen. Em 1808, com o surgimento de escolas de medicina no Brasil, os médicos principiaram a sua atuação na prática obstétrica hospitalar. A partir de então, o parto foi progressivamente institucionalizado, e os médicos passaram a atuar na assistência ao parto ao invés das tradicionais parteiras, que foram inferiorizadas e marginalizadas (TRINDADE, 2021).

Embora a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle dos riscos para mãe e filho, também contribuíram para o surgimento da

chamada violência obstétrica, pois houve a incorporação de grande número de intervenções desnecessárias durante a assistência ao parto, como a medicalização excessiva e a patologização de processos naturais.

Por definição, violência obstétrica é uma forma de violência cometida contra a mulher grávida, e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. Apesar disso, há resistência por parte dos profissionais de saúde em aderir a essa nomenclatura (MOURA *et al.*, 2021)

Uma das formas mais recorrentes de violência obstétrica é a cultura da cesariana eletiva e desnecessária. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2021) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 55% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente. O crescente número de cesáreas no Brasil indica a relevância da atual discussão a respeito do tema, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias (MAUÉS *et al.*, 2021).

Atualmente, evidências científicas apontam que a cesariana realizada sem indicação clínica não está relacionada a desfechos maternos e neonatais positivos, e sim ao aumento das taxas de prematuridade iatrogênica, aumento no desenvolvimento de doenças imunológicas como asma, alergias, diabetes tipo 1 e doença celíaca, além da associação com a interrupção precoce da amamentação (BRASIL, 2019).

Segundo as recomendações da OMS, o parto não deve ter início de forma induzida, mas espontânea. A parturiente possui a liberdade de se movimentar a qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não supinas, respeito a privacidade, o uso do partograma e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções rotineiras. Todo cuidado deve ser individualizado e não deve ocorrer separação de mãe e bebê imediatamente após o parto (ANDRADE *et al.*, 2016).

No Brasil, não há uma lei federal específica que aborde o tema violência obstétrica. No entanto, a Constituição Federal contempla de forma subjetiva a proteção contra a ocorrência desse tipo de violência, pois a mesma deixa claro que o Estado deve garantir o direito à saúde, à integridade física e mental e à não discriminação. Portanto, sistema jurídico brasileiro possui legislação genérica estadual, a respeito da violência obstétrica. O Estado de Santa Catarina, por exemplo, editou a Lei n.º 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que implementa medidas de

informação e proteção da gestante e da parturiente contra a violência obstétrica. Além disso, a lei define violência obstétrica como o ato praticado por médico, por alguns profissionais de saúde, por um familiar ou acompanhante, que ofenda, de forma física ou verbal, mulheres em trabalho de parto ou no período do puerpério. Em 2013, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo lançou uma cartilha informativa definindo a violência obstétrica como a apropriação do corpo ou processos reprodutivos de mulheres por profissionais de saúde, por meio de tratamentos desumanizados, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, gerando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sua sexualidade, gerando impacto negativo na vida dessas mulheres (MAGALHÃES, 2020).

Países como a Argentina e o México já editaram legislação específica sobre violência obstétrica. No âmbito internacional, a legislação da Argentina (Lei n.º 26.485/2009) define violência obstétrica como sendo aquela exercida por profissionais da saúde e se caracteriza pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização de processos naturais (MAGALHÃES, 2020).

No Brasil, a política de humanização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde preconiza ações que devem garantir à mulher os benefícios dos avanços científicos, e fundamentalmente, permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no processo parturitivo, garantindo a privacidade, o fácil acesso a consultas e aos exames, a informação e, procedimentos comprovadamente benéficos. Evitando-se intervenções desnecessárias, compartilhando com a gestante as decisões sobre condutas a serem adotadas e estabelecendo relações baseadas em princípios éticos, sociais e profissionais (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Desde a década de 1990, o governo brasileiro tem implementado ações, programas e políticas de saúde que buscam reduzir a medicalização do parto, incluindo a redução das intervenções obstétricas desnecessárias, promoção da humanização do atendimento, introdução das boas práticas e melhora da qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Entre essas iniciativas, destacam-se o estímulo ao parto normal por meio da limitação do pagamento de cesarianas no Sistema Único de Saúde (SUS); a inclusão do procedimento “parto normal sem distócia” realizado por enfermeiro obstétrico a partir de 1998, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS; a implantação dos centros de parto normal ou casas de parto no SUS, por meio da Portaria/ GM nº 985, de 1999; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no ano 2000; a Política Nacional de Humanização, lançada em 2004; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; a Rede Cegonha, lançada em 2011;

e o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, de 2017 (BAKES *et al.*, 2020).

O levantamento Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mostra que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofrem violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45%. Diante desse panorama, e das elevadas taxas desse tipo de violência, percebe-se que as maiores vítimas são as mulheres pobres e negras. De acordo com os dados apresentados em 2014 na campanha “SUS sem racismo”, do Ministério da Saúde, cerca de 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras. Fatores como a diferença racial, renda, escolaridade e estrato sociodemográfico influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto. Alguns serviços públicos de saúde brasileiros, que atendem mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, as consideram sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto (FERREIRA, 2018).

Dentre os prejuízos que a violência obstétrica pode causar no bem-estar mental das mulheres, tem-se a depressão pós parto, a ansiedade, a insegurança, a dificuldade de formação de vínculo mãe-filho, maiores dificuldades para a prática do aleitamento materno. Diretamente no trabalho de parto, a violência obstétrica também está associada a maiores intervenções desnecessárias e complicações obstétricas e neonatais, como maiores taxas de episiotomia, uso de episiotomia, Kristeller, baixo APGAR e taxas de cesarianas, que colaboram para que este tipo de violência seja considerado um problema de saúde pública.

Como principais causas de violência obstétrica, podemos citar: a formação profissional de médicos baseada no modelo biomédico de assistência, falta de estrutura em hospitais e rotina exaustiva de profissionais de saúde, falta de penalidade para quem cometeu atos de violência obstétrica, falta de conhecimento da população geral sobre o tema, associação do parto a dor e ao sofrimento/ “achar que é normal”, associar o uso da tecnologia a um bom atendimento, falta de conhecimento da gestante sobre seus direitos e baixo número de denúncias por medo ou falta de conhecimento.

Segundo a antropóloga Davis-Floyd (2004), medicina obstétrica ocidental é construída no dualismo entre corpo-mente, que projeta o corpo da mulher como uma máquina e o médico como um mecânico, aquele que a conserta. Nesta perspectiva, cria-se um corpo que precisa de intervenção, surge a necessidade da medicalização do parto, um evento biológico e natural se transforma em patologia, e, portando, caso médico. Nessa ressignificação os corpos são transformados em objetos que são passíveis de intervenções e manipulações por parte dos profissionais de saúde, cujas ações são justificadas em nome da ciência e como forma de minimizar riscos (SILVA; TORTATO, 2018).

Através do reconhecimento dos processos de gestação e parto como potencialmente patológicos ao invés de eventos fisiológicos, o corpo feminino é visto como objeto do sistema de saúde que necessita dos procedimentos institucionais para voltar ao seu estado de equilíbrio “normal”. Esse viés sobre o indivíduo (corpo) como um objeto da ciência constitui o que Goffman (1961) denomina despersonalização (ou objetificação da mulher), uma abordagem que normaliza a prática de eventos violentos nos processos de gestação, parto e pós-parto, ou seja, a violência obstétrica (LADEIRA; BORGES, 2022).

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 leito 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 (COSTA *et al.*, 2018).

São necessárias ações mais efetivas de combate à prática da violência obstétrica, buscando reduzir esta forma de violência contra a mulher. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de que essas ações sejam ensinadas e praticadas no contexto de formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde, por meio da educação e da prática de um cuidado humanizado e holístico.

Assim, o presente estudo expõe esse tema de enorme relevância, por meio de um relato de experiência produzido a partir das experiências das acadêmicas de Enfermagem numa maternidade, e tem como objetivo apresentar essas vivências como forma contribuir para a construção de mais conhecimentos na área obstétrica, especificamente sobre a prevenção e a redução da violência obstétrica, e o cuidado humanizado nesse ambiente.

## **2. CAMINHAR METODOLÓGICO E DESCRIÇÃO DO CONTEXTO**

Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de forma crítica e reflexiva de duas acadêmicas de Enfermagem do último ano, na assistência obstétrica de uma sala de parto num serviço público, no mês de setembro de 2022 e sob a supervisão de uma docente enfermeira obstetra. O período do estudo se deu na data de agosto do ano de 2022, onde se iniciaram a revisão da literatura e a construção do projeto até o mês de Outubro de 2022 no

qual se deu a última visita/imersão a instituição hospitalar. Os meses seguintes se deram para a construção do documento, análise dos dados e apresentação

O relato se refere a duas imersões no campo de prática, com duração de 6h, para observações e percepções sobre a forma como as mulheres são cuidadas pela equipe de saúde durante o atendimento obstétrico, tendo como foco a percepção das acadêmicas quanto à violência obstétrica contra as mulheres.

## **2.1 O campo da experiência**

O local das vivências foi uma maternidade da cidade de Três Lagoas, Estado do Mato Grosso do Sul (MS), financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é campo de prática para os cursos de Enfermagem e Medicina da UFMS, no Campus de Três Lagoas (CPTL). A cidade de Três Lagoas tem 125.137 mil habitantes, conhecida como a ‘capital da celulose’, com PIB de R\$ 11,5 bilhões.

A instituição hospitalar que foi o cenário das experiências é a única maternidade pública da cidade, sendo referência no atendimento de alta complexidade para 10 municípios da macrorregião, credenciada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Possui 18 leitos obstétricos, com leitos de PPP (pré-parto, parto e pós-parto), alojamento conjunto, berçário de médio risco e UTI Neo. Sua média de atendimento é de 137 partos por mês, sendo 68% do SUS e 32% de convênios. Além de sua ótima estrutura física e adaptada às exigências da humanização, possui uma equipe multiprofissional composta por enfermeiras obstetras, técnicos de enfermagem e obstetras.

Uma observação relevante sobre a realidade obstétrica da cidade é a alta taxa de cesariana – uma das mais elevadas do Estado, enquanto o número dos partos normais vem se reduzindo rapidamente, passando de 41% em 2018 para 25% em 2020 (TRÊS LAGOAS, 2021), no triênio de 2017 a 2019, na microrregião de Três Lagoas houveram 137 casos de mortalidade materna a cada 100000 nascidos vivos. No Mato Grosso do Sul, de 2017 a 2019\*, foram notificados 2625 óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e destes, foram confirmadas 2,70% (71/2625) de mortes maternas (causas obstétricas diretas e indiretas) (SES, 2020).

## **2.2 Etapas e procedimentos da experiência**

1ª etapa: criação de *checklists* adaptadas a partir de guias com diretrizes e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde para parto

e nascimento, que serviram como auxílio nas reflexões durante as vivências das acadêmicas, com diversas perguntas norteadoras e itens de observação.

2ª etapa: imersão no campo da experiência, com observação passiva. Também foi adotado um breve diário das observações e percepções pessoais, com reflexões sobre o que vivenciavam.

3ª etapa: preenchimento dos *checklists* e leitura reflexiva da literatura norteadora.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A imersão no campo da maternidade foi dividida em dois dias, com o acompanhamento e supervisão de uma professora. Em ambos os dias de vivência houve pacientes atendidas pelas seguintes demandas: trabalho de parto, abortamento, ameaça de abortamento, infecção do trato urinário, monitoramento fetal em risco de pós datismo e mulheres em pródromos.

Quanto às impressões da vivência, observamos a partir das diretrizes e recomendações técnicas estudadas (Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e Cuidados para uma Experiência de Parto Positiva), que muitas práticas elencadas em categorias recomendadas são prestadas, porém evidenciamos algumas lacunas na assistência obstétrica e nos cuidados humanizados, diante das quais fizemos reflexões e análises diante da literatura.

Uma das lacunas que primeiramente evidenciamos foi a falta do plano de parto, diferentemente do que é recomendado pela OMS, quando sugere um “plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação”. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, onde as gestantes expressam antecipadamente suas preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o parto, considerando seus valores, desejos e necessidades pessoais, de modo a evitar intervenções indesejadas. O plano de parto é uma das recomendações da OMS dentre as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” preconizadas desde 1996, a ser feito ainda no pré-natal, com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Em nossa experiência, observamos a falta de informações das mulheres mediante os direitos maternos e à humanização do parto. Pudemos observar que a equipe de saúde não incentiva as gestantes a adotarem posições favoráveis durante a fase expulsiva, como a posição vertical. Sabe-se o quanto a verticalização é importante para o bom andamento de um parto normal. Rocha *et al.* (2020) ressaltam que o principal motivo para apoiar a adoção de posições verticalizadas no parto é a ação da força da gravidade, a qual contribui na descida do feto pelo

canal vaginal, além de modificar a angulação da pelve materna. Já na posição litotômica, o canal vaginal apresenta uma curvatura para cima, dificultando a descida fetal no período expulsivo. Isso nos mostra que esta posição é de extrema importância para a gestante, e que deve ser corroborada pelos profissionais na sala de parto, realidade não evidenciada durante esta experiência aqui relatada.

A presença do acompanhante é respeitada durante o parto e o puerpério, segundo a Lei Federal nº 11.108/2005. Dodou *et al.* (2020) apontam que a presença do acompanhante ameniza o sentimento de dor e solidão da gestante, e que sua participação envolve principalmente a questão emocional. A equipe de saúde nem sempre tem condições e tempo para oferecer esse tipo de amparo à parturiente, assim, percebe-se que é importante não apenas incentivar a presença do acompanhante, como também orientá-lo a ajudar a mulher durante o parto e nascimento, assumindo uma participação ativa durante o processo. A OMS recomenda a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto pela melhora dos resultados maternos e perinatais e a satisfação das mulheres com os serviços de saúde (De MUCIO *et al.*, 2020).

Para reduzir a dor e a tensão durante o trabalho de parto, a OMS recomenda a adoção de métodos não farmacológicos (MNF) e práticas integrativas de saúde (PICS) para promover conforto, reduzir a dor, favorecer a posição vertical e a progressão do trabalho de parto. Dentre elas, incluem-se técnicas de respiração, hidroterapia, massagem, acupressão, acupuntura, aromaterapia, dentre outros. Em nossas vivências, observamos que a maternidade possui recursos para promover estas práticas, com bola suíça, barra/escala de Ling, banquetas de parto, banheiro com água quente e cavalinho, porém a equipe de saúde orienta e estimula pouco as parturientes a usufruírem desses equipamentos disponíveis nos quartos de PPP. Segundo Mascarenhas *et al.* (2019), a escolha do método não farmacológico deve variar entre as necessidades da parturiente, os objetivos dos cuidados e a disponibilidade do serviço.

Um item que acreditamos ser de grande importância é o contato pele-a-pele imediato entre mãe e recém-nascido. Esta conduta é fortemente reforçada pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para os hospitais que adotam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (BRASIL, 2017; SAMPAIO *et al.*, 2019).

Em nossa vivência, não houve a adoção desta conduta em nenhum dos partos observados, inclusive nas cesarianas. Sabe-se que todo recém-nascido normal deve ser colocado em contato pele-a-pele com a mãe logo após o parto, permanecendo ali durante sua primeira hora de vida. Demais exames e procedimentos devem ser realizados somente após o estabelecimento deste contato, exceto em caso de indicação médica (AYRES *et al.*, 2021).

A IHAC foi lançada em 1990 e desde então tem sido estimulado a todos os países do mundo que adotem esta conduta em suas maternidades, para que possam receber o título de Hospital Amigo da Criança, contribuindo para a melhoria dos indicadores de aleitamento materno e da saúde das crianças. Este é o quarto dentre os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, e consiste em colocar o recém-nascido em contato pele a pele com sua mãe imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, encorajando-a amamentar (SAMPAIO *et al.*, 2019).

Foi possível evidenciar alguns indicadores de violência obstétrica. De acordo com Lanksy *et al.* (2019), considera-se violência obstétrica: atrasos durante a assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, entre outros. Além disso, engloba a não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano. O termo *disrespect and abuse during childbirth* tem sido utilizado para designar o que se enquadra como violência obstétrica, violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto. Esta terminologia abrange todo ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Em nossa vivência, pareceu-nos faltar um modelo de atendimento individualizado e singular, no qual as mulheres sejam chamadas pelo nome, com contato visual, e recebam palavras de conforto e auxílio durante atividades de higiene, alimentação e deambulação. Ao mesmo tempo, pudemos compreender que essa realidade contribui para a manutenção do medo da dor, de atos de violência obstétrica e de complicações no parto vaginal entre as mulheres, assim como da crença equivocada de que a cesariana é mais segura do que o parto vaginal.

É possível afirmar que a violência obstétrica pode manifestar-se de diferentes formas, motivo pelo qual é um complexo problema de saúde pública. A prevenção e a superação desse problema exigem a participação ativa de todos os envolvidos com o processo assistencial, incorporando abordagens inovadoras, como a prática clínica baseada em evidência e a segurança das pacientes, o incentivo a práticas humanizadas de assistência, a fim de que haja a evidente promoção dos seus direitos enquanto usuárias dos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2015).

A humanização no tratamento realizado por profissionais da saúde vem como uma solução para acabar com a violência obstétrica. O parto humanizado pressupõe uma relação

com o corpo baseada em autonomia e individualidade. Por isso, percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto (OLIVEIRA, 2019). É importante que haja a demarcação do conceito de violência obstétrica e assim se esclareça à população sobre o assunto, sendo possível reconhecer esse fenômeno e denunciá-lo. Destaca-se a necessidade de uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica, já que o Brasil não conta com marcos legais que a delimitem e facilitem a proposição de ações que enfrentem essa situação (ZANARDO *et al.*, 2016).

A superação da violência obstétrica passa, necessariamente, pela retomada do protagonismo das mulheres na gravidez, no parto e no pós-parto, como sujeitos de direitos que são. Em vista disso, é importante que as intervenções clínicas intraparto sejam realizadas apenas quando houver evidências de que vão melhorar o desfecho perinatal. Contudo, no modelo de atenção vigente nas maternidades, o parto é definido como um evento médico, com protagonismo do profissional de saúde e anulação da autonomia feminina (TRAJANO; BARRETO, 2021).

#### **4. CONCLUSÃO**

A experiência aqui relatada nos permitiu compreender o conjunto de ações assistenciais e a dinâmica do atendimento durante a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, num cenário com ótima infraestrutura física, adaptada ao modelo humanizado, e com equipe multidisciplinar que conta com enfermeiras obstetras. Conseguimos observar a rotina obstétrica e planejar um cuidado humanizado para complementar as lacunas que foram evidenciadas durante nossa experiência.

No entanto, a identificação de indicadores de violência obstétrica, ainda que não tenham sido tão frequentes e evidentes, para nós é o resultado da institucionalização/medicalização do parto, com a manutenção de condutas intervencionistas e desnecessárias, como o excesso de cesarianas.

As percepções e as reflexões a partir da literatura, relatadas neste estudo, mostram que a desumanização caminha junto com a violência obstétrica, ainda que de forma sutil e velada, sendo um problema para a qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada pelos profissionais. As políticas públicas de saúde apontam para um novo modelo de assistência ao parto, humanizado e menos intervencionista, que garanta os direitos sexuais e reprodutivos às mulheres, que combata a violência obstétrica e institucional, e que precisa ser adotado e assumido pelos profissionais da assistência.

Finalmente, tratou-se aqui de uma experiência riquíssima e impactante para nossa formação profissional, desvelando a realidade do modelo obstétrico vigente e os inúmeros desafios que as enfermeiras obstetras enfrentam no cotidiano de sua prática.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, P. de O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 16, p. 29-37, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrFJLp/?lang=pt&format=html>.
2. AYRES, L. F. *et al.* Postpartum obstetric assistance to primiparous women according to funding. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 13, p. 1567-1573, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10513>.
3. BACKES, M. T. S. *et al.* A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hrZSnrs9vSdvwbVLnhydTmd/abstract/?lang=pt>.
4. BRASIL. ANS lança nova edição de campanha para incentivar parto adequado, Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-lanca-nova-edicao-de-campanha-para-incentivar-parto-adequado-7>.
5. COSTA, R. C. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em foco**, v. 9, n. 4, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>.
6. DE MUCIO, B. *et al.* Situación de la política nacional sobre el acompañante durante el parto en América Latina y el Caribe: brechas y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. NA-NA, 2020. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA629605941&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=10204989&p=HRCA&sw=w>.
7. DINIZ, S. G. *et al.* Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, 25(3): 377-376, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=s0104-12822015000300019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=s0104-12822015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt).
8. DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 262-269, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/abstract/?lang=pt>.

9. FERREIRA, V. M. Mãe Preta; de violência, estudo sobre o Índice. Obstétrica entre as mulheres negras. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Uberlândia, 2018. Disponível em:  
[https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580\\_ARQUIVO\\_CopeneMG.pdf](https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580_ARQUIVO_CopeneMG.pdf).
10. LADEIRA, F. M. B; BORGES, W. Ao. Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, 2022. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rae/a/WmmrVD8nySn993mb4tpKDKg/abstract/?lang=pt>.
11. LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/>.
12. MAGALHÃES, T. Violência e abuso: respostas simples para questões complexas. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press, 2020. Disponível em:  
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=mhrdDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=Viol%C3%Aancia+e+abuso:+respostas+simples+para+quest%C3%B5es+complexas.+&ots=NcsZLbfR0t&sig=ovBPxeG2QaOKtaR6rDPyl6PYka8>.
13. MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, p. 350-357, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QPfvQVTpmczQgiL783B9bVc>.
14. MAUÉS, A. B. *et al.* Dispositivo Materno e Parto: uma análise da interface de gênero e saúde mental nos relatos de mulheres do documentário “O renascimento do parto I”. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e283101017577-e283101017577, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/17577/28966/383717>.
15. MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgefn/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/abstract/?lang=pt>.
16. MOURA, A. F. P. *et al.* Violência obstétrica institucional: uma questão sobre os direitos da mulher. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 14, pág. e243101422226-e243101422226, 2021. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22226>.
17. OLIVEIRA, L. M. *et al.* 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>.
18. ROCHA, B. D. *et al.* Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/abstract/?lang=pt>.
19. SANTOS, H. F. L; ARAUJO, M. M. Políticas De Humanização Ao Pré-Natal E Parto: Uma Revisão De Literatura Humanization the Policies Prenatal and Childbirth: a Literature Review. **Revista científica FACMAIS**, v. 6, n. 2, p. 54-64, 2016. Disponível em:  
<https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6->

[POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf](#).

20. SAMPAIO, Á. R. R; BOUSQUAT, A; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 281-290, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/TW6SqFx8wJLdB3zn837349D/abstract/?lang=pt>.

21. SES. Boletim Epidemiológico do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil do Mato Grosso do Sul. nov. de 2020. Disponível em:

<https://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/boletim-mortalidade.pdf>.

22. SILVA, A. C. C; TORTATO, C. S. B. O desenvolvimento da medicina obstétrica como um modelo tecnocrático no controle dos corpos femininos. **Revista Mundi Engenharia, Tecnologia e Gestão** (ISSN: 2525-4782), v. 3, n. 1, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ifpr.edu.br/index.php?journal=MundiETG&page=article&op=view&path%5B%5D=521>.

23. TRAJANO, A. R; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?lang=pt&format=html>.

24. TRÊS LAGOAS. Relatório Anual de Gestão – 2020. Secretaria Municipal de Saúde, Três Lagoas, MS, 2021. Disponível em: <https://www.treslagoas.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Relatorio-Anual-de-Gestao-2020-FINAL.pdf>

25. TRINDADE, T. T. C. et al. Sobre parir e ver parir: estudando partos naturais através de uma perspectiva antropológica das técnicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/229145>.

26. ZANARDO, G. L. de P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt>.