Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Boas práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de referência na Amazônia brasileira

Good obstetric practices in labor and birth care in a reference maternity hospital in the brazilian Amazon

Buenas prácticas obstétricas en la atención del parto y nacimiento en una maternidad de referencia en la Amazonia brasileña

Karina de Jesus Cruz do Carmo[1], Leila Fernanda Silva de Oliveira[1], Anna Paula Alves de Almeida[1], Juliana Santos de Albuquerque Marialva[1], Isaac Lima Sousa[1], Sheila Barbosa Paranhos[1], Edficher Margotti[1], Márcia Simão Carneiro[1], Diego Pereira Rodrigues[2], Andressa Tavares Parente[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever as boas práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência na Amazônia Brasileira. **Métodos:** Estudo descritivo, delineamento transversal e natureza quantitativa com 214 puérperas. A pesquisa ocorreu no Alojamento Conjunto de uma maternidade de referência no estado do Pará. Os dados foram coletados por meio de dois formulários adaptados utilizados na pesquisa “Nascer no Brasil”. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Em relação às práticas obstétricas, 44,8% receberam alimentação e líquidos, 98,1% possuíam acompanhantes, 97,1% liberdade de movimento, 52,8% uso de métodos não farmacológicos, o profissional médico assistiu a maioria dos partos 91,10%. Não houve contato pele a pele por no mínimo 1 hora. Contudo, foi estabelecido o contato pele a pele por menos de 1 hora em 91,5% dos partos. Entre as posições assumidas para o parto, destacou-se a semi-sentada 87,8%. **Conclusão:** Diante dos achados, conclui-se que, embora as diretrizes nacionais e internacionais recomendem boas práticas obstétricas, sua aplicação ainda é desigual. Observou-se a coexistência de práticas humanizadas e intervencionistas no cuidado prestado.

Palavras-chave: Trabalho de parto, Parto, Obstetrícia, Humanização da assistência, Recém-nascido.

ABSTRACT

Objective: To describe good obstetric practices during labor and delivery in a referral maternity hospital in the Brazilian Amazon. **Methods:** This descriptive, cross-sectional, and quantitative study involved 214 postpartum women. The study took place in the shared rooming-in unit of a referral maternity hospital in the state of Pará. Data were collected using two adapted forms used in the "Born in Brazil" survey. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Regarding obstetric practices, 44.8% received food and fluids, 98.1% had companions, 97.1% had freedom of movement, 52.8% used non-pharmacological methods, and a medical professional attended most deliveries (91.10%). There was no skin-to-skin contact for at least 1 hour. However, skin-to-skin contact was established for less than 1 hour in 91.5% of deliveries. Among the positions adopted for delivery, semi-sitting stood out in 87.8%. **Conclusion:** Based on the findings, we conclude that, although national and international guidelines recommend good obstetric practices, their implementation remains uneven. A coexistence of humanized and interventionist practices was observed in the care provided.

Keywords: Labor, Childbirth, Obstetrics, Humanization of assistance, Newborns.

[1] Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.
[2] Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói - RJ.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

RESUMEN

Objetivo: Describir las buenas prácticas obstétricas durante el trabajo de parto y el parto en una maternidad de referencia en la Amazonia brasileña. **Método:** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo con 214 puérperas. El estudio se llevó a cabo en la unidad de alojamiento conjunto de una maternidad de referencia en el estado de Pará. Los datos se recopilaron mediante dos formularios adaptados de la encuesta "Nacidas en Brasil". El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** En cuanto a las prácticas obstétricas, el 44,8% recibió alimentación y líquidos, el 98,1% contó con acompañantes, el 97,1% tuvo libertad de movimiento, el 52,8% utilizó métodos no farmacológicos y la mayoría de los partos fueron atendidos por un profesional médico (91,10%). No hubo contacto piel con piel durante al menos una hora. Sin embargo, el contacto piel con piel se estableció durante menos de una hora en el 91,5% de los partos. Entre las posiciones adoptadas para el parto, la semisentada se destacó en el 87,8%. **Conclusión:** Con base en los hallazgos, concluimos que, si bien las guías nacionales e internacionales recomiendan buenas prácticas obstétricas, su implementación sigue siendo desigual. Se observó una coexistencia de prácticas humanizadas e intervencionistas en la atención brindada.

Palabras clave: Trabajo de parto, Nacimiento, Obstetricia, Humanización de la atención, Recién nascido.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de mudanças anatômicas, fisiológicas e psicológicas, com a finalidade de adaptar o corpo para o desenvolvimento do embrião. Assim, todos os sistemas do corpo da mulher experimentam adequações, desde o aumento do débito cardíaco em cerca de 20% até a elevação da necessidade de oxigênio (CHANDRA M e PARAY AA, 2024).

Ao final da gestação, o trabalho de parto (TP) é o evento de preparo do organismo materno para a concepção. Logo, o parto é o momento de nascimento do bebê, que ocorre por via vaginal ou cesárea. O TP é um acontecimento esperado, porém temido pelas mulheres, em razão das expectativas, inseguranças e medos (REIS TH, et al., 2024).

Diante do TP e parto, um dos principais desafios é preservar a autonomia da parturiente. Entende-se como autonomia, o direito de aceitar ou recusar procedimentos e intervenções terapêuticas, após esclarecimentos que forneçam as informações necessárias para essa escolha (GONTIJO BDR, et al., 2024). E ao negar esse direito e impor condutas intervencionistas sem informações prévias e consentimento, configura-se violência obstétrica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a violência obstétrica uma forma de violência de gênero, pois viola os direitos humanos assegurados às mulheres no TP. Nesse contexto, intervenções desnecessárias e sem respaldo científico, bem como práticas que envolvem abuso, desrespeito, negligência, humilhação, agressões verbais ou físicas, configuram violência obstétrica (WHO, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil” (2011–2012) revelou altas taxas de intervenções injustificadas durante a assistência ao parto. Entre as práticas obstétricas amplamente utilizadas, destacam-se a execução de ocitocina e amniotomia (40%), analgesia raqui/peridural (30%), posição de litotomia durante o parto (92%) e que 56% foram submetidas à episiotomia, mesmo sem respaldo científico que comprove sua eficácia (LEAL MC, et al., 2014).

Dessa forma, práticas intervencionistas violam os aspectos fisiológicos do corpo feminino no processo parturitivo, aumentando a insegurança para o binômio materno-infantil. Sendo assim, fornecer apoio contínuo, diminuir as intervenções precoces e articulá-las cientificamente conforme as necessidades, fomentam a satisfação materna (SILVA CA, et al., 2022).

Ademais, além da violência obstétrica, as intervenções ou complicações, que ocorrem durante a gestação, parto ou puerpério podem resultar em mortes maternas. Nesse contexto, interferências originadas de manejos incorretos e da má assistência, são causas de mortes preveníveis. Em 2020, no Pará, a frequência de morte materna foi 28%, o maior registro se comparado à 2019 com 25,6%, e 2018 com 21% (FIGUEIRA SAS, et al., 2023).

Mesmo diante da implementação de políticas públicas em saúde reprodutiva, os dados evidenciam a necessidade urgente de reformular as práticas obstétricas do Brasil. Para isso, a adoção de boas práticas no trabalho de parto, parto e pós-parto devem ser problematizadas e amplamente debatidas diante aos desafios enfrentados, para garantir a dignidade e a segurança do binômio (OLIVEIRA LFS, et al., 2023).

Destaca-se que, após a análise da literatura, identificou-se um déficit de produções científicas sobre a temática na região Norte do Brasil (LAMY ZC, et al., 2021). Nesse sentido, este estudo poderá contribuir com novos dados sobre as boas práticas obstétricas durante o TP e parto. A presente pesquisa tem o objetivo de descrever as boas práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em uma maternidade de referência na Amazônia Brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMP, situada na região Norte do país, no período de julho de 2019 à março de 2020. Foi adotado para estruturação das etapas da pesquisa o checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* - STROBE (2019).

A instituição é referência na área materno-infantil e em 2023, realizou cerca de 8.908 partos, sendo 3.579 normais e 5.329 cesáreos. Além disso, possui reconhecimento máximo pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), estabelecendo nível 3 de excelência, sendo o primeiro hospital público do Norte com essa certificação (FSCMP, 2023).

A pesquisa ocorreu, especificamente, no Alojamento Conjunto (ALCON). A população de estudo foi composta de puérperas internadas no período da coleta de dados. Foram incluídas as puérperas maiores de 18 anos, que tiveram como produtos da concepção recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais, que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido e conceberam por via vaginal. Excluíram-se as puérperas que não apresentaram capacidade física e/ou emocional para participar do estudo.

Para cálculo da amostra, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) da FSCMP, informou haver uma média de 10 mil nascimentos anuais, sendo que aproximadamente 4.500 são por via vaginal e por volta de 5.500 por meio de cirurgia cesariana. Desse total, cerca de 1.000 de mulheres estavam no universo selecionado na pesquisa. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por meio da calculadora online Netquest, a partir da quantidade de partos anuais, com intervalo de confiança de 90% e erro amostral de 5%, o que originou uma amostra de 214 puérperas.

Para realização do estudo, por meio de verificações nos prontuários, se identificou as puérperas que se encaixavam nos critérios de inclusão. Logo depois, realizou-se, no Alojamento Conjunto, a familiarização com as possíveis participantes. Em seguida, foi realizado apresentação do estudo, seus objetivos e o convite às puérperas. Só após o consentimento das participantes, por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi iniciada a coleta de dados, por meio de dois formulários adaptados do formulário utilizado na pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, no qual se buscou avaliar as práticas realizadas por médicos e enfermeiros obstetras na assistência ao parto e nascimento na instituição selecionada para o estudo.

O primeiro formulário foi aplicado às puérperas pelo menos oito horas após o parto, composto por variáveis de identificação sociodemográfica materna (idade, grupo étnico, estado civil, grau de instrução, renda familiar e procedência) e questões sobre os desfechos de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. O segundo formulário foi preenchido com base em dados disponíveis nos prontuários, após concedida a permissão da instituição, no próprio setor de internação. Esse formulário continha dados da assistência (desfechos de boas práticas e intervenções realizadas) no trabalho de parto e parto.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, na qual as informações coletadas em campo, registradas nos formulários, foram inseridas em uma planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel, versão 2016 e submetidas a análise do Bioestat versão 5.3.

Este estudo seguiu as recomendações da resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o estudo iniciou após a aprovação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMP (Parecer n.º 3.364.549 e CAAE 13977219.8.0000.5171). Todas as puérperas consentiram a participação no estudo por meio da assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Houve a participação de 214 puérperas. A maioria das participantes (75,7%) encontrava-se na faixa etária de 20 a 35 anos, 16,3% tinham entre 18 e 19 anos e 8% possuíam idade superior a 35 anos. Em relação à cor da pele, 92% das mulheres se autodeclararam pretas ou pardas. Quanto ao estado civil, 49% relataram estar em união estável, 10,27% eram casadas e 39,2% se declararam solteiras.

Os dados revelaram que 49% das puérperas haviam concluído o ensino fundamental, um fator considerado pelo MS como agravante para a saúde da mulher. Apenas 7% das participantes haviam concluído o ensino superior. Em relação à renda mensal, 61,1% das entrevistadas informaram sobreviver com até um salário-mínimo (**Tabela 1**).

Em relação à procedência das participantes, 52,3% eram residentes da Região Metropolitana I, composta pelos municípios de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará. Já 8,9% eram oriundas da Região Metropolitana II, enquanto 10,4% pertenciam à Região Metropolitana III.

Tabela 1 - Descrição do perfil sociodemográfico das puérperas pós-parto normal, n= 214.

Características	N	%
Idade		
≤ 19	35	16,3
20 - 35	162	75,7
36	17	8
Raça		
Branca	13	6
Negras (Pretas/Pardas)	197	92
Amarela	3	1,4
Indígena	1	0,46
Estado Civil		
Solteiras	84	39,20
União Estável	105	49,00
Casadas	22	10,27
Outros (Divorciadas/Viúvas)	3	1,40
Escolaridade		
Alfabetizada	2	1,0
Ensino Fundamental	105	49,0
Ensino Médio	92	43
Ensino Superior	15	7,0
Renda		
Sem Renda	3	1,4
Até 1	131	61,1
2-3	76	35,2
4-5	4	2,3
>5	0	0
Procedência		
Região Metropolitana I	112	52,3
Região Metropolitana II	19	8,9
Região Metropolitana III	22	10,4
Outras Regiões	56	26,1
Outros Estados	5	2,3
Total	**214**	100

Fonte: Carmo KJC, et al., 2025.

A partir da caracterização sociodemográfica e da procedência das participantes, foi possível compreender o contexto em que essas mulheres vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal. Torna-se relevante analisar as condições de assistência oferecidas durante o TP e parto, com ênfase na adoção de boas práticas obstétricas e no respeito aos direitos das parturientes durante o processo parturitivo.

No que se refere à alimentação e à ingesta hídrica, 57,2% das mulheres relataram que não foram oferecidos alimentos ou líquidos durante o primeiro estágio do TP. Quanto à presença de acompanhante, 98,1% das puérperas afirmaram ter contado com a companhia de uma pessoa de sua livre escolha ao longo de toda a internação, conforme preconizado pela legislação vigente.

Em relação à mobilidade durante o trabalho de parto, 97,1% das mulheres relataram ter sido estimuladas a se movimentar e a adotar posições de livre escolha, conduta alinhada às recomendações de humanização da assistência. No entanto, quanto ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, apenas 52,8% das parturientes usaram algum recurso dessa natureza, evidenciando uma lacuna na incorporação dessas práticas.

Entre os métodos não farmacológicos mais utilizados destacaram-se a barra de Ling (61,06%), a bola suíça (37,16%), o cavalinho (27,24%) e o chuveiro (23,89%). Observou-se que nenhuma das mulheres teve garantido o contato pele a pele com o recém-nascido após o parto, por no mínimo 1 hora. Contudo, 91,5% das mulheres tiveram contato pele a pele por menos de 1 hora.

Por fim, quanto à categoria profissional responsável pela assistência ao parto, apenas 8,87% das puérperas relataram ter sido atendidas por enfermeiros obstetras, o que evidencia a predominância da atuação médica nesse cenário, refletindo a atuação da Enfermagem Obstétrica, mesmo diante das diretrizes que recomendam a ampliação de seu protagonismo na assistência ao parto normal.

Tabela 2 - Descrição das boas práticas obstétricas utilizadas durante trabalho de parto e parto, das puérperas pós-parto normal, n= 214.

Características	N	%
Alimentação/Ingesta Hídrica		
Sim	96	44,8
Não	118	55,2
Acompanhante durante a internação		
Não	4	1,8
Sim	210	98,1
Mãe	46	21,49
Marido	61	29,04
Irmã	29	13,80
Outros	74	35,23
Liberdade de movimentação no primeiro estágio do parto		
Sim	208	97,1
Não	6	2,8
Uso de Métodos não farmacológicos de alívio da dor		
Não	**101**	**47,1**
Sim	**113**	**52,8**
Barra de Ling	69	61,06
Bola suíça	42	37,16
Cavalinho	31	27,43
Chuveiro	27	23,89
Outros	45	39,82
Profissional que assistiu ao parto		
Médico	195	91,10
Enfermagem	19	8,87
Contato pele a pele precoce por no mínimo 1 hora		
Não	214	100
Sim	0	0
Contato pele a pele por menos de 1 hora		
Sim	196	91,5
Não	18	8,5
Total	**214**	**100**

Fonte: Carmo KJC, et al., 2025.

Em relação à posição adotada no momento do parto, observou-se que a maioria das mulheres (87,8%) foi submetida à posição semi-sentada (**Tabela 3**). A banqueta de parto foi utilizada por 5,1% das mulheres, enquanto a posição de cócoras foi adotada por 4,2% das entrevistadas. Ambas são reconhecidas como posições que favorecem o TP ao aproveitarem a força gravitacional, além de promoverem maior autonomia e conforto para a parturiente. A posição litotômica, tradicionalmente associada a partos hospitalares, foi adotada por 2,3% das puérperas. Já a posição lateralizada foi mencionada por 0,4% das mulheres, demonstrando que há pouca diversidade nas posições permitidas ou incentivadas.

Tabela 3 - Posição assumida no parto, das puérperas, n= 214.

Posição	N	%
Semi-sentada	188	87,8
Banqueta	11	5,1
Cócoras	9	4,2
Litotomia	5	2,3
Lateralizada	1	0,4
Total	**214**	100

Fonte: Carmo KJC, et al., 2025.

DISCUSSÃO

As boas práticas obstétricas devem ser priorizadas e incentivadas na assistência às parturientes, pois estas implicam nos desfechos do binômio. Evidência recente indica, que tanto no parto vaginal quanto no parto cesáreo, as boas práticas obstétricas foram empregadas. Entretanto, somente no parto vaginal os indicadores evidenciam maiores índices de presença de acompanhante, contato pele a pele, utilização de métodos não farmacológicos e clampeamento oportuno do cordão umbilical, em comparação às mulheres submetidas a intervenção cirúrgica (GONDIM ALM, et al., 2024).

No estudo houve a identificação de sete práticas obstétricas, as quais se relacionam à oferta de alimentação e líquidos, presença de acompanhante durante a internação, liberdade de movimentação, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, profissional que assistiu ao parto, contato pele a pele precoce e a posição assumida durante o TP.

Na pesquisa em tela, observou-se a limitada proporção de parturientes que tiveram acesso a líquidos e alimentos durante o primeiro estágio do TP. Nesse sentido, estudo brasileiro, corrobora para tal achado. Em ambas as instituições de saúde, houve baixo consumo de líquidos e alimentos por parte destas (CANARIO MASS, et al., 2024). As parturientes podem alimentar-se durante o trabalho de parto, essa medida evita a progressão insatisfatória, proporcionando disposição para suportar o parto.

A restrição alimentar é instigada, no âmbito hospitalar, em razão do risco de aspiração gástrica desencadeado por analgesia. Contudo, a vontade de alimentar-se é regulada pela própria parturiente, sendo maior durante a fase inicial do trabalho de parto e diminuindo com a progressão deste, sendo assim, fornecer alimentos proporciona maior satisfação e diminuição do estresse (OLIVEIRA MA, et al., 2022).

Identificou-se nesse estudo, a presença do acompanhante durante o período de internação. Entre estes, estavam mães, irmãs, maridos e outros. No entanto, estudo recente realizado em duas maternidades, constata, pelos discursos de puérperas, que o acompanhante escolhido foi impedido de estar presente no momento do TP e parto, em virtude de o sexo ser masculino e/ou da idade maior ou igual a 60 anos (ALENCAR MSF, et al., 2024). A impossibilidade da presença do acompanhante de escolha da mulher descumpre a Lei Federal nº 11.108/2005, que permite, que no âmbito das instituições de saúde, a gestante seja acompanhada por pessoa de sua escolha, independente de sexo, idade, cor ou raça.

A presença do acompanhante propicia segurança, desencadeando quatro fatores de amparo para a mulher: apoio emocional, por meio do acolhimento e encorajamento diante das inseguranças; suporte físico, com oferecimento de conforto e auxílio nas posições de escolha; base informacional, orientando sobre a respiração e o momento de aplicar força; intermediador, tornando-se elo entre a equipe de saúde e a parturiente, possibilitando negociar as ações e os interesses (NEVES PKF, et al., 2024).

Outra boa prática identificada foi a liberdade de movimentação. Estudo brasileiro realizado em hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao Sistema Único de Saúde) demonstrou que as gestantes são estimuladas a deambular durante o TP pela maioria dos estabelecimentos consultados (92,54%) (FIGUEIREDO KNRS, et al., 2022). Esse achado reforça a implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Normal de encorajamento das parturientes para manter-se em movimento durante o processo parturitivo.

O livre movimento durante o trabalho de parto fornece autonomia e sentimento de controle do corpo. Nesse viés, o estímulo para essa ação demanda de equipe profissional qualificada para fomentar essa prática, sem exageradas intromissões e conforme a preferência da parturiente, ambiente físico e equipamentos para desenvolvimento de movimentos específicos. Essa boa prática oportuniza a redução da duração do TP, retifica distocias, aumenta as chances para o parto vaginal e atenua a necessidade de intervenções (COSTA AC, et al., 2023).

O uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor também se fez presente. Pesquisa consultada revela que a aplicabilidade desses métodos é excepcionalmente útil e deve ser estimulada entre os profissionais de assistência à parturiente (RIBEIRO LL, et al., 2024). Este estudo ainda aponta que a presença de enfermeiro obstetra atuante, aumenta significativamente o uso desses métodos para atenuação das dores do parto.

Destaca-se que o uso de métodos não farmacológicos durante o TP e parto, como banho de chuveiro, cavalinho e bola, possibilitaram experiências positivas e satisfação da parturiente. Ademais, a relação entre a idade e aplicação dessas metodologias, isto é, mulheres com idade maior ou igual a 35 anos que não vivenciaram nenhuma dessas ações, classificaram a experiência de enfrentar a dor da parturição sem estratégias de alívio como negativa (RIBEIRO GL, et al., 2023).

Um resultado interessante e que reflete o modelo assistencial obstétrico do país foi a constatação de que mais de 90% dos partos foram conduzidos por médicos. Nessa ótica, a estrutura do modelo obstétrico brasileiro ainda se caracteriza pela medicalização e pela centralização do cuidado na figura do médico, com predominância desse profissional na composição das equipes das salas de partos de baixos riscos (GOMES MASM, et al., 2021).

Em contrapartida, estudo brasileiro com médicos e enfermeiros evidencia uma perspectiva atualizada sobre assistência ao parto, reformulada pela mudança de conduta na prática clínica, prevalência de políticas de atenção à saúde do binômio mãe-filho e visão de mundo acerca da fisiologia do parto e do nascimento, que posiciona a mulher no centro desse processo e, consequentemente, oferece um cuidado humanizado (RODRIGUES DP, et al., 2024).

Contudo, infere-se que a atuação da enfermagem obstétrica é fundamental para impulsionar transformações no modelo de assistência ao parto vigente. A prática da enfermagem obstétrica é marcada por um cuidado singular, pautado na promoção da saúde e na prevenção de possíveis complicações ao binômio. Por meio do contato constante com as gestantes, esses profissionais assumem um papel essencial na oferta de uma assistência ética e orientada por evidências científicas (ROCHA KKA, et al., 2022).

Entre as boas práticas recomendadas na atenção ao parto e nascimento, também se destaca o contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e recém-nascido. Essa prática deve ocorrer com o bebê em decúbito ventral diretamente sobre o tórax materno, entre os seios, ambos despidos, por pelo menos uma hora após o nascimento. Evita-se, assim, a separação do binômio mãe-bebê na primeira hora de vida, priorizando a permanência conjunta e o início do aleitamento materno. Procedimentos devem ser adiados, salvo em situações de real necessidade clínica ou quando puderem ser realizados com o envolvimento da própria mãe (BRASIL, 2022; LUZ TM, et al., 2025).

Além de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho, o contato pele a pele proporciona inúmeros benefícios fisiológicos ao recém-nascido, como a estabilização da temperatura corporal, a regulação glicêmica, o manejo da dor e a facilitação da adaptação metabólica e homeostática da mãe (KARIMI FZ, et al., 2019).

A adoção de práticas baseadas em evidências ainda é desigual e, por vezes, insatisfatória nos diferentes contextos institucionais, sejam públicos ou privados (SANTOS AS, et al., 2024). A efetivação dessa prática está fortemente associada ao conhecimento e à valorização do cuidado humanizado por parte dos profissionais de saúde que assistem ao parto (BITTENCOURT SDA, et al., 2021). Assim, a educação permanente das equipes torna-se essencial, tanto para promover a compreensão da relevância do contato precoce quanto para sua incorporação como rotina padronizada nas maternidades.

Esse cenário, entretanto, contrasta com um estudo realizado na região Norte, o qual avaliou 100 prontuários e mais de 90% das mulheres tiveram a prática de contato pele a pele com seus recém-nascidos. Esse dado sugere a necessidade de estudos mais amplos sobre a implantação das boas práticas, conforme os manuais e recomendações nacionais e internacionais, para compreender melhor o panorama das maternidades brasileiras (LUZ TM et al., 2025). A partir dessas análises, seria possível propor uma padronização da assistência ao parto e nascimento, considerando as especificidades da realidade e do contexto sociocultural de cada região.

Em relação à posição adotada no momento do parto, observou-se predominância de posições verticalizadas, com destaque para a posição semissentada (87,8%), seguida pela utilização da banqueta de parto (5,1%) e pela posição de cócoras (4,2%). No entanto, 2,3% das participantes relataram ser induzidas a adotar a posição litotômica, comumente conhecida como posição ginecológica, muitas vezes sem justificativa clínica, o que configura uma limitação da autonomia da parturiente durante o TP (COSTA AC, et al., 2023).

Conforme recomendação do Ministério da Saúde, no período expulsivo do parto recomenda-se que as mulheres sejam encorajadas a adotar quaisquer posições de maior conforto, incluindo as verticalizadas, como cócoras, lateral ou quatro apoios, pois essas estão associadas à redução de episiotomias e partos instrumentais, ainda que possam ter relação com um leve aumento no risco de hemorragia pós-parto (BRASIL, 2022). A escolha da posição deve respeitar a vontade da gestante e os aspectos culturais envolvidos.

A literatura aponta que, no Brasil, a liberdade para escolher a posição de parto está diretamente relacionada ao profissional que acompanha o nascimento. As enfermeiras obstétricas promovem a liberdade de movimento durante o parto por meio de tecnologias não invasivas, como deambulação, posições verticalizadas e movimentos pélvicos (MARTINS NC, et al., 2022).

Logo, partos assistidos por enfermeiras obstetras demonstraram maior autonomia por parte das mulheres, que puderam escutar os sinais do próprio corpo e adotar as posições que lhes proporcionam mais conforto. Além disso, ao priorizarem o protagonismo da mulher durante o processo gestacional e parto, os enfermeiros obstétricos contribuem para a construção de um cuidado mais equitativo, combatendo práticas intervencionistas desnecessárias e fortalecendo um modelo baseado no respeito e na autonomia da parturiente (SILVA ATCSG, et al., 2021).

O estudo apresenta como limitação ter sido desenvolvido em uma única maternidade. Esse contexto impede que se identifique o perfil estadual de forma geral das práticas obstétricas realizadas durante o TP e parto na atenção ao binômio materno-infantil. No entanto, os resultados obtidos possibilitam reconhecer o perfil de assistência instalado em uma maternidade que recebe elevada proporção de parturientes advindas da própria capital como de regiões interioranas.

CONCLUSÃO

Diante dos achados, conclui-se que, embora as diretrizes nacionais e internacionais recomendem boas práticas obstétricas, sua aplicação ainda é desigual. Na investigação, mesmo com resultados que sinalizam avanços na adesão às evidências recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, outros achados, como a presença de acompanhante, a liberdade de movimento e o uso de métodos não farmacológicos, foram parcialmente aplicados. Já ações fundamentais, como o contato pele a pele e a oferta de alimentos e líquidos, ainda necessitam ser mais amplamente implementadas. Observou-se a coexistência de práticas humanizadas e intervencionistas, o que reflete um processo de transição ainda em curso na assistência

obstétrica. A promoção integral das boas práticas obstétricas requer não apenas infraestrutura e capacitação, mas também, mudanças culturais e institucionais que fortaleçam a autonomia da parturiente, a humanização da assistência e o respeito às evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR MSF, et al. Boas práticas obstétricas: vivência das mulheres no contato pele a pele (CPP) logo após o nascimento. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(10): e18011.
2. BITTENCOURT SDA, et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(3): 801-821.
3. BRASIL. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. 2022. Disponível em:https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/. Acesso em: 27 jul. 2025.
4. BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 26 jul. 2025.
5. CANARIO MASS, et al. Boas práticas e intervenções no parto em maternidades públicas de referência. Ciência, Cuidado e Saúde, 2024; 23(17): 1-14.
6. CHANDRA M, PARAY AA. Natural Physiological Changes During Pregnancy. The Yale journal of biology and medicine, 2024; 97(1): 85–92.
7. COSTA AC, et al. Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. Cogitare Enfermagem, 2023; 28: e84830.
8. FIGUEIRA SAS, et al. Mortalidade materna no estado do Pará: principais causas no período de 2017 a 2020. Acervo Saúde, 2023; 23(8): e13392.
9. FIGUEIREDO KNRS, et al. Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. Ciência e Saúde Coletiva, 2022; 27(06): 2303-2315.
10. FSCMP. FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. Relatório Anual de Gestão. 2023. Disponível em: https://santacasa.pa.gov.br/apresentacao/. Acesso em: 06 jul. 2025.
11. GOMES MASM, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas?. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(3): 859–74.
12. GONDIM ALM, et al. Análise dos indicadores das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em uma maternidade: um estudo observacional. Revista Medicina (Ribeirão Preto), 2024; 57(3): 1-12.
13. GONTIJO BDR, et al. Autonomia das mulheres no parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(11): e17856.
14. KARIMI FZ, et al. The effect of mother-infant skin to skin contact after birth on third stage of labor: a systematic review and meta-analysis. Iranian Journal of Public Health, 2019; 48(4): 612–620.
15. LAMY ZC, et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, 2021; 26(3): 951-960.
16. LEAL MC, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, 2014; 30: 17-32.
17. LUZ TM, et al. Aleitamento materno e contato pele a pele: práticas na primeira hora de vida do bebê. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2025; 25(5): e20363.
18. MARTINS NC, et al. Fatores associados à ocorrência de parto em posição vertical no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2022; 25: e220041.
19. NEVES PKF, et al. Os benefícios da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, 2024; 16(2), 1-16.
20. OLIVEIRA LFS, et al. As percepções de discentes de enfermagem de uma instituição federal de ensino sobre a violência obstétrica. Contribuciones a las Ciencias Sociales, 2023; 16(11): 28728-28748.
21. OLIVEIRA MA, et al. Boas práticas na assistência ao parto e nascimento com ênfase na atuação do/a enfermeiro/a obstetra. Brazilian Journal of Health Review, 2022; 5(5): 17312–17324.

22. REIS TH, et al. Aspectos relacionados às preferências e vivências das mulheres perante as vias de parto. Enfermagem em Foco, 2024; 15: e202446.
23. RIBEIRO GL, et al. Utilização das boas práticas no parto e experiência e satisfação materna. Revista de Enfermagem UFPI, 2023; 12: e4148.
24. RIBEIRO LL, et al. O papel do enfermeiro no incentivo ao parto normal e uso de métodos não farmacológicos. Contribuciones a Las Ciencias Sociales, 2024; 17(9): 01-17.
25. ROCHA KKA, et al. Avaliação de boas práticas obstétricas no processo de parturição. Saúde Coletiva, 2022; 12(79): 11045-11058.
26. RODRIGUES DP, et al. Compreensão dos valores da humanização do parto e do nascimento. Avances en Enfermería, 2024; 42(1): 1-13.
27. SANTOS AS, et al. Análise do atendimento prestado à mãe e ao recém-nascido no momento do parto em maternidades públicas e privadas no estado do Espírito Santo – Brasil. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2024; 26: e64779.
28. SILVA ATCSG, et al. O papel do enfermeiro na humanização do parto normal. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(1): e5202.
29. SILVA CA, et al. Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal. Revista de Enfermagem da UFSM, 2022; 12: 1-19.
30. STROBE. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. STROBE Statement: Checklist of items that should be included in reports of observational studies, 2019. Disponível em: https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home. Acesso em: 7 ago. 2025.
31. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. 2014. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23. Acesso em: 27 jul. 2025.