

Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha*

Giovanna De Carli Lopes¹

 <http://orcid.org/0000-0002-9480-3140>

Annelise de Carvalho Gonçalves¹

 <http://orcid.org/0000-0002-8770-0653>

Helga Geremias Gouveia¹

 <http://orcid.org/0000-0003-4980-4141>

Cláudia Junqueira Armellini¹

 <http://orcid.org/0000-0001-7189-6949>

Objetivo: comparar, após transcorridos quatro anos da implementação da Rede Cegonha, as práticas obstétricas desenvolvidas em um hospital universitário segundo classificação da Organização Mundial da Saúde. Método: estudo transversal realizado no ano de adesão à Rede Cegonha (377 mulheres) e replicado quatro anos após (586 mulheres). Dados obtidos mediante prontuário e questionário estruturado. Na análise, utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Resultados: quatro anos após a Rede Cegonha, dentre as práticas da Categoria A (práticas comprovadamente úteis/boas práticas), aumentou a frequência de acompanhante, de métodos não farmacológicos, de contato pele a pele e de estímulo à amamentação e diminuiu a liberdade de posição/movimentação. Na Categoria B (práticas prejudiciais), houve redução de tricotomia e aumento de venóclise. Na Categoria C (práticas sem evidências suficientes), o Kristeller apresentou aumento. Na Categoria D (práticas utilizadas de modo inadequado), aumentou o percentual de toque vaginal acima do recomendado, de analgésicos e de analgesia e diminuiu a episiotomia. Conclusão: esses resultados indicam a manutenção de uma assistência tecnocrática e intervencionista e direcionam para a necessidade de mudanças no modelo de atenção obstétrica. Um caminho consolidado mundialmente é a incorporação de enfermeiras obstetras/obstetizes na assistência ao parto pelo potencial de utilização apropriada de tecnologias e redução de intervenções desnecessárias.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto; Assistência ao Parto; Centro Obstétrico; Parto; Organização Mundial da Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após a adesão à Rede Cegonha", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, processo nº 120150 e nº 150591.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3139. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

mês dia ano

URL

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, em 1996, um manual de assistência ao parto normal⁽¹⁾ visando sistematizar as práticas obstétricas e realizar recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis. Algumas práticas, implementadas a partir da institucionalização do parto, permanecem sendo realizadas atualmente, mesmo com pouca ou nenhuma evidência científica que as sustente⁽²⁾.

No Brasil, diversas estratégias foram desenvolvidas nos últimos 30 anos com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e de reduzir as taxas de cesarianas e de mortalidade materna e neonatal. Alguns avanços ocorreram, mas a morbimortalidade não reduziu conforme o esperado e ainda é um desafio⁽³⁻⁴⁾.

A assistência ao parto predominante hoje, no Brasil, é marcada pelo excessivo uso de tecnologias duras e medicalização, ocasionando intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesarianas⁽⁵⁾. Além disso, quase a totalidade dos partos é realizada em hospitais (98,4%) e assistidos, predominantemente, por médicos obstetras (88,7%)⁽⁶⁾. Esse modelo de atenção ao parto – centrado no médico e na assistência hospitalar – é caracterizado como tradicional, sendo o modelo prevalente no Brasil⁽⁷⁾. Também pode ser denominado modelo de atenção liderado pelo médico obstetra (*obstetrician-led model of care*), uma vez que é o médico quem determina a assistência e os demais profissionais têm participação coadjuvante⁽⁸⁾. Além desse, existem outros dois modelos: o colaborativo (*shared care*), no qual a responsabilidade pela organização do cuidado à mulher desde o pré-natal ao puerpério é compartilhada entre diferentes profissionais, e o modelo liderado por enfermeiras obstetras/obstetrizes (*midwife-led care*), sendo essas profissionais as principais provedoras da assistência à mulher com gestação de risco habitual, seja na atenção primária ou terciária, ficando assegurada, em caso de necessidade, a referência da mulher ao médico obstetra ou outro especialista⁽⁸⁾.

O modelo de atenção ao parto que cada instituição de saúde define se torna norteador das práticas assistenciais desenvolvidas, que incidem, conseqüentemente, nos desfechos maternos e neonatais. Portanto, torna-se fundamental o monitoramento dessas práticas visando a ajustes ou mudanças para a qualificação da atenção materna e neonatal, uma vez que os indicadores voltados a essa população têm se mostrado aquém do esperado, considerando o modelo obstétrico predominante no Brasil.

A partir dessa realidade e da necessidade de qualificar e organizar a rede de assistência no ciclo gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),

a estratégia Rede Cegonha (RC). A estratégia organiza-se a partir de quatro componentes. Uma das ações do Componente Parto e Nascimento refere-se à incorporação de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do manual da OMS⁽¹⁾.

Diversos estudos avaliaram as práticas de atenção ao parto e nascimento antes⁽⁹⁻¹¹⁾, durante^(5,12-13) e após⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ a implementação da Rede Cegonha. Entretanto, não foi encontrado estudo que comparasse, em períodos diferentes, as práticas assistenciais realizadas em uma mesma maternidade depois da implementação da RC com a finalidade de analisar o seguimento dessas práticas e as repercussões relacionadas à qualificação da atenção.

Assim, este estudo tem por objetivo comparar, após transcorridos quatro anos da implementação da Rede Cegonha, as práticas obstétricas desenvolvidas em um hospital universitário segundo classificação da OMS.

Método

Trata-se de um estudo transversal que incluiu dados oriundos de dois estudos, realizados em períodos diferentes, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – hospital universitário da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O primeiro estudo foi realizado em 2012⁽¹⁷⁾, ano de implementação da RC na maternidade, e o segundo foi realizado em 2016, quatro anos após a adesão à estratégia. A maternidade é referência para alto risco, atende majoritariamente através do SUS e o modelo de atenção é tradicional⁽⁷⁾.

Para o cálculo do tamanho amostral da pesquisa de 2012 foram considerados os 3.510 partos ocorridos no ano de 2010. Não existiam dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de assistência humanizada, portanto o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. Assim, a amostra foi de 385 puérperas. Para a pesquisa de 2016, considerando poder de 80%, nível de significância de 5%, proporção de aleitamento materno na 1ª hora de 68% (dados institucionais) e diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido com OR de 0,6⁽⁷⁾, chegou-se ao tamanho da amostra de 586 mulheres. Para esse cálculo, em ambas as pesquisas, foi utilizado o programa *WinPepi*.

Alguns critérios de inclusão e exclusão diferiram entre as duas pesquisas. Foram realizadas exclusões na amostra da pesquisa de 2012 para permitir a comparabilidade das variáveis e para responder ao objetivo deste estudo, sem afetar o seu poder. Assim, a amostra final da pesquisa de

2012 foi de 377 mulheres e a de 2016 manteve-se com 586 participantes.

Foram incluídas nesta pesquisa as mulheres que tiveram parto na instituição pesquisada e seus recém-nascidos com idade gestacional ≥ 37 semanas calculada pelo Método de Capurro. Foram excluídas as mulheres submetidas à cesariana eletiva, com trabalho de parto de duração menor que duas horas e internadas por prestadora de saúde privada (convênio) ou por custeio próprio, bem como os casos de gemelaridade, óbito e malformação fetal.

A coleta de dados da pesquisa de 2012 foi realizada no período de agosto a novembro, e a de 2016, entre fevereiro e setembro. Os dados das duas pesquisas foram obtidos por meio de prontuário eletrônico, complementado com prontuário físico, e aplicação de questionário estruturado às mulheres. A entrevista foi realizada após 12 horas de pós-parto. A amostragem para ambas as pesquisas foi do tipo consecutiva, ou seja, foram incluídas consecutivamente todas as puérperas conforme a ordem de nascimento e que atendiam aos critérios de inclusão.

Os instrumentos de coleta de dados das pesquisas apresentam algumas diferenças entre si, pois para a pesquisa de 2016 o instrumento foi revisado e aperfeiçoado. Para a realização deste estudo, elaborou-se um quadro com as variáveis de ambas as pesquisas visando identificar aquelas comparáveis. Assim, foram consideradas para esta investigação as variáveis sociodemográficas e obstétricas e aquelas relacionadas às práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme categorias propostas pela OMS. São elas: Categoria A - Práticas comprovadamente úteis que devem ser estimuladas – também chamadas de boas práticas; Categoria B - Práticas claramente prejudiciais que deveriam ser eliminadas; Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação precisa e que devem ser utilizadas com cautela até que outras pesquisas esclareçam a questão; e Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

As variáveis categóricas foram expressas em frequências e percentuais e a comparação entre os anos de 2012 e 2016 realizada através do Teste Qui-quadrado. As diferenças foram consideradas significativas quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. As análises foram realizadas com uso do *software* SPSS versão 18.

Ambas as pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição estudada, sob os números 120150 e 150591. Foram cumpridos os termos do Conselho Nacional de Saúde por meio das Resoluções 196/96 e 466/12 para os estudos de 2012 e 2016, respectivamente. Todas as mulheres que concordaram em participar dos estudos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A comparação das variáveis sociodemográficas e obstétricas das participantes das pesquisas de 2012 e 2016 apresentou diferenças estatisticamente significantes para raça/cor autorreferida e escolaridade (Tabela 1).

Considerando as práticas da Categoria A, verificou-se que, das oito práticas analisadas, cinco mostraram diferença estatisticamente significativa entre os anos. Quatro delas evidenciaram aumento no percentual em 2016: presença de acompanhante durante o parto ou cesariana (de 91,0% para 95,7%); utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto (de 67,9% para 74,2%); contato pele a pele (de 14,9% para 60,1%); estímulo do profissional à amamentação logo após o nascimento (de 22,1% para 45,0%); e uma delas apresentou diminuição: a liberdade de posição e movimentação durante o TP foi de 53,9% para 44,9%, em 2016 (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo aspectos sociodemográficos e obstétricos e comparação por ano. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 e 2016

Variáveis	2012		2016		valor p [†]
	n [‡]	(%)	n [‡]	(%)	
Idade					0,382
≤ 20	108	(28,7)	147	(25,1)	
21 a 34 anos	238	(63,1)	381	(65,0)	
≥35	31	(8,2)	58	(9,9)	
Raça/Cor autorreferida					<0,001
Preta	55	(14,7)	114	(19,5)	
Parda	104	(27,7)	102	(17,4)	
Branca	207	(55,2)	364	(62,1)	
Outra	9	(2,4)	6	(1,0)	
Escolaridade					0,007
Ensino Fundamental	158	(41,9)	187	(31,9)	
Ensino Médio	189	(50,1)	347	(59,2)	
Ensino Superior	30	(8,0)	52	(8,9)	
Situação conjugal					0,680
Tem companheiro	338	(90,1)	522	(89,1)	
Não tem companheiro	37	(9,9)	64	(10,9)	
Paridade					0,090
Nulípara	197	(52,4)	346	(59,0)	
1 parto anterior	101	(26,9)	145	(24,8)	
≥ 2 partos anteriores	78	(20,7)	95	(16,2)	
Via de nascimento					0,482
Vaginal	297	(78,8)	449	(76,6)	
Cesariana	80	(21,2)	137	(23,4)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n amostral considerou apenas dados válidos; ‡Obtido pelo Teste Qui-quadrado

Tabela 2 - Comparação por ano da Categoria A - Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 e 2016

Variáveis	2012		2016		valor p [†]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Oferta de líquidos durante o TP [§]					
Sim	243	(64,6)	408	(69,6)	0,122
Não	133	(35,4)	178	(30,4)	
Acompanhante durante o TP [§]					
Sim	366	(97,1)	568	(96,9)	1,000
Não	11	(2,9)	18	(3,1)	
Acompanhante durante o parto ou cesariana					
Sim	343	(91,0)	561	(95,7)	0,004
Não	34	(9,0)	25	(4,3)	
Utilização de MNF de alívio da dor durante o T [‡] §					
Sim	256	(67,9)	435	(74,2)	0,040
Não	121	(32,1)	151	(25,8)	
Liberdade de posição e movimentação durante o TP [§]					
Sim	202	(53,9)	263	(44,9)	0,008
Não	173	(46,1)	323	(55,1)	
Estímulo a adotar posição de preferência no expulsivo					
Sim	9	(3,1)	28	(6,2)	0,076
Não	285	(96,9)	421	(93,8)	
Contato pele a pele logo após o nascimento					
Sim	56	(14,9)	350	(60,1)	<0,001
Não	319	(85,1)	232	(39,9)	
Estímulo à amamentação logo após o nascimento [¶]					
Sim	63	(22,1)	200	(45,0)	<0,001
Não	222	(77,9)	244	(55,0)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n amostral considerou apenas dados válidos; ‡Obtido pelo Teste Qui-quadrado; §TP: trabalho de parto; ||MNF: métodos não farmacológicos de alívio da dor; ¶Apenas para os bebês que foram para o colo da mãe

Entre as práticas da Categoria B, três variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa. Houve redução do percentual de tricotomia para o parto (de 81,3% para 64,0%) e de tricotomia realizada no hospital (de 25,3% para 8,8%), bem como aumento da instalação de venóclise durante o TP (de 85,4% para 97,8%) (Tabela 3).

Em relação às práticas pesquisadas da Categoria C, apenas a manobra de Kristeller aumentou o percentual em 2016, com diferença estatisticamente significativa, de 8,5% para 13,6% (Tabela 4).

Os resultados relacionados à Categoria D identificaram cinco variáveis com diferença estatisticamente significativa. Na comparação entre os anos, aumentou o percentual das variáveis alívio farmacológico da dor com analgésico durante o TP (de

44,4% para 75,1%) e alívio farmacológico da dor com analgesia durante o TP (de 20,3% para 45,9%). As variáveis até cinco exames de toque vaginal (de 73,7% para 62,1%) e episiotomia (de 63,6% para 55,0%) apresentaram redução de percentual. O número de exames de toque vaginal acima do recomendado apresentou significância limítrofe (p=0,055; de 69,5% para 76,8%) (Tabela 5).

Tabela 3 - Comparação por ano da Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 e 2016

Variáveis	2012		2016		valor p [†]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Enema ou outro método laxativo					
Sim	5	(1,3)	3	(0,5)	0,274
Não	371	(98,7)	583	(99,5)	
Local de realização do enema ou método laxativo [§]					
Em casa	1	(25,0)	1	(33,3)	1,000
No hospital	3	(75,0)	2	(66,7)	
Tricotomia					
Sim	305	(81,3)	375	(64,0)	<0,001
Não	70	(18,7)	211	(36,0)	
Local de realização da tricotomia [§]					
Em casa	227	(74,7)	341	(91,2)	<0,001
No hospital	77	(25,3)	33	(8,8)	
Venóclise durante o TP					
Sim	322	(85,4)	573	(97,8)	<0,001
Não	55	(14,6)	13	(2,2)	
Posição de litotomia no expulsivo					
Sim	294	(99,3)	445	(98,7)	0,489
Não	2	(0,7)	6	(1,3)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n amostral considerou apenas dados válidos; ‡Obtido pelo Teste Qui-quadrado; §Apenas quem foi submetida; ||TP: trabalho de parto

Tabela 4 - Comparação por ano da Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 e 2016

Variáveis	2012		2016		valor p [†]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Amniotomia durante o trabalho de parto					
Sim	224	(81,8)	349	(83,9)	0,529
Não	50	(18,2)	67	(16,1)	
Manobra de Kristeller [§]					
Sim	25	(8,5)	61	(13,6)	0,047
Não	268	(91,5)	388	(86,4)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n amostral considerou apenas dados válidos; ‡Obtido pelo Teste Qui-quadrado; §Apenas para parto vaginal

Tabela 5 - Comparação por ano da Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 e 2016

Variáveis	2012		2016		valor p [‡]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Alívio farmacológico da dor com analgésico durante o trabalho de parto					<0,001
Sim	143	(44,4)	438	(75,1)	
Não	179	(55,6)	145	(24,9)	
Alívio farmacológico da dor com analgesia durante o trabalho de parto					<0,001
Sim	76	(20,3)	269	(45,9)	
Não	298	(79,7)	317	(54,1)	
Uso de ocitocina					0,568
Sim	258	(80,1)	480	(81,9)	
Não	64	(19,9)	106	(18,1)	
Número de exames de toque vaginal realizados [§]					0,008
Até 5 toques	165	(73,7)	323	(62,1)	
De 6 a 10 toques	55	(24,5)	177	(34,0)	
11 toques ou mais	4	(1,8)	20	(3,9)	
Adequação do número de toques conforme Ministério da Saúde					0,055
Abaixo do recomendado	25	(11,2)	53	(10,5)	
Como o recomendado	43	(19,3)	64	(12,7)	
Acima do recomendado	155	(69,5)	388	(76,8)	
Avaliação da mulher sobre o número de toques					0,120
Pouco	23	(6,1)	22	(3,8)	
Muito	61	(16,2)	115	(19,7)	
Suficiente	292	(77,7)	446	(76,5)	
Transferência da mulher para outra sala no início do expulsivo					0,145
Sim	276	(93,6)	397	(90,2)	
Não	19	(6,4)	43	(9,8)	
Parto com uso de fórceps					0,636
Sim	14	(4,7)	26	(5,8)	
Não	283	(95,3)	423	(94,2)	
Episiotomia					0,024
Sim	189	(63,6)	247	(55,0)	
Não	108	(36,4)	202	(45,0)	
Anestesia antes da episiotomia					0,699
Sim	142	(93,4)	223	(94,9)	
Não	10	(6,6)	12	(5,1)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n amostral considerou apenas dados válidos; ‡Obtido pelo Teste Qui-quadrado; §Não incluídas as mulheres que responderam "não lembro"; ||Apenas para os dados válidos das variáveis "hora de internação" e "número de toques"

Discussão

As práticas obstétricas com significância estatística analisadas neste estudo e pertencentes às Categorias A, B, C e D propostas pela OMS⁽¹⁾ não apresentaram o mesmo comportamento em relação às expectativas de melhoria de seus percentuais após quatro anos da implantação da RC na instituição.

Sobre as boas práticas (Categoria A) avaliadas nesta pesquisa, destacam-se as altas proporções da presença de acompanhante durante o parto/cesariana encontradas, tanto em 2012 (91,0%) quanto em 2016 (96,9%), aumentando 5,2% quatro anos após a implementação da Rede Cegonha. Ressalta-se, entretanto, que a presença de acompanhante é lei no Brasil desde 2005⁽¹⁸⁾. Estudo nacional que avaliou a presença de acompanhante em hospitais públicos e privados encontrou baixas proporções durante o parto (32,7%) e constatou que mulheres com partos assistidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes tiveram maior percentual de acompanhante em todos os momentos (27,2%) quando comparadas àquelas que foram atendidas por médicos (15,1%)⁽¹⁹⁾. Taxas de acompanhante acima de 90% em instituições brasileiras, semelhantes às encontradas no presente estudo, foram constatadas somente em CPN^(10,20). Revisão sistemática da Cochrane recomenda que o apoio contínuo seja realizado por um profissional treinado que não seja parte do círculo social da mulher, nem parte da equipe assistencial da instituição, visto que os resultados se mostraram mais eficazes. Todavia, o acompanhamento por alguém que não seja treinado, como o(a) parceiro(a), ainda é melhor do que não ter acompanhante⁽²¹⁾.

Outra prática que melhora a experiência com o nascimento é a utilização de MNF de alívio da dor, pela diminuição da necessidade de recursos farmacológicos⁽¹⁾, tornando o parto menos invasivo e menos estressante. O mesmo foi encontrado em revisão sistemática, na qual, além de aliviarem a dor, os MNF também melhoraram a experiência com o parto quando comparados com placebo ou tratamento padrão. Além disso, alguns métodos estão associados à diminuição da necessidade de fórceps/vácuo e de cesariana⁽²²⁾.

Neste estudo, apesar da proporção do uso de MNF ter aumentado em 9,3%, com uma taxa de 74,2% em 2016, índices mais elevados foram encontrados na literatura tanto para o modelo colaborativo (85,0%) quanto para o modelo tradicional de assistência (78,9%)⁽⁷⁾. Mesmo que no Brasil, independentemente do risco gestacional, tenham sido identificados baixos índices de uso de MNF⁽⁵⁾, outros estudos evidenciaram o uso universal de MNF nos partos assistidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes tanto em hospital⁽²³⁾ quanto em CPN⁽¹⁰⁾.

No que diz respeito à liberdade de posição e movimentação da parturiente, identificou-se uma redução dessa prática em 16,7% ao longo dos quatro anos da RC. A taxa encontrada em 2016 foi de 44,9%, resultado inferior à média da região Sul (56,3%), evidenciada pela pesquisa Nascer no Brasil⁽⁵⁾. As taxas dessa prática em hospitais encontravam-se baixas

antes da implementação da RC, independentemente do profissional que assistiu o parto⁽²⁴⁻²⁵⁾, já nos CPN essa taxa era mais elevada^(10,26), mesmo antes da Rede Cegonha. Esse cenário modifica-se parcialmente após a RC, visto que houve aumento da liberdade de posição e movimentação nos partos atendidos por enfermeiras obstetras/obstetrias⁽²⁰⁾ e em hospitais com modelo colaborativo^(13,27).

A livre movimentação e mudança de posição durante o TP tem grande importância clínica, pois a posição supina durante esse período afeta o fluxo sanguíneo do útero, reduzindo o fluxo de sangue que chega ao feto devido ao peso do útero que comprime a veia cava quando a mulher está deitada, comprometendo, dessa forma, a condição fetal. Além disso, a posição supina também pode reduzir a intensidade das contrações, interferindo, assim, na progressão do trabalho de parto. Assumir posições não supinas pode tornar o TP menos doloroso, visto que há menor necessidade de analgesia e de correção da dinâmica com ocitocina⁽¹⁾. Revisão sistemática da Cochrane concluiu que a prática de deambular e permanecer em posições verticais está associada ao encurtamento do TP e a menor probabilidade de cesárea e de analgesia⁽²⁸⁾.

A baixa prevalência de liberdade de posição e movimentação encontrada neste estudo pode ser explicada pelo aumento da venoclise, uma vez que a hidratação venosa dificulta a mudança de posição e a deambulação da mulher⁽¹⁾. Muitas maternidades não possuem espaço para a deambulação, o que não corresponde à realidade da maternidade pesquisada, que possui sete salas individuais de pré-parto, com possibilidade de movimentação.

Quanto ao contato pele a pele, a OMS⁽¹⁾ não determina tempo mínimo para essa prática, mas a IHAC⁽²⁹⁾ recomenda que ele deve ocorrer imediatamente ao nascimento ou no prazo de até cinco minutos e durar, no mínimo, uma hora. Estudos realizados em hospitais certificados pela IHAC (Amigo da Criança) apresentaram melhores resultados quanto ao contato pele a pele quando comparados àqueles não certificados^(12,30-31). Nesta pesquisa, cuja maternidade é credenciada pela IHAC, o percentual da prática em 2016 foi 60,1%, demonstrando aumento de 303,3%. Esse achado é superior à média da região Sul (32,5%), das capitais brasileiras (35,0%) e dos hospitais certificados pela IHAC (38,1%), segundo inquérito nacional⁽¹²⁾. Contudo, apresentou também uma proporção aquém da encontrada por outro hospital público Amigo da Criança (72,4%)⁽³²⁾. Conforme revisão sistemática da Cochrane, o contato pele a pele precoce favorece a estabilidade cardiorrespiratória (melhores parâmetros de batimento cardíaco fetal, frequência respiratória e saturação de

oxigênio) e aumenta os níveis de glicose sanguínea do recém-nascido⁽³³⁾.

Outra prática eficaz de cuidado ao recém-nascido é o estímulo à amamentação logo após o nascimento. A OMS recomenda que esse estímulo deve iniciar dentro da primeira hora após o parto⁽¹⁾. Segundo revisão sistemática, a amamentação na primeira hora de vida está associada ao aumento da efetividade na amamentação e da duração do aleitamento materno⁽³³⁾, além de estar associada à redução da mortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento⁽³⁴⁾.

Essa prática, na sala de parto/cesariana, apresentou acréscimo de 103,6%. O percentual de 45,0% obtido nesta pesquisa em 2016 ficou acima da média nacional (16,1%), da região Sul (22,5%), das capitais (20,1%) e dos hospitais Amigos da Criança (24,0%), conforme inquérito brasileiro⁽¹²⁾. Mesmo antes da RC, instituições certificadas pela IHAC já apresentavam melhores resultados nos índices de aleitamento materno na primeira hora de vida⁽²¹⁾. O hospital deste estudo está certificado na IHAC desde 1997, logo o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida permanece um desafio e requer avanços.

Entre as práticas da Categoria B (práticas prejudiciais), a tricotomia reduziu 21,3%, sendo realizada em 8,8% das mulheres em 2016. Quando analisado o local de realização, verificou-se que houve aumento de tricotomias prévias à internação e consequente diminuição dessa prática intra-hospitalar.

Assim como nesta investigação, outras pesquisas também constataram redução da prática de tricotomia após a Rede Cegonha⁽³⁵⁻³⁶⁾, mesmo assim, verifica-se a manutenção dessa prática prejudicial. Contrapondo-se a esse cenário estão três instituições públicas que demonstraram ser viável abolir a tricotomia mesmo se a episiotomia for praticada, sem interferir na qualidade da assistência^(10,13). A tricotomia foi incorporada à rotina obstétrica sob o pretexto de reduzir infecções e facilitar a sutura da episiotomia, entretanto o risco de infecção não é reduzido, pelo contrário, a tricotomia pode aumentar o risco de HIV e hepatites, tanto para o profissional quanto para a mulher, tornando-se um procedimento desnecessário, que não deve ser realizado, a não ser que a mulher solicite⁽¹⁾. Revisão sistemática que comparou a tricotomia com a prática de cortar os pelos se necessário não encontrou diferenças para diversos desfechos, entre eles a infecção de lesão perineal (seja por laceração ou episiotomia), apontando também efeitos adversos da tricotomia, como irritação, vermelhidão, ardor e coceira. Desse modo, os autores concluíram que não existem evidências suficientes para recomendar a tricotomia na admissão para o parto⁽³⁷⁾.

Outra prática prejudicial que também se destacou foi a venóclise, com aumento de 14,5%, sendo utilizada de maneira rotineira e quase universal quatro anos após à RC. Verificaram-se, em outros estudos, taxas elevadas de venóclise (73,6%) antes da RC⁽²⁴⁾. Após sua implementação, constatou-se redução⁽³⁸⁾ e, em alguns casos, eliminação da prática de forma rotineira em hospitais⁽³⁹⁾ e em CPN⁽¹⁰⁾. Pesquisa nacional⁽⁵⁾ identificou uma taxa de venóclise de 73,8% para mulheres de risco habitual e de 76,7% para as de alto risco. A região do país que mais praticou essa intervenção foi a Sudeste (76,0%) e, em terceiro lugar, a região Sul (72,9%), resultados inferiores aos apresentados por esta pesquisa em 2012 (85,4%) e em 2016 (97,8%).

A inserção profilática de cateter venoso sob o pretexto da sua possível necessidade não se justifica, pois além de gerar mais custos, ele dificulta a livre mudança de posição e movimentação da mulher⁽¹⁾ e facilita a realização de outras intervenções desnecessárias. Além disso, recomenda-se que a reposição da energia despendida pela mulher seja realizada mediante a ingestão oral de líquidos e de refeições leves, e não através da infusão intravenosa de fluidos⁽¹⁾. Revisão sistemática da Cochrane concluiu que não existem evidências robustas para recomendar a administração rotineira de fluidos intravenosos durante o TP⁽⁴⁰⁾.

Sobre as práticas da Categoria C, a manobra de Kristeller embora classificada inicialmente pela OMS como uma prática que não tem evidências suficientes para apoiar uma recomendação precisa e que deve ser utilizada com cautela até que outras pesquisas esclareçam a questão⁽¹⁾, atualmente, é uma prática embasada por investigações com alto nível de evidência. Segundo revisão sistemática, as evidências atuais são insuficientes para apoiar o uso rotineiro de Kristeller, realizado tanto manualmente quanto com o uso de cinto ou qualquer outro método, uma vez que encontrou-se aumento de lesão perineal com ambas as técnicas⁽⁴¹⁾. Além disso, o Kristeller é entendido atualmente como uma violência obstétrica⁽²⁷⁾, visto que se caracteriza como um procedimento desnecessário e danoso, podendo acarretar traumas físicos e psicológicos.

Mesmo assim, nesta pesquisa, evidenciou-se a manutenção dessa prática, com uma taxa de 13,6% em 2016, demonstrando aumento de 60,0% quatro anos após a RC. Percebeu-se, em outros estudos, uma tendência à diminuição do Kristeller após a Rede Cegonha, com taxas de 55,4%⁽³⁵⁾ antes da estratégia e 9,0%⁽²⁷⁾ após. A pesquisa Nascer no Brasil⁽⁵⁾ apontou que o Kristeller foi realizado em 37,3% das mulheres de risco habitual e em 33,9% nas de alto risco, indicando que a realização desse procedimento não tem relação com as condições maternas ou fetais. Além disso, estudo

recente evidenciou que médicos obstetras realizam mais Kristeller (38,7%) do que enfermeiras obstetras/obstetrizes (27,2%)⁽⁴²⁾.

A respeito das práticas da Categoria D (práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado), embora tenha havido aumento de 69,1% e de 126,0% na proporção de mulheres que receberam analgésico e analgesia, respectivamente, na literatura não há taxa mínima ou máxima adequada para essas práticas^(1,43). Existem poucos estudos brasileiros que tenham avaliado a proporção da utilização de analgésicos durante o TP, as taxas oscilam de 4,1%⁽⁴⁴⁾ a 97,1%⁽⁹⁾ em hospitais e 22,4%⁽⁹⁾ em CPN. Revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre os medicamentos não opioides para o manejo da dor concluiu que as evidências são insuficientes para apoiar o seu uso como método isolado para o alívio da dor no TP⁽⁴³⁾.

O aumento no uso de analgésicos endovenosos (de 44,4% para 75,1%), encontrado neste estudo, pode ser explicado pela realização quase universal de punção venosa, o que facilita a prática de mais essa intervenção. Outra possível explicação seria pela diminuição da liberdade de posição e movimentação, que pode aumentar a dor e, conseqüentemente, o pedido de recurso farmacológico. Constata-se, desse modo, que práticas desnecessárias acabam acarretando em outras também desnecessárias.

A taxa de analgesia encontrada nesta pesquisa foi de 45,9% em 2016. Estudos mostraram baixas taxas da prática antes da RC (7,7%)⁽³⁵⁾ e aumento após (16,0%)⁽³⁸⁾. A pesquisa Nascer no Brasil⁽⁵⁾ encontrou para as mulheres brasileiras uma proporção de analgesia inferior a este estudo, de 33,9%. Estudos que avaliaram diferentes modelos de atenção ao parto encontraram frequências mais altas de analgesia em maternidades com modelo colaborativo quando comparados a maternidades com modelo tradicional de assistência^(7,45). Embora o procedimento represente a medicalização do parto, a oferta seletiva e restrita de analgesia contraria a filosofia de humanização do nascimento⁽⁴⁵⁾. Entretanto, sabe-se que a demanda pela analgesia pode ser menor em modelos de assistência liderados por enfermeiras obstetras/obstetrizes⁽⁸⁾. Entende-se que a demanda por esse procedimento é multifatorial e culturalmente dependente, mas é questionado se os MNF estariam sendo pouco valorizados ou sendo utilizados de maneira inadequada, pois, mesmo com aumento na sua utilização, também aumentou a demanda por analgesia. Destaca-se que práticas não invasivas para o alívio da dor também exigem conhecimento técnico pelos profissionais e devem ser a primeira opção de escolha. Estudo que avaliou 27 revisões sistemáticas da biblioteca

Cochrane apontou que existem evidências suficientes na literatura que associam a analgesia à cesariana⁽⁴⁶⁾.

Outro procedimento que também não é isento de riscos é o exame de toque vaginal, uma vez que sua prática inadequada pode resultar em infecção materna e neonatal⁽¹⁾. Portanto, recomenda-se que o número de exames deve ser limitado ao estritamente necessário, sendo que, durante a fase de dilatação, um exame de toque a cada quatro horas é suficiente^(1,47). Revisão sistemática que comparou essa prática realizada a cada duas horas com a realizada a cada quatro horas reportou que não foram encontradas diferenças na duração do TP, na correção da dinâmica com ocitocina, no uso da analgesia epidural e nas taxas de cesariana, parto vaginal espontâneo e parto vaginal operatório⁽⁴⁸⁾.

Embora o número de exames vaginais tenha aumentado em 111,0% para a categoria "11 toques ou mais", a variável "número de exames de toque vaginal realizados", de maneira isolada, tem pouca relevância clínica, visto que a frequência da prática deve ser determinada pelo tempo de TP. Assim, foi criada a variável "adequação do número de toques", que relacionou o número de exames realizados (exceto o da admissão hospitalar) ao tempo de permanência até o parto, conforme recomendações do MS e da OMS. Mesmo após essa adequação, a proporção de mulheres que foi submetida a exames de toque acima do recomendado foi de 76,8%, com aumento de 10,5% (significância limítrofe), indicando prática excessiva.

Poucas pesquisas apresentam a variável "número de exames de toque" conforme recomendações do MS e da OMS. Estudo realizado antes da RC encontrou número excessivo de toque vaginal, em que nenhuma parturiente foi submetida à frequência de toques recomendada (a cada quatro horas)⁽³⁵⁾. Após a RC, poucos estudos trouxeram esse dado e, quando o fizeram, não relacionaram com o intervalo em que eles foram realizados^(27,49).

Ressalta-se que a instituição estudada é hospital de ensino, o que não deveria justificar a realização repetitiva de exames de toque. A OMS salienta que, sob nenhuma circunstância, a mulher deve ser submetida a exames vaginais frequentes e repetidos por vários profissionais ou estudantes⁽¹⁾.

A episiotomia também não é recomendada de maneira rotineira. Evidências atuais demonstram que sua prática não é necessária e ainda pode ser prejudicial, acarretando em diversas complicações, como dor, dispareunia, complicações nos partos subsequentes, abertura iatrogênica ou espontânea do esfíncter anal ou retal, cicatrização insatisfatória resultando em marcas de pele, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, aumento da perda

sanguínea, edema, infecção e deiscência⁽⁵⁰⁾. Além dessas complicações, a episiotomia é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por ser realizada em um corpo saudável sem ter benefício estabelecido e, em alguns casos, sem o consentimento da mulher⁽⁵¹⁾ e sem anestesia local prévia. A recomendação da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, que não deve ultrapassar uma proporção de 10% nos estabelecimentos de saúde^(1,52).

Revisão sistemática concluiu que a indicação da episiotomia com a finalidade de reduzir o trauma perineal/vaginal não se justifica, nem se sustenta com base nas evidências atuais⁽⁵⁰⁾. Ensaio clínico randomizado realizado em Recife/PE comparou um protocolo de episiotomia seletiva com um de não episiotomia e evidenciou que o protocolo de não episiotomia parece ser seguro para a mulher e o recém-nascido⁽⁵³⁾.

Apesar da taxa de episiotomia ter reduzido em 13,2% após a RC, a maioria das mulheres incluídas nesta pesquisa (55,0%) continua sendo submetida a essa prática. Pesquisa nacional detectou taxa de episiotomia de 56,1% para as mulheres de risco habitual e de 48,6% para as de alto risco⁽⁵⁾, demonstrando – assim como o Kristeller – que a indicação da episiotomia não tem relação com as condições maternas ou fetais. Estudos que avaliaram os partos atendidos por enfermeiras obstetras/obstetizes demonstram ser possível praticar baixos índices de episiotomia e manter a qualidade da assistência, com percentuais de 15,4%⁽⁴⁹⁾, 15,5%⁽¹¹⁾ e 25,7%⁽⁹⁾.

Como evidenciado ao longo desta discussão, nascer em CPN, em hospital com modelo colaborativo, em instituição certificada pela IHAC, ou ter o parto assistido por enfermeira obstetra/obstetiz aumenta as chances de as mulheres e seus recém-nascidos terem acesso às boas práticas e reduz as chances de intervenções danosas e desnecessárias.

Algumas limitações deste estudo ocorreram devido a registros incompletos ou inexistentes, tais como a impossibilidade da avaliação do partograma e da mensuração do tempo de contato pele a pele.

Conclusão

A implementação de práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências caracteriza-se como uma estratégia altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, constituindo-se também como uma ação que visa garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Considerando seu impacto na assistência obstétrica, práticas baseadas em evidências têm sido recomendadas sistematicamente desde 1996 pela Organização Mundial da Saúde. No

Brasil, essas práticas foram recomendadas em 2001 por meio do manual "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher", mas só foram incorporadas oficialmente no SUS em 2011 através da Rede Cegonha. Assim, o seu monitoramento consiste em uma importante estratégia para qualificar a assistência ao parto das instituições.

Evidenciou-se que, mesmo antes da implementação da Rede Cegonha, a maternidade estudada já havia incorporado em sua assistência práticas baseadas em evidências científicas nos termos da OMS, sendo favoráveis os resultados das boas práticas (Categoria A) avaliados, exceto para a variável estímulo à amamentação logo após o nascimento, que apresentou aumento, mas com índice aquém do esperado, e para a variável liberdade de posição e movimentação, que apresentou redução, mesmo sendo uma prática isenta de custos e que impacta diretamente na evolução do trabalho de parto. Nenhuma das práticas prejudiciais (Categoria B) aferidas foi descontinuada, mesmo quatro anos após a Rede Cegonha, destacando-se negativamente o aumento significativo de venóclise e a manutenção quase universal da posição de litotomia no expulsivo, embora sem diferença significativa.

Nas práticas classificadas originalmente como sem evidências suficientes (Categoria C), destaca-se o aumento significativo do Kristeller. Atualmente, já existem evidências consideráveis sobre essa prática e pesquisas atuais consideram a manobra de Kristeller uma violência obstétrica, necessitando o seu uso ser urgentemente revisto. Na análise das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (Categoria D), aumentou a proporção do número de toques acima do recomendado e diminuiu a taxa de episiotomia, entretanto a maioria das mulheres continuou sendo submetida a essa prática e, em alguns casos, sem anestesia local prévia, denotando a continuidade do seu uso rotineiro e inadequado. Apesar disso, ocorreu aumento da oferta de analgesia, que por uma perspectiva representa a valorização do direito da mulher a obter recurso farmacológico de alívio da dor e por outra representa a medicalização do corpo e uma rotina assistencial pouco implicada em garantir uma atenção ao parto menos invasiva e com menos riscos.

Esses achados revelam a manutenção, ao longo de quatro anos da Rede Cegonha, tanto de boas práticas quanto de práticas prejudiciais e inadequadas, indicando que preconizar oficialmente em uma política governamental o uso de práticas baseadas em evidências é efetivo para reforçar e garantir a sua continuidade, mas é insuficiente de maneira isolada para reverter o quadro de intervenções desnecessárias e danosas. Um caminho consolidado mundialmente é a inserção

de enfermeiras obstetras/obstetrizes na assistência e na tomada de decisão clínica durante o processo de parturição, prevendo a organização do trabalho em uma configuração compartilhada, sob a lógica do modelo colaborativo. Esse modelo de atenção tem potencial de implementação de práticas baseadas em evidências e de reversão dos índices desfavoráveis de morbimortalidade materna e neonatal por meio da utilização apropriada de tecnologias e redução de intervenções desnecessárias.

Agradecimentos

Agradecemos às mulheres que participaram deste estudo, contribuindo, assim, para a construção de conhecimento científico, e ao grupo de pesquisa GEMBE.

Referências

1. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a practical guide [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [cited 2016 Dec 7]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
2. Diniz CSG. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meanings of a movement. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [cited 2017 Apr 2];10(3):627-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual prático para implementação da Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Acesso 18 nov 2016]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>.
4. Cavalcanti PCS, Urgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. A logical model of the Rede Cegonha network. *Physis*. [Internet]. 2013 [Acesso 17 maio 2017];23(4):1297-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.
5. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 20];30(suppl 1):17-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
6. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [Acesso 6 mai 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
7. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov

- 18];48(2):304-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>.
8. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 1];(4):CD004667. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
9. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 15];46(1):77-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>.
10. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 30];47(5):1031-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>.
11. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. *Rev Pesqui. Cuid. Fundam*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 20];8(4):4972-9. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979>
12. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 7];30(1):128-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.
13. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 3];20(2):324-31. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.
14. Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACPT, Lima SKM, Damasceno AKC. Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. *Rev RENE*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 22];18(3):376-82. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v18i3.20065>.
15. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 20];49(5):716-725. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>.
16. Carvalho IS, Brito RS. Using the Bologna score to assess normal delivery healthcare. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 15];50(5):741-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>
17. Gonçalves AC, Rocha CM, Gouveia HG, Armellini CJ, Moretto VL, Moraes BA. The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 17];36(spe):159-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57289>.
18. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato [Internet]. Brasília; 2005 [Acesso 24 abr 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm.
19. Diniz CSG, D'orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 12];30:S140-S153. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.
20. Lobo SF, Oliveira SMJ, Schneck CM, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital Birth Center in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 22];44(3):812-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300037>.
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 7];(7):CD003766. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>.
22. Jones L, Othman M, Dowswell, T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 8];(3):CD009234, 2012. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>.
23. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 15];21(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>.
24. Goulart DMM, Viana DL, Parreira BDM, Machado ARM, Mattos JGS, Silva SR. Humanização do parto: assistência às parturientes em um hospital universitário. *Ciência Saúde Coletiva*. [Internet]. 2013 [Acesso 30 mai 2017];10(59):8-13. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228211002>.
25. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Quality assessment of labor care provided in the Unified Health System in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, 1999–2001. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [cited 2017

- Mar 5];42(5):895-902. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500015>.
26. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Maternal and neonatal assistance results at Birthing Center in the municipality of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2013 [cited 2017 May 28];17(1):17-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>.
27. Andrade POM, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 22];16(1):29-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>.
28. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 6];(10)CD003934 doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>.
29. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Fundo das Nações Unidas para a Infância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Acesso 2 abr 2017]. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo1_ihac_alta.pdf.
30. Oliveira MIC, Hartz ZMA, Nascimento VC, Silva KS. An evaluation of the implantation of the baby-friendly hospital initiative in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 2];12(3):281-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000300008>.
31. Nagahama EEI, Santiago SM. The medical institutionalization of childbirth in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2005 [cited 2017 May 30];10(3):651-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>.
32. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Baby-Friendly Hospital: prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 13];47(6):1291-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600006>.
33. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 9];(11)CD003519. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
34. Boccolini CS, de Carvalho ML, de Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr. (Rio J)* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];89(2):131-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>
35. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Evaluation of the quality of care for normal delivery. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 17];33(10):297-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>.
36. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. *Ciênc Cuid Saúde*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 30];15(4):591-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.33420>.
37. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 9];(11)CD001236. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2>.
38. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Practices in delivery and birth care from mothers' perspective. *Rev RENE*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 8];17(1):20-8. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i1.2601>
39. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev RENE*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 22]; 18(1):59-67. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v18i1.18870>.
40. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 15];(6):CD007715. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007715.pub2>.
41. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2017 [cited Jul 15];(3):CD006067. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub2>.
42. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 2];13(suppl 3):226-65. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>.
43. Othman M, Jones L, Neilson JP. Non-opioid drugs for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 16];(7):CD009223. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009223.pub2>
44. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes OB Filho. Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. *Rev saúde pública* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 22];44(1):70-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100008>.
45. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Characteristics of labor and delivery care in three healthcare models within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011

[cited 2016 Dec 4];27(9):1789-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>.

46. Bannister-Tyrrell M, Miladinovic B, Roberts CL, Ford JB. Adjustment for compliance behavior in trials of epidural analgesia in labor using instrumental variable meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 18];68(5):525-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.005>.

47. Ministério da Saúde (BR). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [Acesso 30 jan 2017]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

48. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 16];(7):CD010088. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>.

49. Reis TMR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 4];36(esp):94-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>.

50. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 9];(2):CD000081. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

51. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Episiotomy repercussion on sexuality. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 20];12(1):45-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>.

52. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [cited 2017 Jan 18]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/

53. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 26];14:1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-11-66>.

Recebido: 31.12.2017

Aceito: 06.1.2019

Autor correspondente:

Giovanna De Carli Lopes

E-mail: giovanna.decarli@live.com

 <http://orcid.org/0000-0002-9480-3140>

Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.