



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha



Francisca Alice Cunha Rodrigues^a, Samira Valentim Gama Lira^b,
Poliana Hilário Magalhães^{b,*}, Ana Luiza e Vasconcelos Freitas^b,
Verônica Maria da Silva Mitros^b e Paulo César Almeida^a

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 10 de outubro de 2016

Aceito em 6 de dezembro de 2016

On-line em 15 de março de 2017

Palavras-chave:

Violência contra a mulher

Obstetrícia

Parto humanizado

R E S U M O

Objetivos: analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em onze hospitais-maternidades, de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde da mulher no estado do Ceará, composta por 11 hospitais-maternidades, participaram da pesquisa 3.765 puérperas de parto transpélvico que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições.

Resultados: Sobre as características sociodemográficas das participantes da pesquisa tinham entre 20 a 34 anos (62,1%), tratando-se do suporte emocional que deve ser oferecido durante o parto, as participantes relataram que tiveram a presença de visitas (82,9%), em relação as atitudes que ocasionaram sentimentos de hesitação as participantes afirmaram que sentiam segurança (89,4%).

Conclusões: A pesquisa demonstra a importância de um atendimento humanizado adequado através da estruturação e organização da atenção materno-infantil proposto pela rede cegonha.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network

A B S T R A C T

Objectives: to analyze the institutional violence against women in the parturition process in maternity hospitals linked to Stork Network of Fortaleza/Cascavel.

Material and Methods: This is a descriptive study with a quantitative approach, performed in eleven maternities, medium and high complexity of the network of health care of women

Keywords:

Violence against women

Obstetrics

Humanizing delivery

* Autor para correspondência.

E-mails: polianahm@gmail.com, polianahm@hotmail.com (P.H. Magalhães).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>

1413-2087/© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

in the state of Ceará, composed of 11 maternity hospitals, participated in the survey 3.765 transpelvic birth mothers who were in the accommodation units set of these institutions. Results: About the sociodemographic characteristics of the study participants were between 20-34 years (62.1%), in the case of emotional support that should be offered during delivery, the participants reported that they felt the presence of visits (82.9%) in relation to the attitudes that led to feelings of hesitation the participants said they felt security (89.4%). Conclusions: The study demonstrates the importance of an appropriate humanized care through the structure and organization of maternal and child care proposed by the stork network.

© 2016 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O termo violência obstétrica agrupa atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência, e só nos últimos anos vem sendo levado a sério por pioneiros na comunidade dos profissionais de saúde, administradores hospitalares e na justiça.¹

Com o engenho do programa da Rede Cegonha, a Ouvidoria Geral do SUS, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, o questionário de pesquisa da Rede Cegonha. Ao tempo em que se desenvolvia no Ministério da Saúde a pesquisa da Rede Cegonha, os anos seguintes passaram a abordar o tópico da violência na atenção obstétrica com mais intensidade.

O estudo *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* realizada pela Fundação Perseu Abramo,² apontou que uma em cada quatro mulheres já sofreram algum tipo de violência na atenção obstétrica. A pesquisa mostra um cenário bastante crítico para o sistema de saúde pública brasileira, onde as gestantes relataram ter sofrido, na hora do parto, algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades, no atendimento durante o pré-natal ou no momento do parto.

Esse tipo de violência é pouco identificado devido à falta de conhecimento desses abusos por parte das parturientes. Considerando que essas práticas só podem ser enfrentadas caso haja o reconhecimento desse fenômeno, a Violência Obstétrica (VO) é definida como uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.^{3,4}

O parto é considerado um marco na vida de uma mulher, caracterizado por uma explosão de sentimentos tendo em vista a chegada de um novo membro na família. Entretanto, as situações de violência durante a parturização são muito presentes, transformando o que poderia ser uma experiência prazerosa e única em uma lembrança traumática e dolorosa.^{5,6}

Para que seja oferecido um atendimento integral e eficiente, com priorização de ações que abrangem conhecimentos, atitudes e práticas humanizadas deve haver o envolvimento de todas as esferas de serviços de saúde para reconhecer as

lacunas que dificultam a execução de um parto humanizado. Dessa forma, ao assumir a existência da violência obstétrica como uma prática comum e ao compreender o impacto que ela ocasiona às puérperas percebe-se a importância das políticas públicas voltadas para a atenção materno-infantil.

Apesar de já existirem políticas específicas que garantem um cuidado humanizado durante o processo de parturização, revela-se que os abusos de poder por parte das instituições e de seus profissionais sobre a saúde da mulher estão cada vez mais presentes. A epidemiologia evidencia esse aumento na incidência dos casos de violência obstétrica, de forma que uma em cada quatro mulheres afirmam já ter sofrido violência no parto, ou seja, 25% das brasileiras que são atendidas nas redes pública e privada, relatam que se sentiram violentadas.⁷

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado, inclusive, com o propósito de contribuir para uma melhoria durante a assistência ao parto e ao recém-nascido, assegurando melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do atendimento. Ele traz a compreensão de humanização por meio do acolhimento com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, incluindo atitudes éticas, criando um ambiente harmonioso para esse momento. Além da adoção de procedimentos benéficos, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

Essa abordagem humanizada surge como um princípio a fuga do modelo convencional, tecnocrático, e busca o resgate do protagonismo da gestante e do respeito à singularidade da mulher. Por ser um conceito complexo, que reflete mudanças de paradigmas, o parto humanizado tem sido objeto de atenção.⁸ Um atendimento que proporciona o protagonismo da mulher durante o processo de parturição e uma assistência pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (equidade, integralidade e universalidade) minimiza a probabilidade da ocorrência da violência obstétrica, demonstrando a implementação das ações preconizadas pelas políticas públicas existentes, por meio da atuação dos profissionais de saúde.^{9,10}

Portanto, com o intuito de unificar e melhorar a assistência à Saúde da Mulher, em 2011, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi implementada a Rede Cegonha que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.¹¹

A Rede Cegonha direcionada, formulada e implementada em todos os níveis de governo, ainda não têm efetividade das ações relacionadas ao cuidado humanizado, para evitar que essas puérperas sofram algum tipo de violência ao procurar o serviço, o que se percebe, ainda, é a existência da fragilidade na sequência dessa rede. Nesse sentido, objetivou-se analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em onze hospitais-maternidades, de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde da mulher no estado do Ceará.

Considerando que a Rede Cegonha no estado do Ceará, esta composta por 17 redes interligadas e complementares. Entende-se que cada uma destas se propõe a um alto nível de resolutividade dentro dos componentes propostos pela política nacional, que implica em pré-natal, parto, nascimento, puerpério, atenção à criança e transporte.

Cada uma destas redes está vinculada a um ou mais hospitais-maternidades, que são responsáveis pela assistência ao parto. Assim, em função do grande número de instituições vinculadas à rede cegonha no estado do Ceará, optou-se pelo desenvolvimento da pesquisa somente naquelas que compõem a rede Fortaleza/Cascavel. Essa rede é composta por 11 hospitais-maternidades, que, para a participação na pesquisa, foi solicitado aos diretores a autorização. Em relação aos participantes do estudo, participaram da pesquisa 3.765 puérperas de parto vaginal que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições. Optou-se por esta população por entender-se que o nascimento é historicamente um evento natural, sendo assim um momento que, embora institucionalizado, teria pouca inferência institucional.

Foram excluídas as puérperas que por pariram em casa ou no percurso, embora tivessem cuidados prestados nas maternidades pesquisadas.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário, que foi respondido pela participante da pesquisa e complementado por dados do prontuário pela pesquisadora, tiveram como eixo condutor dados sociodemográficos e aspectos que envolvem os períodos pré-parto, trans-parto e pós-parto, desde a chegada da mulher à maternidade até o momento em que esta encontra-se no período puerperal na unidade de alojamento conjunto, realizado no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014.

Os dados coletados foram processados no Programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC), versão 17.0. Foram organizados em tabelas e gráficos para a melhor exposição das informações segundo as categorias de variáveis previamente determinadas.

A pesquisa respeita todos os preceitos éticos e legais de acordo com a Resolução nº466/12, mantida a confidencialidade das informações adquiridas, com o número do parecer: 387.135. O mesmo foi composto pela solicitação de autorização de realização da pesquisa, assinatura do Termo

Tabela 1 – Caracterização das necessidades humanas básicas durante o trabalho de parto de mulheres que pariram seus filhos por parto normal em maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, dezembro, 2013

Características	Sim		Não	
	n°	%	n°	%
Liberdade para andar	183	62,5	110	37,5
Alimentação	66	22,5	225	77,3
Ingesta hídrica	85	29,2	208	70,8

de consentimento livre e esclarecido, e mediante aprovação foi iniciada a coleta de dados.

Resultados

Sobre as características sociodemográficas das participantes da pesquisa: 62,1% tinham entre 20 a 34 anos, 49,5% possuíam de 8 a 11 anos de estudo, 51,5% eram solteira, 51,5% exerciam a atividade do lar, 66,9% relataram ter uma renda de até um salário mínimo e ao considerar o total das participantes 65,2% eram proveniente de Fortaleza.

Na [tabela 1](#) evidencia as necessidades básicas durante o processo de parto pelas parturientes e identificamos que 70,8% não foi ofertado a ingestão hídrica e 77,3% a alimentação.

Tratando-se do suporte emocional que deve ser oferecido durante o parto, 82,9% relataram que tiveram a presença de visitas, 67,5% receberam orientações sobre trabalho de parto e parto e 77,6% a presença de acompanhante durante todo o tempo de internação e 63,2% que essas atitudes contribuíram para um segurança em relação aos procedimentos, em contrapartida, não tiveram uma presença de profissional que proporcionasse conforto físico e emocional e 37,2% nem receberam esclarecimentos sobre procedimentos ([tabela 2](#)).

Em relação as atitudes que ocasionaram sentimentos de hesitação as participantes afirmaram que sentiam: 89,4% segurança, 67,9% medo, 28,3% ordens para parar de gritar e 24,6% apelidos ([tabela 3](#)).

A [tabela 4](#) apresenta ações que caracterizam a não realização das orientações das boas práticas para o parto, onde os participantes referiram: 86,7% manobra de valsalva, 52,2% exame de toque realizado por pessoas diferentes, 63,8% uso de soro e 34,5% de ocitocina.

Discussão

Os componentes discutidos a priori têm particularidades, não obstante, se complementam para garantir o contíguo da atenção à saúde da mulher e da criança durante a experiência da maternidade, do nascimento, no momento do parto. Em cada um deles, o Programa determina ações que devem ser executadas em um ou mais nível de atenção, não se resumindo a um único momento, pois toda informação prévia pela gestante, incertezas, medos e dúvidas deveriam ser cogitados durante o pré-natal. O cumprimento a contento resulta na efetividade da Rede Cegonha.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde para identificar a sua prática no cuidado a parturientes adolescentes, em Pelotas-RS, foi demonstrado que a ingestão hídrica

Tabela 2 – Caracterização das ações de suporte emocional para mulheres que pariram seus filhos por parto normal em maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, dezembro, 2013

Características	Sim		Não	
	n°	%	n°	%
Acompanhante	177	60,8	114	39,3
Presença de Acompanhante durante todo o tempo de internação	142	77,6	41	22,4
Exigência do sexo feminino para acompanhantes	122	66,3	62	33,7
Visita	243	82,9	50	17,1
Presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional	108	36,9	185	63,1
Recebeu Esclarecimentos sobre procedimentos	184	62,8	109	37,2
Recebeu orientações sobre trabalho de parto e parto	198	67,5	95	32,5

e alimentar, nas mulheres que tiveram parto normal, nem sempre era permitida.¹² Resultado semelhante ao encontrado neste estudo.

Assim, não há justificativas para manter a mulher em trabalho de parto em jejum. Mesmo na ocorrência de uma cirurgia cesariana, a anestesia regional é utilizada com maior frequência do que a geral, permitindo as mulheres ficarem acordadas durante todo o procedimento, o que as torna capaz de participar de seu próprio cuidado e de proteger suas vias aéreas no caso de presença de episódios eméticos.¹³ Isto, autentica um conjunto de falhas e ausência de informação no momento do parto.

Durante o processo de parto a parturiente gasta muita energia, sendo possível que o suprimento de glicose presente no organismo não seja o suficiente. Contudo estiver em jejum, ele

Tabela 3 – Caracterização das ações que ocasionam medo e segurança para mulheres que pariram seus filhos por parto normal em maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, dezembro, 2013

Características	Sim		Não	
	n°	%	n°	%
Segurança	262	89,4	31	10,4
Medo	199	67,9	94	32,1
Ameaçada	24	8,2	267	91,8
Críticas	20	6,9	271	93,1
Ironia	16	5,5	275	94,5
Recebeu apelidos	72	24,6	219	75,3
Parar de gritar	83	28,3	210	71,7
Gritos com a parturiente	11	3,8	282	96,2
Ouviu piadas	10	3,4	283	96,6

Tabela 4 – Ações que caracterizam o não cumprimento das orientações das boas práticas para o parto e nascimento de mulheres que pariram seus filhos por parto normal em maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, dezembro, 2013

Características/Categoria de boas práticas	Sim		Não	
	n°	%	n°	%
Episiotomia (D)	60	20,5	231	78,0
Manobra de Kristeller (C)	70	24,1	221	75,9
Exame de Toque realizado por pessoas diferentes (D)	152	52,2	138	47,1
Amniotomia precoce (D)	97	33,3	194	66,7
Curagem sem analgesia farmacológica (B)	49	16,8	242	83,2
Contato pele a pele (A)	158	54,3	133	45,7
Amamentação na 1ª meia hora de vida (A)	67	23	224	77
Manobra de Valsalva (B)	254	86,7	39	13,3
Uso de Soro (B)	187	63,8	106	36,2
Sonda (D)	21	7,2	272	92,8
Ocitocina (B)	101	34,5	192	65,5
Tricotomia (B)	18	6,1	275	93,9
Enema (B)	10	3,4	283	96,6

reduz os componentes que ajudam na “força” do trabalho de parto e o organismo em vez da glicose armazenada é utilizada os lipídios como fonte de energia, formando um composto que consequentemente aumentam a quantidade de aminoácidos na corrente sanguínea da mãe do feto, que podem provocar uma cetose prejudicando o seu desenvolvimento.¹⁴

Em uma outra pesquisa foi constatado que antes do processo de parto 80% das parturientes consumiram algum tipo de líquido e que apenas 11% tiveram restrição, não identificando cientificamente que essa restrição contribuiria de alguma forma nos procedimentos realizados.¹³

Dessa forma vê-se uma necessidade de suprimento hídrico e alimentar durante todo esse processo, pois quando é prolongado o suprimento de energia armazenado no corpo pode não ser suficiente e ao ofertá-lo poderá melhorar o bem-estar físico e emocional da parturiente durante todo esse processo. E mais ainda, vemos a necessidade de uma atualização por parte dos profissionais para adotarem esse método já comprovado cientificamente eficaz.

Durante o trabalho de parto, a mulher, sofre uma descarga de sentimentos como o medo de que ocorra alguma intercorrência, ansiedade de estar gerando um ser e, às vezes, solidão por estar em um ambiente com pessoas desconhecidos.^{15,16} Desta forma, os profissionais têm que ter o conhecimento de que aquela pode ser o primeiro contato da mulher com um ambiente hospitalar gerando insegurança, principalmente, quando não tem a presença de um acompanhante para prestar apoio. E devem agir de uma forma mais humanizada

o possível explicando os procedimentos que serão realizados e as possíveis complicações.

Assim, ao realizarem esse esclarecimento sobre como ocorrerá os estágios do parto e os procedimentos invasivos que serão promovidos é uma forma utilizada para que a mulher se sinta mais segura sobre os possíveis procedimentos que serão realizados.^{17,18}

Vale salientar que a presença do pai ou de acompanhante do sexo masculino durante o parto ainda não foi incluída, explicitamente, na rede, apesar que:

Por meio dessas diretrizes, a Rede Cegonha propõe a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro tanto para o pré-natal quanto para o parto, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.¹⁹

Corroborando com os achados em Diniz e col. (2014),²⁰ onde identificam frequente falta de informação às mulheres antes do parto sobre o acompanhante. Elas usaram as seguintes expressões para afirmar que não foram informadas: “não sabia que era permitido”, “não sabia que era permitido em partos vaginais”, “não sabia que era permitido para não-adolescentes”. Apenas 5,7% das mulheres desacompanhadas (1,4% do total) disseram que estavam sozinhas porque não queriam ter qualquer acompanhante. Em uma pesquisa realizada com puérperas relataram que as informações mais frequentes recebidas pelas mulheres foram as relativas à progressão do trabalho de parto (30,1%), indicação do parto cesáreo (17,9%) e procedimentos de rotina (13,2%),^{17,21} resultado diferente do encontrado no estudo.

Essa humanização do cuidado tem que estar presente em todos os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde e a primeira forma de promover essa assistência são fornecendo informações e tirando as possíveis dúvidas que a mulher poderá a ter.

Ao reconhecer a individualidade de cada mulher é humanizar o atendimento, o profissional ao estabelecer um vínculo e perceber as suas necessidades e capacidades de lidar com o processo de nascimento. Permitindo também que ocorra relações menos desiguais e menos autoritárias na medida em que o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê.¹¹

As práticas na assistência a parturiente são efetivas para que ocorra a redução do sofrimento neonatal, existem diversos fatores da saúde materna que influenciam nos resultados da gravidez. E ainda há uma parcela importante das complicações que podem ocorrer durante o trabalho de parto que podem ser reduzidas por cuidados obstétricos apropriados, através do uso adequado de tecnologias. Entretanto, o uso inadequado destas ou a realização de intervenções desnecessárias podem trazer prejuízos para a mãe e para o feto.²²

O exame de toque que é utilizado para identificar a evolução do parto através da dilatação do colo uterino e, segundo, essa dilatação aumenta a frequência com que esse exame é realizado.^{23,24}

Além disso é fundamental para avaliação do progresso do trabalho de parto, pois permite definir posição, comprimento,

consistência e tamanho do colo, apresentação, atitude e posição fetal, presença de bossa e grau de cavalgamento ósseo do crânio fetal, relação entre a apresentação e o colo uterino, características da bacia óssea materna, presença de membranas e sua reação às contrações uterinas.^{25,26} A prática mostra, entretanto, que o toque é muitas vezes feito unicamente com o intuito de avaliar a dilatação do colo uterino.

Conforme aumenta a frequência destes toques vaginais ela é realizada por mais de um avaliador e com intervalo de tempo pequeno, prejudicando a evolução fisiológica e provocando desconforto e edema de vulva. Contudo, em uma pesquisa realizada com parturientes internadas em um Hospital Obstétrico foi identificado que as repetidas vezes que esse exame era realizado a deixavam mais nervosas e inseguras, pois os profissionais o praticavam não se preocupando com a sua privacidade.²⁷

Assim, o uso frequente destas intervenções para acelerar o processo de parto pode provocar diversas complicações materno-fetal. E muitos destes exames são realizados sem explicação e consentimento da mulher.²⁸

Essas práticas não recomendadas pelas evidências científicas como o uso elevado de ocitocina e posição litotômica no parto podem aumentar o período do trabalho de parto e refletir negativamente sobre os resultados perinatais.²⁹

A ocitocina e a amniotomia têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental.³⁰⁻³²

Assim, apesar das recomendações promovidas pela Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto vaginal a sua incorporação ainda é muito insuficiente por parte dos profissionais, pois a suas intervenções ainda estão muito associadas as razões econômica, políticas e culturais sendo resistente a baseada em evidências.^{33,34}

Desta forma, apesar da realização de boas práticas ser superior à de intervenção desnecessária a sua concretização é considerada uma violência obstétrica. Entretanto, essas intervenções desnecessárias em muitas maternidades são vistas como procedimentos normais.²⁹

Conclusão

A análise gerada nesta pesquisa revela que o Programa Rede Cegonha, implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde, ainda é pouco compreendido pelas usuárias. Os dados sugerem que o fato de se ter informações gerais sobre determinados aspectos de um tema não é condição suficiente para validar um conhecimento no sentido de apropriação deste, tampouco, de utilização na prática.

Os resultados encontrados na pesquisa demonstram como alguns procedimentos estão arraigados à rotina dos profissionais envolvidos com a obstetria, mesmo já havendo estudos baseados em evidências científicas mostrando resultados superiores obtidos quando algumas práticas são modificadas. Procedimentos conhecidamente desnecessários realizados rotineiramente que geram danos físicos, traumas, constrangimento e gastos, e não têm sua eficácia comprovada, continuam sendo empregados diariamente. Como

consequência as mulheres sofrem essas violências, sem se quer perceberem que foram violentadas.

A pesquisa demonstra a importância de um atendimento humanizado adequado por meio da estruturação e Organização da Atenção Materno-Infantil proposto pela Rede Cegonha. Portanto, é necessário que os profissionais estejam aptos para atuarem nos serviços de saúde buscando garantir a os objetivos e diretrizes da rede através, por exemplo, do estabelecimento de um vínculo para com a mulher com o intuito de reconhecer suas necessidades, fragilidades e sentimentos para que assim possam realizar ações adequadas e humanizadas visando transmitir para as mulheres segurança e apoio.

Ademais, alertam-se aos profissionais que atuam no processo de parto e puerpério sobre os direitos da mulher durante o parto e pós-parto, em busca de proporcionar um atendimento, apoio e suporte adequados e atenção humanizada para as mulheres e seus filhos.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIA

- Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*. 2015;25:377-84.
- Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/-sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> [acesso em 6 de outubro de 2016].
- Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013.
- São Paulo. Defensoria Pública do estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. Violência obstétrica: você sabe o que é? São Paulo: Escola da Defensoria Pública do Estado, 2013.
- Gallo RBS. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Revista feminina*. 2011;39:41-8.
- Brüggemann OM, Osisi MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:44-52.
- Venturi W. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC; 2010.
- Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*. 2009;13:145-53.
- Brasil Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990.
- Curvello CFA, Vasconcellos LCF. Integralidade nas relações saúde-trabalho: a doutrina desprezada. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalhador) - do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 2 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- Silva RC. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto contexto - enferm. Florianópolis*. 2013;22:629-36.
- Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;CD003930.
- Melo CRM, Peracoli JC. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (MEL) em parturientes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15:612-7.
- Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005;58:698-702.
- Santos DS, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro*. 2009;13:582-8.
- Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008;24:1859-68.
- Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*. 2011;19:249-54.
- GNDH. Roteiro para atuação ministerial: atenção perinatal. 2012. Disponível em: <http://goo.gl/S1zBIS>. Acesso em: 5 jan.2016.
- Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2014; 30(Suppl 1): S140-S153.
- Calça AA. O parto humanizado na visão mulher parturiente. Monografia [Especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001.
- World Health Organization (WHO). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Wickham S. Midwifery best practice. 3rd ed. London: Elsevier; 2005. p. 77-8.
- Davis E. Heart & Hands. A midwife's guide to pregnancy & birth. 4th ed. Berkeley/Toronto: Celestial Arts; 2004. p. 114.
- Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
- Narchi NZ, Camargo JCS, Salim NR, Menezes MO, Bertolino MM. Utilização da linha púrpura como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2011;11:313-22.
- Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde soc., São Paulo*. 2008;17:138-51.
- Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, Santos SK. Violência Obstétrica: parirás com dor; 2012.
- Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S192-207.

-
30. Schmitz T, Meunier E. Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'extractions instrumentales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008;37 Suppl 8:179-87.
 31. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88:320-4.
 32. Matsuo K1, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch gynecol Obstet.* 2009;280:781-6.
 33. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
 34. Muniz BMV, Barbosa RM. Problematicando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: *Convenção Internacional de Saúde Pública, Havana, Cuba.* 2012, 3-7.