



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VANESSA TAVARES SILVA

OPERAÇÃO CESARIANA E HUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Florianópolis - SC

2024

VANESSA TAVARES SILVA

OPERAÇÃO CESARIANA E HUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Monique Senna Schlickmann

Co-Orientadora: Patricia Klock

Florianópolis - SC

2024

Tavares Silva, Vanessa

Operação cesariana e Humanização: uma revisão bibliográfica / Vanessa Tavares Silva ; orientador, Monique Senna Schlickmann, coorientador, Patricia Klock, 2024.

46 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

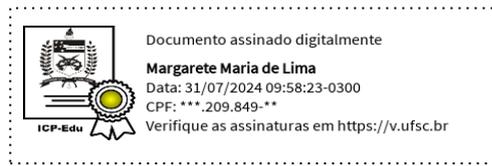
1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Operação cesariana. 4. Parto humanizado. 5. Violência obstétrica. I. Senna Schlickmann, Monique. II. Klock, Patricia . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Vanessa Tavares Silva

OPERAÇÃO CESARIANA E HUMANIZAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

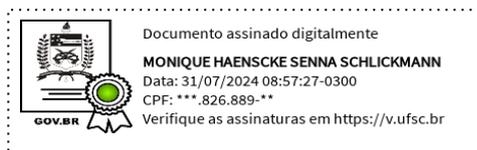
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem.

Florianópolis, 14 de julho de 2024.

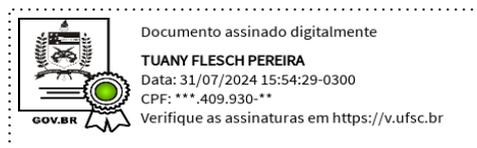


Margarete Maria de Lima
Coordenação do Curso

Banca examinadora



Profa. Dra. Monique Senna Schlickmann
Orientadora



Enfermeira Tuany Flesch Pereira
Membro externo

Florianópolis, 2024

Dedico este trabalho aos meus amores desta vida terrena, e a música que fizeram de mim forte para enfrentar todas as etapas desse processo de graduação e dos problemas da vida. Sou feita de amores e amor emana a vocês. Muito obrigada.

Na fim, mamba nu bira

AGRADECIMENTOS

À minha rede de apoio, que às vezes escassa, às vezes cheia, mas sempre me fizeram estar de pé hoje.

Aos meus pais, que são o meu suporte de vida em qualquer parte desse planeta.

À Deus, por tudo que pôde me proporcionar nesses anos repletos de experiências valiosas para o meu crescimento e pelo que ainda irá proporcionar.

Às minhas irmãs, Aline e Indira, pelas chamadas que me fizeram sorrir e por compartilharem alguns pesadelos de forma cômica. Espero ter sido um farol de inspiração em suas vidas, assim como vocês têm sido na minha.

À Paulinha, minha irmã de vida, colega de casa e quarto por todos esses anos, pelas perguntas sem sentido e pelas risadas intermináveis durante as madrugadas de estudos e preparações para as provas.

Às minhas conterrâneas, que me fizeram sentir em casa.

À minha nova família em São Paulo.

Ao meu produtor musical que me lembrou de outros propósitos ainda vivos em mim além do cuidar.

Ao Oliveira, meu namorado, meu porto seguro e amor tranquilo que vem me mostrando mais do que afetos, uma parceria genuína, e que não se cansa de repetir mil vezes a mesma coisa para me ver feliz, e à família dele, que me fizeram sentir especial de novo.

À todos, agradeço.

RESUMO

A fase gestacional, que em sua maioria transcorre sem intercorrências, pode culminar em parto cesáreo, indicado em certos casos. No Brasil, as taxas de cesárea são elevadas, refletindo um cenário em que a prática é comum tanto na rede pública quanto na privada. A humanização da cesárea é essencial para garantir um tratamento respeitoso e individualizado à mulher, especialmente em meio à preocupação com a redução de práticas invasivas e violência obstétrica. O conceito de parto humanizado enfatiza o respeito pela autonomia da mulher e a observância de suas necessidades fisiológicas, valores pessoais e preferências durante o nascimento. Este estudo tem como objetivo analisar na literatura a influência do racismo institucional na experiência obstétrica humanizada em procedimentos de operação cesariana, por meio de uma revisão bibliográfica abrangente. A metodologia adotada foi a revisão bibliográfica da literatura, permitindo uma análise abrangente do tema. A coleta de dados foi realizada em bases como SciELO e Google Acadêmico, utilizando termos específicos e abrangentes de busca. Os objetivos específicos foram: identificar práticas de humanização recomendadas para operações cesarianas e sua relação com a redução da violência obstétrica, e analisar como o racismo institucional se manifesta na assistência obstétrica e seu impacto na ocorrência de violência obstétrica. A análise dos artigos selecionados revelou uma preocupação crescente com a humanização da operação cesariana, destacando o papel fundamental da enfermagem e a importância de uma abordagem individualizada e respeitosa ao longo do processo de parto. Ficou evidente que a humanização da cesariana envolve práticas que colocam a mulher no centro do processo, respeitando suas escolhas e minimizando intervenções desnecessárias. Isso inclui garantir um ambiente acolhedor, fornecer informações claras, obter consentimento informado e oferecer apoio emocional e físico adequado, conforme os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A violência obstétrica e o racismo institucional prejudicam a humanização da cesariana. Educação contínua dos profissionais de saúde, a PNEPS e colaboração multidisciplinar são essenciais para uma assistência abrangente e integrada. Práticas humanizadas em cesarianas melhoram o parto e reduzem a violência obstétrica, equilibrando humanização e segurança clínica.

Palavras-chave: obstetrícia; violência obstétrica; Cesariana; humanização da operação cesariana; racismo institucional; políticas públicas; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The gestational phase, which mostly progresses without complications, can culminate in a cesarean delivery when indicated in certain cases. In Brazil, cesarean rates are high, reflecting a scenario where the practice is common in both public and private healthcare systems. Humanizing cesarean deliveries is essential to ensure respectful and individualized care for women, especially amidst concerns about reducing invasive practices and obstetric violence. The concept of humanized childbirth emphasizes respect for women's autonomy and the observance of their physiological needs, personal values, and preferences during birth. This study aims to analyze the influence of institutional racism on the humanized obstetric experience in cesarean procedures through a comprehensive literature review. The methodology adopted was a bibliographic literature review, allowing for an extensive analysis of the topic. Data collection was conducted in databases such as SciELO and Google Scholar, using specific and broad search terms. The specific objectives were to identify recommended humanization practices for cesarean operations and their relationship with reducing obstetric violence, and to analyze how institutional racism manifests in obstetric care and its impact on the occurrence of obstetric violence. The analysis of selected articles revealed a growing concern with the humanization of cesarean deliveries, highlighting the fundamental role of nursing and the importance of an individualized and respectful approach throughout the childbirth process. It became evident that humanizing cesarean delivery involves practices that place women at the center of the process, respecting their choices and minimizing unnecessary interventions. This includes ensuring a welcoming environment, providing clear information, obtaining informed consent, and offering adequate emotional and physical support, following the principles of equity and comprehensiveness of the Unified Health System (SUS). Obstetric violence and institutional racism hinder the humanization of cesarean deliveries. Continuous education of healthcare professionals, the National Policy on Continuing Education in Health (PNEPS), and multidisciplinary collaboration are essential for comprehensive and integrated care. Humanized practices in cesarean deliveries improve the birth experience and reduce obstetric violence, balancing humanization and clinical safety.

Keywords: obstetrics; obstetric violence; cesarean section; humanization of cesarean birth; institutional racism; public policies; Brazilian Unified Health System (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDEF	Base de Dados de Enfermagem
DE	Diagnóstico de Enfermagem Puerperal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
PCRI	Programa de Combate ao Racismo Institucional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	OPERAÇÃO CESARIANA	15
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	16
3.3	HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
3.4	A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA ...	17
3.5	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS LENTES DO RACISMO INSTITUCIONAL	18
4	ASPECTOS MÉTODOLÓGICOS	21
4.1	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	22
4.2	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	22
4.3	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	22
5	RESULTADOS.....	24
5.1	MANUSCRITO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA CESÁREA HUMANIZADA.....	24
6	CONCLUSÃO	39
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A fase gestacional é um evento fisiológico que, na grande maioria das vezes, se desenvolve sem intercorrências e sem a necessidade de intervenções (Franca, 2022). O encerramento dessa fase ocorre através do parto, que pode ser realizado por duas vias: a baixa, conhecida como parto vaginal ou normal; e a alta, denominada cesárea. Em casos de intervenção cirúrgica, existem riscos de complicações ou até mesmo a necessidade de correções, que podem surgir durante o trabalho de parto (De Oliveira; Silva, 2019).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente.

No Brasil, observa-se um número elevado de cesáreas em ambientes hospitalares. O cenário atual evidencia essa prática como uma intervenção comum. É crucial analisar a assistência prestada à gestante, especialmente considerando a importância das consultas de pré-natal. Essas consultas são fundamentais, pois é por meio delas que a mulher pode fazer escolhas informadas sobre o seu parto (Zanardo *et al.*, 2017). Além disso, o modelo obstétrico brasileiro atual, caracterizado por altas taxas de cesáreas, tem sido apontado como causa de elevada mortalidade materna e neonatal (Souza, 2015).

O maior objetivo dos projetos do Ministério de Saúde para um parto humanizado é assegurar um tratamento que respeita a mulher e garanta o aumento das taxas do parto normal, pelo fato de se ter menos riscos e de ser mais vantajoso à mãe e ao bebê, porém, quando não for possível concretizá-lo, será necessário pensar na alternativa de uma cesárea humanizada. A humanização no tratamento realizado por profissionais da saúde vem como uma solução para acabar com os vários tipos de violência vivenciada por tantas mulheres no país, nomeadamente violência obstétrica (Oliveira; Silva, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Assim, evidencia-se a violência obstétrica como um exemplo específico de violência contra a mulher. Deste modo, a violência obstétrica é classificada como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui privação da autonomia e ordem sobre seus corpos. Consequentemente, significa o apoderamento dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de uma atenção motorizado, tecnicista, banal e massificada do parto (D'Oliveira *et al.*, 2002; Diniz, 2009; Gonzalez; Ramos, 2013).

As gestantes relatam o sentimento de serem violentadas, evidenciando a indiferença e o desrespeito em relação a elas na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde. Esses relatos têm sido cada vez mais disseminados pela imprensa e pelas mídias sociais. Deste modo, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres apresentavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de não serem escutadas ou atendidas em suas vontades e terem experienciados tanto ataques verbais, quanto físicos (Zanarado, 2017).

Como demonstrado na pesquisa realizada por Theophilo, Rattner e Pereira (2018), cujo objetivo foi analisar as diferenças no cuidado pré-natal e no parto no âmbito do Sistema Único de Saúde, levando em conta a variável raça/cor, com base nos dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha de 2012, observou-se que as mulheres negras e pardas enfrentaram um tempo de espera maior para o atendimento durante o parto. Além disso, identificou-se que 68% das mulheres não tiveram acompanhantes durante o parto, sendo que mais de 50% delas relataram a ausência de autorização do serviço de saúde como motivo para tal situação.

De acordo com Barreto *et al.* (2022), as mulheres negras são desproporcionalmente afetadas pela violência obstétrica, consequência do racismo estrutural e institucional. A percepção equivocada de que essas mulheres possuem uma resistência maior à dor resulta em um tratamento inadequado, muitas vezes em desacordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a realização dos partos. Para combater essa realidade, é fundamental aumentar o conhecimento e a compreensão sobre o tema, reforçando a importância da resistência.

A maior vulnerabilidade entre mulheres negras/pardas deve ser um alerta não apenas para a sociedade em geral, mas também para as autoridades públicas. Os resultados do estudo indicam a necessidade de se buscar a equidade nos cuidados de saúde, o que pode incluir um acompanhamento mais aprofundado por parte dos serviços de saúde na atenção ao pré-natal, bem como visitas domiciliares mais frequentes realizadas por agentes comunitários de saúde (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018). Além disso, é importante incentivar a educação permanente das equipes de saúde para identificar as vulnerabilidades precocemente, a fim de diminuir as diferenças existentes no cotidiano dos serviços de saúde (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018).

Alcançar a equidade na saúde é um dos principais objetivos da saúde pública, a saber, equidade refere-se à oportunidade justa para todos atingirem seu potencial pleno de saúde, independentemente dos estratos demográficos, sociais, econômicos ou geográficos. Ou seja, deve-se empregar uma lente de equidade na saúde que busque identificar as diferenças no estado

de saúde, as razões para as diferenças, quem e como as experimenta e quando elas são vivenciadas (Venkatachalam *et al*, 2020).

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os governos federal, estaduais e municipais. Esta ação pública governamental tem uma responsabilidade fundamental na construção de diretrizes para a humanização do atendimento, sendo que os movimentos sociais desempenharam um papel importante nessas conquistas e avanços. Em 2014, foram publicados os Cadernos HumanizaSUS, com o quarto volume dedicado à Humanização do Parto e do Nascimento, destacando o protagonismo atual da mulher e revisando o modelo obstétrico vigente. O volume contém relatos jornalísticos e experiências sobre como ocorrem os partos no país, além de diretrizes governamentais sobre o trabalho de parto normal, situações em que a cesariana é indicada, a função da doula no parto, entre outros aspectos (D'Oliveira; Silva, 2019).

A relevância deste estudo reside na necessidade de incentivar debates e promover reflexões acerca de questões relacionadas à saúde da mulher, especialmente no que tange à atenção obstétrica. Durante minha formação acadêmica, percebi uma carência de discussões aprofundadas sobre este tema, o que despertou meu interesse em explorá-lo de forma mais detalhada. Além disso, as experiências pessoais de minha mãe, uma mulher negra que passou por três gestações culminando em cesáreas, evidenciaram vivências nem sempre positivas durante os períodos perinatal e pós-operatório. Essas motivações reforçam a importância de investigar e discutir a humanização do atendimento obstétrico, visando melhorias na qualidade e equidade do cuidado oferecido às mulheres.

Decidi aprofundar este tema, devido à minha identificação com a saúde da mulher e pela necessidade de mudanças na assistência obstétrica em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. É relevante também refletir sobre a formação dos profissionais de saúde nas instituições de ensino, com o objetivo de alinhar os cuidados obstétricos aos princípios do SUS.

Esta pesquisa tem como propósito analisar as práticas de humanização da operação cesariana presentes na literatura científica. Dessa forma, pretende-se aprofundar o entendimento sobre o tema, incentivando novos estudos que possam contribuir para a melhoria do atendimento em saúde de mulheres durante a gestação, parto e pós-parto. É importante frisar que, como mulher negra e levando em conta as experiências vividas pela minha mãe, procuro incluir a discussão do racismo institucional no contexto da humanização da operação cesariana.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar na literatura, a influência do racismo institucional, na experiência obstétrica humanizada em procedimentos de operação cesariana, por meio de uma revisão bibliográfica abrangente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar práticas de humanização recomendadas para operações cesarianas e sua relação com a redução da violência obstétrica.

Analisar como o racismo institucional se manifesta na assistência obstétrica e seu impacto na ocorrência de violência obstétrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 OPERAÇÃO CESARIANA

Dentre as opções disponíveis para o processo de nascimento, encontram-se o parto natural, também conhecido como parto vaginal ou normal, e a operação cesariana. Nesse sentido, é desejável que a mulher tenha o direito de escolher a via de parto, desde que esteja ciente dos riscos e benefícios associados a cada um e que a decisão seja tomada em conjunto com um obstetra (Valois *et al.*, 2019).

A operação cesariana é um procedimento em que o feto é removido do útero através de um corte abdominal. Surgiu como uma opção ao parto natural em situações em que há um risco comprovado, baseado em evidências médicas, de mortalidade materna ou fetal (Silva *et al.*, 2019). O surgimento do procedimento ocorreu devido à necessidade de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, especialmente em casos de partos com distocia (qualquer perturbação no bom andamento do parto).

A decisão sobre a via de parto é um evento que percorre todo o período da gravidez da mulher e tem se tornado um assunto polêmico, uma vez que, observa-se um aumento no número de cesarianas no Brasil, muitas vezes sem justificativa ou necessidade, o que pode acarretar consequências negativas, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido, além de gerar custos desnecessários (Souza *et al.*, 2018).

A determinação da via de parto é influenciada por múltiplos fatores, incluindo aspectos biológicos e psicossociais, que têm repercussões na vida da mãe e do bebê. Percebe-se que a decisão da via de parto não é exclusivamente médica, mas envolve uma variedade de outros fatores, tais como o tipo de financiamento (público ou privado), nível socioeconômico, idade gestacional, raça, experiências prévias e região geográfica (Silva *et al.*, 2020).

O Brasil apresenta as maiores taxas de cesáreas do mundo. Estima-se que uma grande parte dessas intervenções tenha sido realizada sem uma indicação médica precisa e sem levar em consideração os possíveis riscos, uma vez que a maioria dos partos ocorre fora do período de trabalho de parto, aumentando as chances de complicações (Mascarello *et al.*, 2021).

Entretanto, as políticas públicas desempenham um papel crucial ao influenciar tais fatores e podem impactar as preferências e práticas dos profissionais de saúde no que diz respeito aos procedimentos de parto (Brasil, 2001).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

A implementação das políticas públicas resultou em uma redução das taxas de mortalidade infantil no Brasil. No entanto, em comparação com outros países, ainda permanece relativamente alta. Consciente desses dados, o governo introduziu novos programas de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, como a Rede Cegonha (Genovesi *et al.*, 2020).

Implantado em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem como objetivo assegurar a excelência da assistência desde as consultas pré-natal até o pós-parto, visando à qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2002). O PHPN comprovou, por meio de estudos científicos, que a capacitação da equipe de saúde é de extrema importância para garantir a incorporação da humanização na assistência prestada às mulheres. Além disso, essa capacitação estabelece uma relação profissional-paciente que facilita o processo de educação em saúde, promovendo a prevenção e recuperação da saúde, além de assegurar a autonomia da mulher em relação ao seu corpo e aos procedimentos aos quais ela será submetida (Velho *et al.*, 2012).

A Rede Cegonha, estabelecida pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promove a criação de uma rede que busca assegurar cuidados abrangentes para as mulheres, garantindo o direito a uma assistência humanizada ao longo de todo o período pré-natal até o momento seguro do nascimento. Essa abordagem contribui para o desenvolvimento saudável da criança (Brasil, 2011).

3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A humanização do parto é um tema amplamente debatido, pois possui uma grande importância na garantia de uma prática assistencial de qualidade, pautada nos princípios da integralidade e no acolhimento completo da mulher. Essa abordagem visa permitir que o momento do parto se torne uma experiência positiva em sua vida, evitando intervenções desnecessárias que possam causar traumas de longa duração (Gonçalves *et al.*, 2011).

O parto humanizado abrange certos requisitos que incluem os seguintes direitos: a parturiente/gestante tem o direito de passar por, no mínimo, seis consultas pré-natais, de ter um acompanhante presente e de garantir sua vaga em um hospital durante o momento do parto. Assim, o parto humanizado visa garantir a autonomia da mulher na escolha do seu método de parto, de acordo com o que ela considera mais apropriado e confortável para o nascimento do seu filho (Velho *et al.*, 2012).

A humanização do parto requer a participação de uma equipe multidisciplinar que possua conhecimento técnico-científico, ética profissional, responsabilidade e respeito em relação à mulher assistida. Essa equipe proporciona um processo de parto e nascimento saudável e digno (Oliveira; Souza, 2013).

A humanização do tratamento realizado pelos profissionais de saúde surge como uma solução para combater a violência obstétrica e outros tipos de violência hospitalar que afetam inúmeras mulheres no país. O parto humanizado pressupõe uma relação com o corpo fundamentada em conceitos contemporâneos, tais como autonomia e individualidade. Por essa razão, reconhece-se a importância do protagonismo feminino durante o processo de parto, conforme aponta o autor:

Tal defesa traduz-se necessariamente na garantia de recursos e procedimentos que viabilizem a reaproximação “consciente” das mulheres com seus corpos, o que envolve a retirada do poder de decisão sobre seus corpos da equipe médica bem como o uso de artifícios que a aliena de seu corpo, como, por exemplo, o processo cirúrgico desnecessário. As noções de individualidade e autonomia, neste caso, aparecem através da ideia de que ninguém melhor do que a própria mulher para administrar seu corpo, evidenciadas, por exemplo, nas formas de se administrar a dor do parto (Tavolaro, 2011, p. 42).

3.4 A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

O enfermeiro desempenha um papel essencial em todos os níveis de cuidados de saúde, destacando-se na Estratégia Saúde da Família (ESF). Nas consultas pré-natais, sua atuação é fundamental ao acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e prescrever suplementos de ferro e ácido fólico. Além disso, fornece orientações educativas para a gestante e seus familiares, abordando temas como os diferentes tipos de parto e destacando as vantagens do parto normal. Este papel é crucial para promover uma gestação saudável, minimizar riscos e preparar a gestante para o parto e o cuidado com o recém-nascido (Ribeiro *et al.*, 2016). A presença contínua e o apoio oferecido pelo enfermeiro contribuem significativamente para a saúde materna e infantil, evidenciando a importância deste profissional na Atenção Básica.

Para seguir as diretrizes propostas pelos programas de atenção pré-natal, parto e pós-parto, é fundamental proporcionar um atendimento acolhedor, e o enfermeiro desempenha um papel crucial na coordenação dessas ações, gerenciando o cuidado e promovendo o

relacionamento entre os profissionais que compõem a equipe de saúde e essas pacientes (Souza; Viera; Bezerra, 2019).

Nesse contexto, a enfermagem no campo obstétrico tem ganhado cada vez mais reconhecimento, devido ao seu olhar direcionado, qualificado e humanizado durante o período gravídico-puerperal. Através do estabelecimento de uma relação de empatia com a mulher e sua família, os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental (Alves *et al.*, 2019).

3.5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS LENTES DO RACISMO INSTITUCIONAL

A definição de violência obstétrica é relativamente recente, surgindo no contexto das crescentes discussões sobre a humanização dos serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), violência obstétrica é definida como o abuso, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde; como a violação da confiança entre as mulheres e sua equipe de saúde; como o desestímulo para as mulheres procurarem os serviços de assistência obstétrica; e como o desrespeito não apenas durante a gravidez, mas também no parto e no pós-parto (puerpério).

Segundo a OMS (2014), “a definição de violência obstétrica deve partir da própria mulher. Com base em informações suficientes e em sua experiência pessoal, é a mulher que pode determinar quando passou por um momento em que se sentiu violentada”.

Ao longo da história, o racismo sempre se manifestou como uma realidade social e cultural, fundamentada principalmente no fenótipo, antes mesmo de configurar um fenômeno político e econômico embasado em questões biológicas. O fenótipo é um elemento concreto que alimenta a percepção social e estabelece divisões entre os grupos raciais, sendo o ponto de referência para a instituição de discriminações raciais (Moore, 2007).

Contextualizando a questão, Barreto *et al.* (2022) abordam que, durante o processo de colonização, os colonizadores elaboraram uma concepção de raça, categorizando indivíduos como índios, negros e mestiços com base em suas características fenotípicas. Essa classificação estabeleceu a ideia de superioridade dos brancos sobre os negros, fundamentada unicamente em questões biológicas, o que resultou na subjugação e escravização dos corpos negros, sujeitando-os a punições e diversas formas de violência.

Almeida (2019) ressalta que o racismo fornece a base para as formas de desigualdade e violência presentes na sociedade contemporânea, identificando três dimensões principais: a individualista, a institucional e a estrutural. A dimensão individualista se manifesta por meio

de preconceitos e discriminações contra grupos racializados, negligenciando a natureza política do racismo. A educação e a conscientização sobre os impactos prejudiciais do racismo são as principais formas de combater esse problema.

Ainda segundo o autor, a dimensão institucional revela que o racismo é perpetuado pelas instituições da sociedade, contribuindo para a manutenção de desigualdades e privilégios baseados na raça. Grupos com maior poder de decisão são predominantemente compostos por homens brancos, dificultando a ascensão social de mulheres e homens negros. Na dimensão estrutural, a história de cada sociedade desempenha um papel relevante. No contexto brasileiro, o racismo estrutural foi construído a partir de uma colonização escravagista e genocida, fundamentada na suposta superioridade da raça branca. Isso significa que as instituições são racistas porque a sociedade é racista.

Segundo censo de 2022, o Brasil tem uma população de aproximadamente 213,3 milhões de habitantes, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com uma população negra que representa mais de 56%. Ademais, o Brasil é o maior país do mundo em população negra fora do continente africano, e o último país a abolir a escravidão negra. O Brasil também foi o país que mais importou africanos para serem escravizados.

Os processos históricos de violência e exclusão vivenciados pelas populações negras no Brasil resultaram em múltiplos níveis de marginalização. Heringer (2017) sistematiza e analisa indicadores da desigualdade racial, demonstrando que pessoas negras, em comparação com brancas, têm menor acesso a serviços de infraestrutura e habitação, menos anos de estudo (escolaridade inferior), e estão inseridas no mercado de trabalho em profissões de menor prestígio e com salários mais baixos.

Os estudos conduzidos por Hoffman *et al.* (2016) destacam a presença de viés racial na avaliação e recomendação de tratamento para a dor, revelando que crenças falsas sobre diferenças biológicas entre negros e brancos ainda são prevalentes. A pesquisa demonstrou que muitos estudantes e residentes de medicina brancos acreditam que os corpos negros são biologicamente diferentes e, frequentemente, mais resistentes à dor do que os corpos brancos. Essas crenças influenciam negativamente as avaliações de dor e as recomendações de tratamento, contribuindo para disparidades raciais na assistência à saúde.

Então define-se o racismo institucional, como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”, possuindo uma sutil forma de manifestação e se encontra implícito no funcionamento das instituições (Kalckmann *et al.*, 2007).

O racismo institucional também se manifesta na prestação de serviços, influenciando desde o acesso à saúde pela população negra até as relações entre os profissionais de saúde. Observa-se uma ideologia presente nas redes de assistência à saúde, que inclui pensamentos como "pessoas negras são mais resistentes à dor" ou "negro não adocece". Essas crenças tendem a minimizar as queixas dos pacientes negros e a reduzir o uso de medicamentos e anestésias, especialmente em mulheres durante procedimentos de pré-natal e parto (Belfort *et al.*, 2016).

O racismo e o sexismo manifestam-se de diversas formas na sociedade, resultando em restrições específicas aos direitos das populações vitimizadas. No caso das mulheres negras, essas restrições são amplificadas pela presença de um duplo preconceito, combinando discriminação racial e de gênero. Dados indicam que as mulheres negras têm menor expectativa de vida e apresentam um índice mais elevado de mortes por transtornos mentais em comparação às mulheres brancas (Oliveira; Kubiak, 2019). Isso evidencia como a intersecção entre racismo e sexismo gera impactos profundos e desiguais na saúde e no bem-estar dessas mulheres, necessitando de uma abordagem que considere essas múltiplas dimensões de opressão para a formulação de políticas públicas eficazes.

Oliveira e Kubiak (2019) destacam que a interseccionalidade é uma ferramenta analítica que nos auxilia a compreender as complexas interações sociais. Essa abordagem reconhece que o racismo, o sexismo e as opressões de classe estão intrinsecamente relacionados e operam em conjunto. No contexto da saúde das mulheres negras, a interseccionalidade desempenha um papel crucial, pois pesquisas indicam que essas mulheres enfrentam piores condições de acesso e qualidade de atendimento devido ao racismo institucional.

Leal *et al.* (2017) revelam que as mulheres negras no Brasil enfrentam disparidades significativas no atendimento pré-natal e durante o parto. O estudo demonstrou que as puérperas de cor preta têm maior risco de receber um pré-natal inadequado, enfrentar a falta de vinculação à maternidade, não contar com um acompanhante durante o parto, peregrinar entre hospitais para conseguir atendimento e receber menos anestesia local para episiotomia em comparação com as mulheres brancas. Essas iniquidades evidenciam a persistência do racismo estrutural nos serviços de saúde e sublinham a necessidade de intervenções específicas para reduzir essas desigualdades raciais.

4 ASPECTOS MÉTODOLÓGICOS

Uma revisão narrativa da literatura foi conduzida, abrangendo uma diversidade de documentos (incluindo artigos, teses, dissertações e conteúdos online). Embora este método proporcione uma descrição detalhada do tema, ele não cobre todas as possíveis fontes de informação, pois não se baseia em uma busca e análise sistemática dos dados. No entanto, sua relevância se dá pela capacidade de proporcionar uma atualização rápida dos estudos relacionados ao assunto.

A escolha dessa abordagem se justifica pela necessidade de entender a complexidade e as nuances desse fenômeno, além de fornecer novas bases para futuras pesquisas e auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas destinadas à mitigação do racismo institucional no campo da saúde.

De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a fase de pesquisa em que são coletadas informações documentais sobre os conhecimentos existentes é conhecida como revisão bibliográfica. Nesse contexto, a literatura inclui um conjunto de obras científicas, filosóficas, entre outras, relacionadas a um determinado assunto, matéria ou questão. A revisão bibliográfica é essencial em qualquer pesquisa, pois envolve uma análise ampliada da literatura existente, incluindo obras, textos, artigos, informações de sites na internet, dissertações, teses, monografias, relatórios técnicos, revistas científicas, resenhas, cartas e documentos escritos.

Uma das principais vantagens da pesquisa bibliográfica é permitir ao pesquisador abranger uma ampla gama de fenômenos (Gil, 2008).

Conforme Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias contempla todos os principais trabalhos já desenvolvidos e publicados, reconhecidos por sua importância. Isso inclui publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, pesquisas, etc. Este tipo de pesquisa é de extrema relevância, pois possibilita o fornecimento de informações atuais e relevantes relacionadas ao assunto. Assim, a pesquisa bibliográfica não é uma simples repetição do que já foi escrito, mas permite investigar um tema sob uma nova perspectiva, enfoque ou abordagem, avançando para conclusões inovadoras.

De acordo com Flick (2009), o estudo qualitativo exprime atributos próprios e parte das percepções construídas socialmente, buscando entender, descrever e explicar os fenômenos sociais de diferentes maneiras, através da análise de experiências individuais e grupais, bem como da investigação de documentos ou traços semelhantes de experiências e integrações.

4.1 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para compor o corpus de materiais desta revisão bibliográfica narrativa, foram selecionados artigos completos e outras fontes relevantes que tratam de temas como "racismo institucional e violência obstétrica", "racismo estrutural nos serviços de saúde", "humanização do parto", "cesárea humanizada" e "políticas públicas, portarias e leis sobre parto e nascimento no Brasil". Embora a pesquisa tenha focado em materiais publicados nos últimos cinco anos, também foram incluídas informações mais antigas, desde que relacionadas a portarias, leis e conceitos que não passaram por atualizações significativas.

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa em 2 bases de dados: a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o *Google Acadêmico*. Essas bases foram escolhidas devido à sua importância como fontes de informação de trabalhos científicos, abrangendo a literatura científica nacional como a da América do Sul e do Caribe. O período de coleta de dados foi estabelecido, abrangendo um intervalo de tempo específico, que foi de Janeiro de 2019 a Maio de 2024.

4.2 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A organização dos dados é um passo crucial no desenho da pesquisa qualitativa, pois reduz a infinidade de materiais a uma seleção administrável e justificável, ao mesmo tempo em que expõe minuciosamente as passagens relevantes para responder à pergunta de pesquisa e elaborar comparações pertinentes entre os distintos documentos (Flick, 2009). Esse processo permite que o pesquisador mantenha o foco nas informações essenciais, facilitando a análise detalhada e a interpretação dos dados, o que é fundamental para a construção de uma narrativa coerente e significativa dentro do contexto investigado.

4.3 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos artigos relevantes, realizou-se a leitura criteriosa dos textos, com o objetivo de identificar as práticas de humanização recomendadas para operações cesarianas e sua relação com a redução da violência obstétrica mencionadas nos estudos. Além disso, desenvolveu-se uma análise cuidadosa da forma como o “racismo institucional se manifesta na assistência obstétrica” é retratado nos artigos selecionados. Nesse sentido, a metodologia permitiu alcançar os objetivos propostos para a pesquisa, proporcionando uma síntese

atualizada das evidências disponíveis sobre o tema do estudo. Essa metodologia permitiu alcançar os objetivos propostos para a pesquisa, proporcionando uma análise atualizada das evidências disponíveis sobre o tema do estudo.

5 RESULTADOS

De acordo com a Instrução Normativa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e em conformidade com Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Resolução do CNE/CES nº 3 de 07 de novembro de 2001, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que adota a metodologia de revisão bibliográfica, apresenta seus resultados na forma de manuscrito.

5.1 MANUSCRITO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA CESÁREA HUMANIZADA

RESUMO: Objetivo: Este estudo analisa a influência do racismo institucional na experiência humanizada da operação cesariana através de uma revisão bibliográfica detalhada. **Metodologia:** A metodologia empregada foi a revisão de literatura, com dados coletados em bases como SciELO e Google Acadêmico. **Objetivos específicos:** Incluem identificar práticas recomendadas de humanização para cesarianas e sua relação com a redução da violência obstétrica, além de analisar a manifestação do racismo institucional na assistência obstétrica e seu impacto na ocorrência de violência obstétrica. **Resultados:** A análise dos artigos revelou uma crescente preocupação com a humanização da operação cesariana, destacando a importância de uma abordagem individualizada e respeitosa. A humanização envolve práticas centradas na mulher, como criar um ambiente acolhedor, fornecer informações claras, obter consentimento informado e oferecer apoio emocional e físico, conforme os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). **Considerações finais:** A violência obstétrica e o racismo institucional são problemas interligados que prejudicam a assistência obstétrica. Promover a educação e o treinamento contínuo dos profissionais de saúde é essencial para identificar e evitar práticas prejudiciais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a colaboração multidisciplinar são fundamentais para garantir uma assistência integrada. Implementar práticas humanizadas em cesarianas melhora a experiência do parto e contribui para a redução da violência obstétrica, sendo essencial equilibrar humanização e segurança clínica para um atendimento de qualidade e equitativo.

Palavras-chave: assistência obstétrica; violência no parto; cesárea; humanização da cesárea; discriminação institucional; políticas de saúde; Sistema público de Saúde (SUS).

INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal representa uma fase de intensas transformações para a mulher grávida, acarretando significativas alterações tanto no âmbito social quanto psíquico. Essas mudanças podem levar a um estado de sofrimento para a gestante, o que, por sua vez, pode interferir na formação do vínculo afetivo entre mãe e filho. (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018).

Atualmente, o Brasil está entre os países com a maior taxa de cesarianas do mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Mais de metade dos partos são realizados por meio de procedimentos cirúrgicos, apesar de não haver justificativa médica ou científica para que esse número ultrapasse os 20% (Amorim, 2012).

Diante dessas circunstâncias, tanto no Brasil quanto em outros lugares do mundo, surgem movimentos e programas destinados a melhorar a qualidade da assistência à saúde materna. Um exemplo é o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecido pela Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, e a Rede Cegonha (RC), criada pela portaria MS/GM n.º 1.459/2011, ambas iniciativas do Ministério da Saúde. Esses programas, embasados em evidências e na eficácia dos procedimentos, visam garantir a qualidade do cuidado durante o processo gravídico-puerperal. Eles têm como objetivo devolver às mulheres o protagonismo em seus partos, proporcionando acesso seguro e de qualidade ao pré-natal, bem como um atendimento acolhedor e humanizado durante o parto e o puerpério em toda a rede do Sistema Único de Saúde (Diniz, 2005).

A humanização aparece nessa perspectiva com o objetivo de estimular a participação ativa dos processos vivenciados, devolvendo aos sujeitos a autonomia e a dignidade, proporcionando a alteração do ambiente e dos autores envolvidos, bem como, mudanças nas condutas realizadas. Nesse modelo a parturiente passa a não ser mais considerada como um objeto, no qual se fazem procedimentos de extração do bebê, mas uma pessoa de quem se espera um papel ativo, capaz de gestar e de parir (Diniz, 2005).

A pertinência desta revisão integrativa reside na urgência de estimular debates e fomentar reflexões sobre temas relacionados à saúde da mulher, especialmente no contexto da atenção obstétrica. Ao longo da minha trajetória acadêmica, percebi uma lacuna na abordagem aprofundada desse assunto, o que despertou meu interesse em explorá-lo de maneira mais minuciosa. Além disso, as experiências pessoais de minha mãe, uma mulher negra que passou por três gestações e três cesáreas, revelaram vivências nem sempre favoráveis durante o período perinatal e pós-operatório.

Diante desse cenário, decidi me aprofundar nesse tema, motivada pela minha afinidade com a saúde da mulher e pela necessidade de promover mudanças na assistência obstétrica em diversas instâncias da Rede de Atenção à Saúde. Vale ressaltar também a importância de refletir sobre a formação dos profissionais de saúde nas instituições educacionais, visando alinhar os cuidados obstétricos aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O escopo desta pesquisa visa analisar as práticas de humanização no contexto da operação cesariana, conforme retratado na literatura científica. Por meio desse estudo, busca-se ampliar a compreensão sobre o tema, incentivando novas investigações que possam contribuir para aprimorar a assistência em saúde às mulheres durante o ciclo gestacional, parto e pós-parto. É fundamental ressaltar que, como mulher negra e considerando as vivências de minha mãe, busco incluir a discussão sobre o racismo institucional no contexto da humanização da operação cesariana.

MÉTODOS

Este trabalho de conclusão de curso em enfermagem trata de uma revisão Bibliográfica da literatura. Os estudos de revisão bibliográfica caracterizam-se pelo uso e análise de documentos de domínio científico, tais como livros, teses, dissertações e artigos científicos; sem recorrer diretamente aos fatos empíricos. Portanto a pesquisa bibliográfica utiliza-se de fontes secundárias, ou seja, das contribuições de autores sobre determinado tema, o que a diferencia da pesquisa do tipo documental que se caracteriza pelo uso de fontes primárias, as quais ainda não receberam tratamento científico (Oliveira, 2008 apud Sá-Silva, Almeida, & Guindani, 2009).

Para selecionar o corpus de materiais para esta revisão bibliográfica narrativa, foram considerados artigos completos e outras fontes relevantes que abordassem temas como "racismo institucional e violência obstétrica", "racismo estrutural em serviços de saúde", "humanização do parto", "cesárea humanizada" e "políticas públicas, portarias e leis sobre parto e nascimento no Brasil". Embora a pesquisa tenha se concentrado em materiais publicados nos últimos cinco anos, também foram incluídas informações com mais de cinco anos quando se tratava de portarias, leis e conceitos que não sofreram atualizações significativas.

A questão norteadora desta revisão é: “Como o racismo institucional influencia a ocorrência de violência obstétrica e afeta a implementação de práticas de humanização em operações cesarianas?”

RESULTADOS

CATEGORIA 1 - VIOLENCIA OBSTETRICA E RACISMO INSTITUCIONAL

Contextualização da interseccionalidade e Racismo Institucional na Violência Obstétrica

A interseccionalidade é um conceito fundamental para compreender como múltiplas formas de discriminação se entrelaçam e afetam indivíduos de maneira complexa. Introduzido por Kimberlé Crenshaw, o termo destaca que as experiências de mulheres negras não podem ser entendidas isoladamente em termos de gênero ou raça, mas sim como uma intersecção dessas identidades que cria uma forma única de opressão (Crenshaw, 1991). Angela Davis complementa essa visão ao afirmar que a luta contra a opressão deve considerar simultaneamente questões de raça, classe e gênero, pois essas dimensões interagem para moldar as condições de vida das mulheres negras (Davis, 2016). Djamila Ribeiro reforça essa perspectiva ao apontar que o racismo institucional desumaniza corpos negros, e que a violência obstétrica é uma das manifestações mais claras dessa desumanização (Ribeiro, 2017).

No contexto da violência obstétrica, a interseccionalidade evidencia como o racismo institucional agrava os abusos sofridos por mulheres negras nos serviços de saúde. Essas mulheres frequentemente enfrentam um atendimento negligente e desumanizador, refletindo uma combinação de racismo e sexismo que perpetua desigualdades e viola seus direitos fundamentais.

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Considera-se como violência obstétrica uma série de práticas e comportamentos que incluem demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus-tratos físicos, verbais e/ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, além da detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde (OMS, 2014; Bohren et al., 2014). A OMS (2014) destaca a importância de prevenir e eliminar abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

No Brasil, as intervenções obstétricas desnecessárias e dolorosas são comuns, transformando o parto em uma experiência marcada por medo e angústia para muitas mulheres. A maioria das mulheres que dão à luz o fazem por meio de cesariana, representando 52% do total de partos, o que evidencia o excesso dessa cirurgia. Apenas 5% das mulheres tiveram partos vaginais sem nenhuma intervenção (Pesquisa nascer no Brasil, 2014).

A violência obstétrica é, portanto, um tema crucial para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde. Isso se deve à necessidade de mudanças nas práticas assistenciais e no sistema de atenção ao parto e nascimento. No contexto brasileiro, há uma grande influência cultural na percepção do nascimento, associada ao uso excessivo de procedimentos médicos. A solidão da mulher sem acompanhante durante o parto, as interferências na fisiologia do trabalho de parto que aumentam seu desconforto, a falta de privacidade e o controle profissional e institucional sobre o processo de parir são fatores que contribuem para o elevado número de cesarianas no Brasil. Diante disso, muitas mulheres veem a cesariana como uma alternativa à violência ou aos maus-tratos que podem ocorrer durante o parto vaginal (Diniz et al., 2015; Venturi e Godinho, 2013).

Segundo Duarte (2023), a violência obstétrica no Brasil reflete profundamente as desigualdades estruturais de gênero e raça, manifestando-se através de práticas desumanizadoras e negligentes nos serviços de saúde. A pesquisa evidencia que, embora a participação de coletivos de mulheres no Sul da Bahia tenha conseguido visibilizar e combater algumas dessas práticas, a resistência por parte das instituições de saúde e a falta de comprometimento de gestores de alto nível ainda são barreiras significativas. Isso ressalta a necessidade urgente de reformas estruturais e de uma maior responsabilização dos profissionais de saúde e gestores para que se promova uma verdadeira transformação no atendimento obstétrico, garantindo respeito e dignidade às mulheres.

Duarte (2023) também discute a importância da conscientização e treinamento dos profissionais de saúde sobre questões de gênero e raça para combater essas práticas. Sem um entendimento profundo das raízes históricas e sociais do racismo e do sexismo, as intervenções podem ser superficiais e ineficazes.

De acordo com um estudo descritivo que objetivou analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor, utilizando dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha em 2012, o tempo de espera para atendimento ao parto foi maior para mulheres pretas e pardas. Além disso, 68% dessas mulheres não tiveram acompanhante durante o parto, sendo que, para mais de 50% de todas as mulheres, o motivo foi a desautorização pelo serviço de saúde (Theophilo, Rattiner e Pereira, 2018).

No contexto da violência obstétrica, Catoia, Severi e Firmino (2020) argumentam que uma abordagem interseccional da saúde feminina requer o entendimento do racismo e das diversas formas de discriminação como elementos centrais na violação dos direitos humanos das mulheres. Conforme descrito pelo Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI, 2006), o racismo institucional se caracteriza pelo insucesso coletivo de uma entidade em fornecer um serviço profissional adequado às pessoas, influenciado por questões de cor, cultura ou etnia. Almeida (2019) também conceitua o racismo institucional como o funcionamento de instituições sob uma lógica de vantagens e desvantagens raciais. Djamila Ribeiro reforça que "a violência obstétrica é uma manifestação do racismo estrutural, onde mulheres negras têm suas dores e necessidades ignoradas" (Ribeiro, 2017). Angela Davis, em seus escritos sobre racismo e saúde, afirma que "as disparidades na saúde reprodutiva são um reflexo da opressão histórica e contínua das mulheres negras" (Davis, 2016).

Do ponto de vista de Butler, pode-se afirmar que a mulher negra é frequentemente vista como "menos humana" pela sociedade, o que leva à relativização de sua dor e à consideração de sua experiência como menos importante devido à sua cor (Theophilo, Rattiner e Pereira, 2018). Judith Butler discute como certos indivíduos são reconhecidos como seres humanos enquanto outros não recebem esse mesmo reconhecimento, introduzindo a noção de "enquadramentos" para diferenciar vidas compreensíveis das incompreensíveis. Butler também aborda a questão da precariedade, mostrando que fatores como status econômico, sexo e gênero influenciam a percepção de pessoas como "mais" ou "menos" humanas (Butler, 2009; Silva 2017). Angela Davis complementa essa ideia ao destacar que "a desumanização das mulheres negras é um instrumento de controle social que perpetua as desigualdades" (Davis, 2016).

A percepção da mulher negra como "menos humana" está, portanto, intrinsecamente ligada ao racismo institucional, que perpetua desigualdades no atendimento e tratamento dessas mulheres nos serviços de saúde. Segundo Djamila Ribeiro, "a luta contra a violência obstétrica deve necessariamente passar pelo enfrentamento do racismo estrutural e institucional que desumaniza corpos negros" (Ribeiro, 2017).

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado em saúde deveria contemplar a equidade, a integralidade e a humanização. No entanto, percebe-se que, dependendo do público-alvo, esses princípios são aplicados de maneira desigual. As políticas públicas de saúde raramente problematizam ou consideram a questão racial, sendo geralmente formuladas a partir da noção de um corpo único e universal, sem levar em conta a produção histórica do lugar de corpos e sujeitos de base colonial-racial. Isso revela uma dinâmica social específica que se traduz em valores e práticas racistas (Reinehr, 2019).

Na perspectiva de estudos recentes, Alves et al. (2023) situam que as disparidades raciais desempenham um papel significativo na qualidade do atendimento obstétrico oferecido às mulheres negras no Brasil. A pesquisa revela que essas mulheres frequentemente enfrentam práticas obstétricas inadequadas e não consentidas, como a manobra de Kristeller, a amniotomia precoce e a privação de alimentação durante o trabalho de parto. Além disso, é menos provável que recebam métodos não farmacológicos para alívio da dor e tenham a oportunidade de contato pele a pele imediato com seus recém-nascidos. Esses achados recentes destacam a continuidade do racismo institucional dentro dos serviços de saúde, sublinhando a importância crítica de implementar políticas públicas focadas na promoção da equidade racial no cuidado obstétrico.

Ao considerar o marcador social cor/raça, Ramos (2016) afirma que as mulheres negras são as que mais sofrem com a falta de informação sobre o aleitamento, assim como a ausência de acompanhamento durante a gravidez. A autora relata, também, que o tempo de atendimento dispensado às mulheres negras geralmente é menor do que o atendimento a mulheres brancas. "Fatos como esse fazem com que a mulher negra, além de não ser assistida devidamente, também se sinta inibida diante do cuidado com sua saúde" (Ramos, 2016, p. 45). Diante do exposto, é possível supor a existência de um viés racial na atenção às mulheres negras no período gravídico-puerperal, sendo necessário reconhecer o valor do recorte étnico-racial para a análise dos diferentes serviços de saúde prestados à população.

A crescente incidência de violência obstétrica tem levado tanto profissionais de saúde quanto parturientes a preferirem a cesariana, muitas vezes sem justificativas médicas adequadas, como uma alternativa para evitar abusos durante o parto vaginal (Venturi e Godinho, 2013; Diniz et al., 2015). No entanto, essa fuga para a cesariana, mesmo que motivada por um desejo de evitar maus-tratos, destaca a urgência de humanizar também este procedimento. A humanização da cesariana envolve garantir que todos os direitos das gestantes sejam respeitados durante o período perinatal, proporcionando um ambiente acolhedor, informações claras, consentimento informado, e apoio emocional e físico adequado (Alves et al., 2023). Segundo Silva et al. (2019), promover uma abordagem humanizada para a cesariana é essencial para assegurar que, mesmo nesse procedimento, as mulheres recebam um cuidado digno e respeitoso, alinhado aos princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

CATEGORIA 2 - HUMANIZAÇÃO DA OPERAÇÃO CESARIANA

De acordo com o trabalho de Possati et al. (2017), a humanização do parto vai muito além do que costumamos pensar. O ato de humanizar não deve ser vivenciado somente no parto vaginal, como muitos imaginam; é possível humanizar de diversas formas e aspectos. Através de enfermeiros atuantes em um Centro Obstétrico, podemos entender melhor o significado de humanização do parto. Eles expõem que, para um parto ser humanizado, é necessário empatia. Humanizar é deixar que a mulher seja protagonista daquele momento, permitindo que ela possa opinar e tomar decisões junto à equipe presente. Com embasamento no trabalho de Fernandes (2018), o Brasil é conhecido pela elevada incidência de cesáreas, sendo um cenário distante do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

No Brasil, a cesariana é a via de nascimento mais comum, sendo considerada normalizada dentro da cultura local. Apesar da taxa nacional de cesarianas ser alta, o setor privado contribui significativamente para essa média, com 88% dos partos ocorrendo por cesariana, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) essa taxa é de aproximadamente 46% (Fundação Oswaldo Cruz, 2015). Nesse contexto, é crucial discutir a humanização do parto, que vai além da via de nascimento e inclui a participação ativa da mulher e o respeito às suas escolhas (Possati et al., 2017).

A humanização da cesárea visa garantir um atendimento respeitoso e centrado na mulher, promovendo o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. De acordo com o Ministério da Saúde (2014), humanizar a cesárea envolve várias ações fundamentais, como garantir que a mulher seja a protagonista do processo, respeitando suas escolhas e preferências, e assegurando a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme estabelecido pela Lei nº 11.108/2005.

Práticas de humanização incluem o contato imediato e contínuo pele a pele entre mãe e bebê após o nascimento, prática que ajuda a estabilizar os sinais vitais do bebê, promove a colonização da pele do bebê com bactérias benéficas da mãe, e fortalece o sistema imunológico do recém-nascido (Carvalho; Paula; Ribeiro, 2021), apoio ao início do aleitamento materno, essencial para a saúde do bebê, estabelecendo a produção de leite e garantindo que o bebê receba o colostro, rico em anticorpos (Sharma; Byrne, 2016) criação de um ambiente acolhedor e tranquilo na sala de cirurgia, minimização de intervenções desnecessárias, e suporte emocional e informacional contínuo para a mulher e sua família durante todo o processo (Ministério da Saúde, 2014). Essas práticas são reforçadas pela Portaria nº 2.418/2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Para que a cesariana seja considerada humanizada, é essencial que haja uma indicação clínica baseada em evidências científicas atualizadas para justificar o procedimento. Durante a cesariana humanizada, medidas como a presença de um acompanhante, o contato pele a pele imediato, e a minimização de intervenções desnecessárias são adotadas para garantir uma experiência positiva (Presidência da República, 2023). A comunicação eficaz entre a equipe de saúde e a gestante é fundamental para promover a confiança e o bem-estar durante o processo (Machado et al., 2021; Sharma e Byrne, 2016).

A assistência de enfermagem deve ser personalizada, considerando as necessidades emocionais e psicológicas da gestante (Cunha et al., 2021; Reis et al., 2022; Garcia et al., 2018). O parto humanizado é uma abordagem que valoriza a experiência da mãe durante o processo de dar à luz, proporcionando um ambiente mais acolhedor e menos intervencionista, além de promover o vínculo imediato entre mãe e filho, essencial para o bem-estar emocional e físico de ambos (Reis et al., 2022).

A assistência planejada de enfermagem pode atender às reais necessidades da mãe, com a aplicação do Diagnóstico de Enfermagem puerperal (DE) para determinar prioridades e resolver problemas, promovendo o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido (Ferreira et al., 2021). No entanto, para Silva et al. (2020), a assistência de enfermagem durante o perioperatório da cesariana deve priorizar principalmente os aspectos clínicos e técnicos, destacando a importância de seguir protocolos rigorosos para garantir a segurança da paciente.

Essa dualidade entre humanização e eficiência clínica sugere a necessidade de um equilíbrio delicado. A educação continuada dos profissionais de saúde é fundamental para reconhecer e evitar práticas prejudiciais à dignidade e ao bem-estar das pacientes (Ministério da Saúde, 2021). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visa promover a organização dos serviços de saúde através da capacitação contínua dos profissionais, reforçando os princípios básicos do SUS (Ministério da Saúde, 2004).

Uma abordagem focada na equipe multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, obstetras e outros profissionais de saúde, é essencial para assegurar uma assistência abrangente e integrada à gestante durante o perioperatório da cesariana (Gonçalves e Santos, 2019). A humanização, nesse contexto, se manifesta como uma consequência natural dessa abordagem colaborativa.

O parto humanizado tem como objetivo respeitar os direitos e a dignidade da mulher, promovendo práticas que assegurem o bem-estar físico, emocional e psicológico da mãe e do bebê (Lima et al., 2021). No entanto, as disparidades raciais na assistência ao parto refletem desigualdades maiores na sociedade, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais

eficazes para promover a igualdade no atendimento à saúde, incluindo a operação cesariana (Ministério da Saúde, 2021).

DISCUSSÃO

A interseccionalidade, conforme discutido por Kimberlé Crenshaw e outras autoras como Angela Davis e Djamila Ribeiro, é fundamental para compreender como as mulheres negras enfrentam formas únicas de opressão que resultam da interação entre gênero e raça. No contexto da violência obstétrica, essa interseccionalidade se torna evidente ao observar como o racismo institucional agrava os abusos sofridos por mulheres negras nos serviços de saúde. Essas mulheres frequentemente enfrentam um atendimento negligente e desumanizador, refletindo uma combinação de racismo e sexismo que perpetua desigualdades e viola seus direitos fundamentais.

A violência obstétrica, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma série de práticas e comportamentos que violam os direitos das mulheres durante o parto, inclui desde o desrespeito à privacidade até procedimentos médicos coercivos não consentidos. No Brasil, as taxas elevadas de cesarianas sem indicação médica e a falta de acompanhamento adequado durante o trabalho de parto são exemplos claros de como práticas obstétricas podem ser influenciadas por questões de raça e classe, exacerbando as desigualdades estruturais existentes.

Estudos como os de Alves et al. (2023) e Ramos (2016) destacam que as mulheres negras têm menos acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, menos oportunidades de contato pele a pele imediato com seus bebês e enfrentam tempos de espera mais longos nos serviços de saúde. Essas disparidades são sintomáticas do racismo institucional, que permeia o sistema de saúde brasileiro e resulta em um tratamento desigual e muitas vezes desumano para mulheres negras durante o período gravídico-puerperal.

A resistência das instituições de saúde e a falta de comprometimento dos gestores são barreiras significativas para a implementação de mudanças estruturais necessárias. Conforme discutido por Duarte (2023), a conscientização e o treinamento dos profissionais de saúde são essenciais para combater as práticas desumanizadoras. No entanto, sem uma abordagem interseccional que reconheça as complexidades das identidades das mulheres negras, as intervenções podem ser superficiais e incapazes de enfrentar as raízes profundas do racismo e do sexismo que permeiam o sistema de saúde.

Portanto, para promover um cuidado obstétrico mais equitativo e humano, é crucial que as políticas públicas de saúde incorporem uma perspectiva interseccional, reconhecendo e abordando as interações complexas entre raça, classe e gênero. Isso requer não apenas a implementação de práticas assistenciais mais respeitadas e inclusivas, mas também a responsabilização das instituições de saúde para garantir que todas as mulheres recebam um tratamento digno e respeitoso, alinhado aos princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A humanização da operação cesariana é uma abordagem crucial para garantir que o procedimento seja realizado com respeito aos direitos e às escolhas da mulher, promovendo o bem-estar tanto dela quanto do bebê. No Brasil, onde as taxas de cesariana são elevadas, principalmente na rede privada, é essencial discutir como tornar esse procedimento mais humanizado e centrado na mulher.

A humanização da cesárea vai além da técnica cirúrgica em si e envolve aspectos como o respeito às escolhas da mulher, a participação ativa dela no processo decisório, e a garantia de condições que promovam um ambiente acolhedor e de respeito. Isso inclui a presença de um acompanhante escolhido pela gestante, o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, o apoio ao aleitamento materno precoce, entre outras práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

A pesquisa de Possati et al. (2017) e Fernandes (2018) destaca que a humanização do parto cesáreo exige empatia por parte dos profissionais de saúde, permitindo que a mulher seja protagonista do seu próprio processo de parto, algo que nem sempre é viabilizado em cenários onde a cesariana é vista como rotineira.

A legislação brasileira, como a Lei nº 11.108/2005 e as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, reforça a importância de práticas humanizadas durante a operação cesariana, garantindo que a mulher tenha seus direitos respeitados e que sua experiência seja positiva e segura. Isso envolve desde a garantia de informação adequada sobre o procedimento até a criação de um ambiente cirúrgico que propicie conforto e segurança emocional.

A discussão sobre humanização também destaca a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde, para que possam oferecer cuidados que não apenas atendam às necessidades clínicas, mas também respeitem a dignidade e a autonomia das pacientes. A educação permanente, como promovida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), é fundamental para garantir que esses princípios sejam incorporados na prática cotidiana dos serviços de saúde.

A humanização da cesariana não se limita ao aspecto físico do procedimento, mas abrange também as dimensões emocionais e psicológicas da mulher e sua família. A criação de um ambiente acolhedor na sala de cirurgia, a minimização de intervenções desnecessárias e o suporte emocional contínuo são essenciais para promover uma experiência positiva e reduzir o estresse associado ao procedimento cirúrgico.

Por fim, é importante reconhecer que a humanização da cesárea é um direito das mulheres e uma responsabilidade ética dos profissionais de saúde. A implementação efetiva dessas práticas contribui não apenas para o bem-estar individual das gestantes, mas também para a melhoria geral dos cuidados obstétricos no país, promovendo uma saúde materna e neonatal mais segura e humanizada.

Essa discussão ressalta a necessidade de políticas públicas e práticas institucionais que priorizem a humanização em todos os aspectos do cuidado obstétrico, garantindo que cada mulher possa vivenciar o parto de maneira digna, respeitosa e segura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização da operação cesariana no Brasil envolve práticas que colocam a mulher no centro do processo, respeitando suas escolhas e minimizando intervenções desnecessárias. Isso inclui garantir um ambiente acolhedor, fornecer informações claras, obter consentimento informado e oferecer apoio emocional e físico adequado, conforme os princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A violência obstétrica e o racismo institucional são problemas interligados que afetam negativamente a assistência obstétrica, criando barreiras significativas para a humanização da operação cesareana. Identificar e combater essas formas de discriminação é fundamental para assegurar um atendimento digno e respeitoso a todas as mulheres.

Promover a educação e o treinamento contínuo dos profissionais de saúde é essencial para reconhecer e evitar práticas prejudiciais. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a colaboração multidisciplinar são pilares fundamentais para garantir uma assistência abrangente e integrada.

Implementar práticas de humanização em operações cesarianas melhora a experiência do parto e contribui para a redução da violência obstétrica. A busca por um equilíbrio entre humanização e segurança clínica é um desafio constante, mas necessário para assegurar um atendimento de qualidade e equitativo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2176-457349790>.
- ALVES, T. L.; SOUZA, C. A.; GOMES, M. M. Disparidades raciais no atendimento obstétrico no Brasil: práticas inadequadas e a necessidade de humanização da cesariana. *Revista de Saúde Pública*, v. 57, n. 1, p. 23-31, 2023.
- BOHREN, M.; HUNTER, E. C.; MUNTHNER-KAAS, H. M.; SOUZA, J. P.; VOGEL, J. P.; GULMEZOGLU, A. M. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. *Reproductive Health*, v. 11, n. 71, 2014. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-71>. Acesso em: 15 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Volume 4 – **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.
- BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- CARVALHO, Cintia de Souza Rocha da Ascensão; PAULA, Enimar de; RIBEIRO, Wanderson Alves. Cuidado Humanizado no Parto Cesárea na Ótica da Enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 2021. Disponível em: <https://www.revistaenfermagem.com.br/artigo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2024.
- CATOIA, T.; SEVERI, F. M.; FIRMINO, G. P. Abordagem interseccional da saúde feminina e a violação dos direitos humanos. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. 12, 2020.
- CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.
- DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. 2015.
- DINIZ, S. G.; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. A.; CARVALHO, P. G. C.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 15 jun. 2024.
- DUARTE, H. P. Violência obstétrica no Brasil: desigualdades de gênero e raça e as práticas desumanizadoras nos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 33, n. 1, p. 45-53, 2023.

- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Indicadores de cesarianas no Brasil**. 2015.
- GARCIA, C., et al. Necessidades Emocionais das Gestantes. *Revista de Enfermagem*, 2018.
- GONÇALVES, L. T.; SANTOS, E. N. Equipe Multidisciplinar na Humanização do Parto. *Revista de Saúde Coletiva*, 2019.
- LIMA, P. S., et al. Objetivos do parto humanizado. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2021.
- MACHADO, R., et al. Incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. *Journal of Human Lactation*, 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do Parto Cesáreo**. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.
- POSSATI, A. B., et al. A humanização do parto na visão de enfermeiras obstétricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 11.108/2005.
- PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- QUATTROCCHI, M. E. Violência obstétrica: definições, leis e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, n. 4, p. 10-20, 2019.
- REIS, P. R., et al. O parto humanizado e o vínculo mãe-filho. *Saúde em Debate*, 2022.
- RIBEIRO, Djamila. *O que é lugar de fala?*. Belo Horizonte: Letramento, 2017.
- SHARMA, I. K.; BYRNE, A. Humanização do parto e amamentação precoce. *Midwifery*, 2016.
- SILVA, L. G.; BARBOSA, R. M.; VENTURI, G. Humanização da cesariana no Brasil: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. e00010919, 2019.
- THEOPHILO, M.; RATTINER, J.; PEREIRA, S. S. Diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, n. 2, p. 47-56, 2018.
- VENTURI, G.; GODINHO, T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP, 2013.
- ZANARDO, V. P.; SILVA, R. B.; JARDIM, D. M. A humanização do parto e as legislações contra a violência obstétrica. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p. 34-40, 2017. 4o

6 CONCLUSÃO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso, buscou-se analisar, por meio de uma revisão bibliográfica abrangente, a influência do racismo institucional na experiência obstétrica humanizada em procedimentos de operação cesariana. O objetivo geral foi explorar como práticas de humanização podem reduzir a violência obstétrica e como o racismo institucional se manifesta na assistência obstétrica, impactando negativamente essa experiência.

A metodologia adotada consistiu em uma revisão bibliográfica, com coleta e análise de dados de forma organizada e sistemática. Inicialmente, a pesquisa enfrentou desafios com a metodologia de revisão integrativa e descritores pouco abrangentes, resultando em resultados insatisfatórios. Contudo, a troca de metodologia permitiu uma melhor estruturação do trabalho e uma análise mais aprofundada do tema, destacando a importância da humanização da operação cesariana e os impactos do racismo institucional.

Os resultados revelaram práticas recomendadas para humanização das operações cesarianas, tais como a presença de um acompanhante, o respeito às escolhas da mulher e o manejo adequado da dor, que são cruciais para reduzir a violência obstétrica. A revisão também destacou como o racismo institucional exacerba a violência obstétrica, criando barreiras significativas para a implementação de práticas humanizadas, especialmente para mulheres negras.

A pesquisa visa preencher a lacuna no aprendizado sobre um assunto relevante, mas pouco abordado na graduação. A análise dos dados proporcionou uma compreensão mais profunda das práticas de violência e humanização no contexto obstétrico. Espera-se que este trabalho contribua para a formação de futuras profissionais, especialmente mulheres negras, conscientizando-as sobre como a estrutura social pode influenciar suas condutas profissionais e promovendo uma assistência obstétrica mais humanizada e equitativa.

Concluindo este trabalho, renova-se o comprometimento com a constante atualização e aperfeiçoamento profissional, com o propósito de colaborar para que práticas humanizadas sejam cada vez mais adotadas, contribuindo para a redução da violência obstétrica e a promoção de uma assistência digna e respeitosa durante o ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2176-457349790>.

AMORIM, M. **Entre as orelhas: histórias de parto**. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012. Disponível em: <https://dokumen.tips/documents/entre-as-orelhas-historias-de-parto.html>. Acesso em: 12 mai. 2024.

ALVES, T. C. M.; COELHO, A. S. F.; SOUSA, M. C.; CESAR, N. F.; LEONORA, R. P. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as Boas Práticas no Trabalho de Parto e Parto Vaginal. **Enfermagem Foco**, v. 10, n. 4, p. 54-60, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

BARBOSA, Felipe Romério. Aspectos bioéticos do manejo pericial de óbitos por COVID-19. **RAMB Revista da Associação Médica Brasileira Junior Doctors**, v. 2, n. 1, 2022. Disponível em: https://ramb.amb.org.br/wp-content/uploads/2022/02/RAMBJR_v2n1.pdf. Acesso em: 04 jun. 2024.

BARRETO, A. C. de J.; PONTES, A. B. S.; PRUDENCIO, J. D. L.; SANTOS, J. F. de A. dos. **Violência obstétrica em pessoas negras**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2022. Disponível em: https://www.uff.br/sites/default/files/informes/violencia_obstetrica_em_pessoas_negras_2_1.pdf. Acesso em: 04 jun. 2024.

BELFORT, I. K. P.; Kalckmann, S.; Batista, L. E. **Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil**. In: Saúde e Sociedade [online], São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, 2016. ISSN: 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162571>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://ramb.amb.org.br/wp-content/uploads/2022/02/RAMBJR_v2n1.pdf. Acesso em: 04 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 04 jun. 2024.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 04 abr. 2024

Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [/efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf). Acesso em: mar 2024

CARVALHO, C.; PAULA, E.; RIBEIRO, W. A. Cuidado humanizado no parto cesariana na ótica da enfermagem. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 1, n. 2, p. e1220, 2021. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/20>. Acesso em: abr. 2024.

CUNHA, A. L. S. F. *et al.* Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. **Global Academic Nursing Journal**, v. 2, n. Spe. 1, p. e98-e98, 2021. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/130/201>. Acesso em: lim abr. 2024.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>. Acesso em:

FERREIRA, Jennifer Cristina Lopes; SILVA, Maria Cristina Vieira; MUSSARELLI, Yonara Franco; MELO, Andressa Gomes; TORRES, Anelize Sgorlon Pinheiro. Cuidados humanizados no pós-operatório de cesárea: revisão integrativa. **RFS – Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 99-133, 2021. Disponível em: <https://rfs.emnuvens.com.br/rf>. Acesso em: 04 abr. 2024

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/artigos/flick%20-%20desenho%20de%20pesquisa%20quali.pdf>. Acesso em 01 jun.2024

FRANCA, C. C.; TAVEIRA, L. M. Indicação de cesariana baseada em evidências. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 395-409, 2022. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/413>. Acesso em: 27 abr. 2023.

GARCIA, E. S. G. F.; BONELLI, M. C. P.; OLIVEIRA, A. N.; CLÁPIS, M. J.; LEITE, E. R. P. C. As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à atenção primária de saúde. **Revista Pesquisa em Cuidados Fundamentais Online**, v. 10, n. 3, p. 863-870, jul./set. 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.863-870.

GENOVESI, F. F. *et al.* Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KbbGjGzCsY3KpRQ77XDdkZN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 2. ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52806/000728684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 abr. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008. Disponível em :
https://www.academia.edu/42358979/M%C3%A9todos_e_T%C3%A9cnicas_de_Pesquisa_Social_Antonio_Carlos_Gil_6_ed_2008. Acesso em: out. 2023.

GONÇALVES, R. *et al.* Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hLh8JfvDxLYq4M6dPpPxGkn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: mar. 2024.

GONÇALVES, M. & SANTOS, F. Humanização do perioperatório em cesarianas: Uma abordagem multidisciplinar. **São Paulo: Editora Saúde Integrada**. v. 22, n. 4, p. 112-128. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400011>.

HOFFMAN, KM; TRAWALTER, S.; AXTA, JR; OLIVER, MN Viés racial na avaliação da dor e recomendações de tratamento e falsas crenças sobre diferenças biológicas entre negros e brancos. **Anais da Academia Nacional de Ciências**, v. 113, n. 16, pág 2016. Disponível em [Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/) Acesso em: 4 jun. 2024.

JÉSSICA, A. M. *et al. et al.* Parto Cesáreo Humanizado: Desafios dos Profissionais de enfermagem. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 2, p. 32-46, 2021. DOI: 10.47879/ed.ep.2021229p32. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/161>. Acesso em: 4 jun. 2024.

KALCKMANN, S *et al.* **Racismo institucional**: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e sociedade. 16 (2) Ago 2007. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?lang=pt> . Acesso em: jun. 2024.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. ***Cadernos de Saúde Pública***, v. 33, supl. 1, p. e00078816, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2024.

LIMA, E. M., SOUSA, Amanda Oliveira; CHICARINO, Viviane Duarte; ARAÚJO, Andrey Hudson Interaminense Mendes de. Parto humanizado. **Research Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e80101623336, dezembro de 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23336.

MACHADO, Vanessa de Andrade; IZIDORO, Tatiane Alves; ELIAS, Adriana. Parto cesariana em cena: assistência de enfermagem humanizada. **Rev. Assoc. Méd. Rio Gd. do Sul**, v. 66, n. 1, p. 01022105, 2021. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425018> Acesso em: mar. 2024

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2003. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7237618/mod_resource/content/1/Marina%20Marco

ni%2C%20Eva%20Lakatos_Fundamentos%20de%20metodologia%20cient%C3%ADfica.
Acesso em: set. 2023.

MARTINS, P. D , VITOR M.M E OS ENQUADRAMENTOS DO PODER. **Sapere Aude**, v. 8, n. 15, p. 299-305, 15 jul. 2017. Disponível em OS ENQUADRAMENTOS DO PODER | Sapere Aude (pucminas.br). Acesso em: Jun. 2024.

MASCARELLO, K. C.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e via de parto utilizando escore de propensão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dc8g7c9Lq7xvFgqdCTZTCCB/?lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2023.

MOORE, C. Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo. 1.ed. **Belo Horizonte: Maza Edições, 2007**. Disponível em: (PDF) Carlos Moore - Racismo e Sociedade [LIVRO] | Mari Gomes - Academia.edu. Acesso em: jun. 2024.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 332-344, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2024.

OLIVEIRA E SILVA, L. M. de. Violência obstétrica na operação cesariana: a necessidade de humanização do nascimento. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 89-102, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29489>. Acesso em: 27 abr. 2023.

OLIVEIRA JUNIOR, J. C.; SOUZA, M. K. B. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 1, p. 81-87, 2013. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11676/13855>. Acesso em: 29 de abr. 2024.

REIS, Ana Beatriz Souza; NAPOLI, Andréia Livia Gonzalez; SANTOS, Ana Roberta Alves da Costa; KUYMJIAN, Valter. Parto humanizado X cesárea: a importância da humanização do parto e suas vantagens. **RAMB Revista da Associação Médica Brasileira Junior Doctors**, v. 3, n. 1, p. 17-20, 2022. DOI: 10.5327/2965-0682-20223104. Disponível em:
https://ramb.amb.org.br/wp-content/uploads/2023/03/RAMBJR_v3n1.pdf. Acesso em: mar. 2024.

RIBEIRO, J. F. *et al* Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 161-170, jan./fev./mar. 2016. Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771963>. Acesso em: 05 jun. 2023.

SHARMA, I.K.; BYRNE, A. Início precoce da amamentação: uma revisão sistemática da literatura de fatores e barreiras no Sul da Ásia. **Amamentação Internacional J**, v. 11, n. 17, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0076-7>. Acesso em: 06 jun. 2024.

SILVA, C. H. M. *et al.* **Assistência ao parto e puerpério**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2019. 456 p. ISBN 9786557830116.

SOUZA, C. L. *et al.* Fatores associados à ocorrência do parto cesáreo em um hospital público da Bahia. **Revista Baiana da Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 76-91, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2430/2437>. Acesso em: 28 maio 2023.

SOUZA, M. V. L. P.; VIEIRA, M. J. C.; BEZERRA, M. M. M. Influência do Pré-Natal para o Parto Humanizado: Contribuições do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Id Online: **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 47, p. 252-257, out. 2019. ISSN 1981-1179. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 03 jun. 2023.

TAVOLARO, L. G. M.; TAVOLARO, S. B. F. Corpo e Modernidade na abordagem de Anthony Giddens: uma reflexão à luz do discurso pela humanização do parto. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 15-48, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/14217/8138>. Acesso em: 10 de abr. 2024.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em: mai. 2024.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2023.

VALOIS, R. C. *et al.* Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. Sup. 32, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1194>. Acesso em: 17 maio 2023.

VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mCyB7SWmgrdCzcVxNsDnpjy/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

VENKATACHALAM, D. *et al.* 'Marginalizing' health: employing an equity and intersectionality frame. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, p. 109-119, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jXDMNsFh9L3jBjQNKhH7pgG/?lang=en>. Acesso em: 17 abr. 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: https://users.php.ufl.edu/rbauer/EBPP/whittemore_knafl_05.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 abr. 2024.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: NFR 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O estudo desenvolvido pela aluna destaca-se por apresentar uma temática relevante e que seguiu as orientações metodológicas exigidos pela instituição. Apresenta um texto bem redigido e com coerência de ideias, proporcionando uma leitura fluida e de fácil entendimento.

Durante o processo de orientação a aluna mostrou-se responsável, dedicada e com domínio sobre o tema. A apresentação do trabalho tanto na banca fechada quanto na banca aberta ocorreu no termo determinado, com apresentação dos pontos principais do estudo. As sugestões apontadas pela banca examinadora foram atribuídas ao estudo, proporcionando aperfeiçoamento do trabalho final.

Florianópolis, 30 de julho 2024.



Documento assinado digitalmente
MONIQUE HAENSCKE SENNA SCHLICKMANN
Data: 30/07/2024 16:07:52-0300
CPF: ***.826.889-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profª Drª Monique Haenske Senna Schlickmann