



Boas práticas obstétricas: vivência das mulheres no contato pele a pele (CPP) logo após o nascimento

Good obstetric practices: women's experience of skin-to-skin contact (SPC) shortly after birth

Buenas prácticas obstétricas: la experiencia de las mujeres sobre el contacto piel con piel (SPC) poco después del nacimiento

Mariana Sofia Ferreira Alencar¹, Julyana de Amorim Carrijo¹, Alessandra Patrícia Cardoso Tavares¹, Cácia Régia de Paula², Ana Claudia Souza Pereira², Joicy Mara Rezende Rolindo³, Meillyne Alves dos Reis¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as vivências das mulheres, no processo de parturição, especialmente no contato pele a pele (CPP) logo após o nascimento. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório de campo, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de 2022 a 2023, com 20 mulheres de pós-parto normal, por meio da aplicação de instrumento semiestruturado. Para análise dos acervos das narrativas, utilizou-se o método de análise de conteúdo. **Resultados:** Verificou-se a emergência de 3 (três) categorias: (Des) conhecimento das mulheres sobre as premissas do parto humanizado; Assistência durante o trabalho de parto e parto: intervenções versus boas práticas obstétricas e Vivências atribuídas pelas mães durante a assistência ao parto e em relação ao contato precoce pele a pele no pós-parto imediato. Os achados apontam: idade entre 18 a 24 anos, autodeclaradas pardas, em união estável e ensino fundamental. Em relação ao perfil obstétrico, a maioria multípara com início do pré-natal (PN) tardio e com baixa adesão ao acompanhamento. **Conclusão:** As boas práticas obstétricas devem ser incorporadas rotineiramente nos atendimentos. A equipe multidisciplinar deve adotar ferramentas de cuidado em saúde para promover a informação e a educação das mulheres e de suas redes de apoio durante a assistência obstétrica para que elas tornem-se protagonistas do processo parturitivo.

Palavras-chave: Parto humanizado, Cuidados de enfermagem, Nascimento, Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: Analyze women's experiences in the parturition process, especially skin-to-skin contact (SPC) immediately after birth. **Methods:** This is an exploratory, longitudinal, descriptive field study with a qualitative approach, carried out from 2022 to 2023, with 20 normal postpartum women, through the application of a semi-structured instrument. To analyze the narrative collections, the content analysis method was used. **Results:** The emergence of 3 (three) categories was verified: Women's (lack of) knowledge about the premises of humanized childbirth; Assistance during labor and delivery: interventions versus good obstetric practices and experiences attributed by mothers during birth assistance and in relation to early skin-to-skin contact in the immediate postpartum period. The findings indicate: aged between 18 and 24 years old, self-declared mixed race, in a stable union and with primary education. Regarding the obstetric profile, the majority were multiparous with a late start to prenatal care (PN) and low adherence to follow-up. **Conclusion:** Good obstetric practices should be routinely incorporated into care. The multidisciplinary team must adopt health care tools

¹ Universidade Estadual de Goiás (UEG), Unidade Universitária de Ceres (UnU-Ceres), Ceres - GO.

² Universidade Federal de Jataí (UFJ), Jataí - GO.

³ Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anápolis - GO.

to promote information and education for women and their support networks during obstetric care so that they become protagonists of the birth process.

Keywords: Humanized birth, Nursing care, Birth, Patient care team.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias de las mujeres en el proceso del parto, especialmente el contacto piel con piel (SPC) inmediatamente después del nacimiento. **Métodos:** Se trata de un estudio de campo descriptivo, longitudinal, exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado durante el año 2022 al 2023, con 20 puérperas normales, mediante la aplicación de un instrumento semiestructurado. Para analizar las colecciones narrativas se utilizó el método de análisis de contenido. **Resultados:** Se verificó el surgimiento de 3 (tres) categorías: (des)conocimiento de las mujeres sobre las premisas del parto humanizado; Asistencia durante el trabajo de parto y el parto: intervenciones versus buenas prácticas y experiencias obstétricas atribuidas por las madres durante la asistencia al parto y en relación al contacto temprano piel con piel en el posparto inmediato. Los hallazgos indican: edad entre 18 y 24 años, autodeclarada mestiza, en unión estable y con educación primaria. En cuanto al perfil obstétrico, la mayoría fueron multíparas con inicio tardío de la atención prenatal (NP) y baja adherencia al seguimiento. **Conclusión:** Las buenas prácticas obstétricas deben incorporarse sistemáticamente a la atención. El equipo multidisciplinario debe adoptar herramientas de atención en salud para promover la información y educación de las mujeres y sus redes de apoyo durante la atención obstétrica, para que se conviertan en protagonistas del proceso del parto.

Palabras clave: Nacimiento humanizado, Cuidado de enfermera, Nacimiento, Equipo de atención al paciente.

INTRODUÇÃO

No parto humanizado, é essencial respeitar a cultura, as crenças e a religião das mulheres, bem como suas redes de apoio, visando promover o autocuidado, a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê (BRASIL, 2017a; CASTRO JC de e CLAPIS MJ, 2005). O enfermeiro tem a responsabilidade de prestar atendimento à mulher, utilizando ferramentas de cuidado em saúde que enfatizem o acolhimento e a escuta qualificada (CARDOSO D de C, et al., 2020). A linha humanizadora de assistência ao parto e nascimento prevê que os profissionais realizem o estímulo e a aproximação entre mãe e filho no pós-parto imediato, com o contato pele a pele (CPP), nos primeiros minutos de vida do bebê (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2001). Os cuidados prestados pela equipe de saúde, devem respeitar o momento de interação, a fim de favorecer o estabelecimento imediato do vínculo (SILVA BAA e BRAGA LP, 2019; SCHIMITH MD, et al., 2011).

A literatura evidencia que a proximidade e o toque precoce entre mãe e filho oferecem inúmeras vantagens, incluindo maior atenção, responsividade, calma e sintonia entre ambos. Esses benefícios ajudam na estabilização dos níveis sanguíneos, dos batimentos cardíacos e da respiração do bebê, além de reduzir o choro e o estresse, mantendo o bebê aquecido pelo calor proveniente da mãe (VIDAL ÁT, et al., 2011; CECHIN PL, 2002). É comprovado que bebês acariciados pela mãe logo após o nascimento apresentam maior resistência em relação aos que foram desprovidos desse ato (MATOS TA, et al., 2010). O momento do reconhecimento do recém-nascido (RN) pela mãe é único (BRASIL, 2012).

É no primeiro contato pele a pele, que a mãe concretiza, por sua própria percepção, o delineamento físico do filho, o qual foi imaginado ao longo da gestação. O CPP potencializa para a mulher a possibilidade de apreciar o filho pela primeira vez e vivenciar fortes sentimentos de emoção (SANTOS LM dos, et al., 2014; BRASIL, 2012). Santos LM dos, et al. (2014) ressalta que a ligação emocional, acentuada e precoce, facilita o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas. Nessa perspectiva, o estudo objetivou analisar as vivências das mulheres, no processo de parturição, especialmente no contato pele a pele (CPP) logo após o nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório de campo, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de 2022 a 2023, atendendo aos critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (PATIAS ND e HOHENDORFF JV, 2019; TONG A, et al., 2007). A pesquisa qualitativa possibilita

uma análise do assunto em questão, por permitir a obtenção de dados nos quais aparecem, também, a subjetividade dos integrantes do grupo estudado. Além de preocupar-se com as questões particulares, ocupando-se com os significados, motivações, aspirações, atitudes, hábitos, entre outros. Essa abordagem busca compreender o significado e a intencionalidade das reações e relações humanas (MINAYO MCS, 2014). A amostra foi por conveniência e participaram do estudo 20 mulheres de pós-parto normal, maiores de 18 anos, por meio da aplicação de questionário semiestruturado. O estudo foi desenvolvido em um município brasileiro do interior do estado de Goiás, Região Centro-Oeste do País, Anápolis, que possui uma população de 398.869 habitantes em uma área de aproximadamente 918,3 km², terceiro município em número de habitantes e o mais populoso fora da Região Metropolitana de Goiânia (IBGE, 2022). O município possui 2 (duas) maternidades de referência, credenciadas no Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam cerca de 4.800 partos/ano.

Cabe ressaltar que este estudo seguiu as diretrizes estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo a confiabilidade dos dados coletados (BRASIL, 2012b). Além disso, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), com o número em Pesquisa da CAEE: 83336017.7.0000.5076 e Parecer N° 2.737.309. Para fins de registro as falas das participantes aparecem descritas com o prefixo entrevistado seguido da numeração correspondente. Para análise dos acervos das narrativas das mulheres investigadas, utilizou-se o método de análise de conteúdo, associada ao programa computacional ATLAS TI 5.2, desenvolvido especificamente para a análise de dados qualitativos (BARDIN L, 2016; BARDIN L, 2011).

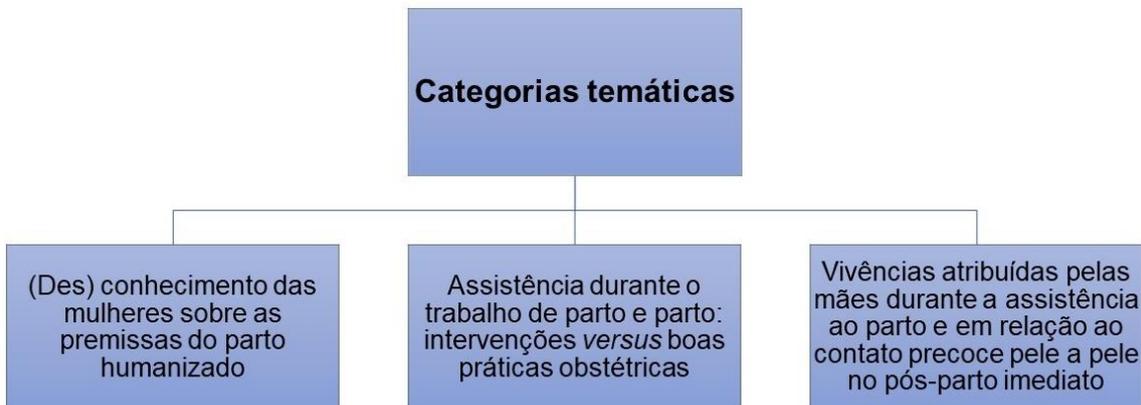
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integraram o estudo um total de 20 mulheres de pós-parto normal. A maioria com idade entre 18 a 24 anos (n=12), autodeclaradas pardas (n=16) e com predominância do estado civil união estável (n=20). Em relação ao nível de escolaridade, prevaleceu o ensino fundamental (n=14) seguido do ensino médio (n=6), cursados em estabelecimento de ensino público. Em relação ao perfil obstétrico, evidenciou-se: a maioria multípara (n=16) seguida de primigestas (n=4), início do pré-natal (PN) tardio (n=15), baixa adesão ao PN (n=10) seguido de mulheres sem PN (n=4) com uma média de 4 (quatro) consultas, todas realizadas na Estratégia Saúde da Família (ESF). O acompanhamento pré-natal (PN) tem como objetivo garantir o desenvolvimento saudável da gestação, evitando impactos negativos na saúde materno-fetal e assegurando um parto adequado com o nascimento de um recém-nascido (RN) saudável.

A porta de entrada da gestante e sua rede de apoio no serviço de saúde ocorre na Atenção Básica à Saúde (ABS). Recomenda-se o início precoce do pré-natal, idealmente até a 12^a semana de gestação, com um mínimo de seis consultas, acompanhamento por uma equipe multidisciplinar e acesso garantido a todos os serviços de saúde necessários (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c). O MS orienta que o PN deve ser iniciado na ABS, com a devida disponibilidade de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos. Para o MS é importante garantir que todas as gestantes tenham acesso oportuno aos exames necessários e a uma escuta ativa que considere aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, além do cuidado biológico, por meio de atividades como "rodas de gestantes".

O transporte público gratuito para o atendimento PN deve ser oferecido quando necessário, e é direito dos parceiros receber cuidados, incluindo consultas, exames e informações. Outra orientação importante é assegurar as gestantes o acesso a unidades de referência especializadas, quando necessário, e incentivá-las elaborar um "Plano de Parto", destacando os benefícios do parto fisiológico. Além disso, as gestantes devem ter a oportunidade de conhecer e visitar o serviço de saúde em que darão à luz. Para isso, é essencial que essas mulheres estejam cientes e exerçam seus direitos, garantidos por lei, durante o período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012a). A análise do corpus, possibilitou a identificação de 3 (três) categorias temáticas, a saber: (Des) conhecimento das mulheres sobre as premissas do parto humanizado; Assistência durante o trabalho de parto e parto - intervenções versus boas práticas obstétricas e vivências atribuídas pelas mães durante a assistência ao parto e em relação ao contato precoce pele a pele no pós-parto imediato (**Figura 1**).

Figura 1 – Esquema representativo das categorias temáticas



Fonte: Alencar MSF, et al., 2024.

(Des) conhecimento das mulheres sobre as premissas do parto humanizado

As mulheres compartilharam as seguintes informações em relação ao conhecimento sobre parto humanizado e as preconizações ministeriais,.

“[...] Meu parto [...] foi humanizado. Tive muito apoio e foi tranquilo”. (Entrevista 1)

“[...] Meu parto foi humanizado porquê foi tudo natural! Simplesmente tive contrações e dilatei sem precisar de remédios”. (Entrevista 2)

“Entendo que seja sem intervenções, totalmente natural. O meu parto não foi humanizado, porquê entendo que o pico seja uma intervenção e precisou por causa do tamanho do meu filho”. (Entrevista 3)

“[...] um parto natural, aquele que é espontâneo sem medicações sem nada. Eu acho que o meu foi sim, porque não tive medicações nem nada, e meu parto foi rápido”. (Entrevista 4)

“Não achei meu parto humanizado. Passei muito tempo na cama sentindo dor, gritando que acabaria ganhando ali mesmo. A equipe deixou muito a desejar”. (Entrevista 5)

Nos relatos das mulheres, ao serem questionadas sobre o tema do parto humanizado, algumas demonstraram não apenas desconhecimento, mas também desinteresse sobre o assunto.

“Então, eu não entendo sobre parto humanizado. Já até ouvi falar, mas não prestei muito a atenção nisso. Parece coisa de novela, distante demais da minha realidade. Talvez seja por isso, que não sei dizer se tive um parto humanizado”. (Entrevista 6)

“Parto humanizado! O que é isso? Sabe que não procurei saber durante a minha gravidez”. (Entrevista 7)

“Eu não entendo sobre o parto humanizado! Nunca nem ouvi falar sobre isso! O meu parto foi induzido, meu filho já estava passando da hora de nascer [...]”. (Entrevista 8)

A mulher é a peça fundamental para que a gravidez, o trabalho de parto e o nascimento sejam realizados de maneira efetiva e segura (REIS TL da R dos, et al., 2017; BRASIL, 2014). O PN adequado e a participação das mulheres e suas redes de apoio em grupos de gestantes é a oportunidade ideal para troca de informações e preparação para o parto e o pós-parto (REIS TL da R dos, et al., 2017). No pré-natal (PN), as mulheres são incentivadas e encorajadas a elaborar um plano de parto (PP). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) inclui o plano de parto como a primeira de uma série de recomendações para as "Boas Práticas de Atenção

ao Parto e Nascimento", com o objetivo de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica. O plano de parto consiste em uma espécie de checklist que aborda aspectos inerentes ao momento do parto, sobre os quais a grávida deve ser orientada para fazer reflexões e escolhas consciente (MEDEIROS RMK, et al., 2019; OMS, 1996).

O checklist inclui itens como a escolha do local de parto e do acompanhante, os procedimentos médicos permitidos ou que devem ser evitados, o manejo da dor, medidas de conforto, preferências para o pós-parto, e reflexões sobre crenças e valores, entre outros (SILVA ALNV da, et al., 2017). As mulheres relacionam o processo de parturição com dor e desconfortos, conforme se observa nos relatos:

“O parto é muito doloroso. Que dor é aquela mulher? Tem horas que você acha insuportável, cheguei achar que não suportaria”. (Entrevista 9)

“Um pouco traumático, [...] sempre eu quis um parto normal então fiz força e com ajuda do “pique” e da equipe, ele nasceu. Quero dizer que dói demais [...]” (Entrevista 3)

“Senti muita dor acho que por ser um parto natural e também por ser o meu primeiro filho, mais por mim passaria por tudo novamente sem pensar duas vezes, estou apaixonada pelo meu parto”. (Entrevista 10.)

Segundo os autores NILSEN E, et al., (2011), a sensação de dor vivenciada pela mulher em trabalho de parto (TP) e nascimento está à mercê de influências psicológicas e orgânicas tais como: comportamento, motivação, cultura e educação, constituição genética, estresse, e liberação de endorfinas. Assim, a dor é para cada mulher uma experiência única, pessoal e subjetiva, que deve ser respeitada pela rede de apoio e pelos profissionais de saúde. O comportamento das mulheres diante da dor pode variar significativamente e manifestar-se de diferentes formas. Algumas reações observadas incluem contração facial, choro, gemidos, tensão e até histeria. No entanto, algumas mulheres podem sentir dor sem demonstrar nenhum sinal aparente de incômodo ou desconforto (MASCARENHAS VHA, et al., 2019; NILSEN E; et al., 2011).

A percepção das mulheres e/ou associação do parto à dor, está muitas das vezes relacionadas a questões culturais, valores e crenças que são repassados de geração a geração (PEREIRA R da R, et al., 2011). Nesse sentido, os profissionais da saúde precisam, durante o PN, oportunizar as mulheres orientações e informações a respeito da dor, das etapas e das técnicas não medicamentosas para o seu alívio. O momento da internação é oportuno para reforçar as orientações e demonstrar uma atitude proativa e acolhedora com a mulher e seu acompanhante. O direito ao acompanhante foi preservado para todas as mulheres durante o processo parturitivo, entretanto a maioria delas desconhecia tal direito:

“Posso dizer que o meu direito do acompanhante foi respeitado. Minha mãe estava comigo, permaneceu desde à internação no pré-parto até a alta. Eu sabia que podia ter acompanhante, mas não sei se tem lei para isso não [...]” (Entrevista 11)

“[...] eu tive medo de ficar sozinha e sofrer. Quando cheguei aqui soube que podia ter acompanhante. Minha mãe me ajudou muito. Talvez se eu tivesse feito pré-natal, teria sabido dessa lei do acompanhante” (Entrevista 1)

Houve relatos de mulheres mencionando que o acompanhante foi permitido apenas no pré-parto e no alojamento conjunto, com a condição de ser do sexo feminino, além de não poder ser menor de idade nem ter mais de 60 anos.

“Eu queria o meu marido, mas só podia mulher. Minha irmã ficou comigo no pré-parto e aqui no quarto. Pedi muito para ela me acompanhar no parto, mas não deixaram”. (Entrevista 12)

“Na sala de parto fiquei sozinha. Aliás com os profissionais. Eu não tive muita opção de acompanhante, só podia ser mulher, então fiquei com minha sogra. Mas queria minha mãe, com 65 anos ela não podia ficar comigo”. (Entrevista 13)

O direito ao acompanhante é preservado pela Lei Federal nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005), conhecida como a Lei do Acompanhante. Essa Lei determina que os serviços de saúde do SUS e seus conveniados permitam que a gestante seja acompanhada, durante todo o período do parto e no pós-parto, por um acompanhante de sua preferência, independente de sexo, cor, raça ou idade (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2005).

No contexto das maternidades brasileiras, a pessoa escolhida pelas mulheres para acompanhá-las no processo parturitivo tem sido responsável por seu apoio emocional e conforto físico (FRUTUOSO LD e BRÜGGEMANN OM, 2013). No relato das mulheres, pode-se observar que foram surpreendidas com a não permissão do acompanhante, o que pode ter prejudicado o desempenho funcional dos mesmos durante o processo parturitivo. Frutuoso LD e Brüggemann OM (2013) referem que, para o adequado desempenho de papéis por parte do acompanhante, faz-se necessário acolhê-lo e inseri-lo no contexto institucional, fornecendo-lhe as orientações pertinentes.

Assistência durante o trabalho de parto e parto: intervenções versus boas práticas obstétricas

A partir da análise das falas, percebe-se que ocorreu uma atuação positiva e significativa da equipe multidisciplinar, junto as mulheres e seus acompanhantes durante o processo parturitivo:

“Eu penso que não precisa mudar em nada o cuidado da equipe com a gente. O atendimento é muito bom! Bom não, excelente! Gostei mais da enfermagem, elas explicaram tudo bem certinho, tiveram muita paciência. Eu já tive filho em outras maternidades e aqui foi diferente por demais, tiveram calma. Me senti como aqueles filmes”. (Entrevista 10)

“Nossa as enfermeiras tiveram comigo um cuidado incrível. O atendimento foi ótimo! Nem sabia que elas ajudavam tanto, tiraram minhas dúvidas desde o pré-parto até aqui. E vou te contar: eram muitas, pois eu não tinha noção de nada”. (Entrevista 6)

“[...] as enfermeiras foram muito atenciosas, ajudou em questão de ficar calma. Fizeram questão de colocar meu bebê no peito juntinho de mim”. (Entrevista 9)

Apenas duas mulheres, relataram insatisfação com a assistência recebida:

“A hora do parto foi horrível! Fui para sala sozinha, fiz força errado, gritei, chorei e pedi até socorro. O médico me mandou calar a boca, disse que eu iria parir sozinha. Quem me ajudou e defendeu foi a enfermeira. Meu bebê ficou parado, não saía. Quando saiu foi um alívio sem igual e a enfermeira insistiu para o pediatra deixá-lo comigo”. (Entrevista 11)

“[...] Só achei ruim o jeito que os médicos me trataram”. (Entrevista 2)

Os relatos das mulheres refletem medo do desconhecido. Ramos M et al. (2024) evidenciaram que o medo experimentado pelas mulheres durante o parto normal frequentemente resulta de desinformação, falta de diálogo entre os profissionais de saúde e as pacientes, e influências da rede de apoio, associadas às crenças e valores. Os autores também afirmam que o medo de dar à luz pode causar oscilações emocionais, impactar o desenvolvimento humano e influenciar a decisão sobre o tipo de parto.

O acolhimento com escuta qualificada para as mulheres nos momentos que antecedem o parto é essencial e essencial para fortalecer a confiança delas em sua capacidade de ser mãe e de cuidar de outro ser humano. Verificou-se que as mulheres durante o processo parturitivo foram submetidas há intervenções sem aviso prévio, não lhes oportunizando o direito à escolha. Dentre as intervenções ocorreram: episiorrafia, uso de medicamentos indutores (misoprostol e ocitocina), amniocentese e até mesmo a manobra de kristeller.

“Cheguei com 41 semanas, fiquei dois dias colocando uns comprimidos lá em baixo. Romperam a bolsa no pré-parto. Disseram que era para ajudar. Depois colocaram um soro, que tornou a dor insuportável, foi quando eu tive medo das coisas piorarem”. (Entrevista 14)

“Sim! Eles tiveram que ajudar. [...] episiorrafia. O bebê não queria vir, então fizeram. Levei uns pontos [...]” (Entrevista 15)

“[...] Tiveram que me cortar, para me ajudar a conseguir expulsar meu filho, porque pelo tamanho dele e só com minha força não ia dá, também tiveram que empurrar. Precisaram subir na minha barriga, eu já não tinha mais forças.” (Entrevista 3)

“[...] apenas a médica que estourou minha bolsa. (Entrevista 4)

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou diretrizes para o incentivo ao parto normal e humanizado, contrapondo as intervenções desnecessárias e garantindo um parto seguro (BRASIL, 2017a). Ferreira MSC, et al., (2020) demonstraram que, durante o parto, o ambiente deve ser favorável e seguro para permitir que o processo ocorra de forma natural.

Vivências atribuídas pelas mães durante a assistência ao parto e em relação ao contato precoce pele a pele no pós-parto imediato

Em relação à experiência vivenciada durante o trabalho de parto (TP) e parto, as mulheres, referiram ter sido única, gratificante e impactante.

“Nossa! Foi muito bom, foi muito incrível! Perfeito, achei tudo muito lindo e emocionante. Uma experiência única”. (Entrevista r16)

“Foi uma experiência boa! [...] Graças a ajuda da equipe eu tive meu sonho realizado. Queria muito parto normal”. (Entrevista 17)

“Foi uma experiência muito boa. Fui muito bem atendida, tive todos os cuidados prestados com muito respeito, atenção, carinho. Fiquei muito satisfeita com meu parto e muito grata”. (Entrevista 15)

“Foi Boa. É uma experiência maravilhosa quando você vê seu filho. [...] o meu parto foi bem tranquilo, rápido! [...] Foi minha melhor escolha, até minha recuperação foi tranquila e rápida”. (Entrevista 13)

No que concerne ao contato precoce pele a pele (CPP), nos primeiros minutos de vida do bebê, os relatos aparecem carregados de emoção e sentimentos:

“[...] logo que tiraram minha filha, eles a colocaram sobre minha barriga. Como foi bom poder vê-la [...]”. (Entrevista 16)

“[...] tive o primeiro contato com meu bebê. Foi um momento único sem palavras para explicar. Senti uma emoção enorme e verdadeira. Que momento mágico! Senti o seu corpinho junto ao meu, o seu calor me trouxe paz e tranquilidade. Assim que foi entregue a mim parou de chorar”. (Entrevista 18)

“Foi a melhor sensação do mundo! Uma felicidade que não sei como explicar. Percebi que ele nasceu chorando e que quando colocaram ele sobre mim [...] ah meu filho parou de chorar”. (Entrevista 17)

“Foi um momento mágico e único! Achei ela toda perfeitinha. Sem dúvidas foi a melhor sensação do mundo! Vou guardar aquela imagem para sempre em minha memória!” (Entrevista 7)

“[...] melhor sensação da vida. Uma misto de sensações e emoções”. (Entrevista 3)

“Hum. [...] sim. [...]tive meu primeiro contato. Foi muito bom, fiquei uns 10 minutos com meu bebê em mim. Ela fez xixi em mim foi uma emoção muito grande. [...] é uma sensação única. [...]”. (Entrevista 2)

“Foi inexplicável, não tenho palavras para poder explicar tamanha emoção e felicidade que senti no momento. [...] aquilo tudo foi tão novo e mágico. [...] quando a vi nem acreditei que aquela preciosidade tinha saído de mim, tão linda e tão perfeita. O maior amor do mundo”. (Entrevista 6)

A disposição do RN sem roupa em decúbito ventral sobre o tórax, imediatamente após o nascimento, é compreendida como contato pele a pele (WHO, 2017). Recomenda-se que esse contato seja contínuo e ininterrupto, uma vez que é um fator determinante na adaptação do RN à vida extrauterina (ANTUNES MCFB; TEIXEIRA JDBM; COSTA IMMSR, 2022; WHO, 2017). Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que qualquer intervenção ou procedimento rotineiro junto ao recém-nascido (RN) seja adiado imediatamente após o parto, evitando assim a separação entre mãe e bebê (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que uma das recomendações do Ministério da Saúde é o clampeamento tardio do cordão umbilical (BRASIL, 2014). Assim, em recém-nascidos saudáveis, o clampeamento deve ser realizado após o cordão umbilical parar de pulsar. O National Institute for Health Care and Clinical Excellence (NICE, 2014) sugere que o cordão umbilical seja ligado antes de 5 minutos para realizar a tração controlada como parte do manejo ativo do parto. No entanto, recomenda que, se a mulher desejar que o ligamento ocorra apenas após 5 minutos, sua escolha deve ser respeitada e apoiada (STRADA JKR, et al., 2022; MENDONÇA TRM, et al., 2021; MONTENEGRO CABR, 2019).

A literatura evidencia que, por meio do contato pele a pele, a mãe começa a materializar a existência do filho, que foi tão sonhado e esperado ao longo da gestação (CAMPOS PM, et al., 2020; KOLOGESKI TK, et al., 2017). Esse momento é oportuno para vivenciar sentimentos e emoções intensos, muitas vezes indescritíveis em palavras. O contato físico precoce entre mãe e bebê favorece a sucção precoce do RN em seio materno, contribui para o estabelecimento ou continuidade do vínculo, além de favorecer a contratilidade uterina e auxiliar no êxito do processo de amamentação (SOUZA HLR, et al., 2020; BRASIL, 2009).

CONCLUSÃO

As boas práticas obstétricas devem ser incorporadas rotineiramente aos atendimentos, visto que a proposta de humanização do parto baseia-se no tripé: empoderamento e protagonismo feminino; visão do parto como evento humano biopsicosociocultural; e intrínseca relação da medicina baseada em evidências. A equipe multidisciplinar deve adotar ferramentas de cuidado em saúde para promover a informação e a educação das mulheres e suas redes de apoio durante a assistência obstétrica para que elas tornem-se protagonistas do processo parturitivo.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES MCFB, et al. Contacto pele-a-pele no sucesso da amamentação: uma revisão scoping. Revista Recien [Internet]. 2022; 12 (38): 362-74.
2. BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3rd reimp. da 1st ed. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, translator. São Paulo: 2016; 70.
3. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, translator. São Paulo, 2011; 70.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2022.
5. BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. Brasília; 2005. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>. Acesso em: 12 de junho de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

- https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e amamentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 03 de janeiro de 2022.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 1 de agosto de 2023.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2023.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2023.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2023.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2023.
 13. CAMPOS PM, et al. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020; 41: 20190154.
 14. CARDOSO D de C, et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. *REAS* [Internet]. 2020; (41): 2442.
 15. CASTRO JC de e CLAPIS MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005; 13(6): 960–7.
 16. CECHIN PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2002; 55(4): 444–8.
 17. FERREIRA, MSC, et al. Um olhar sobre a experiência do parto: trajetória, possibilidades e repercussões. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 2020; 26: 416-427.
 18. FOCEPSJG. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM GUARIENTO, A. *Obstetrícia Normal*. Barueri/SP: Manole, 2011.
 19. IBGE –INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2022). Censo demográfico. Cidades e estados. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama>. Acesso em: 15 de junho de 2024.
 20. KOLOGESKI, TK, et al. "Contato pele a pele do recém-nascido com sua mãe na perspectiva da equipe multiprofissional." *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017: 94-101.
 21. MASCARENHAS VHA, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019; 32(3): 350–7.
 22. MATOS TA, et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010; 63(6): 998–1004.
 23. MEDEIROS RMK, et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019; 40: 20180233.

24. MENDONÇA TRM, et al. Pulsatility of the umbilical cord in full-term natural childbirths. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2021; (42): 20200241.
25. MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014; 34.
26. MONTENEGRO, CABR; Rezende: *obstetrícia fundamental*. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019; 14.
27. NILSEN E, et al. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011; 45(3): 557–65.
28. OMS. Organização Mundial da Saúde (CH). *Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS; 1996.
29. PATIAS ND e HOHENDORFF JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicol Estud* [Internet]. 2019; 24: 43536.
30. PEREIRA R da R, et al. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2011; 61(3): 382–8.
31. RAMOS M, et al. Perspectivas das gestantes sobre o medo do parto normal em uma maternidade do médio Paraíba / Rio de Janeiro: estudo transversal observacional. *RCUBM* [Internet]. 2024; 26(50): 73-9.
32. REIS TL da R dos, et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017; 38(1): 64677.
33. SANTOS LM dos, et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014; 67(2): 202–7.
34. SCHIMITH MD, et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab educ saúde* [Internet]. 2011; 9(3): 479–503.
35. SILVA ALNV da, et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2017; 7(1): 144-51.
36. SILVA BAA e BRAGA LP. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev. SBPH* [Internet]. 2019; 22(1): 258-279.
37. STRADA JKR, et al. Factors associated with umbilical cord clamping in term newborns. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2022; (56): 20210423.
38. TONG, A, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007; 19(6): 349-357.
39. VIDAL ÁT, et al. Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres [Barriers to implementing childbirth recommendations in Brazil: the women's perspective Obstáculos para la aplicación de las recomendaciones de asistencia al parto normal en Brasil: perspectiva de las mujeres]. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44: 164.
40. WHO. World Health Organization. *Protecting, promotion and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: guideline*. Geneva: OMS. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 de agosto de 2023.