

Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização

Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization

Percepción de las mujeres en el trabajo de parto y el cuidado del parto: obstáculos para la humanización

Diego Pereira Rodrigues^I

ORCID: 0000-0001-8383-7663

Valdecyr Herdy Alves^{II}

ORCID: 0000-0001-8671-5063

Angela Maria e Silva^{III}

ORCID: 0000-0002-7161-243X

Lucia Helena Garcia Penna^{IV}

ORCID: 0000-0001-9227-628X

Bianca Dargam Gomes Vieira^I

ORCID: 0000-0002-0734-3685

Sílvio Éder Dias da Silva^I

ORCID: 0000-0003-3848-0348

Laena Costa dos Reis^I

ORCID: 0000-0001-5042-1370

Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco^I

ORCID: 0000-0002-5117-644X

^IUniversidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^{II}Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{IV}Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SED, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 2):e20210215. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>

Autor Correspondente:

Diego Pereira Rodrigues

E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 18-04-2021

Aprovação: 27-09-2021

RESUMO

Objetivos: compreender a percepção das mulheres quanto à assistência recebida durante o parto e nascimento. **Métodos:** estudo descritivo-exploratório, qualitativo, realizado com 54 puérperas de hospitais da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, de janeiro a dezembro de 2018, utilizando entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** as percepções das puérperas sobre a assistência ao parto recebida apontaram a utilização de intervenções, tais como manobras de pressão sobre o fundo uterino no período expulsivo - manobra de Kristeller, episiotomia e toque vaginal repetidos e sem consentimento. A utilização de rotinas institucionais, como a dieta zero, parto horizontal e desrespeito. **Considerações Finais:** apesar do incentivo das políticas públicas de humanização, o modelo tecnocrático ainda se faz presente na assistência obstétrica ao parto. A humanização da assistência obstétrica requer mudanças de atitudes e paradigmas assistenciais, a fim de garantir respeito e direito à assistência de qualidade.

Descritores: Enfermagem; Mulheres; Parto; Humanização da Assistência; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

ABSTRACT

Objectives: to understand women's perception regarding the care received during labor and birth. **Methods:** this is a descriptive-exploratory, qualitative study carried out with 54 postpartum women from hospitals in the Metropolitan Region II of the state of Rio de Janeiro, from January to December 2018, using semi-structured interviews submitted to content analysis. **Results:** puerperal women's perceptions about the childbirth care they received indicated the use of interventions, such as pressure maneuvers on the uterine fundus during the expulsion period - Kristeller maneuver, episiotomy and repeated vaginal examination and without consent. The use of institutional routines, such as zero diet, horizontal birth and disrespect. **Final Considerations:** despite the encouragement of public humanization policies, the technocratic model is still present in obstetric care during childbirth. The humanization of obstetric care requires changes in attitudes and care paradigms, in order to guarantee respect and the right to quality care.

Descriptors: Nursing; Women; Parturition; Humanization of Assistance; Reproductive Rights.

RESUMEN

Objetivos: comprender la percepción de las mujeres sobre la asistencia recibida durante el trabajo de parto y el parto. **Métodos:** estudio descriptivo-exploratorio, cualitativo, realizado con 54 puérperas de hospitales de la II Región Metropolitana del estado de Río de Janeiro, de enero a diciembre de 2018, mediante entrevistas semiestructuradas sometidas a análisis de contenido. **Resultados:** las percepciones de las puérperas sobre la atención recibida del parto indicaron el uso de intervenciones, como maniobras de presión sobre el fondo uterino en el período expulsivo - maniobra de Kristeller, episiotomía y toque vaginal repetido y sin consentimiento. El uso de rutinas institucionales, como dieta cero, parto horizontal y falta de respeto. **Consideraciones Finales:** a pesar del impulso de las políticas públicas de humanización, el modelo tecnocrático sigue presente en la atención obstétrica durante el parto. La humanización de la atención obstétrica requiere cambios de actitudes y paradigmas de atención, a fin de garantizar el respeto y el derecho a una atención de calidad.

Descritores: Enfermería; Mujeres; Parto; Humanización de la Atención; Derechos Sexuales y Reprodutivos.

INTRODUÇÃO

A segurança do parto constitui atualmente um dos marcos da assistência obstétrica atual e constitui um dos tópicos emergente no cenário de saúde internacional, para além das expectativas das mulheres, uma assistência que repercute na saúde delas sem danos e com melhores desfechos no cuidado prestado no trabalho de parto e parto⁽¹⁾. Torna-se necessário, além do acesso oportuno dos serviços de saúde⁽¹⁾, uma prática baseada nas evidências científicas, e sem a utilização de condutas ultrapassadas que são empregadas ainda no contexto da assistência, sendo contrariadas pelas diretrizes e recomendações de entidade internacionais e da Organização Mundial de Saúde (OMS), que contribui para uma transformação da assistência obstétrica, como uma ressignificação de condutas adotadas pelos profissionais de saúde⁽²⁻³⁾.

Nesse sentido, o estudo apresenta a percepção das mulheres em relação à assistência oferecida durante o parto e nascimento nas maternidades públicas. A assistência ao processo parturitivo constitui um desafio para a segurança do cuidado ao parto e nascimento, sendo uma prática ainda sustentada em atitudes desconectadas com o avanço científico, as quais são perpetuadas pela atuação dos profissionais de saúde, com rotinas institucionais das unidades de saúde⁽⁴⁻⁵⁾. O poder e a autoridade resultantes do processo de institucionalização das rotinas hospitalares, a assistência horizontal, protocolar e instituída sustentam as diversas formas de saberes e práticas consideradas desatualizadas, que configura um risco à saúde perinatal⁽⁵⁾.

Atualmente, têm sido discutidas internacionalmente, na comunidade científica, inúmeras mudanças, como a utilização universal do apoio contínuo dos profissionais de saúde, que tem se mostrado efeitos positivos com redução de intervenções desnecessárias, garantindo melhores resultados maternos e neonatais. O suporte contínuo garante benefícios, como a redução da necessidade de peridural, a redução no uso de ocitocina, partos instrumentais, partos cesáreos, depressão pós-parto e admissões neonatais em unidades especializadas. Assim, a literatura internacional garante o encurtamento da duração do trabalho de parto, bem como melhor satisfação materna, vínculo com o bebê e melhores resultados neonatais e redução da ansiedade da mulher⁽⁶⁻⁷⁾.

Mas ainda esse suporte se torna pouco utilizado durante a assistência obstétrica, pois a predominância da assistência está ligada à alta taxa de intervenções hospitalares, como cesariana, episiotomia, manobra de Kristeller, toques vaginais desnecessários, ocitócitos endógenos, fórceps obstétrico, dentre outros^(3,6,8-14). Esse fato se constitui pelo avanço da tecnologia e utilização do modelo tecnocrático na obstétrica moderna, contribuindo assim para uma assistência voltada para a intervenção do corpo feminino⁽⁶⁾.

Desse modo, as normas e rotinas são amparadas pela lógica biologicista e ancorada na garantia legal do seu exercício profissional de cada indivíduo sobre o corpo feminino, mas o que constatamos é o não reconhecimento do valor científico⁽⁹⁾, visto que a prática do cuidado qualificado, seguro e respeitoso tem seu valor de uso baseado nas melhores evidências científicas, além de garantir o respeito à mulher.

Nesse cenário, em 2011, o governo federal instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS) a Estratégia Rede Cegonha pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho. A Rede Cegonha tem sido apontada como

uma das mais importantes estratégias indutoras no processo de qualificação e segurança ao processo reprodutivo, com foco na saúde materna e infantil em torno da organização dos serviços e da segurança da assistência⁽⁸⁾. A operacionalização da Rede Cegonha promoveu um movimento em prol da humanização, com o resgate do protagonismo da mulher como sujeito de direito a um parto qualificado e seguro.

A OMS defende que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto^(3,5,9-13,15). Dessa forma, a humanização nos processos de cuidado ao parto possibilita a abertura de diálogos no campo dos saberes e práticas de saúde nos modos instituídos no trabalho em saúde estabelecidos no/com processo de co-responsabilidade para a transformação da realidade do trabalho em si, com a utilização das boas práticas, como a oferta de alimentação sólida e líquida, evitando as intervenções desnecessárias no corpo da mulher, respeitando a sua privacidade e autonomia e promovendo um cuidado baseado nas tecnologias não farmacológicas de alívio da dor. Esse conjunto de fatores evidencia a estreita relação entre sentidos, motivação, satisfação e percepção de valor que configuram os aspectos do trabalho vivo em saúde⁽¹⁵⁾.

Mas ainda é necessária a implementação de mudanças alinhadas a essas iniciativas importantes, pois a assistência obstétrica apresenta alguns obstáculos para a utilização dessas práticas, como a falta de: capacitação profissional, política institucional; infraestruturas das maternidades, conhecimento das mulheres e acompanhantes sobre os seus direitos reprodutivos; a atitude de ressignificação por parte dos profissionais frente à sua atuação e ao modelo de assistência. Além disso, há uma relação assimétrica entre profissional de saúde e a mulheres, ocasionando crise de confiança^(1,6-7,10-12).

Assim, o estudo teve como questão norteadora: como as mulheres percebem as práticas utilizadas no cotidiano da assistência obstétrica? Dessa forma, o estudo pretende oportunizar a humanização como estratégia para mudanças na assistência, com a ressignificação de práticas no cotidiano do parto e nascimento, a valorização de um cuidado respeito, segurança, inibindo qualquer dano à saúde perinatal e a utilização de intervenções desnecessárias.

OBJETIVOS

Compreender a percepção das mulheres quanto à assistência recebida durante o parto e nascimento.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, como disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. Para preservar o respectivo sigilo, anonimato e confiabilidade, as depoentes foram identificadas com a letra (P) de puérpera, seguida de um algarismo numérico correspondente à sequência da realização das entrevistas (P1, P2, P3, ..., P56), além da garantia da participação voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tipo de estudo

Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva é estabelecida na descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, enquanto a pesquisa exploratória tem a finalidade de aproximar o pesquisador com o tema, com o intuito de torná-lo mais habituado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema de pesquisa⁽¹⁶⁾. Foi utilizado o instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁷⁾ para auxiliar os pesquisadores a relatar com transparência e qualidade as informações das pesquisas qualitativas.

Cenário do estudo

A pesquisa teve como cenários o alojamento conjunto das maternidades públicas da rede de atenção à saúde materno-infantil da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro, Brasil, a saber: Hospital Universitário Antônio Pedro, Hospital Estadual Azevedo Lima, Maternidade Municipal Dr.^a Alzira Reis Vieira, Maternidade Municipal Dr. Mario Nijar. Essas unidades correspondem ao atendimento de mulheres de risco habitual e alto risco na assistência ao parto e nascimento vinculado aos SUS dos municípios de Niterói e São Gonçalo.

A Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro possui uma extensão territorial de 2.711 km², correspondendo a 6,18% do território estadual, integrando sete municípios, Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim, tendo uma ocupação absoluta de 1.940.536 habitantes. A região em relação ao acesso de mulheres a maternidades abrange um hospital universitário, um hospital estadual, ambos de atendimento de médio e alto risco obstétrico, quatro unidades municipais para atendimento de risco habitual obstétrico e uma unidade filantrópica de risco habitual.

Fonte de dados

As participantes da pesquisa foram 56 puérperas, sendo 14 por cada unidade de saúde, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: mulheres em puerpério imediato; maiores de 18 anos de idade; que tiveram parto vaginal nas maternidades públicas; com permanência maior ou igual a 12 horas na unidade. Os critérios de exclusão levaram em conta as mulheres que apresentassem qualquer alteração ou instabilidade fisiológica, como hemorragia pós-parto e síndromes hipertensivas, e síndromes psicológicas, como crises de depressão ou ansiedade, que inviabilizasse sua participação.

O conhecimento do tipo de parto e as informações sobre o estado de saúde da puérpera foram verificados nos registros de enfermagem e a partir de informações dos profissionais do setor.

Foi realizado um acolhimento inicial em cada cenário nas enfermarias de puerpério junto às mulheres, com a finalidade de estabelecer uma relação mais empática e comunicativa, com o propósito de apresentar os objetivos da pesquisa e a forma a ser conduzida a técnica de coleta de dados. Neste momento, foi estabelecido um relacionamento colaborativo com as participantes, demonstrando a importância de seus relatos quanto aos cuidados prestados durante o trabalho de parto e nascimento.

Assim, seus depoimentos seriam essenciais para responder aos objetivos do estudo e identificar a assistência obstétrica nessas maternidades.

Após esse processo de acolhimento e estabelecimento comunicativo, a amostra foi delimitada por conveniência, em que as participantes foram abordadas, presencialmente, pelo pesquisador principal, convidando-as a participarem da pesquisa. Ressalta-se que nenhuma participante abordada recusou a participação no estudo. O quantitativo da amostra do estudo foi estabelecido pelo processo de saturação teórica⁽¹⁸⁾, quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas.

Ressalta-se que nenhum dos participantes sabia dos objetivos pessoais e das características do entrevistador, como também nenhum movimento de ordem relacional com as instituições para a realização do estudo. Dessa forma, o recrutamento das mulheres em cada cenário não tinha nenhuma forma de aproximação com o pesquisador, ou seja, relação direta (contato prévio) com as mulheres, pois todo esse processo descritivo da etapa de acolhimento e recrutamento foi realizado no momento de coleta de dados.

Coleta e organização dos dados

O percurso de investigação utilizou a entrevista semiestruturada, com perguntas fechadas e abertas relacionadas ao perfil de identificação social e econômica das mulheres, e a realização das seguintes questões de pesquisa: como foi a sua vivência do processo de cuidado no campo do parto e nascimento? Qual a sua percepção desse cuidado implementado? Os dados foram coletados, individualmente e reservadamente, somente com a puérpera e o pesquisador, entre janeiro e dezembro de 2018, em uma sala reservada nas maternidades. Durante a entrevista, o recém-nascido ficou sob os cuidados do acompanhante no alojamento conjunto de cada unidade.

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas, em profundidade, em um único momento com a participante, com duração média de 45 minutos cada, o que possibilitou a investigação da percepção da assistência obstétrica recebida pelos profissionais de saúde. Os depoimentos foram gravados em aparelho digital, com autorização prévia das participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra para suceder o processo de tratamento do material.

A técnica de coleta de dados foi conduzida somente pelo pesquisador principal, evitando uma condução diferenciada, perante a forma que cada pesquisador poderia introduzir na entrevista, enquanto a equipe de investigação ficou na competência de atuação no tratamento e análise dos dados. Ressalta-se que o pesquisador, na época, detinha credencial de mestrado, em que apresentava o domínio da técnica da entrevista, visto que recebeu todo treinamento de membros doutores da equipe de investigação, além de experiências de aplicação da entrevista em outros estudos.

Ressalta-se que tanto o pesquisador principal quanto a equipe de investigadores não apresentavam nenhuma relação pessoal e profissional com as instituições, evitando qualquer conflito de interesse no estudo. O interesse se retratava apenas quanto ao problema do estudo, não por interesses das instituições e entrevistados do estudo.

Análise dos dados

Na análise dos dados, buscou-se o tratamento baseado na análise de conteúdo⁽¹⁹⁾, com o objetivo de descobrir o conteúdo do discurso manifesto e que pressupõe em três momentos: 1) pré-análise dos depoimentos (organização do material, com leitura flutuante, com escolha de documentos a serem analisados, *a priori*, ou selecionar os que foram coletados, *a posteriori*, construção do *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, formulações de hipóteses ou objetivos e preparação do material); 2) exploração do material e tratamento dos resultados (codificação e categorização do material - a codificação se passa pelo recorte realizado das unidades de significação, que podem ser palavras, o tema, o objeto ou referente ao acontecimento, e para selecionar as unidades deve ter em consideração à pertinência, podendo obter a frequência ou ocorrência, denominada análise de contingência; a categorização seguirá os critérios semânticos, sintático, léxico, ou expressivo); 3) inferência e interpretação (interpretação dos resultados obtidos, com base na inferência, constituindo em um tipo de interpretação controlada, que poderá se apoiar nos elementos constitutivos do mecanismo clássica de comunicação pela mensagem - significado e código e pelo emissor e o receptor)⁽¹⁹⁾.

O estudo obteve o relato descritivo dos depoimentos dos cuidados recebidos e a percepção das mulheres quanto à assistência obstétrica, tendo a assistência obstétrica como categoria analítica do estudo. Nesse sentido, a equipe de investigadores realizou o tratamento dos resultados e análise do material, orientada pelo referencial de análise⁽¹⁹⁾.

Desse modo, os dados foram ordenados, com a transcrição das entrevistas na íntegra. Foi realizada uma leitura flutuante e o agrupamento, submetendo à análise detalhada e exaustiva e confrontando com a literatura científica. Seguindo o plano, foi realizada a seleção das unidades de análise (unidades de significados), surgindo, por meio da sua frequência (repetição de sentidos), a saber: desrespeito (F45%), intervenções obstétricas (F-62%), rotinas institucionais (F-56%), abandono, não acolhimento (F-36%), negligência (F-32%), falta de liberdade e privacidade (F-28%), agressão e violência (F-25%). Por fim, na última fase do processo analítico, a identificação das unidades de significados possibilitou, na última etapa da análise, a categorização dos elementos construtivos e o reagrupamento dos sentidos, com base na categorização não apriorística.

RESULTADOS

Das 56 mulheres, houve uma predominância de participantes com idade entre vinte e cinco e trinta anos (50%), com cor de pele autodeclarada parda (50%) e negra (27,7%), com religião católica (35,7%), de ensino médio completo (64,2%), em união estável (71,4%), sem uma ocupação de carteira assinada (53,5%), sendo donas de casa, que não contribuíam na renda familiar, que oscilava entre 3 e 4 salários mínimos (35,7%) - com base em R\$954,00, salário mínimo de 2018, apresentando habitação própria (50%), com até seis componentes familiares (64,2%).

A categorização não apriorística possibilitou, a partir das respostas dos participantes, a construção das seguintes categorias:

1) Intervenções obstétricas no campo do parto e nascimento: um contraponto com as evidências científicas; 2) Humanização como uma necessidade no cotidiano da atenção obstétrica na voz das mulheres. Menciona-se que atualmente algumas práticas obstétricas introduzidas no cotidiano da assistência da mulher e do recém-nascido tem sido questionada, por não trazer qualquer benefício na sua utilização, como episiotomia sem consentimento, toques vaginais excessivos e uso de ocitocina endógena, manobras de pressão sobre o fundo uterino no período expulsivo (manobra de Kristeller). Esses aspectos foram orientados pela apropriação da literatura científica e com base na política de humanização e diretrizes nacional sobre o parto normal.

Intervenções obstétricas no campo do parto e nascimento: um contraponto com as evidências científicas

As percepções das mulheres apontaram a vivência de práticas obstétricas utilizadas no cotidiano do trabalho de parto e parto. Dentre essas práticas, a manobra de Kristeller (descrita pelo médico alemão Samuel Kristeller), que consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação, foi considerada inapropriada. As participantes consideraram um momento assustador e horrível mediante a utilização no cuidado obstétrico.

Subiram em mim e empurraram a minha barriga, fiquei um pouco assustada, pois não falei nada. (P5)

Ficaram em cima de mim empurrando a minha barriga, foi essa parte horrível que não gostei, ficaram sobre minha barriga e fica empurrando, botava o braço e fazendo força para baixo, me sentindo muito mal na hora e a força que ele estava fazendo doía mais a minha barriga e a força não conseguia fazer. (P15)

Alguns procedimentos realizados foram percebidos, como intervenções desrespeitosas sobre o seu corpo, tais como a utilização da episiotomia no contexto do nascimento. A episiotomia, na percepção das participantes, foi um momento de brutalidade, doloroso, sem a informação e empatia, indo contra as recomendações de estratégias para humanização:

Quem me costurou foi bruto [...] foi a pior parte quando ele me costurou! Me senti igual a um animal. (P1)

Me senti horrível, tratada como um animal [...] me costurou toda, ele foi um bruto na hora, ficou horrível e ainda dói muito no local, foi sem paciência comigo e não falou nada para mim somente falou depois de feito e antes não falou nada que deu ponto, foi horrível essa situação, e como ficou também não queria que acontecesse. (P24)

O toque vaginal, realizado na avaliação obstétrica, presente na prática cotidiana das maternidades, também foi percebido como uma intervenção desrespeitosa, sem diálogo e empatia no processo de cuidado, conforme o depoimento a seguir:

E quando ele me deu o toque, não falou nada, saiu da sala pegou uma ficha e começou a preencher e vi que era ficha de internação e quando ele terminou de preencher, chamou a enfermeira para me levar e falou "Vamos andando"; para subir a rampa, e ele falou que eu estava com oito de dilatação, não dá para andar não, e

deixa eu correr então, e correu e me trouxe aqui para a sala de pré-parto e nessa sala fiquei, toda a hora, davam o toque, eu pedi para me operar, ele falou que não podia operar porque vai tirar o neném muito antes, deixa vim de parto normal. (P22)

Humanização como uma necessidade no cotidiano da atenção obstétrica na voz das mulheres

O abandono se fez presente na percepção das puérperas, constituindo uma relação direta com a indução do trabalho de parto para a administração de ocitócitos. As participantes se sentiram abandonadas pelos profissionais de saúde, com ausência de relação, empatia e cuidado.

Me senti abandonada! [...] eles [profissionais] somente colocam o soro lá, e deixam você sozinha, e não falar nada! [...] comecei a sentir mais dor, dor, dor e quase morrendo ninguém vai lá para ver, pois falam para você que tem de ter 10 cm de dilatação e deixam você sofrendo, sofrendo, sofrendo e quando você não suporta mais, eles [profissionais] vêm e te socorrem. (P1)

Foi ruim, a gente chama, chama, mais demoram bastante para dar uma atenção a você, tem muita gestante e tem poucos enfermeiros e isso não dá para estar o tempo todo, mais foi ruim, podia ter mais para dar uma atenção, uma força, iria ajudar. (P18)

As mulheres perceberam a falta de respeito referindo se sentir “jogadas” e “largadas”, justificadas, na maioria das vezes, por rotinas institucionais na assistência obstétrica, como a indicação da dieta zero.

Me senti jogada, pois tive o meu filho de madrugada, não podia beber água e nem comer, estava sem dor [...] quando começou a dor, fiquei mais tempo na sala e não trouxeram nada para mim, pois não podia beber e comer nada. A gente sente largada, igual a um bicho! (P1)

A gente fica passando fome [...] não deram nada para comer e beber, fica passando fome [...] me senti fraca, fraqueza na sala de pré-parto [...] vontade de desmaiar [...] a gente sente muita dor [...] foi ruim, pois estava com dor, fome, cansada, não estava mais aguentando [...] achei que ia desmaiar! (P2)

Eles [profissionais] falaram para mim, que não podia comer agora somente depois do parto e beber água também [...] fiquei muito fraca, fraca mesmo, e ainda mais com as dores e as contrações [...] quase não tive força para ter o meu filho [...] foi horrível essa sensação. (P5)

As participantes também destacaram suas percepções quanto à posição para o momento do parto/nascimento. Referiram à posição ginecológica/litotômica como a modalidade mais tradicional na obstetrícia na forma de nascer, descaracterizado a liberdade estabelecida pelas políticas de humanização ao parto:

Hum, estava na sala de pré-parto e me disseram está na hora, me levou até a sala para ter o neném e tive que deitar e colocar as pernas para cima, e eles [profissionais] falaram para segurar no ferro para fazer força nas contrações e ser mais fácil e rápido, isso que aconteceu. (P22)

Quando sai para sala de parto, a enfermeira que estava comigo me levou e me colocou na cama, deitada e com as pernas para cima

[...] pediu para fazer força nas contrações e empurrar e segurar no ferro para isso [...] nascer rápido e ela estava lá para te ajudar [...] e foi bom e rápido, pois levante e fiz o que ela disse e logo em seguida a cabeça saiu e foi rápido. (P30)

Achei desconfortável, mas tive que ficar direito como ele, mandou ficar, porque estava torta porque queria ver a criança saindo e ele me deu um esporro, gritou comigo para ficar direito, achei isso ruim, e depois que ele falou fique reto na cama. (P42)

A violência verbal estava presente na assistência obstétrica com as participantes que, segundo as suas percepções, apontaram para uma agressão verbal, desrespeitando a singularidade da mulher e de seu momento de parir, contribuindo com mais dor durante o período do parto e nascimento.

O profissional de saúde estava lá ficou gritando comigo, tem que ajudar a gente e não gritar [...] fiquei mais nervosa ainda e com dor [...] por isso que taquei o soro nele. (P3)

Foi muito ruim para mim [...] era meu primeiro parto me tratando com grosseria, gritando comigo [...] não gostei mesmo [...] e devia ter me respeitado melhor, essa situação foi chata. (P4)

O profissional à noite reclamou e gritou para eu ficar quieta e calar a boca, estava gritando por causa da dor, mais os meus gritos estava incomodando-o [profissional de saúde] e ele reclamou e fez isso, e fiquei quieta para não ter nenhum problema por causa dele. (P37)

DISCUSSÃO

A assistência obstétrica tem sido constantemente modificada ao longo dos anos, com a incorporação de novos saberes, práticas, condutas. Essas mudanças têm se alinhado com as evidências científicas e as próprias diretrizes e recomendações de instituições, como a OMS, para um cuidado com base no respeito (humanizado) e na segurança do parto. Ressalta-se que as intervenções desnecessárias têm sido obstáculos para a segurança e modificação do modelo atual, com a incorporação da humanização, sendo o alicerce de transformação da prática obstétrica no país.

A manobra de Kristeller, conduta não recomendada, que constitui uma prática intervencionista no contexto do parto e nascimento, executada pelos profissionais de saúde durante o período expulsivo com a compressão do fundo do útero, objetiva acelerar o período expulsivo. Por outro lado, essa conduta executada não constitui uma prática recomendada por organizações internacionais e nacionais, como a OMS e o MS, pois a sua aplicabilidade produz um risco maior de lesões maternas e fetais⁽²⁰⁾. Além disso, tal procedimento não é recomendado à sua execução por entidades profissionais, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), entidades de profissionais que atuam diretamente no cuidado à mulher no campo obstétrico.

As evidências científicas mostram que a manobra de Kristeller não deve ser praticada. Apesar de os resultados mostrarem que a sua aplicabilidade tem uma menor duração no segundo período do parto, houve um importante aumento no risco de lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência

urinária seis meses após o parto, além de complicações neonatais, como distocias de ombro, aumento do risco de escore de Apgar de quinto minuto abaixo de sete, além de sequelas fetais, como hipoperfusão e paralisia cerebral⁽²¹⁾. Precisamos expandir as discussões no campo do trabalho em saúde, com foco na qualificação do trabalho, com bases em evidências científicas, ampliando a reconfiguração do cuidado ao parto e nascimento descritos pelas políticas de saúde, em especial da humanização^(1-3,9,14), indutoras da transição do modelo assistencial ao parto no Brasil.

Desse modo, quando uma prática está sustentada em procedimentos de saúde já considerados pelas evidências científicas como ultrapassados, a manutenção dos mesmos se torna um desrespeito para a saúde da mulher. Garantir às mulheres as melhores condutas de saúde é um direito constitucional e um dever de todos os profissionais de saúde. O desconhecimento no avanço do valor científico em saúde e a falta da educação permanente favorecem um exercício profissional, muitas vezes desconectado com as demandas atuais para um cuidado com segurança.

O propósito das intervenções obstétricas, em relação à utilização da episiotomia, observou, em 11 estudos de ensaios clínicos randomizados envolvendo 5.977 mulheres, a comparação de dois grupos de mulheres, sendo que um grupo recebeu a episiotomia seletiva, e o outro, a episiotomia de rotina. Nesse levantamento, foi constatado que as mulheres submetidas à episiotomia seletiva tinham menos traumas perineais graves. A justificativa para a realização desse tipo de episiotomia era prevenir o trauma perineal grave, que não foi considerado verdadeiro diante das evidências atuais, porque também foi identificado não haver nenhum benefício da episiotomia de rotina para as mulheres e seus conceitos⁽²²⁾.

Assim, a justificativa de se realizar a episiotomia para a prevenção de traumas e lacerações perineais não é comprovada⁽²³⁻²⁴⁾ e, quando utilizamos essa conduta intervencionista no parto, nega a evidência científica, que estabelece a não utilização da episiotomia como prática rotineira no parto. É evidente que essa assistência é apoiada pela falta do conhecimento científico, com garantia institucional da gestão do serviço de saúde em manter rotinas ultrapassadas; todavia, garantir as melhores evidências favorece o cuidado singular centrado na mulher ao invés da sua aplicabilidade, que causa dor nas mulheres, por ser uma intervenção “bruta” e sem a devida informação e autorização, necessitando de maior respeito e empatia com as mulheres para suas vontades sobre seus corpos, como um alinhamento de condutas com base no respeito e na humanização.

Devemos seguir a mesma lógica para o excesso de toques vaginais, pois os mesmos devem ser realizados a cada duas horas, na fase ativa do trabalho de parto, não havendo necessidade de repeti-los na fase passiva. A OMS estabelece que os toques vaginais deverão ser utilizados a cada quatro horas, quando é avaliada a parada de progressão, sendo suficiente o tempo estabelecido pelas instituições internacionais de obstetria^(3,20). Portanto, o exame de toque vaginal não é recomendado antes de duas horas e após quatro horas subsequentes à realização do exame anterior⁽²⁰⁾ e, quando realizado excessivamente, configura um desrespeito e violação do corpo feminino.

Nessa concepção, o corpo da mulher deve ser respeitado e a invasão excessiva deve ser evitada. O trabalho para a avaliação da condição obstétrica deve, com respeito à mulher, seguindo

as recomendações de organizações internacionais que sustentam um cuidado com respeito à fisiologia, inibir as intervenções desnecessárias^(1-3,20). Devem-se propor alternativas de avaliação da fase ativa do parto, como a linha púrpura como opção eficaz de avaliação da dilatação cervical e descida fetal, que tem se mostrado eficiente, contudo, pouco utilizado na prática, especialmente no Brasil, necessitando de mais estudos da sua avaliação para identificar sua evidência⁽³⁾.

No entanto, para que ocorra uma mudança dessa realidade, faz-se necessário que os gestores e profissionais de saúde lancem mão de importantes estratégias para uma reorganização da gestão do cuidado nos serviços de saúde, de iniciativas do MS, como o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetria e Neonatologia (APICEON)⁽²⁵⁾, que tem como objetivo qualificar os processos de atenção, gestão, formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividade de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

Corroborar-se que o abandono está no cotidiano das maternidades, constituído pela introdução de uma gama de intervenções obstétricas, principalmente na administração de ocitócitos, deixando a mulher sem o devido apoio necessário durante os estágios do parto, mas também com a intenção de medicalização do seu corpo. Então, a medicalização pode ser compreendida como uma forma de gestão do serviço, que garante ao profissional de saúde se apropriar dos fenômenos relacionados à existência humana e transformá-los em objetos, submetidos a processos de normatização dos corpos, de suas práticas sociais e sexuais, assim como de seus prazeres⁽²⁶⁻²⁷⁾. Em virtude disso, quando a mulher é submetida à gestão do cuidado, operacionaliza o processo de patologização do parto, com intensa medicalização, transformando um processo fisiológico em patológico em detrimento do não exercício das evidências científicas no campo do parto e do nascimento.

Em relação à sustentação dessa conduta por parte da gestão do serviço, o profissional de saúde promove um abandono institucional da mulher, deixando-a “de lado” e literalmente abandonada e desprovida de cuidado qualificado, amparada pela gestão do cuidado⁽²⁸⁾. Aliás, quando é administrada a ocitocina, nesse momento, a mulher é deixada a sentir as dores do parto^(20,27), inerente à sua condição praticada da sua sexualidade. Quando a mulher é internada, parece um “castigo” institucional, pois o parto é tão negativo que ela pensa em não ser submetida a tais atos errôneos da sua sexualidade ativa⁽²⁶⁾. Cabe aqui afirmar que deve ser providenciado um apoio qualificado, com a introdução de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, respeitando a sua condição de cidadã e a centralidade do cuidado, posto que os gestores e profissionais estarão no local para promover um cuidado contínuo e qualificado, ao contrário do que ocorre: o desrespeito de sua condição feminina.

Ao longo dos anos, a OMS vem de um movimento constante para a construção de um novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal⁽³⁾. Dessa forma, busca-se o atendimento obstétrico integral permeado por uma assistência de qualidade pautada em práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, no direito de escolhas das mulheres e minimização de intervenções neste momento, visando ao entrecruzamento da ciência com as emoções, garantindo o cuidado

humanizado⁽²⁹⁾. Garantir a humanização do parto é um direito, e as percepções das mulheres do estudo demonstram a urgência para a reconfiguração dos processos assistenciais em relação à restrição de alimentação líquida e sólida durante o trabalho de parto, constituindo uma rotina comum na assistência hospitalar do grupo estudado. A rejeição à alimentação é apoiada na prevenção do risco de aspiração gástrica. Entretanto, a mulher no processo de parturição necessita de aporte energético suficiente para prosseguir com o trabalho de parto⁽²⁹⁾.

Sabe-se que a humanização é um direito humano das mulheres, com base nas evidências científicas. No Brasil, o MS disponibilizou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁽³⁰⁾. As diretrizes reafirmam o direito de a mulher ser informada sobre as possíveis posições de parto e escolher a que achar mais confortável para parir⁽³⁰⁾. Os benefícios da humanização traduzem na redução da duração do segundo período do trabalho de parto, redução de partos instrumentalizados e com episiotomia, diminuição de anormalidades na frequência cardíaca fetal e redução da dor^(3,20,30).

A violência verbal se torna evidente na literatura científica⁽³¹⁾, que se destaca como o segundo tipo de violência mais identificado nas oito regiões de saúde do estado do Tocantins, figurando sob forma de tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações e desrespeito, conforme evidenciado pelos autores⁽³¹⁾, e que se materializa em violência verbal pela falta de acolhimento, negligência e tratamento recebido por parte dos profissionais de saúde na assistência obstétrica.

Assim, a produção de atitudes que vão ao encontro das reais demandas das mulheres, visando à segurança e qualidade assistencial ao parto, elimina a violência obstétrica, que é sustentada por práticas assistenciais e protocolares de evidências científicas que não são recomendadas pelas políticas internacionais nacionais de saúde⁽³¹⁾. Desse modo, a manutenção de práticas assistências ao parto e nascimento que não são recomendadas perpetua a violência obstétrica institucional, inserida no cotidiano das maternidades⁽³¹⁻³²⁾.

Limitações do estudo

Cabe destacar os limites da presente pesquisa, uma vez que foi desenvolvida a partir de uma realidade particular dos cenários envolvidos que não permitiu relações e sua generalização, além do fato de todas as instituições não terem participado do estudo, não obtendo a totalidade de maternidades na região.

Contribuições para a área da enfermagem

Sabemos que o fortalecimento de um cuidado obstétrico a partir das evidências científicas e da humanização é necessário, pois uma prática baseada nos conhecimentos técnico-científicos suscita um processo de enfermagem obstétrico qualificado e seguro para o campo do parto e nascimento.

Para transformações no cenário obstétrico brasileiro com a transição do modelo assistencial, a humanização é tida como alicerce para essa mudança, fomentada pelas políticas de humanização no campo da saúde reprodutiva.

Esta pesquisa contribui para o âmbito para a utilização de práticas obstétricas, que ainda são do cotidiano das maternidades,

para que possa refletir sobre a atuação profissional com base na humanização da assistência e nas evidências científicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação de esforços para a mudança do modelo assistencial com foco na humanização implica qualificar os profissionais e gestores de saúde, subsidiando o trabalho e a gestão pautados nas na ciência, respeito e direitos das mulheres para um parto mais qualificado e exitoso.

A valorização deste modelo centraliza as recomendações e diretrizes das políticas públicas, como a Rede Cegonha, a qual preconiza um cuidado articulado com as recomendações de organizações internacionais e nacionais, como da OMS e do MS, para uma assistência que seja voltada para o cuidado mais fisiológico, evitando as intervenções desnecessárias, possibilitando uma nova reconfiguração na atenção obstétrica.

Com a resignificação de uma prática pelos profissionais de saúde e gestores, o processo de trabalho se torna qualificado, induzindo o parto e nascimento como experiência exitosa. Essa valorização permite ser um indutor de mudanças, inibindo as formas de violência obstétrica, que são engendradas na assistência e gestão das maternidades, junto às mulheres no campo do parto e nascimento.

Contudo, apesar desses incentivos, ainda há muito a avançar na assistência obstétrica, que se permeia na aplicação de intervenções obstétricas, sustentando o modelo tecnocrático, com a percepção das mulheres para o desrespeito, falta de empatia e cuidado no cotidiano do parto e nascimento, além de utilização de rotinas institucionais, garantindo a autonomia do profissional e inibindo a mulher na cena do processo de nascimento, imperando a violência verbal nas relações com o profissional. Assim, apesar de a humanização estar dentro de um movimento internacional de transformações na assistência, ainda é preciso romper com os desafios para garantir uma atenção voltada para uma nova forma de olhar e cuidar das mulheres, garantindo respeito, autonomia, empatia e singularidade do cuidado, sustentadas nas políticas públicas no campo da saúde reprodutiva.

Assim, torna-se necessário ampliar os incentivos políticos de formação nos serviços maternos e infantis na qualificação da gestão dos serviços das maternidades e sua resignificação no cotidiano da práxis do profissional de saúde, em especial na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Este estudo é resultado do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os dados da pesquisa executada e defendida está disponível o material do TCC na sua íntegra no link: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/602798>.

FOMENTO

Fundação de Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

ERRATA

No artigo "Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização", com número de DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>, publicado no periódico Revista Brasileira de Enfermagem, 75(Suppl 2):e20210215, nas referências:

Onde se lia:

16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2011[cited 2020 Feb 14];27(2):389-94. Available from: <https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/15050>
18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7º ed. São Paulo: Atlas. 2019. 248 p.

Lê-se:

16. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7º ed. São Paulo: Atlas. 2019. 248 p.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
18. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2011[cited 2020 Feb 14];27(2):389-94. Available from: <https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/15050>

REFERÊNCIAS

1. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3292. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>
2. Mastro ID, Tejada-Llacsá PJ, Reinders S, Pérez R, Solís Y, Alva I, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS ONE*. 2021;16(5):e0250702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. 200p.
4. Carvalho EMP, Amorim FA, Santana LA. Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2053-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08502019>
5. Palharini LA. Autonomia para quem? o discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad Pagu*. 2017;49:e174907. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>
6. Luanda P, Minnie CS, Banadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(167):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>
7. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
8. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Um possível modelo lógico-avaliativo para a rede cegonha. *Sanare [Internet]*. 2017 [cited 2020 Feb 14];16(1):80-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1098/609>
9. Carvalho EMP, Amorim FA, Santana LA. Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2053-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08502019>
10. Vargens OMC, Alehagen S, Silva ACV. Wanting to give birth naturally: women's perspective on planned homebirth with a nurse midwife. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29:e56113. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56113>

11. Alves MTSSB, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL, et al. Racial inequality in obstetric good practices and interventions in labor and birth care in Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):837-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>
12. Costa LD, Warmling KM, Cero TD, Dalorsoletta K, Zonta FNS, Trevisan MG, et al. Adherence of professionals to good obstetric practices and interventions performed with parturientes. *Rev Rene*. 2021;22:e61474. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261474>
13. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRTS, Silva SD, et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil - 2017. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):919-29. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
14. Amaral RCS, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA, Marchiori GRS. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):e20180218. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0218>
15. Oliveira VJ, Penna CMM. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e06500015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
16. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7º ed. São Paulo: Atlas. 2019. 248 p.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
18. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2020 Feb 14];27(2):389-94. Available from: <https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/15050>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2011. 280 p.
20. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 51p.
21. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Schimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2988. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>
22. Joang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
23. Gurol-Urganci I, Bidwell P, Sevdalis N, Silverton L, Novis V, Freeman R, et al. Impact of a quality improvement project to reduce the rate of obstetric anal sphincter injury: a multicentre study with a stepped-wedge design. *BJOG*. 2021;128(3):584-92. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16396>
24. Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(6):993-1001. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686>
25. Ministério da Saúde (BR). Apiceon - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 31p.
26. Ferrazza D, Peres WS. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. *Fractal, Rev Psicol*. 2016;28(1):17-25. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1016>
27. Sala VVV. La enfermedad normal": aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex Salud Soc*. 2021;34:90-107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
28. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics. *Hist Ciênc Saude-Manguinhos*. 2018;25(4):979-98. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>
29. Pinto LMTR, Trezza MCSF, Santos AAP, Melo GC, Silva JMO, Oliveira LLF. Manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2017 [cited 2020 Feb 14];25:e14205. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14205/25492>
30. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Perception of puerperas on the vertical position in childbirth. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e27499. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>
31. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Obstetric violence in public maternity wards of the state of Tocantins. *Rev Estud Fem*. 2019;26(1):e43278. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>
32. Marrero L, Bruggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1219-28. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>