



**Good practices in childbirth care and birth in a public maternity hospital**

**Boas práticas na assistência ao parto e nascimento em maternidade pública**

**MONTEIRO, Maria Diane Braga Dantas<sup>(1)</sup>; SANTOS, Gedson Nogueira<sup>(2)</sup>; MEDEIROS, Maria Luiza de Oliveira; FREITAS, Anny Clarisse Medeiros.**

(1) 0000-0001-7184-4540; Hospital do Seridó. Caicó, RN, Brasil. Email: diane.dantas@hotmail.com.

(2) 0000-0002-3564-7731; Hospital do Seridó. Caicó, RN, Brasil. Email: santosgedson@yahoo.com.br

(3) 0000-0002-6140-8013; EMCM/UFRN, Caicó, RN, Brasil. Email: malumdrs.mlo@gmail.com

(4) 0000-0001-9180-7317; EMCM/UFRN, Caicó, RN, Brasil. Email: annyclarisseenfermeira@gmail.com

O conteúdo exposto neste artigo é de inteira responsabilidade dos/as seus/as autores/as.

A B S T R A C T	INFORMAÇÕES DO ARTIGO
<p>This study aimed to describe the panorama of good practices in childbirth care and birth in a public maternity hospital. This is a report of the experience of the interprofessional team composed of professionals from nursing, social work, psychology, physiotherapy, medicine, pharmacy and nutrition, with a qualitative approach and critical-reflective and descriptive characteristics, in maternal and child care, at Hospital do Seridó, located in Caicó, Rio Grande do Norte. The research took place with the implementation written in a worksheet of good practices in childbirth and birth care, the data obtained refer to the period from July 2021 to March 2022, with data from 114 deliveries being collected in this period of time, in view of the indicators we have the following indicators: Freedom of movement (99%), presence of a companion (98%), free diet during labor (92%), deliveries without episiotomy (85%), breastfeeding in the first hour of life ( 85%), skin-to-skin contact (82%) and timely cord clamping (66%). In view of the analyzed data, it is concluded the importance of good labor and birth care practices provided as a hospital routine in the respective maternity hospital, thus being directly associated with the quality of health care provided by all professionals involved.</p>	<p><b>Histórico do Artigo:</b> Submetido: 03/09/2022 Aprovado: 05/10/2023 Publicação: 02/11/2023</p> 
<p><b>R E S U M O</b></p>	<p><b>Keywords:</b> Delivery room, humanized delivery, multidisciplinary team, health.</p>
<p>Este trabalho objetivou descrever o panorama das boas práticas na assistência ao parto e nascimento de uma maternidade pública. Trata-se de um relato de vivência da equipe interprofissional composta por profissionais da enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, medicina, farmácia e nutrição, com abordagem qualitativa e características crítico-reflexivas e descritivas, na assistência materno-infantil, no Hospital do Seridó, localizado em Caicó, Rio Grande do Norte. A pesquisa se deu com a implementação escrita em planilha das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, os dados obtidos são referentes ao período de julho de 2021 à março de 2022, sendo coletados dados de 114 partos nesse período de tempo, diante dos indicadores tem-se os seguintes indicadores: Liberdade de movimentação (99%), presença de acompanhante (98%), dieta livre durante o trabalho de parto (92%), partos sem episiotomia (85%), amamentação na primeira hora de vida (85%), contato pele a pele (82%) e clameamento oportuno do cordão (66%). Diante dos dados analisados, conclui-se a importância das boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento prestados como rotina hospitalar da respectiva maternidade, sendo assim associado diretamente a qualidade da assistência em saúde prestada por todos os profissionais envolvidos.</p>	<p><b>Palavras-Chave:</b> Sala de parto, parto humanizado, equipe multiprofissional, saúde.</p>

## Introdução

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, observou-se altos índices de mortalidade materna e neonatal. Com isso, e atrelado ao avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, o parto passou pelo processo de institucionalização (Matos et al., 2013).

Esse processo reformulou a assistência a saúde materno infantil trazendo benefícios para a mesma. Dentre o benefícios estaria a melhoria na assistência, principalmente no que se diz respeito as condutas a serem realizadas mediante complicações que ocorriam ao longo do trabalho de parto e no momento do parto, visto que com esse processo poderia lançar mão da utilização de tecnologias. (Leal et al., 2014).

Apesar dos benefícios, existem alguns malefícios que foram incorporados junto da institucionalização. Entre essas, estariam: o aumento de cesáreas eletivas, a percepção do parto como processo patológico, o aumento de intervenções desnecessárias mesmo nos parto normais, a diminuição da autonomia da mulher e a transferência do papel de protagonista da mulher para os profissionais responsáveis pela assistência ao parto (Cassiano et al., 2016).

Com isso, a sociedade começou a criar uma imagem estereotipada do processo parturitivo. A percepção natural do parto transformou-se em um acontecimento regado, muitas vezes, de dor e de sofrimento, o qual se faz necessário à busca por intervenções que culminem o alívio desse processo, o que contribui para consolidação do modelo biomédico (Cavaler et al., 2018).

Estudos apontam que práticas intervencionistas são consideradas rotineiras por parte dos profissionais da saúde. A realização de toques vaginais excessivos, internações prematuras, uso indiscriminado de ocitocina endovenosa, episiotomias, cesáreas eletivas, tricotomias, manobras de Kristeller, são comuns em muitas maternidades brasileiras e podem ocasionar possíveis riscos à saúde da mulher e do bebê (Albuquerque et al., 2019).

Com base nisso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à humanização do parto e a mudança do modelo de atenção obstétrica vigente, passa a discutir sobre as evidências científicas desses procedimentos e os benefícios e malefícios para a saúde da mulher e do neonato (Brasil, 2017). No âmbito Nacional, as políticas governamentais voltadas à saúde da mulher também foram aprimoradas e complementadas, com intuito de implementar uma assistência adequada, respeitosa e humanizada (Brasil, 2015).

Dessa forma, é de responsabilidade dos serviços de saúde adotar práticas seguras na atenção ao parto e nascimento. Além disso, é necessário que os membros da equipe de atenção à mulher busquem valorizar e o fortalecer e dignidade da mulher no trabalho de parto, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu

cuidado, resultando assim em uma reorganização da assistência a saúde através das boas práticas. (Brasil, 2011).

Com isso, e considerando a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e a conseqüente redução das intervenções desnecessárias constituídas em recomendações da OMS e reforçadas pelo Ministério da Saúde, foram realizadas a implantação de um conjunto de ações que favorecessem a implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento no Hospital do Seridó, sendo esse o hospital referência em saúde materno infantil da região.

A assistência interprofissional à gestante, parturiente e ao recém-nascido, com foco na reorganização dos processos de trabalho, na implantação de documentos institucionais que direcionem a assistência, a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e a redução de intervenções desnecessárias, vem sendo implementadas através da parceria entre profissionais do Hospital do Seridó e Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN).

Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência vivida por uma equipe interdisciplinar na assistência ao parto normal e nascimento em uma maternidade pública.

## **Referencial teórico**

O parto, na antiguidade, era um acontecimento familiar, tendo a mulher como protagonista, e as parteiras prestando uma assistência ao binômio mãe e filho em ambiente “não-hospitalar”. A partir do século XIX, o parto passou a ser tratado como algo que foge ao fisiológico, estando associado a condutas que trazem à tona um novo protagonista, o profissional de saúde. Desta forma, a assistência à mulher na gestação e parto ainda é um desafio, principalmente no que se refere ao ato do cuidar e à implementação das boas práticas ao parto e nascimento (Bonfim, 2018).

No Brasil, o modelo hospitalar no cenário do parto surge como alternativa para amenizar o sofrimento das mulheres, contudo, os resultados dessa modificação repercutem de maneira negativa, uma vez que contribuíram para a existência de maus indicadores maternos e perinatais ocasionados, sobretudo, pelo uso inadequado de tecnologias, intervenções desnecessárias e assistência deficiente que refletem a expressiva taxa de cesárea existente no Brasil (Soares et al., 2017).

A assistência obstétrica seguiu um caminho tecnocrático, sem base em evidências científicas, e consolidou-se de forma hegemônica dentro desse modelo. Considera-se que, devido à medicalização progressiva e cada vez mais invasiva, o exercício de poder do médico

sobre o corpo da mulher afastou-a do seu papel de protagonista durante o parto, tendo como exemplo marcante a alteração do local do nascer e o declínio da autonomia da mulher durante todo o processo de trabalho de parto (Riegert et al., 2018).

No ano de 2000, o MS criou uma nova estratégia: o PHPN tendo como pano de fundo o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a humanização na assistência. O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primordial para um adequado acompanhamento, estabelece critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial, além de apontar ações para a redução da mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2014).

Ainda em 2011, o governo federal lançou uma nova estratégia com perspectiva de alavancar o PHPN: a Rede Cegonha. Sendo este programa um conjunto de ações que visam garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê, com atuação integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha se organiza através de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e, por fim, sistema logístico. Tem como diretrizes a garantia de: avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade das mulheres; ampliar acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade e, por fim, acesso às ações do planejamento reprodutivo (Brasil, 2011).

Já em 2016, o MS na tentativa de dar a resposta à considerada epidemia das cesarianas, lançou um protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para cesariana, com diretrizes para esse tipo de parto, objetivando diminuir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que o procedimento, quando não é indicado corretamente oferece mais riscos à vida da mãe e bebê, além de aumentar a probabilidade de surgir risco de morte materna e infantil (BRASIL, 2016).

Em 2022, houve uma substituição da rede cegonha pela Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI), reestruturada pela PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022. Tendo como objetivos da política implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis; garantindo a integralidade do cuidado com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e reduzir a morbimortalidade materna e infantil. (BRASIL, 2022)

## **Metodologia**

Essa experiência consiste em um relato da vivência de uma equipe interprofissional (composta por profissionais da enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, medicina, farmácia, nutrição e obstetras) com abordagem qualitativa com características crítico-reflexivas e descritivas, na assistência materno-infantil, no Hospital do Seridó, em Caicó/Rio Grande do Norte.

Para início da implantação das ações relacionadas às boas práticas, foram realizadas capacitações com os residentes e os profissionais do hospital sobre humanização, trabalho de parto e nascimento, seguida da elaboração e implantação de protocolos e documentos institucionais para nortear a assistência. Foram adquiridos ainda alguns equipamentos para apoiar na realização dos métodos não farmacológicos como luz azul, difusor de aromas, massageador, dentre outras coisas.

As capacitações foram realizadas utilizando aulas expositivas e dialogadas e com metodologias ativas, quando os temas se adequavam, contavam com participação ativa dos ouvintes e proporcionavam momentos de reflexão importantes para mudança da assistência. Os documentos institucionais e protocolos implantados tiveram início com fichas de acolhimento, admissão e evolução de enfermagem, seguindo com protocolos sobre os mais diversos temas e situações que perpassam a assistência ao binômio mãe-filho, como: admissão da gestante, assistência nos diferentes períodos do trabalho de parto, ruptura da bolsa amniótica, cuidados com o recém-nascido, banho do recém-nascido, assistência na hemorragia pós-parto e assim por diante.

Por fim, no tocante aos registros foi instituído na sala de parto uma planilha que permite o levantamento da implementação das boas práticas, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Assim, respeitando todas as questões éticas para coleta dos dados expostos utilizou-se essa planilha alimentada pelos enfermeiros que atuam na sala de parto diuturnamente.

## **Resultados**

No Hospital do Seridó, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento começaram a fazer parte da rotina da assistência obstétrica e ao recém-nascido, merecendo destaque os dados trazidos na tabela 1.

Os dados levantados foram analisados por meio de estatística descritiva e apresentados na forma de tabela, os dados obtidos são referentes ao período de julho de 2021 à março de 2022. No período delineado foram coletados os dados de 114 partos assistidos no Hospital do Seridó.

**Tabela 1**

Boas práticas na assistência ao parto normal, sendo n = 114

<b>Contato pele a pele</b>	n 114	%
Sim		82
Não		18
<b>Clampeamento oportuno do cordão</b>		
Sim		66
Não		44
<b>Amamentação na primeira hora de vida</b>		
Sim		85
Não		15
<b>Dieta livre durante o trabalho de parto</b>		
Sim		92
Não		8
<b>Episiotomia</b>		
Sim		15
Não		85
<b>Presença de acompanhante</b>		
Sim		98
Não		2
<b>Liberdade de movimentação</b>		
Sim		99
Não		1

Observou-se, no tocante ao recém-nascido, dados relacionados aos seguintes indicadores: contato pele a pele (82%), clampeamento oportuno do cordão (66%), e amamentação na primeira hora de vida (85%). Relacionados à assistência à parturiente, merecem destaque: dieta livre durante o trabalho de parto (92%), partos sem episiotomia (85%), presença de acompanhante (98%) e liberdade de movimentação (99%), Observar a tabela 1.

O cuidado ao recém-nascido (RN) imediatamente após o nascimento e nas primeiras horas de vida tem grande importância para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento saudável (Muller & Zampieri, 2014). Para o Ministério da Saúde (2007) existem três práticas simples que podem ser realizadas em RN saudáveis logo após o nascimento que oferecem benefícios para a mãe e o bebê: contato pele a pele entre mãe e o recém-nascido, aleitamento materno e clampeamento oportuno do cordão umbilical.

O clampeamento oportuno do cordão umbilical refere-se à prática de pinçar o cordão umbilical aproximadamente 1 a 3 minutos após o nascimento ou após a suspensão da pulsação do cordão umbilical (Chaparro & Lutter, 2007). Essa prática é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2007, pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SOB) já em 2011, na qual o recém-nascido deve ser posicionado sobre o abdome da mãe por aproximadamente três minutos antes de se realizar o clampeamento do cordão umbilical (Farias & Moraes, 2020).

O contato pele-a-pele acalma o binômio mãe-bebê que entram em sintonia única proporcionada por esse momento, ainda auxiliando na estabilização sanguínea, os batimentos cardíacos e respiração da criança, reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe.

A amamentação se destaca como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (Matos et al., 2010).

O vínculo que a amamentação promove entre a mãe e o filho torna-se uma recompensa de um momento único e singular, que proporciona o estreitamento dos laços entre eles. Possibilitando uma melhor compreensão das necessidades do bebê, facilitando o desempenho da mãe e facilitando a adaptação extrauterina do RN (Silva, 2015).

Comprovados os benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais da amamentação tanto para a mulher como para a criança, esforços têm sido empreendidos no sentido de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, destacando-se a implementação de políticas e ações para propiciar à criança o melhor início de vida possível. Insere-se neste contexto a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais credenciados em mais de 156 países nos últimos 15 anos (Matos et al., 2013).

No que concerne à liberdade de posição e movimento no trabalho de parto, um estudo experimental mostrou que mulheres capazes de se mover livremente, durante o trabalho de parto, reportaram a movimentação como um meio para encontrar uma posição confortável (Wei & Santos 2011). Outra pesquisa aponta que mulheres que foram incentivadas a ficar em pé, caminhar ou se sentar tiveram, em média, trabalhos de partos mais curtos do que mulheres que permaneceram deitadas (Leite, 2014).

Contudo, criou-se nos hospitais um ritual para o acompanhamento das parturientes, por meio de aparelhos cada vez mais sofisticados, resultando na restrição das parturientes ao leito, a fim de acompanhar cada variação dos batimentos cardíacos. Como consequência, a restrição na movimentação das parturientes se tornou uma prática inserida no universo cultural dos profissionais, gerando inseguranças quanto à adequada evolução do trabalho de parto e ao bem-estar fetal, caso esse não esteja sendo constantemente monitorado (Wei & Santos 2011).

Outro ponto a ser explorado é a restrição de comida e líquido, durante o trabalho de parto. Para as mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana (Santos et al., 2019).

Durante o processo de parturição, o gasto de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o

aumento progressivo de cetonas urinárias. Essa preocupação excessiva dos profissionais com a restrição alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia (Ascensão, 2016).

As diretrizes nacionais e internacionais acerca da assistência ao parto normal recomendam a presença do acompanhante durante o parto e nascimento, sendo esta uma ação convergente à humanização da atenção à saúde neste momento. Essa perspectiva amplia-se nas discussões e prioridade nas ações de atenção à saúde obstétrica tendo em vista fortalecer as relações humanas envolvidas nesse processo, que tem se centrado na realização de intervenções e procedimentos. Assim, viabilizar e garantir a presença do acompanhante é considerada uma prática dignificante no cuidado à mulher durante o parto (Gomes, 2018).

A presença do acompanhante de livre escolha da mulher é reconhecida como uma das ações a ser aderida para as boas práticas na atenção ao parto normal, assegurada no Brasil pela Lei 11.108,6 que a garante como um direito da parturiente. Esta se constitui como uma estratégia do Ministério da Saúde com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País, tendo em vista a implementação de uma rede de cuidados que contemple o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (Esswein et al., 2021).

Neste cenário, evidências apontam que as parturientes escolhem ter um acompanhante durante o parto e nascimento, sendo eles, na maioria das vezes, seu companheiro ou sua mãe (Sousa et al., 2016). Considerando as vivências neste momento, o acompanhante promove apoio nas esferas emocional e física, fazendo com que a mulher se sinta segura, caracterizando essa como uma prática indicada para todas as parturientes. Isso ratifica que a oferta da atenção obstétrica de qualidade significa, também, refletir acerca do envolvimento da família nos diferentes contextos de cuidado (Gomes, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam o uso restrito da episiotomia e classifica seu uso rotineiro e liberal como uma prática prejudicial, devendo esta ser desestimulada, tendo indicação em média de 10% a 15% dos casos. Existe uma relação estatisticamente significativa entre o uso de episiotomia e o risco aumentado de lacerações graves (3º e 4º graus), com lesão de esfíncter anal. Estudos apontaram que partos realizados sem episiotomia, não houve registro de lesões graves (Salge et al., 2012).

A episiotomia é uma das causas mais frequentes de morbidade materna durante o pós-parto, por expor a mulher ao aumento de perda sanguínea, infecção, disfunção sexual como a dispareunia, incontinência urinária, prolapso vaginal, entre outras alterações quando comparada a outros tipos de trauma perineal. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem o utilizado o enfermeiro Obstetra como um importante agente estratégico na

implantação de práticas obstétricas humanizadas. Nesse sentido, a formação do enfermeiro voltada para o cuidado humano contribui eficazmente para a criação de práticas humanizadas, pautadas no respeito e nas decisões compartilhadas ( de Araújo et al., 2021).

O estudo realizado em Minas Gerais traz ainda que a maior parte das parturientes pariram na posição deitada, não se sabe se por opção ou imposição, o que vai de encontro aos dados coletados nesta pesquisa, com a maior parte das mulheres relatando não ter sido dada a opção de parir em posição diferente da deitada. O autor reforça ainda que as puérperas também percebem como benéfica a adoção da posição vertical para o parto, pois é mais cômoda, favorece a movimentação e a participação e reduz o esforço expulsivo. Assim, provavelmente, se orientadas e estimuladas, as parturientes aceitarão a adoção de posições distintas no momento do trabalho de parto e nascimento (Sousa et al., 2016).

Destaca-se que a liberdade de posição ainda representa um desafio para a enfermagem obstétrica, seja por parte de alguns profissionais inseridos numa assistência multiprofissional ou pela falta de orientação das mulheres quanto a esta possibilidade durante a gestação, o que causa estranhamento no momento do parto.

Ao falar sobre episiotomia, esta foi realizada em 14,6% das puérperas, dado semelhante ao estudo do Rio Grande do Sul, onde a atuação da enfermagem obstétrica também é bem frequente (Reis et al., 2015).

Estudo realizado em Curitiba/Paraná, em relação às lacerações perineais, mostra que, na assistência ao parto de baixo risco, dentre 511 puérperas entrevistadas não houve lacerações em 240 partos (46,96%), lacerações de 1º grau em 180 partos (35,22%) e lacerações de 2º grau em 91 partos (17,80%). Não constavam lacerações de 3º e 4º graus neste período estudado (Sobieray & Souza, 2019).

Dados como os deste estudo reforçam as recomendações da OMS para recomendar a restrição do uso rotineiro da episiotomia e estabelece a taxa entre 10% e 30% como aceitável (OMS, 1996). Para alguns autores a prática rotineira deste procedimento é classificada como claramente prejudicial, deve ser desestimulada e não tem respaldo nas atuais evidências científicas em virtude de causar mais danos do que benefícios (Santos et al., 2017).

A prática obstétrica brasileira é permeada pela pressa em provocar o nascimento das crianças, muitas vezes desconsiderando a autonomia das mulheres no processo de parturição, essa é uma característica marcante na conduta da grande maioria dos profissionais que acreditam “conduzir” o trabalho de parto. Sendo evidente que práticas intervencionistas que visem acelerar o trabalho de parto, como amniotomia e/ou a infusão de ocitocina, ainda estão ainda fortemente associadas à assistência ao parto (de Matos, 2021).

No que diz respeito ao estímulo para amamentação, as puérperas relataram ter recebido (91,7%), bem como apoio da equipe (93,8%) e o contato com o bebê ainda na sala de

parto (93,8%). Autores trazem que o cuidado menos intervencionista está intimamente associado à maior satisfação com a experiência do parto e a atuação da EO (REIS et al., 2015).

Com bons desfechos, esse modelo de assistência menos intervencionista reforça o que as evidências científicas trazem no tocante à morbimortalidade materna e perinatal, tanto no sistema público como no privado de saúde (Reis *et al.*, 2015). Afirmações como esta sugerem que a redução das mortes maternas é possível, porém, demanda ações e estratégias voltadas à redução da morte materna, a valorização do parto e sua assistência pela EO.

Assim, reforça-se o impacto positivo da atuação da EO no cenário de assistência ao parto e nascimento de risco habitual. Com uma prática menos intervencionista, e focada na implementação das boas práticas, valorizando e empoderando a atuação da mulher como protagonista no cenário do parto (Marques & Siqueira, 2021).

## Conclusão

Entre as boas práticas analisadas na assistência ao parto e nascimento, foi visto que a maioria teve uma boa adesão, sendo apenas o clampeamento oportuno do cordão o menos realizado, mas mesmo assim apresentando um resultado igual a 66%. Para tanto, existe motivos para não ter a realização do clampeamento oportuno.

O estudo comprova a experiência vivenciada pelos profissionais do serviço hospitalar, apresentando a realidade da atenção obstétrica, de uma maternidade vinculada ao título de hospital amigo da criança e que cumpre os principais objetivos e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materna Infantil. Sendo assim, é notório através dos resultados da implementação e expansão das boas práticas na maternidade, contribuindo com uma melhora na atenção obstétrica do município.

Espera-se com o presente estudo, sensibilizar os profissionais de saúde, quanto a prática de qualidade das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, um registro correto dos dados para apurações de dados reais em futuras publicações.

Portanto, a assistência de caráter multiprofissional deve centrar o seu cuidado na humanização do parto e nascimento, garantindo a mulher e ao seu bebê um bem-estar geral, ou seja, considerando os aspectos culturais, sociais e raciais. Toda a equipe deve atentar-se à importância da adesão das boas práticas de assistência ao parto e nascimento para contribuir efetivamente na qualificação da assistência e do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., & de Oliveira, L. G. S. M. (2018). Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. *Revista CEJ*.  
<https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2393>

- ASCENSÃO, Ana. Contribuição do enfermeiro especialistas de saúde Materna e Obstetrícia e Ginecológica, para o bem estar materno fetal. 2016. Tese de Doutorado. Instituto Politecnico de Santarem (Portugal). N.d.  
[https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%20mestrado\\_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%c3%a3o.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%20mestrado_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%c3%a3o.pdf)
- BOMFIM, A. N. A. Percepção de mulheres acerca da assistência de enfermagem no processo de parto normal. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018. N.d.  
[https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29126/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Vers%c3%a3o\\_Final\\_Aiara.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29126/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Vers%c3%a3o_Final_Aiara.pdf)
- Brasil, PORTARIA GM/MS Nº 715, DE 4 DE ABRIL DE 2022. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-715/>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília; 2011.  
BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017.  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html)
- BRASIL. Ministério da saúde. Monitoramento e acompanhamento da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) e do plano nacional de políticas para as mulheres (PNPM). Brasília; 2015.  
[https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesariana. Brasília, 2016. [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio\\_diretrizes-cesariana\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf)
- Cassiano, N.A., Santos, M. G., Santos, F. A. P. S., Holanda, C. S. M., Maranhão, T. M. O., Enders, B. C., & Carvalho, J. B. L. Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. *Enfermería Global* .V.44, p.465-477, 2016.  
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/236891>
- Chaparro, CM, & Lutter, C. (2007). Além da sobrevivência: práticas integradas de assistência ao parto para nutrição, saúde e desenvolvimento materno-infantil a longo prazo. *Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde* .
- Cavaler, C. M., Castro, A., Figueiredo, R. C., & Araújo, T. N. (2018). Representações sociais do parto para mulheres que foram parturientes. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 12(41), 977-990. <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1158/1859>
- de Araújo, B., Ferreira, HC, Chrizóstimo, MM, Mouta, RJO, Araújo, CLF, da Silva, LS, ... & Soares, SMB (2021). Práticas pedagógicas na qualificação de enfermeiras obstetras: relato de experiência de preceptoria sobre o Curso de Aprimoramento para Enfermeiras (os) Obstetras da Escola de Enfermagem Anna Nery 2014-2019. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento* , 10 (12), e395101220439-e395101220439  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20439>
- de Matos, M. G. (2021). *O Parto na Parentalidade*. Editora Appris.

- Esswein, G. C., Teixeira, L. P. D., Lopes, R. D. C. S., & Piccinini, C. A. (2021). Atenção à Saúde do bebê na Rede Cegonha: um diálogo com a teoria de Winnicott sobre as especificidades do desenvolvimento emocional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31, e310311. <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n3/e310311/pt/>
- Farias, R. V., do Nascimento Souza, Z. C. S., & Moraes, A. C. (2020). Prática de cuidados imediatos ao recém-nascido: uma revisão integrativa de literatura. *Revista eletrônica acervo saúde*, (56), e3983-e3983 <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3983>
- Gomes, IEM (2018). Ações realizadas pelos acompanhantes no cenário de parto e nascimento: uma compreensão na fenomenologia social. <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/18839>
- Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... & Gama, S. G. N. D. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17-S32 <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/>
- Leite, D. M. (2014). *Efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto, na mulher primípara* (Doctoral dissertation). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9527>
- Marques, R. C., Nazareth, I. V., & Siqueira, P. R. A. (2021). *Saúde da Mulher no Norte Fluminense*. Editora Appris.
- Matos, G. C. D., Escobal, A. P., Soares, M. C., Härter, J., & Gonzales, R. I. C. (2013). A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 870-878. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979595>
- Matos, T. A., Souza, M. S. D., Santos, E. K. A. D., Velho, M. B., Seibert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. <https://pdfs.semanticscholar.org/0ae7/e7902975e8a4804b9e2b31290e619a683d44.pdf>
- Müller, E. B., & Zampieri, M. D. F. M. (2014). Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. *Escola Anna Nery*, 18, 247-256. <https://www.scielo.br/j/ean/a/kgWLCP8c5WTvrK8ZbFQLxzp/abstract/?lang=pt>
- Riegert, I. T., Correia, M. D. B., Andrade, Â. R. L. D., Rocha, F. N. P. D. S., Lopes, L. G. F., Viana, A. P. D. A. L., & Nunes, M. G. S. (2018). Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2986-2993. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-997554>
- Reis, T. D. R. D., Zamberlan, C., Quadros, J. S. D., Grasel, J. T., & Moro, A. S. D. S. (2015). Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 94-101. <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/c7B6qZPH3mhy7LQsRb383Hd/abstract/?lang=pt>
- Salge, A. K. M., Lôbo, S. F., Siqueira, K. M., Silva, R. C. R., & Guimarães, J. V. (2012). Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/485>
- Santos, F. S. D. R., Souza, P. A. D., Lansky, S., Oliveira, B. J. D., Matozinhos, F. P., Abreu, A. L. N., ... & Pena, É. D. (2019). Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde*

*Pública*, 35.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/abstract/?lang=pt>

Silva, M. C. (2015). A prática do contato pele a pele pós parto do Hospital Regional Doutor Clodolfo Rodrigues de Melo. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/37719>

Soares, Y. K. D. C., Melo, S. S., Guimarães, T. M. M., Feitosa, V. C., & Gouveia, M. T. D. O. (2017). Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Rev. enferm. UFPE on line*, 4563-4573.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33479>

Sobieray, N. L. E. C., & de Souza, B. M. (2019). Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR/Prevalence of episiotomy and perineal complications when executed or not in a low-risk maternity of the HC/UFPR hospital complex. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 93-99.  
<https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/521>

Sousa, A. M. M., Souza, K. V. D., Rezende, E. M., Martins, E. F., Campos, D., & Lansky, S. (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, 20, 324-331.  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/abstract/?lang=pt>

Souza, S. R. R. K., & Gualda, D. M. R. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/Sg7K3tTsB4MHLWZm4mH4tTs/abstract/?lang=pt>

Wei, C. Y., Gualda, D. M. R., & Santos Junior, H. P. D. O. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 717-725.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/nKmdNKkYJ7WhWLXw4Vh8RZC/abstract/?lang=pt>