

Reconstruindo o Nascer: Rumo a uma Assistência Obstétrica Humanizada e Respeitosa

Rebuilding Birth: Towards Humanized and Respectful Obstetric Care

 DOI: 10.55892/jrg.v6i13.784

 ARK: 57118/JRG.v6i13.784

Recebido: 07/08/2023 | Aceito: 14/11/2023 | Publicado: 16/11/2023

Déborah Suelen Goes Silveira¹

 <https://orcid.org/0009-0005-9471-8666>

 <http://lattes.cnpq.br/3156909924645931>

Centro Universitário Mário Pontes Juca, AL, Brasil

E-mail: deborahsilveira111@gmail.com

Renata de Souza Ventura²

 <https://orcid.org/0009-0001-1787-8616>

 <http://lattes.cnpq.br/7168612011538704>

Centro Universitário Mário Pontes Juca, AL, Brasil

E-mail: venturarenatah@gmail.com

Rayane Martins Botelho³

 <https://orcid.org/0000-0002-5941-3550>

 <http://lattes.cnpq.br/4442454223873802>

Centro Universitário Mário Pontes Juca, AL, Brasil

E-mail: rayane.botelho@umi.edu.br



Resumo

Este trabalho é uma revisão bibliográfica integrativa que tem como objetivo fornecer uma visão abrangente sobre a violência obstétrica no Brasil e o papel da enfermagem nessa situação, propondo a reflexão em relação a importância da equipe médica humanizada no processo da cesariana no centro cirúrgico. O estudo permitiu compreender que o momento do parto é repleto de vulnerabilidade, no caso da intervenção cirúrgica, também existe o risco de complicações e até mesmo a necessidade de corrigir complicações iniciadas durante o parto. Nessa perspectiva, o presente trabalho traz uma análise da relação do momento de parto em que as relações de poder entre a equipe médica e a mãe no cenário hospitalar evidenciam para a violência obstétrica. Para tanto, a metodologia presente neste estudo foi a de revisão bibliográfica e pesquisa de cunho exploratório, onde por meio de diligências bibliográficas foi possível compreender sobre a violência obstétrica e o papel da enfermagem. Concluiu-se que essa relação hierárquica de poder resulta na violência obstétrica.

Palavras-chave: Cesariana. Violência Obstétrica. Centro Cirúrgico.

¹ Graduada em Enfermagem; Pós Graduada em Saúde da Mulher (ginecologia e obstetrícia).

² Graduada em Enfermagem; Pós Graduada em Urgência e Emergência e UTI.

³ Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (2020). Mestre em ciências da saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), na Universidade Federal de Alagoas, integra o Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e da Gestação no Laboratório de Biologia Celular.

Abstract

This work is an integrative literature review aimed at providing a comprehensive overview of obstetric violence in Brazil and the role of nursing in this situation, to reflect on the importance of a humane medical team in the cesarean section process in the surgical center. The study allowed for an understanding that the moment of childbirth is full of vulnerability and fear, as it is the parent's first contact with the baby outside the womb. In the case of surgical intervention, there is also a risk of complications and even the need to address complications that may have arisen during childbirth. In this perspective, the present work presents an analysis of the childbirth moment, where power dynamics between the medical team and the mother in the hospital setting highlight the obstetric violence experienced during cesarean delivery. To achieve this, the methodology employed in this study was a literature review and exploratory research, where through bibliographic inquiries, an understanding of the object of this study, i.e., obstetric violence, was possible. It was concluded that this hierarchical power relationship results in obstetric violence.

Keywords: Cesarean Section. Obstetric Violence. Surgical Center.

1. Introdução

A violência obstétrica é um termo cunhado pelos movimentos sociais para humanizar o parto. É utilizado para designar as práticas de violência do sistema de saúde e o cuidado à gestante durante o parto e puerpério. No estudo de Marques (2020), pode ser categorizada como violência moral, psicológica e genética. A violência obstétrica caracteriza-se por atos cometidos contra a mulher no exercício da saúde sexual e reprodutiva podendo ser cometidos por profissionais de saúde ou outros profissionais envolvidos no ciclo gestacional-parto para assistência à mulher (CIELLO *et al.*, 2012).

Este tipo de violência é um reflexo perturbador de desigualdades de gênero e da supremacia masculina na sociedade. Ela afeta as mulheres em diversas dimensões, desde sua relação com o próprio corpo até seu status social e dignidade, e muitas vezes é alimentada tanto por sistemas institucionalizados quanto por atitudes machistas em nível individual (MARQUES, 2020 *apud*. CAVALHEIRO; FARIA; LIMA, 2021).

Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica ganhou destaque significativo através de uma variedade de plataformas, incluindo estudos acadêmicos, exposições artísticas, documentários e ações legais e parlamentares. Além disso, diversos órgãos do setor público têm se mobilizado para abordar o problema, resultando em novas políticas de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também entrou na discussão com a publicação de uma declaração focada em prevenir e eliminar o abuso e o desrespeito durante o parto em instituições de saúde. Essas iniciativas sublinham a importância da violência obstétrica como uma questão crítica de saúde pública e de justiça social (DINIZ, *et al.*, 2015 *apud*. CAVALHEIRO; FARIA; LIMA, 2021).

Assim sendo, a humanização do auxílio ao parto deve ser centrada no desejo e na perspectiva da mulher, garantindo que sua experiência seja respeitada e valorizada. Portanto, "o respeito à autonomia, à individualidade e à privacidade é condição necessária para o parto humanizado" (GONÇALVES *et al.*, 2011 *apud*. CAVALHEIRO; FARIA; LIMA, 2021).

As práticas de parto no Brasil têm sido um importante tópico de discussão em saúde pública nos últimos 30 anos devido aos altos níveis de mortalidade materna e

neonatal e ao mau uso das técnicas de enfermagem. Dentre as propostas de reformulação do quadro, o foco está nas mulheres e no uso das tecnologias existentes de forma menos invasiva e mais humana (ROCHA; FERREIRA, 2020 *apud*. CAVALHEIRO; FARIA; LIMA, 2021)

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi compreender os aspectos que envolvem a violência obstétrica nos centros cirúrgicos e a humanização do parto, para que todos os profissionais envolvidos nesse momento possam aprofundar seu conhecimento sobre a temática e assim sejam capazes de promover o cuidado à saúde da gestante.

2. Metodologia

A pesquisa exploratória é uma abordagem valiosa para investigar um tema em sua fase inicial de estudo, quando pouco se sabe sobre o assunto. Ela visa aprimorar o entendimento da temática e identificar possíveis direções para pesquisas mais aprofundadas no futuro. Diferentemente de pesquisas mais conclusivas, a pesquisa exploratória não tem o objetivo de fornecer respostas definitivas, mas sim de gerar mais descobertas, levantar hipóteses e proporcionar um panorama inicial sobre o assunto em questão (LAKATOS; MARCONI, 2010). Deste modo, o presente estudo empregará o método de revisão integrativa da literatura, cujo objetivo é reunir e resumir o conhecimento científico previamente produzido sobre o tema em investigação. Esse método avalia, sintetiza e busca nas evidências disponíveis as contribuições para o desenvolvimento da temática em questão (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Para tanto, foi pesquisado materiais como livros, revistas e artigos em banco de dados como PubMed, SemanticScholar, Scielo, ScienceDirect e Google Acadêmico com a utilização das seguintes palavras-chave: violência obstétrica; enfermagem; relatos de caso. Em grande parte, foram utilizados artigos científicos na língua inglesa e língua portuguesa.

Foram usados como métodos de inclusão todos os artigos científicos publicados em acervos de bibliotecas online e periódicos com disponibilidade completa entre os anos de 2012 e 2022 e como critérios de exclusão aqueles publicados em congresso, blog, fórum ou que não tiveram embasamento na pesquisa.

A pesquisa bibliográfica teve como pergunta problema: como ocorre a violência obstétrica nos centros cirúrgicos? Sendo selecionados trabalhos que procuravam explicar sobre as violências obstétricas dentro dos critérios elencados para o presente trabalho.

3. Resultados e Discussão

A violência obstétrica envolve a ocorrência de ações físicas, verbais e psicológicas que atingem mulheres durante os períodos de gravidez, parto e pós-parto. Esta forma de violência pode originar-se tanto de atitudes inadequadas por parte de profissionais de saúde como de falhas na estrutura dos sistemas de saúde, clínicas e hospitais (BITENCOURT; OLIVEIRA; RENNÓ, 2021). No Brasil, onde a rede pública de saúde registra taxas de cesariana superiores a 50% (a rede privada registra números ainda maiores) e as cirurgias são frequentemente agendadas com antecedência, é fundamental conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância desse procedimento de risco (SILVA, 2019).

Uma pesquisa conduzida por Pontes e colaboradores (2021) revela que experiências negativas no momento do parto geram consequências significativas nos aspectos psicológicos, físicos e sociais. Cada nascimento, por sua vez, traz consigo

a possibilidade de causar prejuízos que ultrapassam a saúde física da mãe e do bebê. As vítimas de violência obstétrica enfrentam não apenas danos físicos, mas também desafios psicológicos, muitas vezes provenientes de comentários constrangedores e ofensivos, que desencadeiam sentimentos de medo, desamparo e tristeza. Sendo assim, a depressão pós-parto pode estar diretamente ligada à violência institucional enfrentada pelas mulheres durante os procedimentos obstétricos, à falta de apoio de acompanhantes e à ausência de abordagem humanizada por parte dos profissionais durante o parto (ASSIS et al, 2021).

A falta de informação e o receio de questionar sobre os procedimentos durante a gravidez, parto e pós-parto, são aspectos frequentemente notados entre gestantes, que podem conduzi-las a aceitar situações desconfortáveis sem expressar suas insatisfações (ZANARDO et al, 2017). Andrade e colaboradores (2017) reforçam a importância da educação em saúde durante o pré-natal, pois oferece conhecimento acerca dos direitos das gestantes e esclarece dúvidas referentes a cada etapa do ciclo gravídico-puerperal, permitindo que elas exerçam sua autonomia ao tomar decisões sobre os procedimentos realizados em seus corpos.

Neste contexto, um estudo realizado por Rodrigues e colaboradores (2017) destaca que, apesar da existência da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que garante o direito à presença de acompanhantes durante o parto existir há mais de dez anos, muitas pacientes ainda desconhecem essa prerrogativa. Reforçando a importância de os profissionais de saúde realizarem educação em saúde com as gestantes, momento fundamental para que as informações legais sejam transmitidas às mulheres desde o início do pré-natal, empoderando-as para tomar decisões informadas.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 516/2016, a responsabilidade de acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes, avaliar a saúde da mãe e do feto, e garantir assistência do pré-natal ao puerpério recai sobre o enfermeiro. Além disso, cabe a esse profissional empregar práticas fundamentadas em evidências científicas, fornecendo um cuidado humanizado que respeite a autonomia e as vontades da mulher (BRANDÃO et al., 2022).

No entanto, existem situações em que o parto normal não é possível e torna-se necessário pensar na possibilidade de uma cesárea humanizada. O presente trabalho utilizou, então, de duas entrevistas realizadas pela autora Silva (2019), cuja a mesma também irá permear na elaboração deste trabalho, visto que se percebeu que a autora é uma das pioneiras em relação a tal tema. As entrevistas foram baseadas em relatos de casos de duas mulheres que sofreram violência obstétrica e uma delas aborda o fato que o parto poderia ter ocorrido de forma mais humanizado.

Nas entrevistas realizadas pela autora, nos deparamos com alguns relatos de depoentes que executaram cesárea com médicos que oferecem atendimento humanizado e vivenciaram situações que foram consideradas por elas como violência. As três mulheres que foram entrevistadas foram denominadas pelo anonimato de E32, A31 e D35.

Fica evidente que as mulheres entrevistadas possuíam conhecimentos e desejos de que fossem submetidas ao processo de parto humanizado, as quais realizaram as preparações e acompanhamentos adequados para evitarem qualquer tipo de violência obstétrica como evidenciado a seguir:

“Duas entrevistadas pertenciam a um grupo de gestantes, prepararam seus corpos para o parto, foram acompanhadas por uma doula, elaboraram um plano de parto bem detalhado, enfim, prosseguiram várias etapas para garantir um tratamento humanizado do parto. Ao contratar a equipe a expectativa era realizar a cesariana apenas quando necessário e garantir que nem no parto normal nem na cesariana a mulher e o bebê não fossem submetidos à violência obstétrica. Infelizmente, isso não aconteceu na prática. Ambos entraram em trabalho de parto e acabaram optando por uma cesárea (SILVA, 2019, p. 15).

No entanto, observamos que a cesárea teve que ser realizada, apesar das preparações e desejos anteriormente mencionadas, sugerindo que, na prática, podem ocorrer circunstâncias imprevistas ou mudanças nas preferências ao longo do trabalho de parto. Como evidenciado no caso de E32, onde trabalho de parto durou horas, porém devido a problemas emocionais pessoais, a dilatação não progrediu então ela optou por uma cesariana. Todo o parto foi em casa, com o marido e a doula, sendo muito tranquilo, apesar das contrações, porém houve mudanças quando a E32 chegou ao hospital (SILVA, 2019).

Segundo relatos destacados por Silva (2019), E32 deu entrada no hospital gritando para aliviar as dores devido às fortes contrações e, a caminho do hospital, já havia começado a sofrer violência psicológica. Pouco antes do início da operação, o anestesista fez uma "piada inapropriada" de que não poderia anestesiá-la por causa da tatuagem nas costas. As palavras geraram mais medo e desespero em momentos de vulnerabilidade, as quais fazem a mulher ser submetida a um tratamento humilhante, desrespeitoso e, por vezes, discriminatório.

Outro fator de destaque na fala da entrevistada foi o não cumprimento da Lei Federal nº 11.108, pois a cesariana foi iniciada na ausência do pai do bebê, que era seu acompanhante, e quando o bebê nasceu não disseram a E32 o que havia acontecido, nem tão pouco que ele havia nascido. Após a operação, a entrevistada foi deixada sozinha no centro cirúrgico e, quando duas enfermeiras vieram para levá-la de volta ao quarto, a empurraram para fora da maca. A lesão dessa queda impediu a entrevistada de andar normalmente por vários dias (SILVA, 2019). Caracterizando assim a violência obstétrica na sua forma psicológica e física. Mesmo após o relato dessas situações, segundo Silva (2019), a entrevistada afirmou ter sofrido uma violência “leve” ou de menor grau por estar em uma equipe humanizada e acreditava que poderia ter sido pior se a equipe fosse diferente.

Já para a entrevistada A31, os serviços da equipe não valem o investimento. Seu líquido amniótico estourou e o mecônio, uma substância verde pálida que é a primeira evacuação do bebê no útero da mãe, exigiu uma visita ao hospital para observar o bebê. O trabalho de parto estava começando e a entrevistada optou por induzir o parto para tentar o parto normal. (SILVA, 2019).

Entretanto, segundo o médico assistente, o processo de indução levaria cerca de doze horas para fazer efeito. A31, porém, não se tranquilizou com isso e duvidou da segurança em aguardar a evolução do trabalho de parto. À medida que a necessidade de uma cesariana se aproximava, o procedimento se transformaria em uma mera cirurgia de rotina, desprovida de qualquer toque pessoal ou humanitário (SILVA, 2019).

No meu plano de parto estava escrito 'quero o meu acompanhante o tempo todo comigo', 'quero segurar o meu neném'. [...]eu tinha certeza de que se tivesse que ir para cesárea por uma situação de necessidade ela seria humanizada e não foi, de jeito nenhum. Aliás no meu plano de parto estava até escrito coisas como eu queria que não tivesse um ar-condicionado muito forte, eu não queria que tivesse uma luz muito forte mesmo que fosse cesárea e nada disso foi respeitado. Estava frio na sala de parto, o (bebê) nasceu no frio, eram coisas que eu não queria. Estava aquela 'luzona' normal. [...] no hospital você não controla nada, você entrou lá dentro você não pode tomar mais nenhuma decisão. Eles vão decidindo tudo por você. Eu não gostei de jeito nenhum. (...)não foi humanizado, mas também não foi violento, elas não amarraram o meu braço, como tem gente que faz, passar por isso. Mas eu achei muito ruim essa coisa de ficar sozinha sem acompanhante, eu perguntar por que o meu neném estava roxo e elas não me falarem, eu perguntar cadê o Augusto elas também não me falaram. [...] é o meu filho né é o meu parto e eu esperei muito por aquilo contava com uma coisa que não aconteceu. (A31, dezembro de 2018 *apud*. SILVA, 2019, p. 17)

Após essa experiência, A31 pensou em ter um segundo filho em casa, pois para ela, parir no hospital é sempre violento, visto que a mulher não tem liberdade. A violência pode ser abertamente agressiva, amarrando as mulheres em macas, mas também pode ser mais insidiosa, como deixar as mulheres sozinhas nas salas de recuperação, não contar às mulheres e bebês o que acontece durante e após o trabalho de parto, piadas desnecessárias e o corpo da mulher, conversa grosseira durante a cirurgia (SILVA, 2019).

Percebe-se que mesmo após o parto, o protocolo hospitalar regido pela disciplina é essencial, pois os bebês são retirados de suas mães para exame ou algum tratamento necessário, e as mulheres não são informadas do que fizeram com seus bebês.

Ao ser admitida em um hospital privado que não prioriza o parto natural ou a assistência humanizada, a mulher é relegada à condição de paciente e deve aderir à hierarquia do hospital. Essa hierarquia, muito parecida com a das escolas e outras instituições, é imposta por meio da técnica da disciplina. Tal técnica de poder opera como uma rede penetrante, estendendo-se tanto pelas instituições quanto pelo aparato estatal (SILVA, 2019).

O método emprega punição e escrutínio para dobrar as mentes e os corpos de ambos os sexos, condicionando-os à submissão. O objetivo final é preparar os indivíduos para a docilidade, tornando-os membros produtivos da sociedade. Assim, percebe que concomitantemente, a disciplina padroniza comportamentos e também cria um espaço distinto, mas compartilhado, para cada pessoa, resultando tanto na massificação quanto na individualização (FOUCAULT, 2016 *apud*. SILVA, 2019).

As gestantes em hospitais muitas vezes se encontram em desvantagem em relação aos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde têm poder disciplinar e, por isso, podem ditar o número de acompanhantes que a mãe pode ter durante o parto. Além disso, eles podem ditar a posição em que ela pode dar à luz, o que pode incluir proibi-la de andar. Além disso, os médicos têm autoridade máxima para decidir quais intervenções ocorrerão ou não durante o trabalho de parto (SILVA, 2019). A capacidade da mulher de decidir sobre seu próprio corpo muitas vezes é tirada de suas mãos, muitas vezes involuntariamente, e colocada aos cuidados de especialistas que possuem maior conhecimento teórico em questões de parto.

O caso de D35, segundo o relato através da obra de Silva (2019), no entanto, foi excepcional. Enquanto ela lutava contra diabetes gestacional pré-natal e hipertensão, sua gravidez foi considerada de alto risco, estabelecendo um prazo de

40 semanas para um parto seguro. Quando o trabalho de parto não ocorreu, D35 foi submetida a uma cesariana no final de sua 40ª semana. A cesárea foi feita, assim como o acompanhamento do pré-natal, por uma obstetra particular e que não faz parte do processo do parto humanizado (SILVA, 2019). Assim sendo, entando foi feita em condições especiais, foram realizados diversos pedidos para tornar o nascimento mais humanizado como:

Eu queria que o meu marido tivesse feito o clampeamento do cordão umbilical, aí eles põem um monte de empecilho porque é isso, porque é isso, infecção. E assim eu pedi para colocar a luz um pouco mais, a luz do centro cirúrgico um pouco mais amena né, pra quando a criança sair da barriga não se deparar com aquela luz intensa né. Eu acho que isso faz parte do processo de humanização do nascimento da criança né. Mas isso também eu não fui atendida. Amamentar logo depois que ele me nasceu também não fui atendida. Eu pedi, eu fiz o meu plano de parto, mas não adiantou (D35, dezembro de 2018 *apud*. SILVA, 2019, p.18)

A importância da experiência médica e dos procedimentos cirúrgicos no processo de parto não pode ser exagerada. Apesar da consulta prévia com o obstetra para elaborar um plano de parto, nenhuma das preferências delineadas foi atendida.

Vale destacar que um PP (plano de parto) serve para ajudar no envolvimento da mulher na preparação para o trabalho de parto (TP). Durante o PP é criado e apresentado uma lista contendo todos os desejos para um parto de forma respeitosa, sendo assim uma atividade para ser feita em conjunto, mulher / casal com o apoio de um profissional enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2012).

Em seu trabalho, Silva (2019) observa que equipes desalinhadas representam um grande obstáculo a fim da humanização na cesárea. As entrevistadas foram unânimes em citar como fator a total entrega da paciente ao médico durante esse parto. Dentro dessa hierarquia médica, o anestesiolegista exerce um poder significativo, monitorando a cirurgia e determinando o nível de consciência da mãe durante o parto.

O papel do pediatra é fundamental para determinar a natureza do contato inicial entre a mãe e o recém-nascido. Se o médico se recusar a permitir que o bebê amamente antes da limpeza e do exame, isso pode atrapalhar a experiência de união que a maioria das mães deseja (SILVA, 2019). Já é de conhecimento a importância do aleitamento materno nas primeiras horas de vida, sendo essencial para a saúde das crianças no primeiro semestre de vida, uma vez que é considerado um alimento completo sendo fonte de hidratação e elementos nutricionais para o aumento e proteção e contaminação ao metabolismo da criança (MORGANO et al., 2005).

Embora seus desejos possam não ter sido totalmente respeitados na realização da cesariana, D35 não se sente frustrada com o parto. A mesma reconhece o esforço do médico, mas destaca que é fundamental uma abordagem humanizada de toda a equipe. Sem a consistência do pediatra e do anestesista, por exemplo, os esforços do obstetra são inúteis (SILVA, 2019).

Segundo a Silva (2019), a mulher D35 atribui sua sensação de empoderamento à sua capacidade de buscar informações e verificar as orientações do obstetra, como o prazo. O corte do cordão umbilical, conhecido como clampeamento do cordão, marca a finalização da conexão do bebê com a placenta.

Para a entrevistada, o empoderamento é um processo que tem por objetivo adquirir informações e não deixar na mão da obstetra ou da equipe o que é melhor

para a mulher e o bebê. “O nascimento é seu e do seu filho essa decisão não pode ser tomada por terceiros. Você precisa conhecer seu corpo.” (D35, dezembro de 2018 *apud*. SILVA, 2019).

Embora o tema da cesariana seja frequentemente deixado de lado nas discussões sobre a humanização do parto, ela continua sendo uma intervenção cirúrgica crucial, apoiada por evidências científicas e recomendada pela Organização Mundial da Saúde em apenas 10% dos partos (SILVA, 2019). No entanto, é imprescindível trazer à tona os casos de violência obstétrica sofrida ao discorrer sobre a violência obstétrica em qualquer tipo de parto.

4. Conclusão

O cenário da assistência obstétrica está passando por uma evolução marcante, impulsionada pelo crescente reconhecimento da importância da humanização do parto. Através deste estudo, torna-se evidente que a violência obstétrica é um problema real e complexo, que afeta profundamente a experiência das gestantes durante o processo de parto, especialmente no contexto da cesárea. A busca por um atendimento mais humano, respeitoso e centrado na mulher é um movimento necessário para transformar a cultura obstétrica e promover uma experiência mais positiva e saudável para todas as envolvidas.

O impacto emocional e psicológico das experiências negativas no parto pode ser duradouro e afetar tanto a mãe quanto o bebê. A humanização do parto não é apenas sobre escolher entre parto normal ou cesárea, mas sobre proporcionar às mulheres o direito de tomar decisões informadas sobre seus corpos, sendo ouvidas e respeitadas ao longo de todo o processo.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na promoção de um ambiente de parto seguro e humanizado, onde o respeito à autonomia da mulher é primordial. Além disso, a conscientização sobre a violência obstétrica precisa ser ampliada, tanto entre os profissionais de saúde quanto entre as gestantes, para que as mulheres possam identificar e denunciar práticas inadequadas.

A medicalização do parto enfatiza o risco e a intervenção, muitas vezes patologizando o processo. Essa abordagem, centrada nos médicos, pode limitar o papel das parteiras. Alternativamente, a humanização visa dar significado pessoal e social a cada parto. O foco é o atendimento individualizado, centrado nas necessidades da mãe e do bebê, respeitando os direitos humanos e priorizando o vínculo, principalmente entre mãe e bebê. Entende-se que, múltiplos agentes impulsionam mudanças na abordagem da assistência ao parto.

Diante do exposto, este trabalho não possibilita trazer conclusões definitivas visto que essa transição de mudança na assistência ao parto, tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada, é de longevidade e árduo. Assim sendo, entende-se que é de extrema importância a participação da sociedade como um todo, na busca por um tratamento humanizado e respeitoso ao parto por cesárea.

Por fim, o trabalho realizado neste estudo serve como um chamado à ação, incentivando a reflexão e o engajamento em busca de uma assistência obstétrica mais humana, respeitosa e empática. A humanização do parto é uma jornada contínua, que requer a colaboração de todos os envolvidos para transformar a maneira como as mulheres são tratadas durante um dos momentos mais significativos de suas vidas.

Referências

- ANDRADE, L. F. B. et al. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Rev Enferm UERJ**, v.25, 2017.
- ASSIS, K.G. de et al. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 103, p. 135–157, 2020.
- BITENCOURT, A. de C.; OLIVEIRA, S. L. de; RENNÓ, G. M. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, dez. 2021.
- BRANDÃO, A. R. *et al.* **Atuação do enfermeiro obstetra na prevenção da violência obstétrica**. Rev. multidisciplinar em saúde, v.3, n.2, 2022.
- CAVALHEIRO, E. A. M. C.; FARIA, G.; LIMA, M. K. D. G. e. Violência obstétrica: revisão de literatura. **Revista Artigos**. Com, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/6695/4206>. Acesso em: 09 ago. 2023.
- CIELLO, C. *et al.* **Violência Obstétrica**. "Parirás com dor". (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio). Senado Federal. Brasília - DF. 2012; 188 p.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.
- PONTES, B. F. et al. **Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica**. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v.11, n. 35, p. 443–450, 2021
- SILVA, L. M. D. **Violência Obstétrica na Operação: Cesariana a necessidade de humanização do nascimento**. Universidade Federal de Uberlândia, vol. 05, N. 04, 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>. Acesso em: 09 ago. 2023.
- ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v.29, 2017.
- MORGANO, M. A.; SOUZA, L. A.; NETO, J. M.; RONDO, P. H. C. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 819-24, out./dez., 2005.
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). Parecer n.o 7/2012: Plano de parto. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf