PRATICAS DE HUMANIZAÇÃO NO TRABALHO DE PARTO: UM DIREITO A SER RESPEITADO

HUMANIZATION PRACTICES IN LABOR: A RIGHT TO BE RESPECTED

Galli, Sirley[1]

Pereira, Emily Soares[2]

RESUMO

A pesquisa caracteriza-se por revisão bibliográfica de caráter retrospectivo, as bases de dados utilizadas para a pesquisa dos manuscritos foram Scielo, Pubmed, Scidirect, Sciverse e CAPES. Observa-se que com os avanços da tecnologia na obstetrícia nas ultimas décadas, a parturiente passou a ser vista como uma paciente, não participante ativa do processo de nascimento, sendo esse processo cada vez menos natural. Nota-se que com o passar dos anos. A troca do cenário domiciliar do parto para hospitalar fez com que se criasse nova cultura de atendimento à mulher parturiente, acometendo na desvalorização da mesma, não podendo realizar suas escolhas e sendo prejudicada frente aos seus direitos, gerando desconforto, agravos culturais e afetivos refletidos na saúde da mulher e do recém-nascido. Observando esta realidade o Governo Federal passou a criar diretrizes e ações de suporte aos direitos da mulher no processo de gestação e parto, orientando os profissionais da área da saúde tendo em vista uma assistência humanizada, prezando a privacidade, autonomia de escolhas, e a vida da puerpera e do recém nascido, evitando assim morbimortalidade materna, perinaltal, neonatal e infantil. Comprovando então que o profissional da área de enfermagem orientado e qualificado, prestando uma assistência de qualidade voltada ao parto humanizado e o momento do nascimento, contribui com o respeito, escolhas, e dignidade das mulheres, resgatando assim o papel ativo da puerpera no processo parturitivo.

Palavras-chave: Parto humanizado; Enfermagem; Assistência Humanizada

ABSTRACT

The research is characterized by a retrospective bibliographic review, the databases used to search the manuscripts were Scielo, Pubmed, Scidirect, Sciverse and CAPES. With the advances in technology in midwifery in recent decades, the parturient has come to be seen as a patient, not an active participant in the birth process, which is becoming less and less natural. Note that over the years. Changing the home scenario from childbirth to hospital led to the creation of a new culture of care for parturient women, affecting their devaluation, being unable to make their choices and being harmed in the face of their rights, generating discomfort, cultural and affective problems reflected in woman and newborn health. Observing this reality, the Federal Government began to create guidelines and actions to support women's rights in the process of pregnancy and childbirth, guiding health professionals with a view to humanized care, valuing privacy, autonomy of choice, and life. puerpera and the newborn, thus avoiding maternal, perinaltal, neonatal and infant morbidity and mortality. Proving then that the oriented and qualified nursing professional, providing quality care focused on humanized childbirth and the moment of birth, contributes to the respect, choices, and dignity of women, thus rescuing the active role of puerpera in the parturition.

Key-words: Humanized birth; Nursing; Humanized Assistance

1Bacharel em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia Multidisciplinarda FCV/Maxpós, Dourados-MS.
2 Licenciatura em Ciências Biológicas. Mestre em Recursos Naturais - PGRN - UEMS. Docente no Programa de Pós-graduação em Obstetrícia Multidisciplinar da FCV/Maxpós, Dourados-MS.

INTRODUÇÃO

Segundo PAIVA (1999) a assistência ao parto era de responsabilidade exclusiva da mulher, apenas as parteiras realizavam essa prática proporcionando a parturiente um clima emocional favorável. Embora as mesmas não dominassem conhecimento cientifico elas eram conhecidas na sociedade por suas experiências e técnicas. Os partos eram realizados em casa, e era neste local que aconteciam as trocas de conhecimento e afinidade entre as mulheres, sendo a presença do sexo masculino considerada incômoda durante o trabalho de parto (MALDONADO, 1991).

Existia nessa época uma grande variedade de receita magicas, talimãs e orações para alivio da dor e sucesso do parto. É importante ressaltar que nesta época o índice de mortalidade materna e infantil era muito alto. Aos poucos os partos passaram a ser assistidos por muitas pessoas, principalmente quando se tratavam de trabalhos de parto de membros da realeza, nas cortes europeias. Aos poucos, entre os séculos XVI e XVII começaram a surgir a figura dos cirurgiões na assistência ao parto, fazendo com que a figura da parteira ficasse a segundo plano (MALDONADO, 1991).

Observa-se então que com a figura do cirurgião introduzida na assistência ao parto, a posição de decúbito dorsal passou a ser usualmente mais frequente, para facilitar o desempenho do medico e o uso de seus instrumentos, marcando assim o inicio da medicalização do parto (PAIVA, 1999).

Ao decorrer dos anos, com inicio no século XVIII as cesarianas que já não resultava necessariamente em óbito materno ajudam a excluir praticamente as parteiras do contexto. Partindo então do século XX na década de 40, a hospitalização do parto foi intensificada não somente as gestações de risco, mas também as gestações saudáveis. A mulher deixou de ser o personagem principal do processo do parto, permitindo então a medicação e controle do período puerperal, o parto deixou de ser um processo natural, familiar e privado, para se tonar algo vivenciado em esfera pública conduzido por instituições de saúde na presença de vários atores participantes, favorecendo a submissão da mulher, que exposta perdeu a privacidade e autonomia frente as suas escolhas, sendo separada da família e submetida a praticas intervencionais regidas por normas institucionais sem o devido consentimento e esclarecimento da parturiente, com a

justificativa de oferecer ao recém nascido uma assistência com aparente segurança (OSAVA, 1997).

De acordo com MALIK (2000) a tecnologia vem avançando a passos largos e invadindo o lugar do ser humano em empresas e instituições, acarretando na falta de contato pessoal, deixando os aspectos emocionais em segundo plano.

Segundo WALDEMAR, COLM (2016) os países em grande desenvolvimento estão no topo da lista que concentra uma grande parcela de mulheres desassistidas, contribuindo para um sério problema de saúde pública. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE juntamente com as NAÇÕES UNIDAS lideraram medidas e esforços para a redução da mortalidade, materna, neonatal e infantil, implantando medidas nos OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (1990) que não foram atingidas.

QUERUBIN *apud* SANTOS (1999) afirmou que humanizar é um processo vivencial que permeia todas as atividades das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer todo o tratamento que merecem enquanto ser humano dentro das situações peculiares que cada clinica se encontra. LARGURA (1998) diz que humanizar o trabalho de parto é criar condições para que as necessidades do ser humano sejam atendidas, sejam elas sociais, psicológicas, espirituais e biológicas. Ainda vemos que a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2000) frisou que humanizar o parto é um conjunto de tomadas de decisões e condutas que promovem o parto e nascimento saudável da criança, pois respeita o processo natural, evitando condições de risco para a mãe e o recém-nascido.

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem tem papel importante e vitalício acerca das principais discussões sobre a saúde da mulher e da criança, defendendo o programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Diante disto, o MINISTÉRIO DA SAÚDE tem aprovado portarias que favorecem o papel deste profissional na atenção integra as condições de saúde da mulher, e no período gravídico puerperal, entendendo que o mesmo é de fundamental importância para a diminuição de intervenções, riscos e consequentemente humanização da assistência, tanto em redes hospitalares quanto em casas de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Diante da problemática esplanada, objetivou-se que este estudo de conclusão de curso de especialização tem como função demonstrar a importância do respeito às praticas de humanização do trabalho de parto e a necessidade da assistência de enfermagem para

com o paciente, frisando assim seus benefícios para a saúde da mulher e do recém-nascido.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se por revisão bibliográfica de caráter retrospectivo, utilizando-se de referências visando explicar um determinado tema proposto. Para a elaboração deste tipo de pesquisa, foi necessário a buscas de material através de consulta em trabalhos publicados em livros, artigos científicos e manuais e portarias de acordo com a proposta previamente selecionada. As bases de dados utilizadas para a pesquisa dos manuscritos foram Scielo, Pubmed, Scidirect, Sciverse e CAPES. A pesquisa foi realizada via eletrônica, através da consulta de material cientifico vinculado nacionalmente no período de 1994 á 2019. Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura minuciosa de todo material obtido para maior conhecimento adquirido e então confecção do modelo final da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSÃO

O período gestacional é um período diferente e especial na vida da mulher, que muitas vezes é acompanhado de dúvidas, medos e incertezas, sendo as primigestas as mulheres que mais se acometem neste sentido, por estarem vivenciando uma experiência totalmente nova (DINIZ, 2015).

A gravidez é estado de saúde da mulher, sendo em determinadas ocasiões o único contato que a mesma terá com os serviços de saúde em idade reprodutiva, neste período é de fundamental importância o aproveitamento do estado gestacional para a realização do rastreamento de enfermidades e orientações voltados ao cuidado e saúde, visando que é uma oportunidade impar para a promoção da assistência voltada para saúde da mulher (SILVA, PRATES et al, 2014).

No ano de 2011 foi criada a Rede Cegonha (RC) com o objetivo de garantir á mulher e a criança, o direito a atenção humanizada no período de pré-natal, parto, nascimento, puerpério e crescimento infantil, em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que ainda busca-se qualificação do serviço de saúde

materno infantil, condições politicas e institucionais para mudanças nos processos de trabalho, visando à humanização do cuidado, garantindo assim o direito das usuárias e a diminuição da taxa de mortalidade neonatal e materna (HUMANIZA SUS, 2012).

É direito da mulher ter acesso a primeira consulta gestacional com até 120 dias de gestação, sendo direito seu o acesso ao teste de gravidez. A gestante deve receber atendimento imediato para avaliação dela e do bebê e suas necessidades prioritárias, tendo assim acesso a no mínimo 06 consultas pré-natais, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, devendo ser atendida conforme suas necessidades até o momento do parto, sendo que a mesma devera ser acompanhada até 45 dias após o parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os exames que devem ser realizados na gestação são de suma importância para a mãe e para o bebe, são eles: ABO-Rh para identificação do tipo sanguíneo da mãe devendo ser realizado na primeira consulta, assim como a dosagem de hemoglobina, hematócrito, glicemia em jejum (repetido na 30 semanas), VDRL (repetido na 30 semanas), urina tipo-1 (repetido na 30 semanas), teste anti-HIV, e sorologia para toxoplasmose (IgM), na 30 semana também é realizado a sorologia para hepatite B (HBsAG), sendo os exames de imagem como ultrassonografia realizados pelo menos uma vez no segundo trimestre gestacional. Além dos exames laboratoriais e de imagem, á gestante deve realizar o protocolo de vacinação antitetânica (dT), hepatite B (se não vacinada) e influenza (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015)

Segundo NASCER NO BRASIL (2015) os cuidados no pré-natal voltados a avaliação do estado nutricional e tratamento de distúrbios nutricionais, assim como prevenção e diagnostico precoce de câncer de colo uterino e mama, acompanhamento odontológico, e problemas gestacionais relacionados à comorbidades como hipertensão arterial e diabetes mellitus, devem ser realizados, para acompanhamento e classificação de risco da gestação, proporcionando o encaminhamento adequado desta gestante.

É no período gestacional que a mulher determina seu plano individual de trabalho de parto, plano este feito em conjunto com seu companheiro, determinando de forma clara que possa vir a orientar os profissionais da saúde que acompanharam todo o processo, expressando onde, e por quem o nascimento será realizado. A puérpera também pode informar sobre a sua alimentação, exercícios físicos e respiratórios que deseja realizar como forma preparatória para o parto. O respeito à mulher sobre o local de escolha para

o parto e acompanhante deve ser mantido, tendo apoio empático dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Foi no início da década de 70, com a divulgação dos princípios preconizados por FREDERICK LEBOYER, médico francês da Clínica Obstétrica de Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, na sua obra POR UM NASCIMENTO SEM VIOLÊNCIA que se passou a questionar o excesso de intervenção médicas em um momento existencial que deveria ser natural, o parto e o nascimento. Através dessa nova visão e atitude mais atenciosa com o bebê na cerimônia do nascimento, lançou-se um novo olhar para a mulher que estava vivenciando tão intensa e complexa experiência. Neste momento surge o conceito do parto humanizado.

De acordo com o MANUAL TÉCNICO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2000), humanização do trabalho de parto tem como significado o estabelecimento de respeito entre a parturiente e os profissionais de saúde durante o processo de parturiação, envolvendo conceitos como considerar a naturalidade do parto, que não requer condutas intervencionistas, levar em conta as necessidades, os valores individuais e os sentimentos da parturiente, reconhecendo o seu protagonismo durante toda a gestação, parto e nascimento.

QUERUBIN *apud* SANTOS (1999) afirmou que humanizar é um processo vivencial que permeia todas as atividades das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer todo o tratamento que merecem enquanto ser humano dentro das situações peculiares que cada clinica se encontra. LARGURA (1998) diz que humanizar o trabalho de parto é criar condições para que as necessidades do ser humano sejam atendidas, sejam elas sociais, psicológicas, espirituais e biológicas. Ainda vemos que a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2000) frisou que humanizar o parto é um conjunto de tomadas de decisões e condutas que promovem o parto e nascimento saudável da criança, pois respeita o processo natural, evitando condições de risco para a mãe e o recém-nascido.

É importante ressaltar que a equipe de enfermagem tem papel importante e vitalício acerca das principais discussões sobre a saúde da mulher e da criança, defendendo o programa de HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO. Diante disto, o MINISTÉRIO DA SAÚDE tem aprovado portarias que favorecem o papel deste profissional na atenção integra as condições de saúde da mulher, e no período gravídico puerperal, entendendo que o mesmo é de fundamental importância para a

diminuição de intervenções, riscos e consequentemente humanização da assistência, tanto em redes hospitalares quanto em casas de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Durante o primeiro período de trabalho de parto (dilatação e apagamento do colo) é importante que a parturiente seja admitida em ambiente individualizado que proporcione conforto e privacidade, assim como atendimento direcionado, oferta de roupas limpas, mínimos ruídos, temperatura ambiente agradável e musicas tranquilizadoras (JÚNIOR, Welfane Cordeiro & MAFRA, Adriana de Azevedo, 2010).

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto favorece boa evolução do quadro gravídico puerperal e segurança emocional durante e após o parto. O acompanhante é uma pessoa de escolha da puérpera, sendo assim, alguém de confiança que proporciona apoio físico e emocional durante todo o processo, o que ajuda a diminuir o uso de analgesias, ocitócitos, partos cesáreos, e tempo de hospitalização, reduzindo assim as complicações gestacionais no parto e puerpério (REIS, 2005).

A presença de acompanhante durante o trabalho de parto é defendida por lei, mais conhecida como LEI DO ACOMPANHANTE (Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005), que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir á gestante o direito á presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

A presença do acompanhante de escolha, acolhimento da equipe multiprofissional e suporte de doulas geram confiança e segurança para a parturiente. O acompanhante deve ser estimulado a ajudar a figura materna na deambulação, realizar massagens e proporcionar carinho e suporte emocional. O acompanhante deve receber orientações básicas sobre o trabalho de parto, e nos casos em que a parturiente necessita ser submetida a cesariana o mesmo deve receber orientações referentes aos campos cirúrgicos e local em que deve se posicionar (cabeceira da mesa cirurgia). A presença do acompanhante é reconfortante e trás contato físico e apoio emocional, fato muito importante para estimular positivamente a parturiente (SINGATA, et al., 2012).

Na fase ativa do trabalho de parto a ingesta de sólidos deve ser suspensa (NICE, 2007). De acordo com SINGATA, et al., (2012) a ingesta de líquidos como água e chá durante o trabalho de parto pode ser presente em algumas salas, não se evidencia risco algum na indução de líquidos e alimentos a mulher em trabalho de parto, porem também não se observam benefícios associados. O período de jejum (8 horas, na maioria das instituições hospitalares) é recomendado para mulheres com gravidez de alto risco, por

não existirem estudos que justifiquem os benefícios da pratica de ingesta de líquidos para estas parturientes, podendo existir a probabilidade de uma cesariana ou anestesia geral (NICE, 2007).

Segundo REZENDE (2011) outra pratica associada à ingesta de líquidos é o encorajamento da mulher a micção espontânea, sabendo que a bexiga distendida promove diminuição do tônus do órgão, dificultando a descida da apresentação fetal e inibindo as contrações uterinas. A solicitação de analgesia promove retenção urinaria dificultando o esvaziamento vesical, nestes casos é de total importância à ajuda e atenção do profissional da saúde com medidas de estimulação da diurese, e se necessário realização de intervenção através de sonda vesical de demora, quando indicada.

A parturiente deve adotar posição que melhor satisfazer as suas necessidades no momento, evitando porém, o decúbito dorsal. Estudos demonstram que andar, se posicionar de cócoras, e outras posições estimulam a dilatação e diminuem o trabalho de parto (NICE, 2007).

A realização da ausculta do batimento cardíaco fetal intermitente a cada 15-30 minutos (antes, durante e logo após as contrações) com sonar doppler, tem o objetivo de detectar possíveis desacelerações do batimentos fetais. O uso de cardiotocografia rotineira em pacientes de baixo risco esta contraindicado, devido aos índices altos de falsos positivos. O controle dos batimentos cardio fetais deve seguir orientações, sendo controlado a cada 30 minutos para baixo risco, 15 minutos para alto risco e 5 minutos para período expulsivo. Os BCFs deverão ser rítmicos, com frequência entre 120 e 160 batimentos por minuto, sem desacelerações. A realização de toque vaginais varia de acordo com a evolução do trabalho de parto, e é contra indicado que sejam realizados toques repetitivos (SINGATA, et al., 2012).

O partograma é o instrumento fundamental para o diagnostico dos desvios de normalidade e deve ser realizado como rotina na assistência ao parto normal. No ano de 1994 a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE tornou obrigatório o uso de partograma nas maternidades. O partograma permite o acompanhamento da evolução do parto, serve como documento, e auxilio no diagnostico de alterações indicando a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios de normalidade, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias (JÚNIOR, Welfane Cordeiro & MAFRA, Adriana de Azevedo, 2010).

A decisão e vontade da parturiente devem ser respeitadas, e a analgesia somente deve ser realizada quando solicitada pela paciente. A analgesia pode ser continua, peridural ou combinada peri-raqui, outros métodos farmacológicos para alivio da dor também devem ser ofertados e disponibilizados (DINIZ, 2015)..

O uso rotineiro da Ocitocina deve ser evitado, porem nos casos de trabalho de parto disfuncional a mesma pode ser usada (05 ui, diluída em SG 5% 500ml, em bomba de infusão ou gotejamento gravitacional controlado), durante a infusão constantemente devem ser avaliadas as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal. A dose de Ocitocina deve ser aumentada de forma geométrica ou aritmética em intervalos de 15 a 60 minutos, o uso deve ser interrompido se o padrão contrátil exceder 05 contrações em 10 minutos, ou contrações com duração maior que 01 minuto, o uso também deve ser desencorajado se houver desaceleração da frequência cardíaca fetal (REZENDE, F. et al. 2011)

O uso da técnica de amniotomia no primeiro período do parto deve ser evita rotineiramente, o profissional deve avaliar os riscos e benefícios, reservando a técnica para condições onde sua pratica seja claramente benéfica e indispensável (DINIZ, 2015).

O segundo período do trabalho de parto constitui o momento da expulsão do feto. É nesse momento que a gestante é encaminhada no companhia do acompanhante para a sala de parto (DINIZ, 2015).

Não existente diferenças entre os resultados perinatais quanto a posição no trabalho de parto, entretanto, a posição de cócoras pode reduzir a dor no 3º período. Para a maioria das pacientes a posição de Loborié-Ducan com decúbito dorsal em mesa de parto e flexão e abdução dos membros inferiores sendo que a verticalização deve estar disponível na cadeira de parto, é a mais comum, se a maternidade possuir condições apropriadas (mesa de parto, cadeiras de parto ou próprio leito) para tal e houver aceitação da paciente, evitando a posição de litotomia ou a ginecológica clássica, assim como outras posições horizontais sejam elas com as pernas livres ou presas. Para a condução do período expulsivo pode-se eleger as posições, semi-sentada (ângulo de 110 a 120 graus), sentada (ângulo de 90 graus entre o plano da coluna e bacia com apoio para os pés), de cócoras com uso de arco para apoio durante os puxos, alternando para a posição sentada entre as contrações (REZENDE, F. et al., 2011).

No ano de 1996 a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE classificou a Manobra de Kristeller, conhecida como o gesto de fazer pressão no fundo uterino durante

o período expulsivo com a intenção de acelerá-lo como “prática em relação a qual não existem evidencias suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela”.

A Manobra de Ritgen, é preconizada com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça fetal, sendo impossível de ser praticada no parto vertical. Permitir o avanço da apresentação, instruindo a mão a respirar profundamente e não realizar puxo neste momento, ate que a circunferência suboccipitobregmatica tenha ultrapassado o anel vulvar distendido, amortecendo então o desprendimento com o apoio da mão esquerda sobre a apresentação para que a deflação se realize lentamente, evitando lacerações. A mãe deve ser instruída a puxar suavemente, com a mão direita deve ser orientada a colocar uma compressa sobre o períneo e pressionando-o no sentido de manter a apresentação o mais fletida possível, após segurar a apresentação para que não se desprenda bruscamente, terminando assim o desprendimento com a saída da fonte, face e mento, com lentidão. A cabeça deve então ser rodada até alcançar sua posição primitiva, é nessa hora que se deve observar a presença de circulares de cordão, toma-se então a cabeça ente as duas mão e se traciona para baixo suavemente, ate que o ombro anterior sobre passe o púbis e então imediatamente para cima, permitindo assim o desprendimento do ombro posterior, então o resto do corpo se desprenderá com facilidade, sempre com lentidão contendo o feto para que não ocorra de forma brusca a saída do feto. O profissional deve orientar a mãe e apenas auxiliar para que não ocorra a laceração do períneo (DINIZ, 2015).

A episiotomia não deve ser realizada como pratica rotineira, e sim mas seletiva e de uso restrito, limitando-se a casos onde há indicação, tais como distócia de ombro ou parto pélvico, no momento da distensão perineal por um puxo, quando a cabeça fetal é visível. A técnica consiste na incisão com tesoura reta, dando preferencia para a direção médio-lateral direita, após infiltração de anestesia no local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No momento do nascimento, desde que não interfira com os procedimentos habituais de assistência, a intensidade da luz deve ser diminuída na sala de parto, conversas altas também devem ser evitadas, e deve-se permitir que a mãe veja o nascimento do filho e que sua voz se sobreponha as demais. O clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado de imediato após os batimentos cessarem (DINIZ, 2015).

Após o nascimento o contato pele a pele entre a mãe o bebê deve ser imediato (se ela desejar), colocando o recém nascido em contato com a barriga ou seios da mãe aquecido por um cobertor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Após o nascimento o bebê e a mãe devem se alojar no mesmo quarto, evitando períodos observacionais sem a necessidade concreta no berçário, a mãe tem direito de escolha de um acompanhante, e o ambiente deve ter controle de luz, temperatura e ruídos. O alojamento conjunto é de fundamental importância para a privacidade da mãe e o estreitamento do vinculo entre ela e o bebê, possuindo tempo livre para amamentar o bebê sempre que possível, a amamentação deve ser a única fonte de alimentação até o sexto mês de vida, e após a junção de outros alimentos aliados, á amamentação pode ser mantida até os 02 anos de idade ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo ABC SAUDE (2018) O período logo após o parto chama-se Puerpério, também conhecido como pós-parto ou resguardo. Dura em torno de 6 a 8 semanas e só termina com o retorno das menstruações.

CONCLUSÃO

Conclui-se então que a humanização do parto é de fundamental importância para a gestante e o recém nascido, e que esta pratica acompanhada de profissionais qualificados desempenhando uma assistência humanizada e de qualidade durante o parto e nascimento, visando o direito da mulher a escolha do local do parto, acompanhante, tipo de parto e posição, prática de exercícios pré-parto e deambulação, ingesta de líquidos e alimentos quando indicado, contato com o recém-nascido ao nascer, aleitamento em livre demanda e alojamento conjunto do binômio, proporcionam a mulher dignidade, respeito e autonomia frente suas escolhas, resgatando o papel ativo do sexo feminino no processo parturitivo, visando que a naturalidade do momento do parto e sua humanização são um direito a ser respeitado por todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. **Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Acesso em: 19 ago. 2017.

WALDEMAR A. Carlo.; COLM R. Travers. – **Mortalidade Materna e neonatal: hora de agir**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Acesso em: 21 ago. 2017.

PAIVA MS. **Conferência: competências específicas da equipe de enfermagem na obstetrícia. In: Anais do II Seminário Estadual sobre a qualidade da assistência ao Parto: contribuições de enfermagem**. Curitiba (PR); Brasil; 1999. Curitiba (PR): ABEn-PR; 1999.

DINIZ, C. S. G. O **que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. Acesso em: 26 ago. 2017.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre parto e nascimento**. Disponível em: Acesso em: 23 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. **Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. Acesso em: 10 ago. 2017.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Atenção qualificada durante o parto**. Rio de Janeiro (RJ): FEBRASGO; 2004. Acesso em: 24 ago. 2017.

GAMA AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. **Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada**. Cad Saúde Pública. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas públicas de Saúde. Parto **Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher**. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2003.

REIS AE, ZULEICA MP. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de santa Catarina**. Ciênc Saúde Coletiva 2005

OSAVA RH. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos (tese).** São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, USP; 1997.

LOWDERMILK, D.; PERRY, S. – **Enfermagem na Maternidade.** 7 edição. Lourdes: Lusodidacta, 2008.

SILVA, S.P.C.; PRATES, R.C.G.; CAMPELO, B.Q.A. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante.** Revista de Enfermagem UFSM, 4(1), 2014. Disponível em:. Acesso em: 26 ago. 2017.

SOUZA E, GUERZET EA, CAMANO L. **Parto cesáreo**. In: Bortoletti FF, Moron FM, Bortoletti Filho J, Nakamura U. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2007. p. 284-5.

LAWRECE, A. et al. – **Maternal positions and mobility during first stage labour**. Cochrane Databases os Systematic Reviews. Issue 2, 2009.

REZENDE, F. et al. – **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NICE – **National Institute Of Health and Clinical Excellence**, 2007.

KITZINGER, Sheila. **A experiência de dar à Enfim, é necessário resgatar a subjetividade da luz**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da se oferecer à mulher orientações adequadas para gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991. CADERNOS. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, abr./jun. 2003 23

RATINER, Daphne. **A humanização da gestante e partos saudáveis**. Rev. COREN-SP, dade do serviço de enfermagem. São Paulo: n. 29, jul./ago. 2000. [s.n.], 1993. (apostila)

MELLO, Gilberto M. Proposta de rotina de RODRIGUES, Lívia P. F. **Dar à luz... renascer: prática humanizada em maternidade.** San- gràvidez e parto. São Paulo: Ágora, 1997. tos: Secretaria de Saúde, 1995. (apostila)

JÚNIOR, Welfane Cordeiro; MAFRA, Adriana de Azevedo. Versão Brasileira. Sistema **Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** Manchester Triage Group. Belo Horizonte, set. 2010.