

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE –**  
**ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO**  
**RIO GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**PARTO HUMANIZADO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O CUIDADO DO**  
**TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**ANDRESSA DE FREITAS SOARES**

**ORIENTADOR: DINARA DORNFELD**

**CO-ORIENTADOR: MARTA HELENA BUZATI FERT**

**PORTO ALEGRE**

**2016**

ANDRESSA DE FREITAS SOARES

PARTO HUMANIZADO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O CUIDADO DO TÉCNICO  
DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado ao Centro de  
Educação Tecnológica e Pesquisa em  
Saúde Grupo Hospitalar Conceição –  
Escola GHC, como pré-requisito  
Conclusão do curso Técnico em  
Enfermagem.

Orientadora: DINARA DORNFELD

CO-ORIENTADOR: MARTA HELENA BUZATI FERT

PORTO ALEGRE

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, quero agradecer a deus e ao nosso senhor Jesus Cristo por me dar forças e coragem sempre horas difíceis que enfrentei durante todos as madrugadas e dias e por me conceder a vitória desse desafio que passei. Muito obrigado senhor.

Ao meu namorado, amigo e companheiro de todas as horas Erickson, muito obrigada por sempre me incentivar e nunca deixar eu desanimar com as pedras e buracos que apareciam em meu caminho. Obrigada meu amor.

Agradeço a minha orientadora DinaraDornfeld e ao meu coordenador do curso MaximilianoStorche a professora Marta Helena Buzati Fert pela ajuda e auxílio que precisava para concluir meu trabalho e pela paciência e compreensão que a mim me concederam,muito obrigada.

## RESUMO

O relatório aqui apresentado tem como objetivo mostra o quão importante é a humanização dentro dos hospitais, principalmente em relação a hora do pré - parto e o parto. Observei que a existência de violência obstétrica ainda está presente nos hospitais. Durante meu tempo de estágio do curso técnico em enfermagem, presenciei alguns manejos inadequados para este momento tão especial que é o nascimento de uma vida. As práticas inadequadas tinham início no pré-parto com as ações de profissionais técnicos em enfermagem e médicos, podendo piorar na hora do nascimento, ou seja, na hora do parto. O relato destaca a importância de ter profissionais de saúde com práticas humanizadas na assistência nesse momento tão único. Minha primeira experiência com as parturientes foi em um Hospital de referência para o cuidado da saúde da mulher, na zona central de Porto Alegre, no CO (Centro obstétrico). Tive a oportunidade de presenciar partos normais e partos cesárea, que foram realizados com manobras violentas especialmente por parte de uma médica obstetra e de alguns residentes em obstetrícia. Esta experiência em confronto com os estudos desenvolvidos em sala de aula e em outro hospital, do mesmo Grupo, sobre o Parto Humanizado foi o que me motivou escolher este tema para o meu Relatório Técnico para a conclusão do Curso.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

TE – TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
CO – CENTRO OBSTETRICO  
MO – MEDICO OBSTETRICO  
ANS – AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR  
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE  
HNSC- HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO  
HF- HOSPITAL FEMINA  
HCR –HOSPITAL FEMINA  
HCC – HOSPITAL CRISTO REDENTOR  
UPA –UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
UBS –UNIDADE BASICA DE SAÚDE  
CAPS –CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL  
GHC –GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
SUS –SISTEMA UNICO DE SAÚDE

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	07
2. Relato de vivência .....	09
2.1 Apresentação do local .....	09
2.2 Parto humanizado e a violência institucional .....	09
2.3 O papel da equipe de enfermagem na assistência humanizada ao parto e nascimento .....	15
Considerações Finais .....	17
Referências .....	19

## 1 INTRODUÇÃO

O complexo de saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) oferece todo o suporte necessário de atendimento ao usuário pelo Serviço Único de Saúde (SUS). O grupo é formado pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF), além da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar, doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. A instituição também é considerada o berçário dos gaúchos, com cerca de 8,3 mil partos ocorridos por ano no Hospital Conceição e no Hospital Fêmeina, o que significa mais de um nascimento por hora. (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2016).

Este trabalho será apresentado como um relato de vivência que busca apresentar a experiência adquirida em uma unidade de internação de um dos hospitais que compõem a Rede GHC, realizada no segundo semestre do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC.

A escolha do tema sobre Parto Humanizado e o cuidado realizado pelo técnico de enfermagem foi escolhido durante uma aula sobre humanização do parto que tivemos com a professora Dinara. Até então, em estágios anteriores, eu nunca tinha estado em contato direto com uma parturiente ou puérpera. No momento que tive a oportunidade de presenciar um parto, consegui associar o que estudei em sala de aula com a realidade. Confesso que não foi o que eu imaginava. Vivenciei ações violentas e nada humanizadas para com as mulheres e os recém-nascidos.

Conforme as minhas vivências, observei neste campo de estágio três situações que me chamaram atenção, mas dentre elas uma em particular considere desumana e inapropriada para o momento do nascimento de uma vida. O parto é quando a mãe e a criança devem ser especialmente acolhidas e respeitadas. Neste sentido, meu trabalho trata da importância que é o parto humanizado dentro das instituições hospitalares, assim como a grande importância que é ter uma equipe de enfermagem que desempenhe suas práticas nesta lógica assistencial, para que possamos acabar com a violência obstétrica e o alto índice de partos cirúrgicos.

A não humanização no parto é uma situação que dificilmente uma puérpera imaginaria passar, pois todo o processo do parto é um momento marcante, único e especial na vida de uma pessoa. Acredito que atitudes profissionais, como as observadas no estágio, com práticas inadequadas acabam destruindo esse momento tão lindo.

## **2. Relato de vivência**

### **2.1 Apresentação do Local**

O Centro Obstétrico do hospital onde ocorreu o estágio conta com a estrutura de 11 leitos de pré-parto, onde as gestantes são monitoradas até o momento de terem seus bebês, quatro salas de parto comum, duas de cesariana e oito leitos na sala de recuperação. Trabalham no CO uma equipe de médicos (as) obstétricos (as), enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem. Neste ambiente o processo de trabalho é dividido por uma escala, onde atuam duas técnicas de enfermagem na sala de pré -parto, duas na sala de recuperação e um técnico (a) junto com o enfermeiro (a) dentro da sala de parto. Tendo somente um (a) enfermeiro (a) em cada turno (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2016).

Segundo a Portaria Nº11, de 7 de janeiro de 2015, o Centro Obstétrico é uma unidade destinada ao desenvolvimento de atividades relacionadas ao parto. Esse sistema faz com que a prestação de todos os cuidados assistenciais, realizados pela equipe médica e de enfermagem, bem como, a orientação à mãe sobre a saúde do binômio seja realizada com êxito (Brasil,2015).

### **2.2 Parto humanizado e a violência institucional**

Desde a primeira vez que eu tive aula com a professora Dinara sobre parto humanizado, me encantei e decidi me aprofundar no tema.

O parto humanizado garante para a parturiente todo o encantamento que essa situação envolve e proporciona, tal como, devolver para mãe e sua família o momento da chegada do bebê. Colocando no cenário do parto o respeito ao nascimento, ao bebê, à mulher, a dignidade ao nascer, o acolhimento e o amor são algumas das vantagens que torna o parto humanizado único. Para as mulheres, esse parto faz a devolução da experiência de dar à luz e de vivenciar cada momento de forma mais natural possível (Silva, Barbieri, Fustinoni, 2011).

Humanizar o parto também significa a adoção de um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável, respeitando o

processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto. Além disso, outras medidas devem ser realizadas durante o processo do parto, tais como presença de acompanhante de escolha da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e a expressão livre de escolha da posição no parto, entre outras (DINIZ, 2005; SANTOS, OKAZAKI, 2012).

Tive a oportunidade de realizar meu estágio do segundo semestre do curso técnico em enfermagem num hospital cujo foco assistencial é a saúde materno-infantil. O campo de estagio foi o CO, onde fui bem recebida e acolhida pela equipe de enfermagem.

Inicialmente, uma enfermeira da unidade me mostrou o lugar onde eu deveria me vestir e logo em seguida me designou a sala de pré -parto para ter a oportunidade de acompanhar a rotina das TEs no cuidado às mulheres que estão em trabalho de parto.

De início prestei bem atenção nas atividades das TEs, observando o modo que elas cuidavam das parturientes e, especialmente, como elas abordavam aquelas mulheres. Consegui reparar que algumas das TE não se empenhavam em explicar à parturiente os procedimentos que estavam realizando e, muito menos, o que iria acontecer logo após a realização de tal procedimento. Notei que aquelas profissionais simplesmente recebiam ordens de algumas médicas obstetras (MO) e preparavam a medicação que havia sido prescrita.

[...] muito se tem sido discutido sobre a equipe de enfermagem perante ao parto e o nascimento humanizado, mas pouco se tem sido feito para essa real ideia ser posta nos hospitais e maternidades do país. O que se dá para notar em alguns casos é o despreparo dos profissionais da saúde e uma certa resistência para a mudança na sua maneira de prestar assistência as parturientes e puérperas (PORTO, COSTA, VELOSO, 2015).

No momento em que essas profissionais se aproximavam das parturientes, diziam: “vou colocar esse soro em você, para te ajuda a ganhar o bebê”. No meu entendimento, esta explicação é muito vaga e totalmente impessoal. Algumas TE apenas seguiam ordem de uma determinada profissional e, ao mesmo tempo, ficavam conversando assuntos pessoais com pouca atenção às necessidades das pessoas sobre sua responsabilidade na unidade, no caso as parturientes.

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também 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 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001, p.10).

Ao passar mais um período daquele dia, no CO, também notei que havia parturientes que não sabiam absolutamente nada sobre seus direitos e muito menos do que seria um parto humanizado. Algumas TE não davam nenhuma orientação para elas e nem sequer demonstravam algum tipo de apoio ou de carinho para com elas. Algumas mulheres não sabiam que poderiam ter um acompanhante de sua escolha junto delas. Ao presenciar este cenário de descaso comecei a conversar com as pacientes, na intenção de ajudá-las, esclarecendo suas dúvidas e a importância da humanização e seus direitos como paciente/pessoa.

De acordo com meus conhecimentos desenvolvidos nos encontros teóricos em sala de aula, o usuário tem direito à informação sobre a sua saúde, extensiva aos seus familiares e acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, bem como a preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral (Brasil, 1990).

Ainda na linha do direito do usuário, quando a mulher entra em trabalho de parto, ela tem o direito a um acompanhante de sua livre escolha no momento do acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto independente se forem serviços públicos e particulares (Lei Federal 8.080/1990, RCD 36/2008 da Anvisa; Brasil, 2005).

Naquela sala de pré-parto havia três parturientes, duas receberiam soro com ocitocina e a outra não iria receber o soro. No momento que fui perguntar a TE da sala, porque havia duas parturientes que estavam recebendo soro com medicamento e outra não, ela respondeu dizendo: "a doutora solicitou que instalasse o soro nelas para induzir o parto o mais breve possível. Ela quer fazer esses dois partos até o fim do seu plantão".

Essa conduta vai contra os princípios da humanização, pois, segundo Marque, Dias, Azevedo (2006) humanizar é uma postura de respeito à natureza do ser humano, voltada para sua essência, singularidade, totalidade e subjetividade. É favorecer e estimular a mulher para uma participação ativa, uma participação de

cidadania. É um parto sem nenhuma utilização de droga ou medicamentos e sem nenhuma manobra (episiotomia, fórceps, etc). É um parto totalmente natural. Humanizado, tratar o ser humano, a mulher, da forma mais humana possível, dando a ela a possibilidade de parir o próprio filho de forma que ela se sinta no controle de seu próprio corpo, com a maior autonomia juntamente com as orientações corretas.

[...] a atenção dispensada às mulheres durante o processo gestacional, trabalho de parto e puerpério reflete as formas de pensar e de agir, delineadas nos diferentes modelos de formação e legitimados nas diferentes culturas (Dutra; Meyer, 2007).

O modo como essa MO tratava as pacientes, me deixava perplexa, jamais imaginaria me deparar com pessoas/profissionais com uma postura agressiva como a dela. Presenciei, em outro momento daquele mesmo dia, a mesma MO realizando o procedimento de perfuração de bolsa amniótica, ela apenas dizia para a paciente que iria romper a bolsa e nada mais. Em nenhum momento foi explicado à paciente como seria o procedimento e se haveria dor ou desconforto. A MO simplesmente solicitava para que a paciente se deitasse na posição dorsal e abrisse as pernas, não dando a mínima importância para privacidade da paciente.

Nesse momento tive a oportunidade de ver como era o líquido amniótico, Ele estava com presença de mecônio e com odor fétido. Logo após a MO ter concluído a ruptura da bolsa amniótica, ela levantou da cadeira e chamou a residente em obstetrícia que estava ao seu lado para que olhasse a cor do líquido amniótico e seu aspecto. Imediatamente ordenou que a parturiente virasse lateralmente, não esclarecendo o que havia acontecido e o que aconteceria dali por diante. Em seguida preparou-se para realizar o mesmo procedimento na segunda paciente.

As propostas e orientações do Ministério da Saúde para ter um olhar mais humanizado, apontam algumas medidas que devem ser realizadas durante o processo do parto, tal como: a presença de acompanhante, oferta de líquidos (como molhar a boca e oferecer um copo d'água), uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e a expressão livre de escolha da posição no parto, entre outras, medidas de extrema importância para se conseguir ofertar essa técnica humanizada (PORTO, COSTA, VELOSO, 2015).

Sabe-se, no entanto, que estas coisas simples não são realizadas e respeitadas em alguns hospitais e maternidades, e que os procedimentos ineficazes,

tais como: a imobilização, a posição horizontal na hora do parto e administração do medicamento ocitocina para causar a aceleração do trabalho de parto, que deveriam ser extintos, continuam fazendo parte da rotina da maioria dos serviços de saúde (PORTO, COSTA, VELOSO, 2015).

Em outra situação daquele mesmo dia, acompanhei uma adolescente de 17 anos que não estava recebendo soro com ocitocina, pois a própria MO disse que seu trabalho de parto estava em evolução avançada. A parturiente estava muito queixosa, referindo muita dor. Essa MO, ao se aproximar da paciente, falou a seguinte frase, que me deixou chocada: “Tem como parar de fazer tanto escândalo, porque na hora de fazer você não gritou tanto”.

É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, perniciosas e não-científicas adotadas nas maternidades como problemas de saúde pública e direitos humanos (DINIZ, 2005).

O momento da gestação é considerado um processo único e muito especial onde se ganha uma experiência de grande significado para mulher e seu parceiro (a), juntamente com todos os que participam desse momento único. Contudo, algumas instituições hospitalares, frequentemente contam com profissionais que adotam uma conduta totalmente intervencionista e desumana, pois conseguem transformar o processo de parto e nascimento, que era para ser um momento especial, em algo traumatizante para as futuras mães. Ao agir dessa maneira, levam as parturientes a se sentirem desrespeitadas e violentadas num momento tão particular e sensível de suas vidas (DA SILVA FRANCA et al, 2014)

De fato as formas de violência obstétricas podem iniciar já no pré-natal quando é fornecido ao paciente informação insuficiente ou falando algo que não seja fidedigno ao andamento da sua gestação. Fazendo com que gestante acredite em falsas indicações para o parto cirúrgico “cesariana”. Não dando a explicação básica sobre a fisiologia natural do parto normal e riscos das cesarianas. A ausência ou má qualidade nas informações, tratando de como a mulher deve proceder durante o início do trabalho de parto. Não oferecendo a escolha livre de como ela deseja ter esse recém-nascido. (LEAL, 2016).

Já a violência física, ainda freqüente durante o parto, seriam as ações que ocorrem sobre o corpo da parturiente, que causam dor, dano físico (de grau leve a intenso) e sofrimento a ela é considerado violência obstétrica. Exemplos: tapas,

empurrões, aplicação de soro com ocitocina sintética (para contrair artificialmente o útero), privação de movimentos, falta de liberdade para ingerir líquidos e alimentos, proibição do uso de métodos naturais para alívio da dor, privação de anestesia quando necessária e reivindicada pela mulher, toques indesejados e/ou toques realizados por diferentes pessoas, romper artificialmente a bolsa sem consentimento da mulher, obrigar a mulher a ficar deitada ou em outra posição que ela julgue dolorosa durante o trabalho de parto e/ou nascimento do bebê, manobra de Kristeller (quando o profissional de saúde sobe em cima da barriga da gestante e a força para baixo), amarrar as pernas na perneira, episiotomia (corte ou “pique” na vagina), uso de fórceps sem indicação clínica, cesarianas sem real indicação clínica e porque o médico acha mais favorável a ele (BRASIL, 2001; DA SILVA FRANCA et al, 2014). Penso que submeter a mulher a qualquer procedimento desnecessário sem conhecimento, sem esclarecimento dos riscos e complicações que possam acontecer, ou sem seu consentimento é considerado violência.

Em relação à violência psicológica, seriam todas aquelas ações verbais ou comportamentais que cause à mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplo: todo tipo de humilhação, tortura psicológica, ameaças, chacotas, ofensas, piadas sobre obesidade, discriminação étnico racial, fazer uso de tratamento que inferiorize a mulher como as seguintes frases: “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou, porque está chorando agora? ”; “se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender” (ANDRADE, AGGIO, 2014 DE SOUZA, 2016).

Segundo os ativistas do movimento pela humanização do parto e alguns autores que têm se dedicado ao tema, são violências institucional as ações ou formas de organização que impedem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam eles ações ou serviços, que venham de modo público ou privado. Exemplo: impedir a entrada de um acompanhante escolhido pela mulher na instituição de saúde, falta de educação verbal na hora de abordar a paciente, tal como “Ô, mãezinha, aqui não tem estrutura, se você quer luxo vai lá e paga particular.”; “A enfermagem tem muitas pacientes e não tem privacidade, não pode

entrar acompanhante homem.” .(BRASIL, 2001; DA SILVA FRANCA et al, 2014; DE SOUZA, 2016).

### **2.3 O papel da equipe de enfermagem na assistência humanizada ao parto e nascimento**

A organização mundial de saúde preconiza os cuidados que a enfermagem deve ter durante o parto humanizado (SANTOS, OSAKAZI, 2012), nos quais acredito que o técnico em enfermagem pode estar participando.

De acordo com Bentes, Melo e Martins (2016) a equipe de enfermagem deve:

- Criar condições com que a mulher se sinta mais à vontade. Deve conversar para encorajá-la, pois passar por um breve momento de dor, mas que logo em seguida irá desfrutar de momentos felizes com seu bebê, e permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. O trabalho de parto e parto são períodos de preocupação e muito stress para a mulher e o bebê, e a presença de um acompanhante/familiar ou uma pessoa de sua confiança, proporciona a ela um bem-estar e reduz as angústias e complicações que possam surgir.
- Proporcionar acomodação de leito adequados em limpeza, ventilação e iluminação.
- Garantir o máximo de privacidade individual para cada gestante utilizando biombos/divisórias entre as camas nas salas de dilatação.
- Procurar ofertar um horário flexível para entrega da alimentação.
- Garantir banho com água corrente e com sabão e roupas conforme ela desejar usa.
- Garantir um suporte contínuo, boa comunicação e atendimento mais gentil a ela durante o trabalho de parto e após o nascimento. É importante conversar com gentileza e frequentemente com a mulher, transmitindo confiança, segurança e mostrar que você é um profissional com postura humanizada. Perguntar para parturiente, quando foi a última vez que ela comeu e bebeu algo, qual foi o último medicamento que tomou nas últimas horas, que posição gostaria de adaptar durante o parto (deitada de costas,

ajoelhada, etc.) e se ela ainda tem alguma dúvida ou preocupações/medo sobre o trabalho de parto.

- Dar informações sobre os sinais e sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, a evolução do trabalho de parto e pré -parto (aumento da intensidade e frequência das contrações, o tempo e intervalos para cada exame/ausculta fetal em cada 30min e 30 min, possíveis posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido) e sempre tentar esclarecer suas possíveis dúvidas.
- Conversar sobre o seu plano de aleitamento materno ou artificial (principalmente para as mães HIV+) e dar conselhos de suporte para que elas consigam dar o melhor para seu bebe e ela juntamente, mas sempre tentando atender os critérios de acessibilidade, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade.
- Estimular a deambulação antes do parto e após o parto. Estimular posições mais verticais, ou seja, não deitada de costas durante o parto. Os estudos científicos apontam sobre a vantagem das posições verticais, principalmente a de cócoras, em relação à posição tradicional para o parto. Esse estilo de parto além de favorecer o nascimento mais rápido tem a gravidade ao seu favor, ajuda a mãe/casal ter o contato precoce com o recém-nascido tornando assim esse momento único (Silva, Barbieri , Fustinoni, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto humanizado ainda está em evolução, pois ainda existem profissionais da área de saúde, principalmente os mais velhos que dificultam a implementação desse bem natural que a humanidade em si, já portava. O técnico em enfermagem, como integrante da equipe de saúde, é um dos profissionais que está mais próximo à paciente nesse momento único e tão particular. Ele tem plenas condições de colaborar para amenizar as dores, medo e sofrimento, que podem estar presentes nesse processo que é natural, diminuindo também a necessidade de intervencionismos excessivos, como os recursos farmacológicos e cirúrgicos.

A vivência de estágio foi muito mais que observar a rotina assistencial do CO, que inicialmente tinha como propósito observar atentamente como seria o manejo psicológico, humano, ético, assim como identificar as alterações fisiológicas que com o passar dos minutos ocorrem com o corpo humano, realizando também os devidos registros do processo de parto. O conhecimento adquirido através deste relato colaborou para a construção de uma visão mais ampla e humanizada, devido à oportunidade de conseguir fazer a percepção de como nem tudo que está na literatura é tão fácil se pôr em prática. O ideal seria que fosse como está nos livros, mas infelizmente a realidade é outra.

Eu, como futura técnica de enfermagem, fico muito agradecida por ter vivenciado esse momento com as parturientes e puérperas. Não apenas por estar realizando uma associação do conteúdo que aprendi em sala de aula, com a teoria e técnica correta, mas também por poder ajudar com atitudes e palavras de conforto. Aprendi também a dar importância para todo sentimento e queixas de dor apresentados, ajudando com diálogo e explicações sobre o que estava acontecendo e o que iria acontecer daqui a algumas horas.

Penso que atitudes simples como orientar e esclarecer as dúvidas das parturientes, poderiam ser feitas pelos profissionais, porém muitas vezes não fazem. O TE pode mudar o significado deste momento precioso, realizando uma assistência humanizada, auxiliando a parturiente nas suas necessidades, conversando e explicando.

Hoje, vejo que contribui tanto para a paciente, quanto para mim mesma. Percebi uma resposta positiva das mulheres que acompanhei, que apesar de toda situação delicada que estavam passando, e eu em período de aprendizagem, elas me fizeram sentir mais segura e uma pessoa com práticas humanizadas. Agora posso afirmar que estou cada vez mais segura psicologicamente e profissionalmente para cuidar de pessoas em momentos delicados e dolorosos de suas vidas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina, Paraná, 2014.**

BENTES, Natália Fernanda da Silva; MELO, Queize Nascimento de; MARTINS, Tays da Silva. A humanização da assistência de enfermagem durante o trabalho de parto na maternidade mãe luzia. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n. 1, p. 14-24, 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde: FEBRASGO: ABENFO, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Grupo Hospitalar Conceição. **Quem Somos.** Porto Alegre. 2016. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>> Acesso em: 22. jul. 2016.

DE SOUZA, Agnes Carolinne Alves; VALENTE, Márcio Bruno Barra. Violência obstétrica: um desafio para Psicologia. **REVISTA HUM@ NAE**, v. 10, n. 1, 2016.

DA SILVA FRANCA, Bruna Suellen et al. Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 2, 2014.

DA SILVA, Larissa Mandarano; BARBIERI, Márcia Barbieri, FUSTINONI, Suzete. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev.Bras.Enferm**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 60-5. (1): 60-5

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (3): 627-637, 2005.

DUTRA IL, MEYER DE. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2007;28(2):215-22.

LEAL, Giseli Campos Gaioski et al. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016.

MARQUES, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006 dez; 10 (3): 439 - 47.

PORTO, Any Alice Silva; COSTA, Lucília Pereira da; VELLOSO Nádya Aléssio. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **Rev. Ciência e Tecnologia**. Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p 13-20, 2015

Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA**. 2012; 13(1): 64-8.