

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA PAULA AGUIAR QUEIROZ

**AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA: Revisão integrativa de literatura**

Juazeiro do Norte – CE

2023

JULIANA PAULA AGUIAR QUEIROZ

**AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA: Revisão integrativa de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia  
apresentado ao Curso de Enfermagem do  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio como  
requisito para obtenção do título de  
Bacharelado em Enfermagem.

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Esp. Allya Mabel Dias  
Viana

Juazeiro do Norte – CE

2023

JULIANA PAULA AGUIAR QUEIROZ

**AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA: Revisão integrativa de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso -  
Monografia apresentado ao Curso de  
Enfermagem do Centro Universitário Dr.  
Leão Sampaio como requisito para  
obtenção do título de Bacharelado em  
Enfermagem.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Allya Mabel Dias Viana  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio  
*Orientador*

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Halana Cecília Vieira Pereira  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio  
*1º Examinador*

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Maria Jeanne de Alencar Tavares  
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio  
*2º Examinador*

Dedico este trabalho, aos meus pais, Antônio e Diana, por nunca terem medido esforços para me proporcionar um ensino de qualidade a minha irmã Mariana, pelo companheirismo, cumplicidade e pelo apoio. E a minha querida avó Fátima (in memoriam), cuja presença foi essencial na minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho. Aos meus pais, por todo amor, incentivo e amor incondicional. Agradeço a minha mãe Diana, minha heroína, que me deu apoio, que me incentivou nas horas difíceis de desânimo e cansaço, ao meu pai Antônio que mesmo com o obstáculo da distância se fez presente e me fortaleceu, me ajudando a enxergar toda a minha capacidade e a minha força, muito obrigada por serem uma fonte constante de inspiração, encorajamento e suporte ao longo de toda a minha jornada acadêmica. A minha irmã Mariana, que sempre esteve ao meu lado ouvindo minhas angústias e aventuras, oferecendo palavras de ânimo e incentivando-me a seguir os meus objetivos. Sua confiança em mim foi um verdadeiro impulso para superar todas as dificuldades. Vocês três são a minha base, minha motivação e o meu exemplo de força e determinação. Obrigada por acreditarem em mim e por nunca duvidarem do meu potencial. Cada conquista que alcanço é compartilhada com vocês. A todos os meus amigos e colegas, em especial Ana Beatriz (Bia), Manuella (Manu) que estiveram mais próximas nos últimos anos e fizeram deles os mais divertidos e principalmente para a minha melhor amiga Maria Luiza (Malu), com quem convivi intensamente durante os últimos cinco anos, por todo o apoio e suporte que me ofereceu ao longo da construção do meu TCC, desde o início você esteve ao meu lado, me incentivando e me encorajando, sua presença foi essencial para me manter firme durante todas as incertezas ao longo dessa caminhada acadêmica, quero agradecer por todas as risadas, todos os abraços e todos os conselhos. Malu, você é uma pessoa extraordinária, sou imensamente grata por ter você em minha vida, eu não poderia ter pedido uma amiga melhor. Agradeço ao meu namorado Arthur por todo o apoio, incentivo e paciência, você foi um dos principais pilares durante todo este processo. Você me ouviu quando precisei desabafar, me incentivou em momentos de incerteza e me deu todo o seu apoio incondicional. Agradeço por todo o suporte emocional e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu duvidava das minhas próprias capacidades. Sua confiança no meu potencial foi fundamental para que eu superasse os desafios e alcançasse o resultado tão esperado. Não tenho palavras para expressar o quanto sou grata por ter você ao meu lado nessa fase tão importante da minha vida, por isso deixo registrado toda a minha gratidão por você. Sou imensamente grata e feliz em ter você como meu companheiro de vida e de estudos, seu apoio foi essencial e jamais será esquecido. Agradeço a minha professora Mabel, por ter sido a minha orientadora e ter

desempenhado tal função com dedicação, por todos os conselhos, pela ajuda e paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. No decorrer do processo do meu TCC, sua orientação foi fundamental, sua disponibilidade em esclarecer as minhas dúvidas, seu olhar crítico e suas sugestões valiosas me ajudaram a traçar um caminho claro e coerente para o desenvolvimento do trabalho, desejo a você sucesso em sua carreira e vida profissional. Que continue a inspirar e orientar outros alunos com a mesma paixão e competência. Agradeço aos meus professores por todos os ensinamentos, Magaly Mota, Flórido Sampaio, Elainy Fabrícia, José Diogo, Aline Venancio, Kátia Figueiredo, Marlene Teixeira, Lys Callou, Andréa Coutto, Luccas Alencar, João Paulo, Bruna Bandeira, Ana Érica, Jeanne Alencar, Nadja França as minhas Mestres Halana Cecília que também é a minha examinadora e Ariadne Sampaio, que me acolheram na Semiologia e me fizeram amar a docência. Acredito que, graças ao conhecimento adquirido com vocês e com a vivência no laboratório, sinto-me preparada para enfrentar desafios futuros e aplicar todo o conhecimento obtido na minha vida acadêmica e profissional. Sou imensamente grata a vocês, professoras pelo carinho e dedicação que demonstraram em todos os momentos. O compromisso de vocês com a formação dos alunos é admirável e inspirador. Quero agradecer também as técnicas do laboratório de semiologia Stephanie e em especial Flavia (Flavinha) que foi uma grande amiga durante toda a minha jornada como monitora. Por fim, quero agradecer a mim mesma, por todo o meu esforço, dedicação e empenho.

A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.

-Florence Nightingale

## RESUMO

Durante a gestação, acontecem grandes mudanças tanto físicas como psicológicas. O corpo da mulher passa por transformações já esperadas, tornando-se um ambiente seguro e propício para o crescimento saudável de um futuro bebê que venha a nascer, além de um misto de ansiedade de como será seu o parto. Este trabalho objetivou evidenciar ações de enfermagem que fomentem o debate sobre mecanismos que impulsionem o combate à violência obstétrica. Para isso foi utilizada uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa de literatura – RIL, realizada através da Biblioteca Virtual em saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio do cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde e da utilização do operador booleano AND: “Assistência de Enfermagem” AND “Violência Obstétrica” AND “Assistência ao parto” AND “Parto Humanizado”. Foram identificadas 37 obras, sendo que, depois de indexados os critérios de inclusão: artigos científicos, monografias, livros e Manuais do ministério da Saúde, nos idiomas português e inglês publicados entre os anos de 2011 e 2023; e os critérios de exclusão: estudos que não tratem da temática e/ou que não respondam à questão direcionada ao estudo, através da leitura do título e resumo na íntegra; a amostra final foi composta por 12 artigos. Os principais resultados apontam que a enfermagem desempenha um importante papel na prevenção de práticas dolosas que possam prejudicar a saúde física e psicológica da parturiente. Durante o processo de parto e nascimento, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção de cuidados seguros, éticos e baseados em evidências para garantir que a mãe e o bebê tenham a melhor experiência possível. O enfermeiro deve cuidar de seu próprio bem-estar para garantir que possa oferecer o melhor cuidado possível às parturientes. A educação contínua é essencial para manter a atualização sobre as melhores práticas no cuidado. Isso inclui a participação em treinamentos, workshops e cursos que abordem questões de cuidado materno, ética e direitos humanos. Ao oferecer cuidados baseados em evidências, respeitosos, individualizados e centrados na parturiente, as enfermeiras contribuem para garantir uma experiência de parto segura e positiva. A enfermagem pode desenvolver condutas e ações para combater e enfrentar a violência obstétrica através da sensibilização e educação tanto entre as gestantes como na equipe de saúde, elucidando sobre os direitos da mulher e os princípios de autonomia, consentimento informado e dignidade. É também fundamental estabelecer protocolos institucionais que abordem a prevenção, identificação e relato de casos de violência obstétrica, oferecendo um ambiente seguro para que as gestantes possam expressar suas preocupações.

**Palavras- chave:** Assistência de Enfermagem. Violência Obstétrica. Assistência ao parto. Parto Humanizado.

## ABSTRACT

During pregnancy, major changes occur, both physical and psychological. A woman's body goes through expected transformations, becoming a safe and conducive environment for the healthy growth of a future baby, as well as a mixture of anxiety about what the birth will be like. This work aimed to highlight nursing actions that encourage debate about mechanisms that promote the fight against obstetric violence. For this, a bibliographical research of the integrative literature review type – RIL was used, through the Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) in the databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and in the Nursing Database (BDENF), through the crossing of Descriptors in Health Sciences and the use of the Boolean operator AND: “Nursing Assistance” AND “Obstetric Violence” AND “Childbirth assistance” AND “Humanized Birth”. 37 works were selected, and after indexing the inclusion criteria: scientific articles, monographs, books and Manuals from the Ministry of Health, in Portuguese and English published between 2011 and 2023; and exclusion criteria: studies that do not address the topic and/or that do not answer the question addressed to the study, by reading the title and summary in full; the final sample consisted of 12 articles. The main results indicate that nursing plays an important role in preventing intentional practices that could harm the physical and psychological health of the woman in labor. During the labor and birth process, nurses play a crucial role in promoting safe, ethical and evidence-based care to ensure mother and baby have the best experience possible. Nurses must look after their own well-being to ensure they can provide the best possible care to women in labor. Continuous education is essential to stay up to date on best practices in care. This includes participation in training, workshops and courses that address issues of maternal care, ethics and human rights. By providing evidence-based, respectful, individualized, and birth-centered care, nurses contribute to ensuring a safe and positive birth experience. Nursing can develop behaviors and actions to combat and confront obstetric violence through awareness and education both among pregnant women and the healthcare team, elucidating women's rights and the principles of autonomy, informed consent and dignity. It is also essential to establish institutional protocols that address the prevention, identification and reporting of cases of obstetric violence, offering a safe environment for pregnant women to express their concerns.

**Keywords:** Nursing Care. Obstetric Violence. Birth assistance. Humanized birth.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstétricos
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BDENF	Bases de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DeCs	Descritores em Ciência de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Dr	Doutor
ESP	Especialista
IC	Índice de Cesarianas
LILACS	Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNU	Política Nacional de Humanização
PNU	Política Nacional de Humanização
PROF <sup>a</sup>	Professora
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Trabalho de Parto
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNILEAO	Centro Universitário dr Leão Sampaio
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1 REVISITANDO A HISTÓRIA DO PARTO.....	14
3.2 FISIOLOGIA E ETAPAS DO PARTO VAGINAL.....	16
3.3 MECANISMO DO PARTO CESÁREA.....	19
3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	20
3.5 ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO: INICIANDO UM DEBATE .....	23
<b>4.METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA.....	27
4.3 PERÍODO DE COLETA.....	27
4.4 BASE DE DADOS PARA A BUSCA.....	27
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA.....	28
4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>30</b>
5.1 ENFERMAGEM: ATUAÇÃO PARA MITIGAR PRÁTICAS DOLOSAS A SAÚDE FÍSICA E PSICOLÓGICA DA PARTURIENTE.....	36
5.2 BOAS PRÁTICAS: AÇÕES QUE PROPORCIONAM UM PARTO HUMANIZADO.....	38
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a gestação, acontecem grandes mudanças tanto físicas como psicológicas. O corpo da mulher passa por transformações já esperadas, tornando-se um ambiente seguro e propício para o crescimento saudável de um futuro bebê que venha a nascer, além de um misto de ansiedade de como será seu o parto. Durante muito tempo as gestantes “davam à luz” em suas próprias casas e rodeadas de sua família, respeitando seu curso natural sem a utilização de recursos e mecanismos que acelerassem esse processo, por vezes com o auxílio de parteiras (MOURA *et al.* 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como violência obstétrica qualquer atitude desrespeitosa e desumanizada, realização de procedimentos desnecessários além de negligências e maus tratos contra a parturiente e aos recém-nascidos que possam provocar danos e sofrimentos físicos e psicológicos, sendo possível perpassar por todos os níveis de assistência (BRASIL, 2021). Estatísticas apontam que um quarto das brasileiras que vivenciaram partos normais referem ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos nas maternidades. Situações como essas podendo ocorrer durante a gestação, no parto e no puerpério, resultando que este deixe de ser um momento de felicidade e realização para se tornar um período traumático e lesivo (MOURA *et al.* 2018).

No parto humanizado, gestantes e puérperas desfrutam de um parto e um pós-parto o mais tranquilo e natural possível, tanto nos partos vaginais como na cirurgia cesárea. Não sendo submetidas a procedimentos indevidos e sem necessidade, atuando como protagonistas participando das decisões em parceria com a equipe profissional que irá assisti-la e dispondo do direito ao acompanhante que segundo a lei nº 11.108/2005, expressa que a gestante tem o direito de ser acompanhada por pessoa de sua escolha durante sua permanência no estabelecimento de saúde (ALMEIDA; RAMOS, 2020). Outro passo importante foi a implementação da rede cegonha em através do Ministério da Saúde, que tem como intuito o atendimento humanizado a gestante reduzindo a mortalidade materna e neonatal, buscando o direito ao planejamento familiar, atenção humanizada ao parto e questões relacionadas ao abortamento e puerpério (MARTINELLI,2014)

No Brasil, o projeto de Lei 190/23 altera o Código Penal para tornar crime a conduta do profissional de saúde que ofende a integridade física ou psicológica da mulher durante as fases da gravidez (BRASIL,2023). Porém, até o presente momento esta lei não se encontra em vigor e dessa forma as práticas de violência obstétrica são norteadas por meio das Normativas

instruídas pelo Ministério da Saúde (MS) Portaria 569/200 que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no qual estabelece o direito de atendimento digno, humanizado e de qualidade na gestação, parto e puerpério. No âmbito hospitalar e assistencial a Portaria 1.067/2005 diz que é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos estabelecendo então relações baseadas em princípios éticos, garantindo privacidade e autonomia. (BRASIL,2021)

Desse modo, no que diz respeito as ações e atuações da equipe multiprofissional durante o parto, a enfermagem desempenha um papel essencial no processo de parturição, devendo prestar assistência de forma humanizada, respeitosa e acolhedora, oferecendo e assegurando autonomia a mulher, buscando então modificar o atual cenário. Diante disso, questiona-se: De que modo a enfermagem pode desenvolver condutas e ações para combater e enfrentar a violência obstétrica?

Nessa perspectiva, o interesse pela temática surgiu no decorrer da trajetória acadêmica da pesquisadora, durante o curso de graduação em enfermagem, mais especificamente ao longo da disciplina de Saúde da Mulher, o que proporcionou um maior aprofundamento dos conhecimentos teóricos e vivências práticas nos campos de estágio no que se refere a violência obstétrica.

Diante desse contexto esse estudo torna-se relevante em diversos campos, uma vez que aborda um tema pertinente e cada vez mais frequente em políticas públicas de saúde, que visam coibir a violência obstétrica. No cenário brasileiro, existem concepções culturais distintas acerca da compreensão do parto e todo processo a ele relacionado. O excesso de procedimentos, a falta de diálogo, a solidão na hora do parto e a desumanização das mulheres são alguns exemplos práticos. Dessa forma, a caminhada para mitigar a violência obstétrica se inicia no ambiente acadêmico, fornecendo ferramentas e conhecimento técnico aos futuros profissionais que irão compor a equipe assistencial de maternidades, unidades básicas de saúde e centros de atendimento especializado em obstetrícia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Evidenciar ações de enfermagem que fomentem o debate sobre mecanismos que impulsionem o combate à violência obstétrica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Abordar como a enfermagem atua para evitar práticas dolosas a saúde física e psicológica da parturiente;

Identificar ações que proporcionam um parto humanizado.

### 3 REVISÃO NARRATIVA

#### 3.1 REVISITANDO A HISTÓRIA DO PARTO

A gestação é um momento marcante para qualquer mulher e mesmo o seu corpo sendo preparado para a concepção de maneira fisiológica. Diversas transformações surgiram ao longo do tempo no processo de assistência ao parto, modificando-o de acordo com o tempo e a cultura. No entanto, algo comum que perdurou por muito tempo foi a presença feminina no momento do parto, normalmente pela parteira ou mãe da parturiente (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Tradicionalmente o processo de parturição era um momento de exclusiva vivência feminina. Durante muito tempo, partejar era uma prática privativa de mulheres, que ganhavam os seus filhos no conforto de suas casas e eram assistidas por parteiras, assistentes de parto ou por pessoas de sua própria família. Seus conhecimentos eram empíricos e milenares, geralmente passado entre gerações, prestando assistência às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, além dos primeiros cuidados aos recém-nascidos (CARREGAL *et al.* 2020).

O parto realizado por parteiras foi considerado normal pela sociedade durante muito tempo. No Brasil, as parteiras realizavam os partos e orientavam as mulheres a parirem na posição agachada ou sentada, o que facilitava o trabalho de parto, tanto para a parturiente como para quem estava prestando o serviço. Além disso as mulheres preferiam as parteiras por causa do tabu de mostrar a genitália e por questões psicológicas e físicas, uma vez que os médicos da época eram indiferentes à dor do parto (GUERRA *et al.* 2013).

Alguns autores como Souza *et al* (2019) destacam que a predominância do parto caseiro de exclusiva responsabilidade da parteira perdurou até o século XVIII. Após esse período a presença da parteira foi diminuindo gradualmente, pois muitas tecnologias passaram a surgir no meio médico-obstétrico, que é compreendido como o início da evolução da medicina obstétrica e de intensivo número de intervenções médico-cirúrgicas no parto.

No Brasil, a criação de maternidades data do início do século XX, quando as reformas sanitárias se tornaram mais intensas e a medicalização do parto foi vista como uma das estratégias de civilização da população. Com o avanço da medicina obstétrica houve um aumento nos incentivos de intervenções médico-cirúrgicas no procedimento do parto. Tornando o nascimento mais institucionalizado e dessa forma as cesarianas se tornaram vias de partos mais comuns (PALHARINI *et al.*, 2018).

Nesse contexto, segundo Pimentel *et al.* (2014) a transição para o século XX marcou um momento significativo na história da saúde materna, em que a prática do parto passou por um processo de colonização. Esse processo resultou na perda gradual da autonomia das parteiras e na marginalização de sua importante contribuição para a saúde das mulheres. A institucionalização da medicina nesse contexto levou à desvalorização dos serviços das parteiras, que foram considerados antiquados e ultrapassados. Concomitantemente, ocorreu uma mudança na dinâmica de gênero, em que o papel de protagonista na assistência ao parto, que antes era desempenhado principalmente por mulheres, passou a ser quase exclusivamente dominado pelos homens, que detinham o acesso privilegiado à formação científica naquela época.

É importante destacar que no início da criação das maternidades, o parto realizado em ambiente hospitalar era predominante para mulheres solteiras e com baixo poder econômico. No entanto, a partir da década de 1930, mulheres da classe média e alta passaram a ser convencidas que o hospital era o melhor local para ter seus filhos, dessa forma procedimentos e fenômenos da hospitalização começaram a serem fortalecidos nas décadas que se seguiram (CASTRO, 2015).

De acordo com Ayres, Henriques e Amorim (2018), na década de 1960, começou a ser implementado o uso do fórceps instrumento utilizado para auxiliar a retirada de um feto por alguma razão em que a contração natural não era o suficiente, além das tesouras para a episiotomia ou corte do períneo, tais procedimentos eram rotineiros em partos hospitalares. E era extremamente fácil convencer as parturientes a realizarem o procedimento dentro do centro cirúrgico.

Em 1975, foi estabelecido um instrumento significativo o Programa de Saúde Materno-Infantil que tinha como objetivo a redução da morbimortalidade materno infantil do país além de promover mudanças nas políticas de parto no Brasil, com o objetivo de direcionar um olhar específico para a saúde da mulher, que até então era negligenciada (MATOS; MAGALHÃES, 2021 ) Durante a década de 1980, as críticas intensificaram-se visando a mudanças dessa situação. Surgiu então um movimento conhecido como “humanização do parto”. Como resultado foi realizado uma conferência em Fortaleza pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), onde foi reafirmado a importância do parto vaginal e a necessidade de mudanças nesse cenário, levando ao surgimento de políticas públicas em prol do resgate da humanização do parto (NICIDA *et al.*, 2020)

É importante destacar que a iniciativa de promover e fortalecer o movimento de humanização do parto no Brasil teve um grande impacto graças à participação de um grupo de

enfermeiras obstétricas da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricos (ABENFO). O movimento que questiona o modelo hospitalar colocou ênfase na valorização histórica, na ética e na necessidade de criar políticas públicas que envolvessem enfermeiros na prática de um parto humanizado (NICIDA *et al*, 2020).

Torres et al. (2014) traz que atualmente o Brasil ainda enfrenta uma alta incidência de cesáreas, sendo um dos países com o maior índice dessas cirurgias a nível mundial. Em maternidades privadas do Brasil, a proporção é de 8,5 cesáreas a cada 10 partos, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um índice de 1,5. Esse elevado número de cesarianas é resultado de uma cultura médica que tende a intervir excessivamente nos partos, acreditando na necessidade de medicalização e intervenção. Essa prática tem contribuído para o aumento da taxa de morbimortalidade materna e perinatal, além de sobrecarregar os sistemas social e financeiro do país.

Dessa forma, para reduzir o número de cesarianas e diminuir as taxas de mortalidade materna, o Governo Federal investiu em uma estratégia que envolve a capacitação de profissionais de Enfermagem Obstétrica, uma vez que são capacitados para assistir partos normais de risco habitual. Priorizando a autonomia da mulher durante o processo de parto, promovendo um nascimento seguro e evitando intervenções cirúrgicas e medicamentosas desnecessárias (MOUTA; PROGIANTI, 2017); (POSSATI *et al*, 2017).

### 3.2 FISIOLOGIA E ETAPAS DO PARTO VAGINAL

O feto percorre a bacia, impulsionado pela contração uterina. O trajeto de parturição, estende-se do útero à fenda vulvar, constituído por partes moles, segmento inferior, cérvix, vagina e região vulvoperineal, sendo sustentado por uma cintura óssea. No transcurso através do canal de parto, impelido pela contratilidade uterina e pelos músculos da parede abdominal, o feto é compelido a executar certos movimentos, denominados mecanismos do parto. Tais movimentos são puramente passivos e tem como objetivos a adaptação, reduzindo seus diâmetros e se acomodando as diferentes formas que o canal de parto pode apresentar (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

É fundamental levar em conta a posição da pelve durante o processo de parto. Durante a preparação para a descida do feto, ocorre uma abertura da pelve por meio do afastamento das cristas ilíacas e sínfise púbica, causado pela contranutação. Isso resulta em uma restrição do estreito inferior, tornando a passagem do feto e seus anexos embrionários para o meio externo mais difícil. Por outro lado, na fase expulsiva, é crucial que ocorra a nutação, que leva

à diminuição do diâmetro do estreito superior e ao aumento do estreito inferior. Esse movimento é facilitado pelos músculos da cadeia posterior de tronco, que promovem a posteriorização do ápice do sacro e o rebatimento do cóccix. Durante a natação, observa-se o estiramento dos ligamentos útero-sacros, alinhando o canal vaginal com o colo uterino e promovendo o apagamento do cérvix, simultaneamente ao afastamento dos ísquios. Esse processo contribui para o aumento do diâmetro do canal vaginal, favorecendo a saída fetal (MARTINS *et al.*, 2013).

Desse modo, vale destacar os fenômenos clínicos do parto que são divididos em 4º períodos, o 1º período do parto sendo a fase de dilatação, o 2º período a fase de expulsão, o 3º período a fase que ocorre a dequitação e o 4º e último período correspondendo a 1 ou 2 horas após a saída da placenta. Para ser considerado trabalho de parto propriamente dito, faz-se necessário avaliar o tipo de contração, se elas são dolorosas, se apresentam um ritmo de no mínimo 2 contrações em minutos estendendo-se por todo útero e com duração de a 50 a 60 segundos, formação da bolsa das águas e perda do tampão mucoso, denunciando o apagamento do colo. (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

O primeiro período do parto ocorre desde o início do trabalho de parto (TB) até a dilatação completa. Essa etapa engloba as fases latente e ativa do trabalho de parto. A fase latente tem uma duração variável e é caracterizada pela dilatação gradual do colo do útero, atingindo cerca de 4 cm, com uma velocidade de dilatação média inferior a 1 cm/h e por contrações uterinas irregulares (RAMOS *et al.*, 2023). No ambiente intrauterino, o saco amniótico desempenha um papel crucial na dilatação, caso ainda não tenha se rompido. A compressão do saco amniótico contra o canal cervical evidencia a formação da "bolsa d'água" e auxilia na criação de pressões que contribuem para a dilatação do colo uterino. Além disso, o feto também desempenha um papel importante nesse processo, por meio dos movimentos de sua parte exposta, geralmente o crânio (POSNER, 2014).

Autores como Nascimento *et al.* (2017) apontam que a dilatação é dividida em duas fases: a fase latente e a fase ativa. As características distintivas dessas fases estão relacionadas à intensidade e à frequência das contrações. Na fase latente, as contrações são de baixa intensidade e têm períodos irregulares. Essa fase é responsável por promover aproximadamente 3 a 4 cm de dilatação do colo do útero, com duração média de 8 horas em mulheres primíparas e 5 horas em mulheres múltíparas. Por outro lado, a fase ativa é caracterizada por contrações mais intensas, que podem durar até 1 minuto, com intervalos adequados de 2 a 5 minutos, e que levam à dilatação completa de 10 cm. Em mulheres

primíparas, essa fase tem uma média de duração de 5 horas, enquanto em mulheres multíparas, tem uma duração média de metade desse tempo.

Ademais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, é recomendado realizar a avaliação dos sinais vitais maternos a cada hora. A presença de febre e aumento da frequência cardíaca em pacientes com ruptura prematura de membranas pode indicar uma possível infecção no saco amniótico. No caso de gestantes de baixo risco, é encorajado que adotem a posição ou comportamento que lhes seja mais confortável, seja caminhando ou descansando na cama. Se a paciente preferir descansar na cama, é importante evitar a posição deitada de costas, pois isso pode causar compressão da veia cava inferior pelo útero, levando à hipotensão arterial e bradicardia fetal (RAMOS, 2023).

Além disso, para Ramos *et al.*, (2023), o acompanhamento da parturiente durante o primeiro período do trabalho de parto envolve principalmente a monitoração clínica do progresso do trabalho de parto e a vigilância da saúde fetal. Além disso, é crucial fornecer um suporte emocional adequado à parturiente, pois é comum que o trabalho de parto seja acompanhado de sentimentos de angústia, medo e dor.

Conforme destacado por Montenegro e Rezende (2017) o se segundo período do parto ou fase da expulsão é iniciada após a completa dilatação do colo uterino e é encerrada com a saída do feto. Nesse período, as contrações tornam-se mais intensas e o papel da parturiente no processo é fundamental, uma vez que ela desempenha um protagonismo maior na ação de expulsar o feto, realizando compressões abdominais nesse sentido. Para garantir uma eficiência maior no período expulsivo, é essencial que dois fatores ocorram simultaneamente: a sístole involuntária do útero e a contração voluntária da musculatura abdominal. A gestante interrompe a respiração e contrai vigorosamente a musculatura abdominal, como em movimentos expiratórios fortes. Essas ações combinadas contribuem para o processo de expulsão fetal.

Após a expulsão do feto, tem início o terceiro estágio do parto, conhecido como período de secundamento. Nesse estágio, ocorre o descolamento, descida e desprendimento da placenta e das membranas. A duração desse período está diretamente relacionada à quantidade de perda sanguínea. Cerca de 90% das placentas são expelidas nos primeiros 15 minutos, e 97% são expelidas nos primeiros 30 minutos após o nascimento. É importante ressaltar que partos prematuros tendem a apresentar um período de secundamento mais prolongado em comparação com partos a termo (POSNER,2014). Quanto maior for a duração do período de secundamento, maior será o volume de sangramento pós-parto. Por últimos ocorre o 4º período do parto, durante essa fase, é crucial realizar a monitorização da retração uterina e

observar os sinais vitais de forma contínua, visando identificar precocemente quaisquer anormalidades (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

### 3.3 MECANISMO DO PARTO CESÁREA

Segundo Montenegro e Rezende, 2017 a cesariana é o ato cirúrgico que consiste na incisão do abdômen e da parede do útero da gestante para que ocorra a retirada do feto, podendo ser realizada pré-termo, a termo e pós-termo a depender a situação clínica da mãe ou do bebê. Mesmo sendo considerada uma das operações abdominais mais comum realizada pelo mundo, existem indicações absolutas e relativas para se escolher essa via de parto.

Diversos fatores têm contribuído para o aumento da taxa de cesarianas (IC), englobando avanços nas técnicas anestésicas, redução de riscos e complicações pós-operatórias, fatores nutricionais e demográficos, percepção de segurança por parte das pacientes e profissionais de saúde, prática obstétrica defensiva, mudanças nos sistemas e nas organizações de saúde, questões relacionadas à remuneração dos profissionais e instituições, além das demandas das mulheres e suas famílias (MONTENEGRO E REZENDE, 2017).

Vale ressaltar que no contexto brasileiro, a proporção de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é de 40%, enquanto no setor de saúde suplementar, que é predominantemente privado, essa proporção chega a 85%. Nos últimos anos, houve um esforço por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições de saúde para promover a adoção de práticas que visam reduzir o número de cesarianas desnecessárias. (Costa, *et al.*, 2023)

Dessa forma é fundamental pontuar as indicações absolutas e relativas para um parto cesáreo, placenta acreta placenta prévia total e parcial, malformações genitais, situação transversa, desproporção cefalopélvica com feto vivo, são exemplos de indicações absolutas. As indicações relativas ainda podem ser subdivididas em três, as maternas como: cardiopatias específicas (síndrome de Marfan com dilatação da aorta), dissecação da aorta, condições associadas à elevação da pressão intracraniana e história de fístula retrovaginal; nas fetais podemos citar: sofrimento fetal, prolapso de cordão, apresentação pélvica, gemelaridade monoaminiótica, macrossomia, malformações fetais específicas (meiелomeningocele) herpes genital ativo, HIV com carga viral >1.000 cópias. E por fim as materno-fetais: cesárea prévia, descolamento prematuro da placenta com feto vivo, placenta prévia marginal e baixa distanciando < 2cm do orifício interno do colo (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

### 3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O conceito de violência obstétrica (VO) está gradualmente sendo traçado como parte de um movimento amplo dos grupos sociais, tanto a nível nacional quanto internacional, em defesa do parto humanizado. Esse movimento busca evidenciar diversas práticas abusivas direcionadas às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, uma vez há uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos, constituindo uma clara transgressão ao corpo, à dignidade e à autonomia das mulheres durante momentos cruciais de sua vida reprodutiva (MARQUES, 2020).

A violência obstétrica é considerada uma questão de saúde pública. Pois 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou propostas que tinham como objetivo incentivar práticas como o parto vaginal, o contato pele a pele imediato após o parto, a promoção da amamentação e a presença de um acompanhante durante todo o período do parto e pós-parto. Essas propostas ressaltavam ainda a importância das enfermeiras obstetras na condução de partos vaginais de risco habitual e a inclusão de parteiras em regiões carentes de atenção hospitalar (DINIZ *et al.*, 2015). Porém, apesar dos avanços alcançados nos últimos anos no Brasil em relação à prevenção da violência obstétrica, ainda se constata que uma em cada quatro mulheres vivencia algum tipo de violência durante o parto. Além disso, aproximadamente metade das mulheres que passaram por um aborto relatam ter sido vítimas de alguma forma de violência, especialmente nos casos de aborto provocado (ANDRADE *et al.*, 2016).

Autores como Zanardo *et al.* (2017) relatam que a ausência de informações e o medo de questionar sobre os procedimentos que serão submetidas durante o trabalho de parto. São fatores que podem levar as mulheres a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar. No contexto brasileiro, ainda existe uma forte influência cultural que afeta a percepção do nascimento na sociedade, especialmente relacionada ao uso excessivo de procedimentos desnecessários. A solidão da mulher sem um acompanhante durante o parto, as interferências na fisiologia natural do trabalho de parto que aumentam o desconforto da mulher, a falta de privacidade e o controle profissional e institucional sobre o processo de parturição (MATIAS, 2020)

Durante o parto, as mulheres ficam sensibilizadas e por vezes até mesmo vulneráveis. E Infelizmente muitas vezes trata-se de uma violência “consentida”, pois movidas pelo medo e pela subordinação ao profissional algumas acabam mentalmente esquecendo o que sofrem, impulsionadas pela alegria do nascimento. Outras enfrentam doses ainda maiores de agressões, tornando o evento do parto doloroso não apenas devido aos aspectos fisiológicos,

mas também pela violência sofrida. Além disso, muitas mulheres não têm conhecimento de que as intervenções às quais são submetidas são consideradas violência, como é o caso da episiotomia, um termo técnico utilizado pelos profissionais e que não faz parte da vivência cotidiana de todas as mulheres (BRANDT, 2018).

Vale destacar que ao considerar diferenças raciais, classe social, renda e nível de escolaridade, é possível observar uma influência significativa na percepção das usuárias em relação ao atendimento e ao próprio processo de parto. Em alguns serviços de saúde pública no Brasil, quando se trata de gestantes com baixa escolaridade e baixa renda, infelizmente são vistas como desprovidas de autonomia e incapazes de decidir sobre seus corpos durante o parto, sendo privadas do protagonismo em um momento tão importante e prazeroso para uma mãe (D'ORSI *et al.*, 2014).

Conforme destacado por Leite (2022) com o estudo "Nascer no Brasil", que analisou um grupo de 23.940 mulheres em diferentes regiões do país, apenas 5,6% tiveram partos normais assistidos sem qualquer intervenção, enquanto 45,5% foram submetidas a cesarianas, mesmo que 56,8% tenham sido consideradas como casos de risco habitual. O estudo também revelou que 70% das mulheres tiveram punção venosa realizada, cerca de 40% receberam ocitocina e tiveram amniotomia realizada para acelerar o parto, e 30% receberam analgesia raqui/peridural. Quanto às intervenções durante o parto, a posição de litotomia que se refere a ficar deitada com a face para cima e joelhos flexionados foi utilizada em 92% dos casos, a manobra de Kristeller que pode ser explanada como a aplicação de pressão na parte superior do útero, foi realizada em 37% das vezes, e a episiotomia que é o corte na região do períneo ocorreu em 56% dos partos.

Destarte, Diniz (2015) subdivide a VO em 5 principais tipos de agressão: Violência institucional, física, moral, sexual, psicológica e verbal. Além de não proporcionar os devidos direitos dessas mulheres, como: o direito à liberdade de danos e maus tratos, direito a informações, a autonomia, a privacidade, a dignidade, a confidencialidade e a não discriminação. A violência física e a violação do direito à informação e autonomia podem ser observadas diante da realização de intervenções e práticas que são cientificamente consideradas prejudiciais, sem o consentimento da parturiente ou autorizadas com base em informações distorcidas e incompletas. Isso inclui situações em que se mente para a paciente sobre sua dilatação, a vitalidade fetal ou se apresentam motivos infundados para indicar uma cesariana, movidos por interesses pessoais, como alegar circular de cordão cervical, bacia materna estreita, macrossomia fetal, entre outros (BRANDT, 2018).

A violência física e a violação do direito à informação e autonomia são evidentes quando ocorrem intervenções e práticas consideradas desnecessárias e cientificamente prejudiciais sem a devida autorização da parturiente ou com base em informações distorcidas e incompletas. Isso inclui situações em que enganam ou mentem para a paciente sobre sua dilatação, vitalidade fetal e motivos considerados improcedentes para a indicação de uma cesariana, como circular de cordão cervical, bacia materna estreita, macrosomia fetal, entre outros. Tais práticas são completamente inaceitáveis, uma vez que violam o direito fundamental da parturiente de receber informações precisas e completas sobre seu próprio corpo, saúde e o processo de parto. Além disso, elas desrespeitam sua autonomia e capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar, infringindo o princípio do consentimento informado (DINIZ *et al.*, 2015).

Com o objetivo de acelerar o trabalho de parto em gestantes de risco habitual, algumas práticas acabam se tornando rotina. Como por exemplo a manobra de Kristeller, que envolve a aplicação de força na parte superior do útero durante o período de expulsão, estando associada a lacerações de períneo, risco de lesão abdominais internas graves além de também ser prejudicial para o bebê, o uso de ocitocina endovenosa para estimular as contrações tornando a mulher com mobilidade reduzida, além de aumentar as dores significativamente, a amniotomia para romper as membranas que envolvem o feto aumentando a possibilidade de cesariana e a episiotomia de rotina que vem sendo realizada em mais de 70% dos partos vaginais, que resumidamente consiste em realizar uma incisão entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto. A Organização Mundial da Saúde desaconselha a realização a episiotomia quando esta não está associada a parto com distocia, pois não diminui o risco de laceração perineal (TESSE *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2016).

Já a violência obstétrica institucional pode ser identificada através de diversas formas e atitude, incluindo os obstáculos na busca por atendimento, a necessidade de percorrer por vários serviços até receber a assistência adequada gerando frustrações e atrasos no acesso aos cuidados, além de falta de escuta e tempo para as parturientes devido à ausência de um ambiente propício, resultando em uma assistência apressada e incompleta, comportamento inadequado dos profissionais de saúde, como atitude de frieza, rispidez, negligências e maus-tratos tais comportamento podem ser motivados por discriminação relacionada a idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doenças psíquicas, entre outros (MATIAS,2020).

Santos e Souza (2015) ainda destacam que a violação dos direitos reprodutivos também se inclui na violência institucional, uma vez que em algumas instituições pode

ocorrer falta de discricção e confidencialidade em relação mulheres que estão passando por um abortamento, a pressão imposta para acelerar e assim liberar leitos hospitalares, preconceitos relacionados aos papéis sexuais além do tratamento discriminatório no tratamento a mulheres soropositivas para o HIV durante a gravidez ou quando desejam engravidar e por fim a desvalorização dos conhecimentos práticos e experiências de vida, que ocorre quando o saber prático das mulheres e suas experiências de vida são desqualificadas em detrimento do conhecimento científico, levando a uma falta de reconhecimento e respeito pelas escolhas e necessidades individuais das mulheres.

A violência moral obstétrica ocorre quando as palavras dos profissionais que estão prestando a assistência são ofensivas, humilhantes ou desrespeitosas, causando danos emocionais e psicológicos às mulheres pois minam sua dignidade e autoestima, tornando-a mais vulnerável durante um momento tão importante e sensível. É importante destacar que a violência moral é uma forma de violência obstétrica física, pois é manifestada através do sofrimento durante o parto, bem como na falta de reconhecimento em relação a determinadas ações que a caracterizam. Esse tipo de violência muitas vezes passa despercebidos pelas vítimas (LIMA; ALBUQUERQUE, 2019).

A violência verbal se manifesta quando os profissionais adotam um tratamento grosseiro, incluindo o uso de gritos, demonstrando uma postura de perda de controle, o que deixa a parturiente apavorada e insegura (SANTOS; SOUZA, 2015). Ela é considerada a mais cruel, pois causa uma sensação de inferioridade e diminuição na gestante, amargurando o momento do parto seja por falas ofensivas, menosprezando a mulher com base na sua raça, idade, número de filhos ou estado civil seja por desrespeitas as escolhas da paciente em relação ao seu parto, ignorando suas referências e decisões (BRANDT, 2018).

### 3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO: INICIANDO UM DEBATE.

É fundamental garantir o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres e assegurar que todas as intervenções médicas sejam baseadas em evidências científicas sólidas, respeitando a autonomia da parturiente. A comunicação honesta e transparente entre profissionais de saúde e pacientes é essencial para construir uma relação de confiança, garantir que as decisões sejam tomadas em conjunto, considerando o melhor interesse da mulher e do seu filho (DINIZ *et al.*, 2015). É importante reconhecer que a gestante é a protagonista de sua experiência de parto esse empoderamento envolve diversos elementos,

incluindo a compreensão de sua singularidade, suas necessidades individuais, seus valores e crenças e a assistência prestada pelos profissionais de saúde deve estar alinhada a essa premissa (LEAS; CIFUENTES, 2016).

As políticas públicas de saúde no Brasil surgiram com ênfase nessa luta, sendo o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), o programa tem como principal objetivo promover o parto humanizado, que não se resume apenas ao parto vaginal, como muitas pessoas acreditam. Trata-se na verdade, de uma abordagem que busca reduzir as experiências prejudiciais frequentemente vivenciadas por gestantes, fortalecendo e seu protagonismo, desde o pré-natal até o parto e puerpério (SANTANA, 2022).

Nesse sentido, compreende-se que o papel do enfermeiro deve ser pautado na promoção da segurança e proteção da gestante. Fornecendo uma assistência que valorize a autonomia da mulher, respeitando suas escolhas e garantindo um ambiente seguro e acolhedor. Esse aspecto pode ser abordado ainda durante da gestação se forma significativa durante as consultas de pré-natal, onde o enfermeiro tem a oportunidade de reforçar que os desejos e as necessidades da mulher são de extrema importância e dessa forma as gestantes passam a compreender seu próprio poder e relevância nesse processo, reconhecendo-se como agente ativas e capacitadas para tomar decisões em relação ao seu cuidado e ao seu parto (TESSE, 2015).

No processo fisiológico e no desenvolvimento do trabalho de parto, nota-se a importância do papel ativo da parturiente, especialmente no contexto do parto vaginal. Nesse sentido é crucial que a gestante tenha conhecimento sobre o funcionamento do seu próprio corpo, os diferentes estágios do parto e o que é ou não considerado normal. Essas informações e aspectos devem ser abordados pelo enfermeiro e equipe de enfermagem, uma vez que o parto vaginal ainda é fonte de apreensão para muitas mulheres, especialmente devido as dores associadas. E isso priva as mesmas de compreenderem todos os aspectos positivos do parto natural (CRUZ *et al.*, 2021).

É evidente que o papel do enfermeiro também inclui evitar que a gestante seja exposta a situações de negligência e incompetência durante a sua gravidez. Infelizmente, é bastante comum que muitas gestantes no Brasil não recebam uma assistência pré-natal de qualidade, o que destaca a fragilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em proporcionar uma cobertura adequada para essa demanda de serviços. Para garantir que a gestante não passe por essas experiências, é fundamental que o enfermeiro exerça seus cuidados de enfermagem de forma ética e responsável (SANTANA, 2022).

Uma das abordagens mais eficazes para promover o protagonismo da gestante em seu parto é por meio das intervenções da equipe de enfermagem e da elaboração do plano de parto. O plano de parto é uma ferramenta que desmistifica o processo de parto, levando em consideração os desejos e as necessidades da gestante. Ele se mostra como um recurso fundamental para que a gestante tenha pleno conhecimento de seus direitos e opções, permitindo que ela tome decisões informadas sobre sua gravidez e parto, exercendo, assim, sua autonomia e protagonismo (TESSE, 2015)

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade (PRODANOV; FREITAS, 2013). Dessa forma, será realizado um estudo do tipo bibliográfico, mais especificadamente uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A revisão de literatura é compreendida como a junção dos ideais e achados científicos de variados autores sobre determinado tema, na premissa de realizar a descrição dos mesmos, relacionando diferentes obras (BRIZOLA; FANTIN, 2016).

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010) a revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para que dessa forma ocorra uma melhor compreensão dos fenômenos que serão analisados. Combina também dados da literatura teórica e empírica. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem.

Vale destacar que a RIL apresenta um protocolo pré-estabelecido que norteia toda a construção do estudo desde a identificação da problemática, perpassando pela coleta de informações e dados até o desfecho da produção. Sendo assim, Mendes, Silveira e Galvão (2008) apresentaram seis etapas fundamentais que devem ser seguidas. As etapas propostas pelas autoras são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1- Etapas fundamentais da RIL

ETAPA	REALIZAÇÃO	CONDUTA A SER REALIZADA
1º	Estabelecimento de hipóteses	Formulação da escolha do tema; Identificação das palavras chaves; Temas relacionando com a prática clínica.
2º	Busca na literatura	Uso de base de dados; Estabelecer critérios de exclusão e inclusão.
3º	Categorização dos dados	Formação do banco de dados; Extração de informações.

4º	Avaliação dos estudos dos estudos	Inclusão e exclusão de estudos; Análise crítica dos estudos selecionados
5º	Interpretação dos resultados	Discussão dos resultados; Propostas para futuras pesquisas.
6º	Síntese do conhecimento	Elaborar documentos que descreva em detalhes a revisão

Fonte: Mendes; Silveira; Galvão, 2008

#### 4.2 FORMULAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA

A formulação da pergunta norteadora corresponde a primeira fase da RIL, sendo uma das fases mais importantes deste tipo de trabalho. Pois através dela será determinado todo o trajeto durante a pesquisa, norteando o estudo, impedindo que o pesquisador fuja do tema proposto que vem sendo desenvolvido. Além de utilizar documentos textuais como base para chegar aos seus objetivos (SOUZA; SILVA; CARVALHO,2010).

A estratégia adotada para um melhor planejamento da pergunta de pesquisa deste estudo foi a PICO, voltada para a pesquisa não clínica. Conforme o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa (2014) a PICO pode ser empregada para a formulação da questão norteadora considerando-se P- População; I- Interesse; Co- Contexto.

Dessa forma, na presente pesquisa define-se como População – Gestantes; como Interesse – Ações de Enfermagem; como Contexto – Violência obstétrica. Assim propõe-se como questão norteadora da RIL. Como a enfermagem pode agir para o enfrentamento da violência obstétrica?

#### 4.3 PERÍODO DA COLETA

O período de levantamento das informações ocorreu entre fevereiro á abril de 2023.

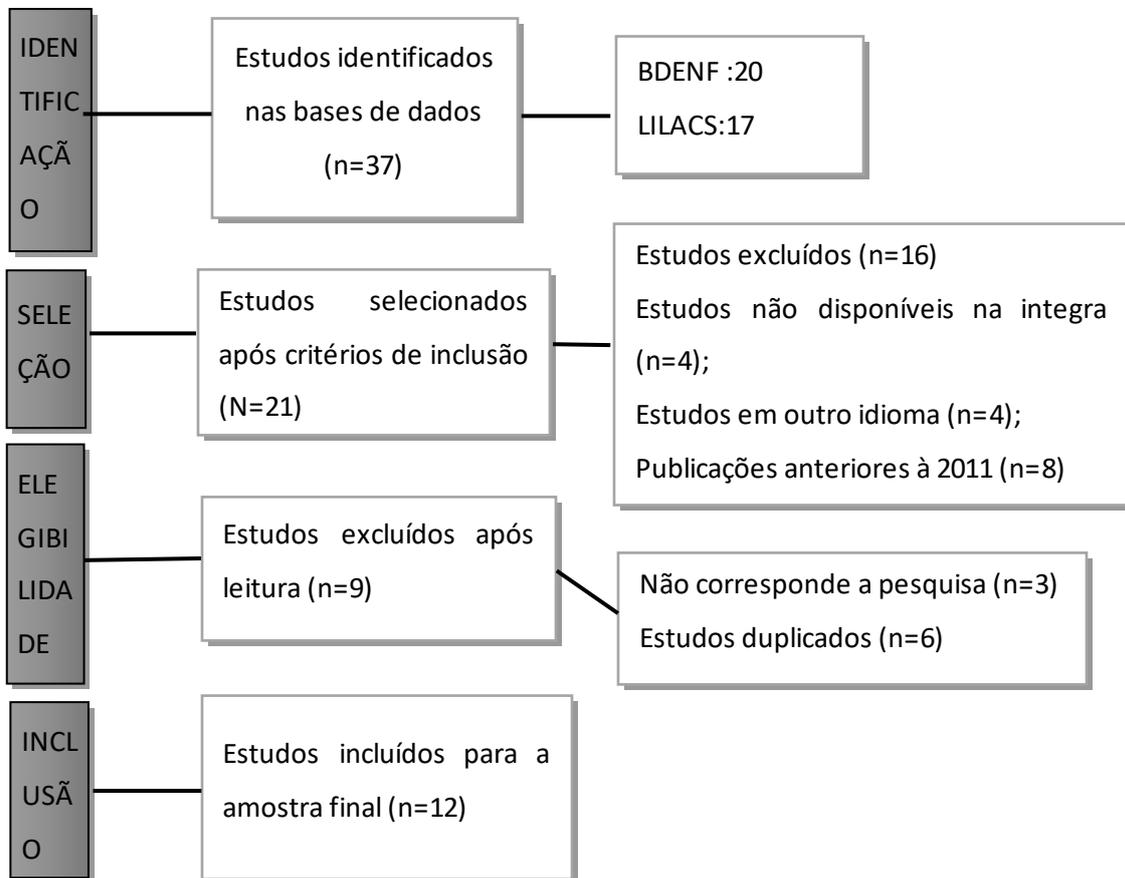
#### 4.4 BASE DE DADOS PARA A BUSCA

A busca textual foi realizada em base de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Sendo então selecionados, utilizando-se dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Assistência de Enfermagem; Violência Obstétrica; Assistência ao parto e Parto Humanizado. Aplicando-se *AND* como operador booleano para a

## busca cruzada entre os descritores de modo independente e para 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA AMOSTRA

Para critérios de inclusão, foram utilizados estudos publicados entre os anos de 2011 a 2023, sendo: artigos científicos, monografias, livros e Manuais do Ministério da Saúde, nos idiomas Português e Inglês. Foram excluídos da pesquisa, estudos que não trataram da temática e/ou que não respondam à questão direcionada ao estudo, através da leitura do título e resumo na íntegra. Justifica-se a escolha do ano 2011 como marco temporal inicial para inclusão de artigos ao considerar que neste ano criou-se a Rede Cegonha.

**Figura 1.** Fluxograma de cruzamento de Dados. Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil. 2023.



Fonte: Pesquisa direta, 2023.

#### 4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o processo de análise e avaliação crítica dos dados, foi realizado uma revisão minuciosa dos artigos selecionados. Os estudos selecionados foram organizados em um quadro identificando o título, periódicos, autores, ano de publicação, base de dados, objetivos, metodologia e resultados.

A interpretação dos dados foi conduzida por meio de uma análise aprofundada em relação à literatura relevante para o tema em questão. Os resultados obtidos foram apresentados em formato de texto descritivo, embasados na avaliação crítica dos estudos selecionados. Estes resultados foram então categorizados em temas específicos, permitindo-nos agrupar e organizar os elementos coletados durante a pesquisa.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após a coleta e análise minuciosa dos dados, as informações provenientes da literatura que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos foram consolidadas e apresentadas por meio de categorização dos estudos, utilizando tabelas de resumo e organização temática.

Os artigos selecionados para compor os resultados abrangem o período de 2017 a 2023, o que resultou em uma ampla e rica base bibliográfica para este estudo. Foram identificados artigos que abordam os cuidados e assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica, além de diversos tipos de violência obstétrica praticados por profissionais de saúde, desde o início da gestação até o momento do parto. Também foram analisados os conhecimentos prévios das mulheres em relação à violência obstétrica e quais medidas educativas podem ser adotadas.

Após a estratégia de busca dos artigos, identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, obteve-se um total de 12 estudos que sintetizaram os principais achados que descreviam o conhecimento das parturientes acerca da violência obstétrica.

ART	TÍTULO/ PERIÓDICOS	AUTORES	BASES DE DADOS/ ANO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
E1	Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. Rev. Ciênc.cuid. saúde	Maria Aparecida Baggio; Camila Girardi; Taís Regina Schapko Maycon Hoffmann Cheffer.	BDENF; 2022	Compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação (das mulheres) para essa escolha.	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	Experiências anteriores de violência obstétrica e o descontentamento com o modelo de assistência vigente são fatores compreensíveis que podem levar as mulheres a considerarem o parto domiciliar como uma alternativa mais adequada. Pois Optar pelo parto domiciliar planejado, pode proporcionar um ambiente acolhedor e personalizado para as gestantes. Isso reflete em mudanças significativas na maneira como as mulheres vivenciam o parto, com ênfase na tranquilidade, autonomia e respeito.
E2	Vivenciando as desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno. Rev.Pesqui. (Univ.Fed.Estado Rio J., Online)	Costa <i>et al.</i>	LILACS; 2021.	Compreender as desordens vivenciadas pelo enfermeiro em sua prática do cuidado no parto, à luz da complexidade	Estudo qualitativo.	Os enfermeiros obstetras enfrentam desafios em relação à sua autonomia e percebem uma fragilidade na prestação da sua assistência, que é agravada pela predominância do médico nas salas de parto, o que acaba por dificultar o trabalho de outros profissionais de saúde. Tal percepção é entendida como um potencial ameaça ao domínio médico tradicional, que perdura ao longo dos anos e, conseqüentemente, prejudica a atuação dos enfermeiros na área da obstetrícia.
E3	Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico	Eliane Cristina Da Silva Pinto Carneiro.	LILACS; 2021.	Compreender a percepção de puérperas que deram a luz na maternidade municipal Alesander Fleming, em relação à assistência recebida durante o parto	Estudo qualitativo fenomenológico. Tese	Os dados foram caracterizados de acordo com a percepção das mulheres sobre sua própria experiência, incluindo a disponibilidade ou o não acesso a serviços de saúde privados e os aspectos temporais de sua jornada de vida. Dessa forma destaca-se a importância de provocar reflexões nos diversos profissionais envolvidos nos cuidados às gestantes e puérperas, especialmente no que diz respeito às rotinas e ações cotidianas.
E4	Vivências sobre	Nascimento <i>et</i>	BDENF;	Objetivou compreender	Estudo	A falta de apoio tanto da gestão de saúde quanto da

	violências obstétricas: boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. Rev. Nursing	<i>al.</i>	2022	o papel dos enfermeiros na prevenção da violência obstétrica no parto.	exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.	administração das maternidades, bem como a ausência de uma estrutura organizacionais eficaz na rede de atendimento, culmina na experiência de sentimentos negativos na atuação do enfermeiro obstetra. Sendo agravada pela persistente insatisfação na relação com os médicos, dificultando o trabalho dos demais profissionais de saúde.
<b>E5</b>	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. Rev. Texto& contexto enferm.	Paula <i>et al</i>	LILACS; 2020	Compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e as medidas para o seu enfrentamento visando à garantia da qualidade da assistência	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.	Foi possível reafirmar a relevância da educação do Enfermeiro na abordagem à violência obstétrica. As palavras-chave destacadas nos discursos incluíram formação acadêmica, competência na prática educacional, prestação de cuidados de qualidade, negligência nas dimensões científicas, tecnológicas e humanísticas, fortalecimento do modelo de assistência, planejamento estratégico no setor da saúde, base humanística e perspicácia clínica do profissional.
<b>E6</b>	Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização do centro obstétrico. Rev. Nursing	Veloso <i>et al.</i>	BDENF; 2020	Verificar na literatura científica a atuação dos profissionais de saúde acerca do processo de humanização no centro obstétrico.	Revisão sistemática.	A humanização do parto visa superar o medo e a sensação de isolamento frequentemente experimentada pelas mulheres no atual modelo obstétrico, que é caracterizado pela medicalização e intervenções excessivas. Os enfermeiros desempenham um papel importante na promoção da educação em saúde como parte de suas responsabilidades profissionais. É crucial desmitificar a cultura da cesárea e destacar para as gestantes os benefícios de um parto natural e não intervencionista sempre que possível, para que assim elas possam tomar uma decisão mais informada sobre os métodos que desejam adotar.
<b>E7</b>	O olhar de	Menezes <i>et al.</i>	LILACS;	Compreender a	Estudo descritivo e	Os residentes identificaram a presença de violência

	residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. Rev. Interface (Botucatu, Online).		2020	percepção de residentes em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica em uma maternidade referência do município de Belo Horizonte.	exploratório de abordagem qualitativa	obstétrica durante seu processo de formação e compreenderam suas consequências para a saúde da mulher. Além disso foi destacado a urgente necessidade de investimento institucional em espaços de discussão dedicados a essa temática.
<b>E9</b>	O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Rev. Texto & contexto enferm.	Virgínia Junqueira Oliveira; Cláudia Maria de Mattos Penna.	BDENF; 2017	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.	Estudo interpretativo, com abordagem qualitativa.	As enfermeiras obstetras analisam experiências que mostram a presença de situações que desrespeitam os direitos das parturientes. Elas expressam preocupações em relações a possíveis conflitos com colegas de trabalho e ao tratamento pouco tolerante que às vezes ocorre durante o trabalho de parto e pós-parto.
<b>E10</b>	Práticas da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. Rev.enferm.Cent.-Oeste Min.	Pompeu <i>et al.</i>	BDENF; 2017	Identificar o conhecimento de puérperas sobre a episiotomia e como se deu a realização dessa prática no parto.	Estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa.	Os relatos indicam uma lacuna no entendimento e nos conhecimentos das participantes em relação ao procedimento da episiotomia, aspectos esses que podem ter impacto no desenrolar do trabalho de parto. Além disso, ressalta-se a ocorrência de violência de gênero dentro das instituições de saúde, incluindo a violência obstétrica, que muitas vezes, passa despercebida tanto por quem a prática quanto por quem a vivência.
<b>E11</b>	Violência	Silva <i>et al.</i>	LILACS;	Construir o discurso do	Estudo descritivo,	Foi possível reafirmar a relevância da educação do

	obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. Rev.Acta Paul.Enferm. (Online)		2020	Sujeito de Enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica.	de abordagem qualitativa.	enfermeiro na abordagem da violência obstétrica. As principais palavras-chave encontradas nos discursos incluem formação acadêmica, expertise na prática educativa, prestação de cuidados de excelência, negligência em termos científicos, tecnológicos e humanos, fortalecimento do modelo de assistência, estratégias de planejamento na área de saúde, fundamentos humanistas e capacidade de avaliação clínica por parte do profissional.
E12	Experiências de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital	Pereira <i>et al.</i>	LILAC; 2020	Descrever as experiências vivenciadas por mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital.	Estudo qualitativo	Experiências negativas de partos anteriores em ambiente hospitalar, casos de violência obstétrica e intervenções consideradas como dispensáveis têm sido decisivos no momento de escolher por um parto normal e humanizado em casa.

**Quadro 1.** Apresentação e categorização dos artigos incluídos na revisão integrativa. Juazeiro do Norte - Ceará, Brasil. 2023.

Após análise sistemática dos referidos artigos e tese, emergiram as categorias temáticas: “Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica”. “Atuação da enfermagem no parto humanizado” A construção das categorias discutidas a seguir foram realizadas através da leitura da essência do conteúdo e conclusões.

### 5.1 ENFERMAGEM: ATUAÇÃO PARA MITIGAR PRÁTICAS DOLOSAS A SAÚDE FÍSICA E PSICOLÓGICA DA PARTURIENTE

Os vários tipos de violência obstétrica que as mulheres enfrentam desde a gravidez até o período pós-parto pode ter um impacto negativo no binômio mãe e filho e principalmente, no que diz respeito a decisão de ter ou não mais filhos, devido ao medo de vivenciarem as mesmas situações dolosas e traumáticas. Uma assistência adequada diminui riscos significativos para a saúde da mulher e do recém-nascido, além de reduzir substancialmente as chances de complicações no parto e pós-parto. Nesse sentido, acredita-se que a enfermagem obstétrica desempenha um papel crucial, uma vez que a função fundamental desse profissional é aprimorar o atendimento à parturiente e ao recém-nascido, contribuindo para mudanças significativas nessa área (VELOSO *et al.*, 2020; CARNEIRO, 2021).

A enfermagem desempenha um importante papel na prevenção de práticas dolosas que possam prejudicar a saúde física e psicológica da parturiente. Durante o processo de parto e nascimento, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção de cuidados seguros, éticos e baseados em evidências para garantir que a mãe e o bebê tenham a melhor experiência possível. Essa atuação vai além da assistência clínica; ela envolve uma compreensão profunda das necessidades emocionais, físicas e psicológicas da mesma (BAGGIO *et al.*, 2022; VELOSO *et al.*, 2020).

Segundo Nascimento *et al.*, (2022) confirmado por Oliveira e Penna (2017), há diversas situações nas quais as mulheres são submetidas aos comportamentos autoritários e o uso de linguagem depreciativa pelos profissionais de saúde, bem como ameaças e repreensões, são práticas comuns na rotina de assistência em maternidades. Para além da assistência inadequada ofertada, como a escassez de informações, a proibição da presença de acompanhantes durante o parto e o pré-parto, a realização da amniotomia, frequentemente vinculada à administração de ocitocina, sem uma explicação clara e o excesso de exames de toque vaginal.

A prevenção de práticas dolosas à gestante também envolve o respeito à autonomia e às escolhas da mulher durante o parto. As enfermeiras são orientadas a respeitar os desejos da

gestante, desde que essas escolhas não coloquem em risco a segurança dela ou do bebê. Isso contribui para evitar práticas médicas desnecessárias ou desrespeitosas que possam ser traumatizantes.

Menezes *et al.*, (2020) corrobora quando menciona que as formas mais comuns de violência incluem a realização de procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a ausência de analgesia e a negligência por parte dos profissionais envolvidos na assistência. Ao mesmo tempo, Veloso *et al.*, (2020) indica que a falta de preparo profissional e institucional em diversas áreas, como excesso de demandas, estrutura física inadequada e carência de equipamentos, materiais para assistência, pessoal capacitado e diretrizes assistenciais e organizacionais, foram identificadas como desafios enfrentados rotineiramente nas instituições de saúde.

Nos estudos desenvolvidos por Costa *et al.*, (2021) e por Paula *et al.*, (2020), demonstra-se que a equipe médica em seu processo de trabalho costuma adotar uma abordagem mais invasiva, o que pode gerar uma despersonalização da mulher na assistência ao parto, provocando uma violência que ocorre muitas vezes de forma aparentemente consentida, uma vez que as pacientes se encontram em uma posição submissa devido a preocupações tanto com o bebê quanto com o tratamento recebido.

O enfermeiro, por sua vez, tem a oportunidade de oferecer um cuidado mais centrado na humanização e na promoção do parto natural, minimizando o uso de técnicas intervencionistas. Isso ocorre porque sua responsabilidade está limitada à assistência em partos de risco habitual, permitindo que dedique mais tempo ao apoio à parturiente durante o processo de parto. A avaliação contínua da condição da gravidez é essencial para a redução das chances de haver prejuízos à gestante e à gestação. O enfermeiro monitora os sinais vitais, o progresso do trabalho de parto e a dilatação do colo do útero para garantir que tudo esteja ocorrendo dentro dos parâmetros normais. Se surgirem complicações, a equipe de enfermagem está preparada para agir de forma eficaz (SILVA *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021).

A enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção da violência obstétrica, que é uma forma de prática dolosa que pode causar danos à grávida. As enfermeiras são treinadas para identificar comportamentos abusivos e tomar medidas para interrompê-los. Isso pode envolver o relato do abuso às autoridades competentes e o fornecimento de apoio à mulher para que a mesma possa lidar com o trauma.

Nos estudos realizados por Pompeu *et al.* (2017), é possível confirmar através de Brandt (2018) que a prática da episiotomia em muitas situações, é realizada de forma

desnecessária, frequentemente sem o devido consentimento ou conhecimento das mulheres. Antes de proceder com a episiotomia, é fundamental que as mulheres sejam devidamente informadas sobre a necessidade desse procedimento. Elas devem receber orientações claras sobre os possíveis riscos e benefícios associados e, com base nessa informação, devem tomar a decisão de autorizar ou recusar a realização da episiotomia. Entretanto, muitas mulheres afirmam que só foram informadas após a realização do procedimento ou por muitas vezes, recebiam uma explicação superficial e com nomenclaturas pouco acessíveis.

A educação e a preparação pré-natal também fazem parte do papel da enfermagem na prevenção de práticas dolosas. A equipe de enfermagem tem a responsabilidade de fornecer informações sobre o processo de parto, opções de cuidados e os riscos e benefícios de diferentes intervenções.

## 5.2 BOAS PRÁTICAS: AÇÕES QUE PROPORCIONAM UM PARTO HUMANIZADO

Uma comunicação sincera e transparente entre os profissionais de saúde e os pacientes desempenha um papel fundamental na construção de uma relação de confiança, assegurando que as decisões sejam tomadas em conjunto, levando em consideração os interesses e desejos da mulher.

A Política Nacional de Humanização (PNU) desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade da atenção obstétrica e se estabelece como uma política interligada dentro do SUS, promovendo a coerência das práticas de trabalho com os princípios estabelecidos em suas diretrizes normativas. Como uma política de abrangência nacional, sua responsabilidade vai além do âmbito assistencial e se estende à formação de profissionais que seguem suas orientações. De modo crucial, o PNU prioriza a promoção da humanização desde o início da formação dos profissionais de saúde destinados a atuar na rede pública (NASCIMENTO *et al.*, 2022; VELOSO *et al.*, 2020).

Ainda na temática, Veloso *et al.*, (2020) reitera que o PNU não apenas aprimora a assistência obstétrica, mas também fortalece sua influência como um pilar transversal no SUS. No status de política de Estado, ela confirma a importância de moldar a educação dos profissionais de saúde que adotarão suas diretrizes e, de forma central, enfatiza a necessidade de incorporar o princípio da humanização desde a fase inicial da formação desses profissionais destinados a servir o Sistema Único de Saúde.

Frequentemente, o processo de trabalho de parto é uma experiência emocionalmente desafiadora para a mulher, pois, a partir do momento de sua internação, muitas de suas

escolhas e decisões são, em grande parte, ditadas por profissionais de saúde que, muitas vezes, são desconhecidos para ela. Essa circunstância pode gerar sentimentos de ansiedade e sensação de incerteza em relação ao resultado do parto (PAULA *et al.*, 2020; OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Os autores Menezes *et al.*, (2020), Nascimento *et al.*, (2022) e Pereira *et al.*, (2020) concordam que, muito embora não seja o especialista primordialmente treinado para fornecer apoio psicológico, é importante que o enfermeiro desempenhe um papel ativo na prestação de cuidados durante o trabalho de parto, dentro de seus limites éticos, contribuindo para o bem-estar emocional da mulher. Pois, muitas vezes, essa paciente encontra-se em uma posição vulnerável quando internada para o parto, sendo fundamental que os profissionais de enfermagem estejam preparados para oferecer acolhimento e suporte psicológico, garantindo que ela se sinta respeitada e equipada durante esse período crucial.

Nesse contexto, os enfermeiros devem ser treinados para fornecer informações e apoio à gestante, ajudando-a a entender o que está acontecendo em cada etapa do trabalho de parto. Esse conhecimento ajuda a reduzir o medo e a ansiedade, contribuindo para uma experiência mais positiva. A enfermagem atua na promoção de um ambiente acolhedor e seguro, onde a mulher se sinta respeitada e ouvida (PEREIRA *et al.*, 2020; CARNEIRO, 2021).

Por esta visão, Veloso *et al.*, (2020) e Nascimento *et al.*, (2022) alertam que estes profissionais devem estar preparados para reconhecer sinais de angústia emocional das mulheres durante o seu trabalho de parto. O trabalho de parto e o parto podem ser experiências emocionalmente intensas, e as enfermeiras são treinadas para oferecer apoio emocional, conselhos e recursos para lidar com o estresse. Elas também podem colaborar com profissionais de saúde mental, se necessário, para garantir que a mãe receba o apoio adequado.

A equipe de enfermagem pode incentivar posições confortáveis durante o trabalho de parto, a utilização de técnicas de relaxamento e a presença de um acompanhante de escolha da parturiente. Além de um direito garantido por lei, essa presença ajuda a reduzir o estresse e a ansiedade, promovendo uma experiência positiva em um momento de sensibilidade (MENEZES *et al.*, 2020; BAGGIO *et al.*, 2022).

A comunicação eficaz é fundamental na prevenção de práticas dolosas, sendo a via pela qual o enfermeiro poderá deixar a mulher ciente dos procedimentos a serem realizados, bem como da competência e compromisso da equipe envolvida. As enfermeiras devem ser capazes de explicar os procedimentos, opções e possíveis complicações de forma clara e acessível, permitindo que a mulher tome decisões informadas. Isso evita que ela se sinta

coagida a aceitar procedimentos desnecessários ou prejudiciais à sua saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2022; COSTA *et al.*, 2021).

A equipe de enfermagem está apta a buscar a garantia de que a gestante tenha um ambiente de apoio durante o trabalho de parto, mantendo a harmonia entre os profissionais, gerando a segurança de que o trabalho de todos tem como objetivo a segurança e o bem-estar da mãe e da criança. Deve-se evitar situações que possam desenvolver ansiedade excessiva e outros distúrbios emocionais.

Fatores como disparidades raciais, socioeconômicas e níveis de escolaridade têm um impacto significativo na forma como as usuárias percebem o atendimento e o processo de parto, na maioria dos casos suas opiniões não são levadas em considerações. Dessa forma, é crucial garantir o respeito pelos direitos reprodutivos das mulheres e certificar-se de que todas as intervenções médicas sejam embasadas em sólidas evidências científicas, ao mesmo tempo que se mantém o respeito pela autonomia da parturiente (BAGGIO *et al.*, 2022; PEREIRA *et al.*, 2020).

A enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da humanização do parto, um conceito que visa tornar o processo de nascimento mais respeitoso, individualizado e centrado na parturiente. Isso inclui o respeito à escolha da parturiente em relação à posição de parto, à utilização ou não de intervenções médicas e ao contato imediato com o bebê após o nascimento (OLIVEIRA; PENA, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2022).

O ambiente influencia diretamente na prática eficaz do exercício da enfermagem. Enfermeiras sobrecarregadas, estressadas ou exaustas podem ser mais propensas a cometer erros ou a adotar práticas inadequadas. Portanto, a enfermagem deve cuidar de seu próprio bem-estar para garantir que possa oferecer o melhor cuidado possível às parturientes. A educação contínua é essencial para manter a atualização sobre as melhores práticas no cuidado. Isso inclui a participação em treinamentos, workshops e cursos que abordem questões de cuidado materno, ética e direitos humanos. Ao oferecer cuidados baseados em evidências, respeitosos, individualizados e centrados na parturiente, as enfermeiras contribuem para garantir uma experiência de parto segura e positiva.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem pode desenvolver condutas e ações para combater e enfrentar a violência obstétrica através da sensibilização e educação tanto entre as gestantes como na equipe de saúde, elucidando sobre os direitos da mulher e os princípios de autonomia, consentimento informado e dignidade. É também fundamental estabelecer protocolos institucionais que abordem a prevenção e a identificação.

O enfermeiro deve estar atento às necessidades emocionais e psicológicas das gestantes, fornecendo apoio emocional e encaminhamento para serviços de saúde mental quando necessário. Por fim, a colaboração com outras disciplinas de saúde, a pesquisa para identificar fatores de risco e a defesa das políticas públicas que promovem a humanização do parto também são ações fundamentais para combater e enfrentar a violência obstétrica de maneira eficaz.

A assistência de enfermagem desempenha um papel crucial na prevenção da violência obstétrica, contribuindo para a promoção de um ambiente seguro e respeitoso durante o período gestacional e o parto. Os profissionais de enfermagem são capacitados para oferecer suporte emocional e cuidados individualizados às gestantes, criando um vínculo de confiança que promove o empoderamento da mulher no processo de decisão sobre seu próprio corpo.

Além disso, manter uma comunicação eficaz desempenha um papel essencial na prevenção da violência obstétrica, sendo uma ferramenta fundamental para estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e as gestantes. Ao promover um diálogo aberto, respeitoso e empático, os cuidadores podem assegurar que as gestantes se sintam ouvidas, compreendidas e informadas sobre seus direitos e opções durante o processo de gravidez, parto e pós-parto. Além disso, a comunicação eficaz é crucial para garantir o consentimento informado, permitindo que as mulheres participem ativamente das decisões relacionadas aos seus cuidados obstétricos. Os profissionais de saúde devem estar atentos à linguagem utilizada, evitando expressões que possam ser interpretadas como desrespeitosas ou coercitivas. Ao integrar uma comunicação sensível, transparente e centrada na paciente, é possível estabelecer uma base sólida para a prevenção da violência obstétrica, promovendo um ambiente de cuidado que respeita a autonomia e dignidade das gestantes.

Esta pesquisa visou não apenas ampliar o conhecimento da profissão de enfermagem, mas também tem implicações diretas na prática social e na atuação do enfermeiro. Estudos aprofundados fornecem uma base sólida para a tomada de decisões fundamentadas em evidências, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos e contribuindo para a

segurança das pacientes. Ademais, a pesquisa é essencial para o desenvolvimento de diretrizes clínicas e protocolos de cuidados, influenciando positivamente a prática diária dos enfermeiros no contexto obstétrico.

Em que pese as contribuições aqui elencadas, esta pesquisa se limita por não conter dados coletados em loco através de pesquisa empírica. Também se verificou uma carência sobre a temática nas publicações recentes, necessitando-se, portanto, ampliar muito o seu recorte temporal.

Por todo o exposto, sugere-se que se lance luz sobre a temática a partir do ponto de vista tanto dos profissionais envolvidos no processo de parto, quanto das perturientes para que se estabeleçam práticas que reflitam tanto a realidade quanto a necessidade de todos.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.M.O; RAMOS.E.M.B. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cad. Ibero- amer. Dir. Sanit.** Brasília. v.9, n.4, p 12- 27, 2020.
- ANDRADE PON, *et .* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant** [Internet] 2016 16 (1) 29-37
- AYRES, L.F.A; HENRIQUES, B.D; AMORIM, W.M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018.
- BAGGIO, M.A et al. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 21, 2022.
- BRAND, G.P *et al.* Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **revista gestão & saúde**. RGS.2018;19(1):19-37. 2018.
- BRASIL. Lei nº 190/2023, 02/02/2023. **Tipifica o crime de violência obstétrica**. Câmara dos Deputados, Brasília, DF. Acessado em 15/03/2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2346928>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Violência Obstétrica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Ações Programáticas- Secretaria do Estado de Saúde, Mato grosso do Sul 2021. Acessada em: 10 de março de 2023. Disponível em : [https://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2021/06/livreto\\_violencia\\_obstetrica-2-1.pdf](https://www.as.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf)
- BRIZOLA, Jairo; FANTIN, Nádia. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. **Revista de Educação do Vale do Arinos-RELVA**, Juara, v. 3, n. 2, 2016.
- CARNEIRO, E.C.S.P. Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico. 2022.
- CARREGAL, F.A.S. *et al.* Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. **Hist enferm. Rev eletrônica [internet]**. V.11, n.2, p123-132.
- CASTRO, C.M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 p. 69-75, 2015. **Científica FacMais**, v. 7, n. 3, p. 24-38, 2016.
- COSTA, M. C.M. D. Rubim et al. Vivenciando as desordens na prática do cuidado do enfermeiro obstetra: o olhar complexo ao fenômeno. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 490-496, 2021.

- COSTA, S.H.M, *et al.* Cesarianas. In: FREITAS, F *et al.* **Rotinas em Obstetrícia (Rotinas)**. 2023 Pág 400- 450.
- CRUZ, P.N et al. Plano de parto e nascimento: uma análise de sua influência no protagonismo de parturientes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 35393-35406, 2021.
- D'ORSI, E., *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**. S154-S168.
- DINIZ S.G *et al.* Violência obstétrica como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Develop.** [Internet],2015.
- LEAS, R.Es; CIFUENTES, D.J. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. **Revista Ciência & Cidadania**, v. 2, n. 1, p. 74, 2016.
- LIMA, A.C.A.; ALBUQUERQUE, R.T. A violência moral obstétrica no processo gestacional, de parto e abortamento e o amparo da mulher no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Científica da Academia Brasileira de Direito Civil**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2019.
- MARQUES, S.B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.
- MARTINELLI *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; V.36 ,n.2.P.56-64,2014.
- MARTINS P *et al.* Strength of round and uterosacral ligaments: A biomechanical study. **Arch Gynecol Obstet.** 2013;287(2):313–8.
- MATIAS, Y.B.C. **Violências obstétrica**: educação em saúde na prevenção à violência obstétrica. 2020 51f. Dissertação (Monografia) – Faculdade da cidade de Maceió.
- MENDES, S.K; SILVEIRA, P.C.C.R; GALVÃO, M.C. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. texto contexto enfem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.759-64, 2008.
- MENEZES, F.R de et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e180664, 2019.
- MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE, R.F. **Obstetrícia Fundamental, Rezende**. 14ª edição, 2017.
- MOURA, R.C.M. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco**. v.9, n.4, p. 60-65, 2018.

- MOUTA R.J.O, PROGIANTI J.M. O Processo de criação da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros obstetras. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1):e5210015, v.26, n. 1, p. 2-8, 2017.
- NASCIMENTO, A.C.A et al. Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: Relato de experiência. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**, 2017.
- NASCIMENTO, D.E.M et al. Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. **Nursing (São Paulo)**, p. 8242-8253, 2022.
- NICIDA, L.R.A et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020.
- OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio de; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista**
- OLIVEIRA, V. J.; Penna, C. M. D. M.O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 26. 2017
- PALHARINI, L.A. et al. **A história da atenção ao parto e nascimento: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema**. 2015. 264f. Tese (Doutorado) – Unicamp, Faculdade de Educação, Campinas, 2015.
- PALHARINI, L.A; FIGUEIRÔA, S.F.M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018
- PAULA, Enimar de et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2021.
- PEREIRA, .F.R et al . Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital. **Rev. Rene**, Fortaleza , v. 21, e43948, 2020 .
- PIMENTEL, D.G et al. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 12, n. 2, p. 494-505, 2013.
- POMPEU, K.C et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- POSNER, G. D. et al. **Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote-6. 6 ed.** AMGH Editora, 2014.
- POSSATI A.B, *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery** 2017;21(4):e20160366, 2017, v.24, n.4, p 2-6. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366
- PRODANOV, C. C; FREITAS, C.E. **Metodologias do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e dos trabalhos acadêmicos**. 2ed- Rio Grandes do Sul, 2013.
- RAMOS, J.G.L. et al. Assistência ao parto. In: FREITAS, F *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**

(Rotinas).2023 Pág 273-293.

SANTANA, F.C. **Atuação do enfermeiro e os dispositivos de cuidado para resgate do protagonismo da mulher no parto normal.** 2022. 42f. Dissertação (Monografia). Centro Universitário FAEMA - UNIFAEMA

SANTOS; SOUZA. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática Macapá, **Estação Científica (UNIFAP)** v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015

SILVA, T.M et al . Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 33, eAPE20190146, 2020

SOUZA, F. M.L. C et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 2019.

SOUZA, T.M; SILVA, D.M; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Rev.einatein.** São Paulo, v.8, n.1, 2010.

TESSER CD, *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. De Med de Família e Comunid.** 2015

TORRES J.A, *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30Suppl:S220-31, 2014, v.1, n.1, 2-8.

URSI, ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** (dissertação). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VELOSO, A.C.Fet al. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 268, p. 4570-4579, 2020.

VENDRÚSCOLO, C.T; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital: das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

LEITE, T.H et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.

GUERRA, C.S et al. a importância do cuidado prestado às mulheres pelas parteiras tradicionais durante o parto domiciliar. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 8, 2013.

MATOS, M.G ; MAGALHÃES, A.S; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e219616, 2021.

ZANARDO, GL.P et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.

