



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PARTO HUMANIZADO: práticas obstétricas utilizadas durante o processo
parturitivo (relato de experiência)**

MENEZES, YZABELLE BEATRIZ SOUZA¹

PESSOA, KARINE SYMONIR DE BRITO²

RESUMO

O parto humanizado é o processo de dar à luz de forma mais natural possível e sem intervenções, sejam elas mecânicas ou farmacológicas, proporcionando maior conforto para mulher e respeitando suas escolhas, contudo, as atitudes exercidas pelos profissionais na assistência ao parto e a prática de intervenções cirúrgicas desnecessárias podem acarretar situações delicadas para as puérperas. Diante do exposto surgem algumas inquietações, sendo elas: quais práticas estão sendo adotadas nas maternidades de Natal/RN durante o processo parturitivo? As práticas que estão realizadas estão em conformidade com o que preconizado Ministério da Saúde (MS)? Diante dessas inquietações surgiu esse estudo que teve como objetivo relatar as experiências vivenciadas sobre as práticas utilizadas por profissionais da saúde durante o processo parturitivo em duas maternidades na cidade do Natal/RN. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, documental do tipo relato de experiência. Em comparativo realizado entre as duas maternidades, foi possível observar que uma das maternidades não segue muito do que é preconizado e além disso de a violência obstétrica está mais presente. Destarte, os resultados obtidos surgem como forma de promover a reflexão dos profissionais de saúde, a fim de estimular que a prática seja realizada conforme preconizado pelo MS, visto que no decorrer do estudo, observou que, mesmo com o incentivo do MS por melhores práticas na assistência ao parto, é notório as ações de violência obstétricas.

Palavras-chave: Papel do Enfermeiro. Parto humanizado. Obstetrícia. Violação obstétrica.

¹ Graduanda em enfermagem – yzabelle_bsm@hotmail.com

² Prof^{fa}. Dda Orientadora – karine.symonir.edu@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O parto é o processo natural, mecânico e fisiológico de expulsão do feto de dentro da mãe, pode ser realizada por via natural/vaginal de forma espontânea ou por processo cirúrgico, a cesariana. Pode-se dizer que uma mulher está em trabalho de parto quando: há contrações dolorosas, rítmicas, que se estendem por todo útero e duram de 50 a 60 segundos; colo apagado (nas primíparas) e dilatado 2 cm e nas múltiparas colo semiapagado e dilatado 3 cm; formação de bolsa d'água; perda do tampão mucoso (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2012).

O parto humanizado é o processo de dar à luz de forma mais natural possível e sem intervenções, sejam elas mecânicas ou farmacológicas, proporcionando maior conforto para mulher e respeitando suas escolhas. Contudo, a desvalorização do parto normal e as práticas de intervenções cirúrgicas que poderiam ser evitadas estão ocorrendo com mais frequência. Essa desvalorização indica que a população feminina está desprovida de informação e educação em saúde. A ausência de uma boa relação entre as mulheres e os profissionais fazem com que elas sintam-se menos seguras e capacitadas a realizar suas escolhas como relação ao seu parto, o que pode ser solucionado com a prática da humanização da assistência durante o processo gravídico puerperal (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

A humanização na assistência nos remete a valorização da qualidade do cuidar de forma técnica juntamente com o diálogo, respeito aos direitos das pacientes, de suas referências culturais e subjetividade. Observa-se muitas das vezes, o despreparo e resistência dos profissionais quanto a implementação da humanização na assistência à gestante (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Diante desse contexto, no dia 24 de Julho de 2011 por meio da portaria N°1.459, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha, a qual foi criada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios da humanização e assistência. Consiste numa rede de cuidados que assegura a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção à gravidez humanizada desde o pré-natal até o momento do parto e pós-parto e as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimentos saudáveis (BRASIL, 2011).

A experiência do processo de gravidez e nascimento são momentos únicos cheios de emoções e sentimentos, principalmente para as mulheres, que levam em suas memórias. Por esse motivo todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar um ambiente de carinho e humanismo (BRASIL, 2014).

Contudo, nem sempre os estabelecimentos que disponibilizam o parto humanizado realizam como é preconizado pelo Ministério da Saúde. Em certos estabelecimentos o tratamento desumanizado é notório, algumas práticas que deveriam estar em desuso ou usadas apenas em casos de real necessidade acontecem sem o consentimento da mulher, como por exemplo o abuso de medicações e a patologização dos processos naturais, sendo assim, caracterizado como violência obstétrica, anulando o direito da mulher sobre seu corpo (SÃO PAULO, 2013).

Diante do cenário atual em que a mulher deve ter apropriação do seu corpo e respeito de suas escolhas, ainda observa-se ações de violências obstétricas durante o processo do pré-parto, parto e pós-parto. Com isso, identificou-se a necessidade de abordar sobre o assunto após vivência em maternidade e alojamento conjunto na cidade do Natal/RN, em que foi possível observar práticas de violências obstétricas, além de relatos das parturientes sobre as experiências desagradáveis no parto.

Esse estudo auxiliará no entendimento das práticas obstétricas com base na experiência de enfermagem, identificando quais práticas estão sendo adotadas durante o processo parturativo. Sendo assim, acredita-se que os resultados obtidos possam ser utilizados para promover a reflexão dos profissionais de saúde, a fim de estimular que a prática seja realizada conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

Diante disso, o estudo buscou elucidar o padrão de conduta preconizado pelo MS a ser adotado por profissionais de saúde, além de apontar fragilidades encontradas durante o estágio sobre a assistência multiprofissional oferecida às puérperas durante o processo parturitivo.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A população vive um momento em que ainda há grande desvalorização do parto natural e cada vez mais o aumento intervenções cirúrgicas e ações de forma desnecessárias, como enemas, episiotomia, jejum, tricotomia, amniotomia precoce associada ou não a ocitocina, manobra de Kristeller e o parto cesáreo. A mulher em sua condição de parturiente está perdendo seu papel de protagonista, dona de seus direitos e escolhas desde a forma como quer aliviar as dores até a forma de realização do parto, seja ele na água, sentada, em pé, entre outras. Torna-se notório que a população feminina está desprovida de informações e educação em saúde. O desconhecimento dessas mulheres faz com que se submetam a todas ordens e orientações sem perceber o poder que está perdendo sob seu corpo, passam por situações de violência devido a fragilidade do momento de dor e sofrimento (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda que a gravidez não deve ser tratada como doença, e sim como um processo natural que para a mulher e sua família é um momento ímpar repleto de emoções. A experiência vivenciada por elas nesse período pode deixar marcas positivas ou negativas, por tempo indeterminado. A mulher deve ser tratada com respeito, chamada pelo seu nome, e por mais que sutis, atitudes agressivas são inaceitáveis, manter boa comunicação e vínculo de confiança com a mulher é indispensável (BRASIL, 2004).

Por vezes se tem discutido sobre o parto e nascimento de forma humanizado, porém, pouco se faz para tornar total a implantação nos hospitais e maternidades. Observa-se, em alguns casos, despreparo dos profissionais e resistência a mudanças na prestação da assistência no processo parturativo. Algumas dificuldades são apontadas pela equipe de assistência ao parto como: carência de estrutura física, falta de capacitação e desinteresse da equipe, déficit na quantidade de profissionais, rotinas centradas no médico e despreparo da família (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

A cesárea é um procedimento cirúrgico desenvolvido para momentos de complicações durante a gravidez com o intuito de salvar a vida da mãe e/ou da criança. No Brasil, o alto índice de cesárias não está relacionado aos riscos

obstétricos, mas sim com fatores socioeconômicos e culturais. O pensamento de que o parto vaginal é mais arriscado, medo da dor no parto, de lesões e modificações no corpo fazem com que a busca pela cesárea seja maior (BARBOSA, et al 2003).

Ainda de acordo com Barbosa et al. (2003), estudos apontam que a cesariana apresenta maior risco de mortalidade e morbidade materna por meio de hemorragias, infecções, embolia pulmonar, entre outros. Há riscos e custos com permanência hospitalar, pode interferir na relação mãe-filho, influenciando de maneira negativa o aleitamento materno. A criança fica exposta ao risco de icterícia, distúrbios respiratórios, prematuridade, hipoglicemia, dentre outros.

A violência obstétrica pode acontecer durante a gestação, no parto ou no abortamento, e pode ser caracterizada negar atendimento à mulher ou impor dificuldades, comentários constrangedores, ofender, constranger, agendar cesáreas sem recomendações apenas por interesse e conveniência do médico ou realizar sem consentimento da mulher, não permitir acompanhante, dificultar o contato da mãe com o bebê e o aleitamento na primeira hora de vida, negativar ou demorar no atendimento, dentre outras ações que retirem da mulher o direito de escolha (SÃO PAULO, 2013).

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, documental com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência, que compartilha uma vivência prática, a fim de contribuir para outras situações semelhantes. O relato de experiência em questão apresenta uma reflexão sobre o processo parturativo.

O presente trabalho foi elaborado em virtude das situações vivenciadas no contexto da disciplinada Estágio supervisionado I e Estágio supervisionado II, no ano de 2017 ministradas no curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Nomes fictícios serão utilizados para representar as instituições. A maternidade Amor realiza em média 250 partos por mês sendo em sua maioria partos normais, a mesma possui centro cirúrgico com duas salas para realização de

partos cesáreos, quando necessário. Sua ampla estrutura é formada por, em média, 16 suítes e 20 leitos de enfermaria. Já na maternidade Alívio, aproximadamente 100 partos são realizados mensalmente, todos normais. Conta com 11 leitos em alojamento conjunto, uma sala de pré parto com dois leitos e uma sala de parto.

A pesquisa descritiva baseia-se na observação, classificação, interpretação e na descrição de atitudes, opiniões e comportamentos de determinados componentes inseridos na amostra (RUDIO, 2015).

Segundo Lakatos e Marconi (2010) a observação, a abordagem dos dados e a interpretação das informações acerca de determinado fatores e fenômenos é denominado estudo qualitativo e o detalhamento dessas informações é denominado estudo exploratório. A pesquisa documental tem como base o levantamento de documentos.

Conforme Minayo (2012) a pesquisa qualitativa é apropriada na obtenção de características atribuídas a seres humanos, visto que permite identificar por meio de relatos compartilhados e atitudes expressa uma maior clareza e análises dos fatos.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse item serão destacados, em forma de quadros e tabelas, alguns aspectos do Manual de Assistência ao Parto Humanizado, a serem comparados com a realidade vivenciada durante o estágio supervisionado.

O primeiro quadro traz os aspectos referentes ao local de assistência preconizados pelo MS:

Local de assistência ao parto

- ✓ Informar às gestantes de baixo risco de complicações os riscos e benefícios dos locais de parto e que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança.
 - ✓ Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país, porém, não se deve desencorajá-la na sua escola. Assegurar que todas as mulheres que
-

optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência.

Fonte: BRASIL,2017. p.14, 15 e 24

A seguir apresenta-se quadro contendo as recomendações com relação aos cuidados durante o trabalho de parto, aqui destaca-se a relevância da comunicação e apoio emocional:

Cuidados gerais durante o trabalho de parto

✓ Informações e comunicação

- ✓ Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.
- ✓ Enemas, episiotomia, tricotomia, amniotomia precoce associada ou não a ocitocina, manobra de Kristeller não devem ser realizados de forma rotineira.
- Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem:
 - ✓ Cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada;
 - ✓ Manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem;
 - ✓ Bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo;

- ✓ Perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa;
 - ✓ Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas;
 - ✓ Encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades;
 - ✓ Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação;
 - ✓ Mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar;
 - ✓ Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.
-
- ✓ **Apoio físico e emocional**
 - Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.
 - Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.
 - As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).

Fonte: BRASIL, 2017. p15, 16, e 17

O seguinte quadro destaca as ações para alívio de dor durante o trabalho de parto:

Alívio da dor no trabalho de parto

Experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto
--

- Os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher.

Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

- Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.
- Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada (massagem, imersão em água, bola suíça, cavalinho, deambulação, mudanças de postura).
- A acupuntura e/ou hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal.
- Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto.
- Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios

Fonte: BRASIL,2017. P.18 e 19,20

Por fim, o quadro abaixo destaca recomendações com relação aos cuidados com região perineal:

Cuidados com o períneo

- ✓ O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações.

- ✓ Antes de avaliar o trauma genital deve-se: explicar à mulher o que será realizado e o porquê ofereça analgesia adequada, assegurar boa iluminação visto que é essencial para identificar as estruturas envolvidas, posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais. Realizar o exame inicial de maneira gentil e sensível. Isto pode ser feito imediatamente após o parto.
- ✓ Assegurar que o momento para essa avaliação não interfira na relação mãe-filho exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência.
- ✓ Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo.
- ✓ Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo.
- ✓ Se a mulher relatar alívio inadequado da dor, a qualquer momento, levar isso em consideração imediatamente e providenciar método mais eficaz de alívio.

Fonte: BRASIL,2017. P.31, 32 e 33.

A vivência foi realizada em duas maternidades da cidade de Natal/RN. A maternidade “Amor” conta com uma maior estrutura ofertando 16 suítes com formato de sala pré parto, parto e pós parto (PPP), e em média 20 leitos em enfermarias de alojamento conjunto, além de um centro cirúrgico com duas salas para realização de parto cesáreo. O acompanhante fica com a mulher em todas as etapas do processo parturativo até o momento da alta. O que chamou a atenção foi que, em grande maioria, os pais eram os acompanhantes, bastante ativos e com interesse em aprender e interagir. Os homens caminhavam pelos corredores com as crianças e conversavam trocando dicas, ajudando uns aos outros.

Nessa maternidade, o modelo de parto humanizado era seguindo como o Ministério da Saúde recomenda, a mulher sendo a principal responsável pelas suas escolhas durante o parto, estimuladas a ações para alívio da dor e tinham toda orientação antes, durante e depois do parto. Encontrava-se uma equipe com atenção total voltada a parturiente, a tratando com respeito e acatando as suas decisões.

Na maternidade Alívio encontram-se uma estrutura compacta, isto é, formada por uma sala de pré parto com dois leitos, sala de parto, e alojamento conjunto com 11 leitos. Os acompanhantes eram, em quase totalidade, as mães das puérperas, e não era permitido homens acompanhando as mulheres por se tratar de alojamento conjunto, com a finalidade de preservar a privacidade das demais puérperas. Poucos são os estímulos a deambulação ou quaisquer práticas para alívio da dor, as mulheres geralmente ficam nas macas até serem levadas para a sala de parto. Por conta da estrutura, a sala de pré parto as vezes não suporta todas as mulheres em trabalho de parto, sendo assim, algumas mulheres ficam no corredor, sem muita estrutura e iluminação. Foi possível visualizar partos sendo realizados nesse corredor, em virtude de profissional obstetra não estava dando atenção a paciente e estava sentado próximo a uma salinha utilizando o celular.

Ainda na maternidade Alívio, pode-se constatar que em algumas equipes, os profissionais são agressivos, realizam diálogos desrespeitosos com as mulheres como por exemplo:

- ✓ “Feche a perna e não faça força. Se quiser que eu faça seu parto, levante-se da maca e vá para a sala de parto.
- ✓ “Não tenho coluna pra fazer isso aqui não!”.

Dentro da sala de parto, não dão orientações para as mulheres sobre como se portar diante da situação e da dor, além de paralelamente ficarem conversando sobre assuntos corriqueiros como, novelas, festas, dentre outros assuntos. O foco não é a parturiente.

Num determinado momento, na sala de parto, a paciente estava totalmente desorientada, e a equipe não conduzia e nem aliviava sua angustia naquela situação em que ela estava totalmente indefesa. Após o parto, a mulher teve o períneo lacerado, a obstetra comunicou que precisaria suturar, introduziu o anestésico e após alguns pontos, a paciente relatou que estava sentindo muita dor. A obstetra introduziu a agulha sem nenhum fármaco, simulando aplicar o anestésico, e continuou a sutura. A mulher teve que suportar a dor, calada.

O quadro a seguir apresenta de forma sucinta aspectos observados em ambas maternidades.

TÍTULO : Análise comparativa das maternidades conforme MS.

ASPECTOS	MATERNIDADE ALÍVIO	MATERNIDADE AMOR
Acolhimento	Em sala de pré parto	Suíte
Orientações para alívio da dor	Deambulação	Deambulação Cavalinho Banho de chuveiro
Ocitocina	Utilizada muitas vezes quando a mulher é admitida no pré parto para acelerar o processo	Utilizada quando o desenvolvimento do parto está lento ou após chegar a uma dilatação e não mais evolui
Relacionamento equipe x paciente	Alguns profissionais interagem bastante com as mulheres, conversando e estimulando	Profissionais
Escolhas das mulheres	Dependendo do profissional que está prestando assistência, são acatadas.	São acatadas e respeitadas.
Acompanhantes	São permitidos, porém, é mais complicada a participação dos homens, pois acaba tirando a privacidade das outras mulheres.	Acompanham as mulheres em todo o processo, em sua maioria são os homens que acompanham.

Fonte: Elaboração pela autora.

Diante deste quadro, fica mais claro observar que a maternidade alívio deixa a desejar quanto as práticas recomendadas pelo MS que são de grande importância para a realização de um parto normal humanizado. A maternidade amor por sua vez, apresenta-se com maior preparo seguindo o que é preconizado. É necessário que os gestores atentem-se mais para o que acontece nas maternidades e com seus profissionais, a fim de banir práticas desnecessárias e de violência obstétrica.

3 CONCLUSÃO

Apesar de o Ministério da Saúde preconizar e incentivar melhores práticas a serem realizadas na assistência ao parto, é notório as ações de violência obstétrica, seja por meio de diálogos desrespeitosos, intervenções desnecessárias para o parto espontâneo, imposições e a retirada da mulher como protagonista do processo.

Observa-se alguns profissionais despreparados para tratar com o respeito necessário esse momento de suma importância na vida da mulher. Um parto realizado em meio a violência gera para a mãe e a família traumas físicos e psicológico, e conseqüentemente, encarar o parto normal como desagradável.

O enfermeiro ainda está muito alheio durante o parto. Se encontra presente antes do parto e no pós parto, passando informações e orientações, mas é preciso que o profissional de enfermagem se ponha na cena da sala de parto trabalhando com as mulheres e mostrando que é possível parir de forma humanizada.

Por fim, o parto só será assistido de forma humanizada quando as mulheres tiverem total entendimento do processo e dos seus direitos, e os profissionais envolvidos tenham consciência de que são totalmente responsáveis por mudar o cenário atual da “cultura da cesárea”. Espera-se que esse estudo sirva para alertar os profissionais de saúde envolvidos no processo parturativo.

Sugere-se que hajam vistorias por parte dos gestores para se certificar das ações realizadas pelos seus profissionais. Implementar um questionário para as mulheres que entregarão no momento de sua alta, assim, ao final do mês, a direção da maternidade poderá avaliar o desenvolvimento de sua equipe e analisar o que está errado e o que está funcionando na assistência prestada; realizar frequentes capacitações sobre variados assuntos inerentes ao serviço prestado para esses profissionais e anúncio de advertências caso não sigam as determinações propostas, afim de que mudem a forma de prestar assistência, que de tão desumana, acaba traumatizando várias mulheres.

HUMANIZED CHILDBIRTH: obstetric practices used during the parturition process
(experience report)

ABSTRACT

Humanized childbirth is the process of giving birth in a more natural way and without interventions, be they mechanical or pharmacological, providing greater comfort for women and respecting their choices, however, the attitudes exercised by professionals in childbirth care and the practice of unnecessary surgery can lead to delicate situations for women who have recently given birth. In view of the above, there are some concerns, which are: what practices are being adopted in Natal / RN maternities during the parturition process ?. The practices that are carried out are in accordance with what advocated Ministry of Health (MS) ?. In the face of these concerns, this study aimed to describe the experience of the practices used by health professionals during the parturition process in two maternity hospitals in the city of Natal / RN. This is a descriptive study with a qualitative approach, as an experience report. Thus, the results obtained as a way to promote the reflection of health professionals, in order to stimulate the practice to be performed as recommended by the MS, since in the course of the study, observed that, even with the encouragement of MS for best practices in childbirth care, obstetric violence is notorious.

Keywords: Role of the nurse. Humanized childbirth. Obstetrics. Obstetric violence.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1459**, de 24 de Junho de 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao Normal parto**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 53 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 25 set. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.439-447, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 724 p.

Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis. **Violência Obstetra, você sabe o que é?** São Paulo. 2013. 2 p. Disponível em:<<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 43. ed. Petrópolis, Vozes, 2015

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. **A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.479-786, set. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497/13929>> Acesso em: 12 dez. 2017