



Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras

Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center

Prácticas obstétricas en centro de parto normal intrahospitalario realizadas por enfermeras obstetras

Juliana Manoela dos Santos Freitas¹

Nádia Zanon Narchi²

Rosa Aurea Quintella Fernandes¹

1. Universidade Univeritas.

Guarulhos, SP, Brasil.

2. Universidade de São Paulo.

São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar as práticas utilizadas pelas enfermeiras obstetras em um Centro de Parto Normal (CPN) e verificar os desfechos maternos e neonatais. **Método:** Estudo transversal, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Analisaram-se prontuários de 300 parturientes que deram à luz em hospital estadual da cidade de São Paulo. Os critérios adotados para a análise das práticas obstétricas foram as categorias da Organização Mundial da Saúde (OMS). Utilizaram-se os testes exatos de Fisher ou razão de verossimilhança (Likelihood Ratio) e t-Student. **Resultados:** As enfermeiras obstetras utilizaram majoritariamente as práticas da categoria A da OMS. Não houve diferença estatisticamente significativa nas associações entre as práticas e os desfechos perineais. Houve diferença estatisticamente significativa entre o peso do recém-nascido e o número de intercorrências neonatais e entre as posições de parto das primíparas com a fratura de clavícula dos recém-nascidos. **Conclusão e implicações para a prática:** As práticas baseadas em evidências são seguidas pelas enfermeiras obstetras no CPN analisado. Os desfechos maternos e neonatais mostraram-se adequados. Há necessidade de melhorar a assistência no segundo período do parto, evitando condutas que reflitam em intercorrências neonatais. O estudo possibilita a reflexão sobre a importância da avaliação continuada da assistência prestada.

Palavras-chave: Assistência ao parto; Saúde da mulher; Parto Normal; Trabalho de Parto; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT

Objectives: To characterize the practices used by nurse-midwives in a Natural Birth Center (NBC) and to verify the maternal and neonatal outcomes. **Method:** This was a cross-sectional, documentary, retrospective study with a quantitative approach in which the medical records of 300 parturients who gave birth in a state hospital in the city of São Paulo were analyzed. The categories of the World Health Organization (WHO) composed the criteria adopted for the analysis of the obstetric practices. Fisher's exact test or the likelihood ratio and Student t-test were used. **Results:** The nurse-midwives mostly used category A practices of the WHO. There were no statistically significant associations between practices and perineal outcomes. There was a statistically significant association between the weight of the newborn and the number of neonatal complications, as well as between the delivery position of the primiparous women and clavicle fractures of the newborns. **Conclusion and implications for the practice:** Evidence-based practices were followed by the nurse-midwives in the NBC analyzed. The maternal and neonatal outcomes were adequate. There is a need to improve care in the second stage of the delivery in order to avoid behaviors that reflect in neonatal complications. The study makes it possible to reflect on the importance of the continuous evaluation of the care provided.

Keywords: Childbirth care; Women's health; Natural birth; Labor; Nurse-midwives.

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar las prácticas utilizadas por las enfermeras obstetras en un Centro de Parto Normal (CPN) y verificar los resultados maternos y neonatales. **Método:** Estudio transversal, documental, retrospectivo, con abordaje cuantitativo, en el cual fueron analizados prontuarios de 300 parturientas que dieron a luz en hospital público de la ciudad de São Paulo. Los criterios adoptados para el análisis de las prácticas obstétricas fueron las categorías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Fueron utilizadas las pruebas, exacto de Fisher o razón de verosimilitud (Likelihood Ratio) y t-Student. **Resultados:** Las enfermeras obstetras utilizaron mayoritariamente las prácticas de la categoría A de la OMS. No hubo diferencia estadísticamente significativa en las asociaciones entre las prácticas y los resultados perineales. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el peso del recién nacido y el número de intercorrencias neonatales, así como entre las posiciones de parto de las primíparas con la fractura de clavícula de los recién nacidos. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Las prácticas basadas en evidencias son seguidas por las enfermeras obstetras en el CPN analizado. Los resultados maternos y neonatales se mostraron adecuados. Es necesario mejorar la asistencia en el segundo período del parto para evitar conductas que reflejen en las interacciones neonatales. El estudio posibilita la reflexión sobre la importancia de la evaluación continuada de la asistencia prestada.

Palabras clave: Asistencia al parto; Salud de la mujer; Parto normal; Trabajo de Parto; Enfermeras Obstétricas.

Autor correspondente:

Rosa Aurea Quintella Fernandes.
E-mail: fernands@uol.com.br

Recebido em 12/04/2019.

Aprovado em 11/06/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-2019-0112

INTRODUÇÃO

Mudar o cenário da assistência obstétrica no Brasil é um desafio e requer alterações estruturais dos serviços de atenção, mudança de alguns paradigmas culturais e, sobretudo, qualificação dos profissionais e inclusão efetiva de obstetras e enfermeiras obstetras a fim de contribuir para a diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.^{1,2}

Uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para incentivar a utilização das práticas baseadas em evidências no processo de parto e nascimento foi a implantação em 1999 dos Centros de Parto Normal (CPN),^{3,4} locais em que preferentemente enfermeiras obstetras e obstetras promovam a atenção.

Nessa perspectiva, estudos⁵⁻⁸ que compararam o cuidado prestado em Centro Obstétrico (CO) e CPN evidenciaram a melhoria da assistência ao parto no segundo modelo, pois neles houve menor índice de traumas perineais e de intervenções como analgesia, episiotomia e uso de ocitocina, além de menor número de transferências para partos operatórios.

Apesar dos esforços dos últimos 20 anos para efetivação de política pública voltada para aprimorar a atenção obstétrica, os resultados ainda são incipientes, como demonstra o inquérito nacional publicado em 2014⁹ que revelou o uso prioritário de práticas não recomendadas pelas evidências científicas, levando seus autores a corroborar com publicações que recomendam a inserção de enfermeiras obstetras e obstetras a fim de colaborar com a transformação e melhoria assistencial.¹⁰⁻¹²

Como o fortalecimento e a ampliação dos CPN dependem dos resultados exitosos desse modelo de atenção, a presente investigação teve por objetivos caracterizar as práticas utilizadas pelas enfermeiras obstetras em um CPN e verificar quais foram os desfechos maternos e neonatais resultantes dessa assistência.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma instituição pública estadual da cidade de São Paulo, de grande porte, existente há 25 anos e cujo CPN, do tipo intra-hospitalar, foi inaugurado em 2005. Neste local, que dispõe de oito suítes, somente enfermeiras obstetras atuavam na ocasião da coleta de dados, pois não havia ainda obstetras no quadro de pessoal da instituição.

A população foi constituída por 1221 prontuários de mulheres que tiveram seus partos no CPN no ano de 2015. Para o cálculo amostral foi utilizado o programa estatístico STATS 2.0®, determinando-se porcentagem máxima aceitável de erro de 5%, nível de porcentagem estimada de 50% e nível de confiança de 95%. A amostra mínima estimada foi de 292 prontuários, sendo analisados 300. A amostragem foi do tipo aleatória simples, ou seja, primeiramente foi feita listagem com o número de todos os prontuários que foram, então, sorteados pelo programa Randomized.com®.

Fizeram parte do estudo os prontuários que atenderam os critérios de inclusão: pertencer à mulher com trabalho de parto e parto assistido exclusivamente por enfermeira obstetra, e estar disponível no arquivo no momento da coleta dos dados. Para evitar qualquer viés, excluíram-se os prontuários em que a assistência foi prestada pela primeira autora do estudo.

Para a coleta dos dados foi elaborado formulário baseado nas recomendações de atenção obstétrica da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹³ e na Portaria nº 11 do MS,¹⁴ que apresentam os indicadores a serem monitorados no CPN. Esse instrumento continha três partes: na primeira, eram identificados os dados sociodemográficos e obstétricos das mulheres; na segunda, informações referentes às práticas obstétricas da OMS; e na terceira, resultados maternos e neonatais.

As informações foram coletadas pela primeira pesquisadora entre o segundo semestre de 2016 e o primeiro de 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital, parecer número 1.429.319. Os resultados são apresentados em variáveis quantitativas paramétricas (média e desvio padrão) e não paramétricas (mediana e intervalo interquartil). A associação entre as variáveis categóricas foi avaliada com o teste exato de Fisher ou com a razão de verossimilhança (Likelihood Ratio). Avaliaram-se as variáveis paramétricas com o teste *t-Student* ou com a análise de variância. Consideraram-se estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O perfil das 300 parturientes pode ser assim delineado: eram jovens, tinham mediana de idade de 22 anos (mínimo 13, máximo 43 anos), viviam com companheiros (69,0%), apresentavam mediana de 9 anos de estudo, não informaram atividade remunerada (59,7%), não eram tabagistas (84,3%), nem etilistas (97,9%) ou usuárias de drogas ilícitas (94,9%). Os dados obstétricos evidenciaram que a maioria não informou parto prematuro (99,3%), aborto (90,6%) ou cesárias (92,6%) anteriores, 63,6% tiveram em média 7 consultas de pré-natal e 59% não apresentaram complicações na gestação. As intercorrências mais mencionadas no pré-natal foram infecção urinária (37,3%), hipertensão arterial (2,3%), diabetes (1,6%) e infecções sexualmente transmissíveis (6%).

A média da dilatação cervical das mulheres no momento da internação foi de seis centímetros, sendo que 68,3% tinham as membranas ovulares íntegras.

Em relação às práticas da categoria A, demonstradamente úteis, que devem ser estimuladas e estão descritas na Tabela 1, a maioria das mulheres (94,6%) teve acompanhante durante todo o processo de parturição e amamentou na primeira hora após o parto (95,3%). Os métodos não farmacológicos mais utilizados para alívio da dor se constituíram no banho de aspersão (51,7%) e na deambulação (58,7%). A maioria (98,3%) teve o partograma elaborado e o parto na posição não litotômica (74,5%), sendo a posição semi-sentada a mais utilizada (62,2%). Inspeccionaram-se a placenta e as membranas em 99,3% dos partos.

Tabela 1. Práticas recomendadas (categoria A) e realizadas por enfermeiras obstetras em CPN intra-hospitalar

Práticas na assistência ao parto	n (%)
Acompanhante de escolha	
Sim	284 (94,6)
Não	11 (3,7)
Não consta no prontuário	5 (1,7)
Amamentação na primeira hora após o parto	
Sim	286 (95,3)
Não	6 (2,0)
Não consta no prontuário	8 (2,7)
Contato pele a pele por uma hora continua após parto	
Sim	183 (61,0)
Não	116 (38,7)
Não consta no prontuário	1 (0,3)
Agachamento no trabalho de parto	
Sim	34 (11,3)
Não consta no prontuário	266 (88,7)
Banho de aspersão no trabalho de parto	
Sim	155 (51,7)
Não consta no prontuário	145 (48,3)
Uso da bola no trabalho de parto	
Sim	42 (14,0)
Não consta no prontuário	258 (86,0)
Balanço pélvico no trabalho de parto	
Sim	128 (42,7)
Não consta no prontuário	172 (57,3)
Deambulação no trabalho de parto	
Sim	176 (58,7)
Não consta no prontuário	124 (41,3)
Hidromassagem no trabalho de parto	
Sim	25 (8,3)
Não consta no prontuário	275 (91,7)
Massagem no trabalho de parto	
Sim	32 (10,7)
Não consta no prontuário	268 (89,3)
Liberdade posição/movimento no trabalho de parto	
Sim	249 (83,0)
Não consta no prontuário	51 (17,0)

continuação Tabela 1.

Práticas na assistência ao parto	n (%)
Partograma	
Sim	295 (98,3)
Não	5 (1,7)
Posição no parto	
Semi-sentada	183 (61,0)
Cócoras, lateral ou quatro apoios	36 (12,0)
Litotômica	75 (25,0)
Não consta no prontuário	6 (2,0)
Ocitocina no terceiro período	
Sim	298 (99,3)
Não consta no prontuário	2 (0,7)
Inspeção da placenta e membranas ovulares	
Sim	298 (99,3)
Não	2 (0,7)

No que tange às práticas da categoria B, claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas e estão descritas na Tabela 2, a posição litotômica obteve o maior percentual (25%) e as demais índices abaixo de 3%. Observa-se, ainda, que em relação às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (categoria D), as mais identificadas se constituíram na adesão rígida de até 10 minutos para o segundo período do trabalho de parto (79%), na monitorização eletrônica fetal não realizada (20%), no controle da dor por agentes sistêmicos (13,7%) e nos exames vaginais por mais de um enfermeiro (46,1%).

Quanto aos desfechos perineais, verificou-se que a maior porcentagem das mulheres (42,0%) sofreu laceração de primeiro grau, seguidas de períneo íntegro (37,7%), episiotomia (16%), laceração de segundo grau (4%) e laceração de terceiro grau (0,3%). As primíparas tiveram menor índice de períneo íntegro (9,7%) e sofreram mais episiotomia (12,3%) enquanto as mulheres com parto normal anterior apresentaram períneo íntegro em maiores percentuais (28,0%) e tiveram menor incidência de episiotomia (3,7%).

Realizaram-se diversas associações das práticas com os desfechos perineais, não sendo verificadas diferenças estatisticamente significativas. Constatou-se, por exemplo, que a posição de parto não interferiu nas condições do períneo ou no sangramento vaginal no pós-parto imediato.

Os desfechos neonatais mostraram que a mediana de peso dos recém-nascidos foi de 3212 g (dp = 408,1; mínimo 2240g; máximo 4950g); 73% dos bebês tiveram Apgar 9 ou 10 no primeiro minuto e 96,3% tiveram 9 ou 10 no quinto minuto. A maioria não sofreu aspiração das vias aéreas superiores (76,9%) ou apresentou intercorrências no parto (95%). Apenas 15 recém-nascidos apresentaram intercorrências, das quais 4% foram fraturas de clavícula e 1% desconforto respiratório.

Tabela 2. Práticas não recomendadas (categoria B) ou utilizadas de modo inadequado (categoria D) realizadas por enfermeiras obstetras em CPN

Práticas na assistência ao Parto	n (%)
CATEGORIA B	
Posição litotômica no parto	
Sim	75 (25,0)
Não	219 (73,0)
Não consta no prontuário	6 (2,0)
Revisão uterina após o parto	
Sim	8 (2,6)
Não	290 (96,7)
Não consta no prontuário	2 (0,7)
Uso de ergometrina parenteral no terceiro estágio do parto	
Sim	5 (1,7)
Não	295 (98,3)
CATEGORIA D	
Adesão rígida de tempo ao segundo período do trabalho de parto	
Até 10 minutos	237 (79,0)
11 a 30 minutos	31 (10,4)
31 a 60 minutos	1 (0,3)
> 60 minutos	1 (0,3)
Não consta no prontuário	30 (10,0)
Correção da dinâmica uterina com ocitocina	
Sim	57 (19,0)
Não	243 (81,0)
Episiotomia	
Sim	48 (16,0)
Não	251 (83,7)
Não consta no prontuário	1 (0,3)
Monitorização eletrônica fetal	
Nenhuma	60 (20,0)
1 a 2	231 (77,0)
3 a 4	9 (3,0)
Amniotomia	
Sim	17 (5,6)
Não	242 (80,7)
Não consta no prontuário	41 (13,7)

continuação Tabela 2.

Práticas na assistência ao Parto	n (%)
Controle da dor por agentes sistêmicos (buscopan®, plasil® e glicose)	
Sim	41 (13,7)
Não	259 (86,3)
Exame vaginal por mais de um enfermeiro	
Sim	137 (45,7)
Não	160 (53,3)
Não consta do prontuário	3 (1,0)

A Tabela 3 mostra que houve uma tendência estatística entre a posição de parto litotômica e as intercorrências neonatais ($p=0,08$) e diferença estatisticamente significativa entre o peso do recém-nascido com o maior número de intercorrências ($p = 0,001$).

A associação entre as posições de parto com a fratura de clavícula (Tabela 4), mostrou que houve tendência estatística entre a posição litotômica e a fratura de clavícula em todos os partos ($p = 0,08$) e diferença estatisticamente significativa nas primíparas que deram à luz em posição litotômica ($p = 0,001$), ou seja, essa posição associou-se à fratura de clavícula nas primíparas.

As práticas da categoria C não foram identificadas nos prontuários, entendendo-se assim que não se realizaram.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que as enfermeiras obstetras utilizaram majoritariamente as recomendações da categoria A da OMS, o que também é observado em outros estudos realizados em CPN.^{1,2} Neste modelo de assistência tais práticas são mais utilizadas quando comparadas àquelas realizadas em CO.⁵⁻⁸

As mulheres contaram com acompanhantes em 94,6% dos casos, resultado similar a pesquisas desenvolvidas em outros centros de parto.^{2,3} Os benefícios da presença do acompanhante são inúmeros, especialmente a promoção de ambiente mais calmo e segurança física e emocional para a mulher.¹⁵

Os bebês foram amamentados e tiveram contato pele a pele durante a primeira hora de vida (95,3% e 61,0%). Essa diferença se explica porque o contato somente é considerado quando o bebê permanece uma hora no colo materno, o que nem sempre é possível na realidade da instituição. Tais intervenções são importantes tanto para o bebê quanto para a mãe, pois, fortalecem o vínculo afetivo e familiar e facilitam o processo de continuidade da amamentação.^{16,17}

Tabela 3. Associação entre intercorrência neonatal, posição do parto e peso do recém-nascido

Variável	Intercorrência neonatal*		Valor de p
	Não (n = 279)	Sim (n = 15)	
Posição do parto			
Litotômica	69 (92%)	6 (8%)	0,08**
Não litotômica	210 (95,1%)	9 (4,9%)	
Peso do recém-nascido	3212+408	3486+481	0,001***

* Seis prontuários sem informações sobre posição do parto, por isso desconsiderados na associação; ** Teste Likelihood Ratio; *** Teste t-Student.

Tabela 4. Associação da posição de parto com fratura de clavícula do recém-nascido de todas as parturientes e das primíparas.

Variável	Fratura de clavícula		Valor de p
	Não (n = 287)	Sim (n = 12)	
Posição do parto (n = 299)*			
Litotômica	69 (92,0%)	6 (8,0%)	0,08**
Não-litotômica	218 (97,3%)	6 (2,7%)	
Posição de parto das primíparas (n = 133)			
Litotômica	31 (86,1%)	5 (13,9%)	0,001**
Não-litotômica	97 (100%)	0 (0,0%)	

* Um prontuário sem informações sobre posição do parto, por isso desconsiderado na associação; ** Teste exato de Fisher.

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, o banho de aspersão, a deambulação e o balanço pélvico foram os mais utilizados, porém em menor porcentagem que em estudos semelhantes.^{2,3}

Importa ressaltar que um dos benefícios das terapias alternativas para o manejo da dor é dar à mulher a liberdade de escolher uma medida de conforto que melhor atenda sua necessidade.¹⁸ Além disso, essas práticas e a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, presente em 83% das anotações, estão associadas com relaxamento, redução do número de intervenções e diminuição da duração do trabalho de parto.¹⁹⁻²²

O partograma foi utilizado por 98,3% dos enfermeiros, ressaltando-se sua importância na prevenção de complicações, intervenções e partos cirúrgicos, conforme orienta a Diretriz de Assistência ao Parto Normal do MS²³, importante documento que busca qualificar a assistência ao parto no Brasil por meio da utilização de práticas baseadas em evidências.

A maioria das mulheres (61%) pariu em posição semi-sentada, o que também foi identificado em outros estudos.^{3,22} Importa destacar que a posição litotômica vem sendo menos utilizada, ou mesmo abolida, em outros contextos assistenciais^{2,3} por resultar em maior incidência de episiotomia e duração do período expulsivo.^{24,25}

A ocitocina no terceiro período foi utilizada em 99,3% dos partos. Embora indicada na categoria A somente para mulheres com risco de hemorragia pós-parto (HPP), ou com pequena perda de sangue, há recente recomendação da OMS²⁶ para que seja ministrada em todas as mulheres para evitar a HPP.

Quanto às práticas das categorias B e C, verificou-se que a amniotomia foi realizada em 5,6% das mulheres, índice menor do encontrado em outros CPN.^{2,3,5} Essa conduta aumenta o risco de cesariana por alteração da frequência cardíaca fetal, devendo ser utilizada com cautela e mediante justificativa,²⁷ pois também pode levar à infecção materna e neonatal.²³

O uso da ocitocina durante o trabalho de parto esteve presente em 19,0%, mas não foi justificado em 51,9% dos prontuários. Essa prática, no entanto, foi menos frequente do que em outros estudos^{2,3,22} e não se associou com lacerações de períneo e intercorrências neonatais, resultado semelhante a outra investigação.²⁸

A episiotomia foi realizada em 16,0% das mulheres, percentual superior a outros estudos.^{29,30} Essa é uma prática que está associada a consequências iatrogênicas sobre a saúde física e psicossocial das mulheres, devendo por isso ser evitada.^{23,29,30,31}

Importante destacar que as evidências indicam que não há justificativa para a manutenção da realização rotineira da episiotomia, pois seus riscos são maiores que os benefícios para as mulheres que apresentam um parto vaginal espontâneo.³¹ Além disso, esta é uma prática frequentemente associada à violência obstétrica, por ser normalmente realizada sem consentimento e resultar em dor, constrangimento e sofrimento.³²

A monitorização eletrônica fetal (MEF) foi realizada entre uma a duas vezes em 70% das mulheres, sendo que as recomendações atuais sugerem ausculta fetal intermitente a cada 30 minutos, antes, durante e após a contração, ao invés da MEF.²³

No tempo de período expulsivo, identificou-se a constante de 10 minutos em 87,7% dos prontuários, o que faz pressupor que os profissionais estejam dirigindo o puxo materno para acelerar

a expulsão, possivelmente acreditando que a menor duração do período resulte em melhores condições maternas e neonatais. Esta prática, no entanto, está incorreta; não é recomendado estipular tempo, nem dirigir puxos, pois o nascimento poderá ocorrer até duas horas e meia após instalada a fase ativa do expulsivo, na qual se observam dilatação total do colo, cabeça do bebê visível e contrações de expulsão ou esforço materno espontâneo.²³

A fratura de clavícula, que teve tendência de significância na associação com a posição litotômica e que foi estatisticamente significativa para as primigestas e para o maior peso do bebê, foi intercorrência identificada em outros estudos³³⁻³⁶ os quais mostraram relação entre a fratura e a macrossomia fetal, e consequente distócia de ombro, bem como com o uso do vácuo extrator e da ocitocina durante o trabalho de parto.

Os índices de fratura deste estudo são superiores aos encontrados em outras pesquisas^{34,35} o que indica a necessidade de melhorar a assistência, avaliar a real necessidade da ocitocina durante o trabalho de parto e de evitar a posição litotômica, o puxo dirigido e a extração ativa dos ombros no período expulsivo. Segundo a OMS³⁷ e o MS,²³ não existem evidências de que a tração fetal melhore os resultados perinatais e que, além disso, pode aumentar as chances de lacerações perineais. A recomendação é que após o nascimento da cabeça deve-se aguardar o nascimento espontâneo dos ombros e do restante do corpo fetal, exceto em situações nas quais ocorra distócia de ombro, quando o profissional deverá seguir as manobras recomendadas para tal.²³

Independentemente da utilização de práticas não recomendadas ou realizadas de modo inadequado pelas profissionais deste estudo, faz-se importante destacar o papel das enfermeiras obstetras e das obstetras no movimento de humanização e de transformação do modelo assistencial ao parto e nascimento e na consequente prevenção da violência obstétrica.¹

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As anotações identificadas nos prontuários permitem concluir que as práticas baseadas em evidências (boas práticas) estão sendo seguidas pelas enfermeiras obstetras na assistência ao parto de risco habitual do CPN analisado. Entretanto, as práticas não recomendadas ou que devem ser abolidas ainda são por elas utilizadas, mesmo que em percentuais menores, o que possivelmente reflete modelo assistencial sem base em evidências científicas. Os desfechos maternos e neonatais mostraram-se, em sua maioria, adequados. Entretanto, há necessidade de melhorar a assistência no segundo período do parto de forma que sejam evitadas condutas que reflitam em intercorrências neonatais.

Dentre as limitações do estudo destaca-se primeiramente o uso de dados secundários de prontuários, cujos registros não significam necessariamente que as ações ocorreram. Além disso, a falta de alguns registros também deve ser considerada como um viés que interfere nos resultados. No entanto, e apesar

disso, vale destacar que os prontuários vêm sendo utilizados como importante fonte de dados para investigações científicas, mesmo que nem sempre apresentem todas as informações necessárias para a avaliação assistencial.

Outra limitação está relacionada ao fato de que se levantaram dados de prontuários de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstetras durante todo o processo de parto e nascimento. Não se conhecem as práticas utilizadas por essas profissionais nas mulheres transferidas do CPN para o CO devido a alguma intercorrência durante o trabalho de parto.

Acredita-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para estimular não só a implantação de maior número de CPN como também evidenciar a qualidade do trabalho das enfermeiras obstetras e/ou das obstetras, profissionais recentemente incluídas nas equipes de enfermagem e prioritariamente preparadas para a promoção de modelo humanizado e não intervencionista de assistência ao processo de parto e nascimento. Outra contribuição relevante é a possibilidade de reflexão sobre a importância de avaliar sistematicamente os resultados das práticas a fim de detectar e corrigir fragilidades que interferem na atenção qualificada à mulher.

REFERÊNCIAS

1. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 abr; [cited 2019 mai 18]; 18(4):1059-68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>
2. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 mar; [cited 2018 oct 30]; 17(1):17-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>
3. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 oct; [cited 2018 oct 30]; 47(5):1031-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000500004>
4. Portaria n. 985 de 05 de agosto de 1999 (BR). Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília (DF). 05 ago 1999 [cited 2018 dec 13]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf
5. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em um centro de parto peri-hospitalar e hospitalar. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 fev; [cited 2018 oct 30]; 46(1):77-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>
6. Rocha FR, Melo MC, Medeiros GA, Pereira EP, Boeckmann LMM, Dutra LMA. Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017; [cited 2018 oct 30]; 22(2):e49228. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49228>
7. Kuliukas L, Duggan R, Lewis L, Hauck Y. Women's experience of intrapartum transfer from a Western Australian birth centre co-located to a tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 fev; [cited 2018 dec 13]; 16:33. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0817-z>
8. Overgaard C, Møller AM, Fenger-Grøn M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open* [Internet]. 2011; [cited 2018 dec 13]; 1:e000262. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000262>

9. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2018 oct 30]; 30(Suppl 1):S17-S32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
10. United Nations Population Fund (USA). UNFPA Maternal Mortality Update 2006. Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills [Internet]. New York: UNFPD; 2007; [cited 2018 dec 13]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mm_update06_eng.pdf
11. United Nations Population Fund (USA). Towards MDG 5: Scaling up the capacity of midwives to reduce maternal mortality and morbidity. Workshop Report [Internet]. New York: UNFPA; 2006 mar; [cited 2018 dec 13]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/midwives_mm.pdf
12. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 feb; [cited 2019 mai 18]; (2):CD003766. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
13. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
14. Portaria n. 11 de 07 de janeiro de 2015 (BR). Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília (DF). 07 jan 2015 [cited 13 dec 2018]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
15. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014; [cited 2019 mar 7]; 18(2):262-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>
16. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Rev Enferm* [Internet]. 2015 jan; [cited 2019 mar 7]; 33(1):29-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>
17. Guinsburg R, Almeida MFB. Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. 2016 jan; [cited 2018 jul 13]. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacao-PrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf
18. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *REME* [Internet]. 2014 abr/jun; [cited 2018 jul 13]; 18(2):505-12. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>
19. Mosquera Pan P, Onandia Garate M, Luces Lago AM, Tizón Bouza E. Inmersion in hot water: a natural helper in labor. *Rev Enferm*. 2016 jan;39(1):25-30.
20. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Cavalcanti ACV, Melo PS, Barbieri M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 dez; [cited 2018 jul 13]; 29(6):686-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600096>
21. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 feb; [cited 2018 jul 13]; (2):CD009290. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3>
22. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 oct; [cited 2018 jul 13]; 49(5):716-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000500002>
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília (DF): Ministério da Saúde [Internet]; 2016 jan; [cited 2018 dec 13]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
24. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 oct; [cited 2018 jul 13]; 15:252. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7>
25. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shermar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 may; [cited 2018 jul 13]; 16(5):CD002006. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3>
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS; 2014; [cited 2018 dec 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12
27. Nogueiro EPSP. Aquisição de competências: contributos de uma revisão integrativa sobre a amniotomia precoce para a gestão do primeiro período de trabalho de parto [dissertação]. Porto (Portugal): Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014.
28. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2016; [cited 2018 jul 13]; 24:e2744. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>
29. Frigo J, Cagol G, Zocche DA, Zanotelli SS, Rodrigues RM, Ascari RA. Episiotomy: (un) knowledge about the procedure under the perspective of woman. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* [Internet]. 2014 mar/mai; [cited 2018 dec 13]; 6(2):5-10. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf
30. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 jan/mar; [cited 2018 dec 13]; 19(1):77-83. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>
31. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 feb; [cited 2018 dec 7]; 8(2):CD000081. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
32. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc* [Internet]. 2017; [cited 2018 dec 7]; 29:e155043. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i29155043>
33. Karahanoglu E, Kasapoglu T, Ozdemirci S, Fadiloglu E, Akyol A, Demirdag E, et al. Risk factors for clavicle fracture concurrent with brachial plexus injury. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2016 apr; [cited 2018 dec 7]; 293(4):783-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3917-5>
34. Ahn ES, Jung MS, Lee YK, Ko SY, Shin SM, Hahn MH. Neonatal clavicular fracture: recent 10 year study. *Pediatr Int* [Internet]. 2014 sep; [cited 2018 dec 7]; 57(1):60-3. Available from: <https://doi.org/10.1111/ped.12497>
35. Lurie S, Wand S, Golan A, Sadan O. Risk factors fractures clavicle in the newborn. *J Obstet Gynaecol Res*. [Internet]. 2011 jul; [cited 2018 dec 7]; 37(11):1572-4. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01576.x>
36. Iskender C, Kaymak O, Erkenekli K, Ustunyurt E, Uygur D, Yakut HI, et al. Neonatal injury at cephalic vaginal delivery: a retrospective analysis of extent of association with shoulder dystocia. *PLoS One* [Internet]. 2014 aug; [cited 2018 dec 7]; 9(8):e104765. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104765>
37. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018; [cited 2018 dec 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>