

Atención al parto y nacimiento en hospital universitario: comparación de prácticas desarrolladas después de la Red Cigüeña*

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, después de transcurridos cuatro años de la implementación de la Red Cigüeña, las prácticas obstétricas desarrolladas en un hospital universitario según clasificación de la Organización Mundial de la Salud. **Método:** estudio transversal realizado en el año de adhesión a la Red Cigüeña (377 mujeres) y replicado cuatro años después (586 mujeres). Datos obtenidos mediante prontuario y cuestionario estructurado. En el análisis, se utilizó el Test Chi-cuadrado. **Resultados:** cuatro años después de la Red Cigüeña, entre las prácticas de la Categoría A (prácticas demostradamente útiles/buenas prácticas), aumentó la frecuencia de acompañante, de métodos no farmacológicos, de contacto piel a piel y de estímulo a la lactancia y disminuyó la libertad de posición/movimiento. En la Categoría B (prácticas perjudiciales), hubo reducción de tricotomía y aumento de venoclis. En la Categoría C (prácticas sin evidencias suficientes), el Kristeller presentó aumento. En la Categoría D (prácticas utilizadas de modo inadecuado), aumentó el porcentaje de toque vaginal más de lo recomendado, de analgésicos y de analgesia y disminuyó la episiotomía. **Conclusión:** esos hallazgos indican el mantenimiento de una asistencia tecnocrática e intervencionista y dirigida para la necesidad de cambios en el modelo de atención obstétrica. Un camino consolidado mundialmente es la incorporación de enfermeras obstetras/parteras en la asistencia al parto por el potencial de utilización apropiada de tecnologías y reducción de intervenciones desnecesarias.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto; Tocología; Salas de Parto; Parto; Organización Mundial de la Salud.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após a adesão à Rede Cegonha", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, proceso nº 120150 y nº 150591.

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

Cómo citar este artículo

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>.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló en 1996, un manual de servicio al parto normal⁽¹⁾ con el fin de sistematizar las prácticas obstétricas y realizar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible. Algunas prácticas, implementadas a partir de la institucionalización del parto, permanecen siendo realizadas actualmente, aun con poca o ninguna evidencia científica que las sustente⁽²⁾.

En Brasil, diversas estrategias fueron desarrolladas en los últimos 30 años con la finalidad de mejorar la calidad de la asistencia y de reducir las tasas de cesáreas y de mortalidad materna y neonatal. Algunos avances ocurrieron, pero la morbilidad no disminuyó como se esperaba y sigue siendo un desafío⁽³⁻⁴⁾.

La asistencia al parto predominante hoy en Brasil está marcada por el excesivo uso de tecnologías duras y medicalización, ocasionando intervenciones innecesarias y elevadas tasas de cesáreas⁽⁵⁾. Además, casi la totalidad de los partos se realiza en hospitales (98,4%) y asistidos, predominantemente, por médicos obstetras (88,7%)⁽⁶⁾. Este modelo de atención al parto - centrado en el médico y en la asistencia hospitalaria - se caracteriza como tradicional, siendo el modelo prevalente en Brasil⁽⁷⁾. También puede ser llamado modelo de atención dirigido por el médico obstetra (*obstetrician-led model of care*), ya que es el médico quien determina la asistencia y los demás profesionales tienen participación coadyuvante⁽⁸⁾. Además, existen otros dos modelos: el colaborativo (*shared care*), en el cual la responsabilidad por la organización del cuidado a la mujer desde el prenatal al puerperio es compartida entre diferentes profesionales, y el modelo liderado por enfermeras obstetras/parteras (*midwife-led care*) siendo esas profesionales las principales proveedoras de la asistencia a la mujer con gestación de riesgo habitual, sea en la atención primaria o terciaria, estando asegurada en el caso de necesidad la referencia de la mujer al médico obstetra u otro especialista⁽⁸⁾.

El modelo de atención al parto que cada institución de salud define se vuelve orientador de las prácticas asistenciales desarrolladas, que inciden, consecuentemente, en los resultados maternos y neonatales. Por lo tanto, es fundamental el monitoreo de esas prácticas para ajustes o cambios para la calificación de la atención materna y neonatal, ya que los indicadores dirigidos a esa población se han mostrado por debajo de lo esperado, considerando el modelo obstétrico predominante en Brasil.

A partir de esta realidad y de la necesidad de calificar y organizar la red de asistencia en el ciclo gravídico-puerperal, el Ministerio de Salud (MS) instituyó en 2011, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), la estrategia Red Cigüeña (RC). La estrategia se organiza a partir de

cuatro componentes. Una de las acciones de Parto y el componente de entrega se refiere a la incorporación de prácticas de cuidado de la salud basadas en la evidencia científica, de acuerdo con el manual de la OMS⁽¹⁾.

Diversos estudios evaluaron las prácticas de atención al parto y nacimiento antes⁽⁹⁻¹¹⁾, durante^(5,12-13) y después⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ de la implementación de la Red Cigüeña. Sin embargo, no se encontró estudio que comparara en períodos diferentes, las prácticas asistenciales realizadas en una misma maternidad después de la implementación de la RC con la finalidad de analizar el seguimiento de esas prácticas y las repercusiones relacionadas a la calificación de la atención.

Así, este estudio tiene por objetivo comparar, después de transcurridos cuatro años de la implementación de la Red Cigüeña, las prácticas obstétricas desarrolladas en un hospital universitario según clasificación de la OMS.

Método

Se trata de un estudio transversal que incluyó datos oriundos de dos estudios, realizados en períodos diferentes, en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - hospital universitario de la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, certificado por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAC). El primer estudio fue realizado en 2012⁽¹⁷⁾, año de implementación de la RC en la maternidad, y el segundo fue realizado en 2016, cuatro años después de la adhesión a la estrategia. La maternidad es referencia para alto riesgo, atiende mayoritariamente a través del SUS y el modelo de atención es tradicional⁽⁷⁾.

Para el cálculo del tamaño de la muestra de la encuesta de 2012 se consideraron los 3.510 partos ocurridos en 2010. No existían datos en la literatura sobre los niveles de adecuación de las prácticas de asistencia humanizada, por lo que el tamaño de muestra fue calculado con base en el 50% de adecuación de cada práctica, 95% de intervalo de confianza y 5% de margen de error. Así, la muestra fue de 385 púerperas. Para la investigación de 2016, considerando poder del 80%, nivel de significancia del 5%, proporción de lactancia materna en la 1ª hora del 68% (datos institucionales) y diferencia entre las proporciones de los resultados del recién nacido con OR de 0,6⁽⁷⁾, se llegó al tamaño de la muestra de 586 mujeres. Para ese cálculo, en ambas encuestas, se utilizó el programa *WinPepi*.

Algunos criterios de inclusión y exclusión diferían entre las dos encuestas. Se realizaron exclusiones en la muestra de la encuesta de 2012 para permitir la comparabilidad de las variables y para responder al objetivo de este estudio, sin afectar su poder. Así, la muestra final de la encuesta

de 2012 fue de 377 mujeres y la de 2016 se mantuvo con 586 participantes.

Se incluyeron en esta investigación las mujeres que tuvieron parto en la institución investigada y sus recién nacidos con edad gestacional ≥ 37 semanas calculada por el Método de Capurro. Se excluyeron a las mujeres sometidas a la cesárea electiva, con trabajo de parto de duración inferior a dos horas e internadas por prestadora de salud privada (convenio) o por costeo propio, así como los casos de gemelos, muerte y malformación fetal.

La recolección de datos de la encuesta de 2012 se realizó en el período de agosto a noviembre, y la de 2016, entre febrero y septiembre. Los datos de las dos encuestas fueron obtenidos por medio de prontuario electrónico, complementado con prontuario físico, y aplicación de cuestionario estructurado a las mujeres. La entrevista se realizó después de 12 horas de post-parto. El muestreo para ambas investigaciones fue del tipo consecutivo, o sea, fueron incluidas consecutivamente todas las púerperas conforme al orden de nacimiento y que atendían a los criterios de inclusión.

Los instrumentos de recolección de datos de las encuestas presentan algunas diferencias entre sí, pues para la investigación de 2016 el instrumento fue revisado y perfeccionado. Para la realización de este estudio, se elaboró un cuadro con las variables de ambas investigaciones para identificar aquellas comparables. Así, se consideraron para esta investigación las variables sociodemográficas y obstétricas y aquellas relacionadas a las prácticas de atención al parto y nacimiento, según categorías propuestas por la OMS. Ellas son: Categoría A - Prácticas demostradamente útiles que deben ser estimuladas - también llamadas de buenas prácticas; Categoría B - Prácticas claramente perjudiciales que deberían eliminarse; Categoría C - Prácticas que no tienen evidencias suficientes para apoyar una recomendación precisa y que deben ser utilizadas con cautela hasta que otras investigaciones aclaren la cuestión; y Categoría D - Prácticas a menudo utilizadas de manera inadecuada.

Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes y la comparación entre los años de 2012 y 2016 realizada a través del Test Chi-cuadrado. Las diferencias se consideraron significativas cuando el nivel de significancia (p) fue menor que 0,05. Los análisis se realizaron con el uso del software SPSS versión 18.

Ambas encuestas fueron aprobadas por el Comité de Ética en Investigación de la institución estudiada, bajo los números 120150 y 150591. Se cumplieron los términos del Consejo Nacional de Salud por medio de las Resoluciones 196/96 y 466/12 para los estudios de 2012 y 2016, respectivamente. Todas las mujeres que acordaron participar en los estudios firmaron un Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Resultados

La comparación de las variables sociodemográficas y obstétricas de las participantes de las encuestas de 2012 y 2016 presentó diferencias estadísticamente significativas para raza/color auto-referida y escolaridad (Tabla 1).

Considerando las prácticas de la Categoría A, se verificó que, de las ocho prácticas analizadas, cinco mostraron diferencia estadísticamente significativa entre los años. Cuatro de ellas evidenciaron aumento en el porcentaje en 2016: presencia de acompañante durante el parto o cesárea (del 91,0% al 95,7%); utilización de métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el trabajo de parto (del 67,9% al 74,2%); contacto piel a piel (del 14,9% al 60,1%); estímulo del profesional a la lactancia después del nacimiento (del 22,1% al 45,0%); y una de ellas presentó disminución: la libertad de posición y movimiento durante el TP fue del 53,9% para el 44,9%, en 2016 (Tabla 2).

Tabla 1 - Distribución de la frecuencia absoluta (n) y relativa (%) de las mujeres según aspectos sociodemográficos y obstétricos y comparación por año. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 y 2016

Variables	2012		2016		valor p [†]
	n [‡]	(%)	n [‡]	(%)	
Edad					0,382
≤ 20	108	(28,7)	147	(25,1)	
21 a 34 años	238	(63,1)	381	(65,0)	
≥35	31	(8,2)	58	(9,9)	
Raza/Color auto-referida					<0,001
Negra	55	(14,7)	114	(19,5)	
Parda	104	(27,7)	102	(17,4)	
Blanca	207	(55,2)	364	(62,1)	
Otra	9	(2,4)	6	(1,0)	
Escolaridad					0,007
Enseñanza Fundamental	158	(41,9)	187	(31,9)	
Enseñanza Media	189	(50,1)	347	(59,2)	
Enseñanza Superior	30	(8,0)	52	(8,9)	
Situación conyugal					0,680
Tiene compañero	338	(90,1)	522	(89,1)	
No tiene compañero	37	(9,9)	64	(10,9)	
Paridad					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)	
Vía de nacimiento					0,482
Vaginal	297	(78,8)	449	(76,6)	
Cesariana	80	(21,2)	137	(23,4)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n la muestra consideró apenas datos válidos; ‡Obtenido por el Test Chi-cuadrado

Tabla 2 - Comparación por año de la Categoría A - Prácticas demostradamente útiles y que deben ser estimuladas. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 y 2016

Variables	2012		2016		valor p [‡]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Oferta de líquidos durante el TP [§]					
Si	243	(64,6)	408	(69,6)	0,122
No	133	(35,4)	178	(30,4)	
Acompañante durante el TP [§]					
Si	366	(97,1)	568	(96,9)	1,000
No	11	(2,9)	18	(3,1)	
Acompañante durante el parto o cesariana					
Si	343	(91,0)	561	(95,7)	0,004
No	34	(9,0)	25	(4,3)	
Utilización de MNF de alivio del dolor durante el TP [§]					
Si	256	(67,9)	435	(74,2)	0,040
No	121	(32,1)	151	(25,8)	
Libertad de posición y movimiento durante el TP [§]					
Si	202	(53,9)	263	(44,9)	0,008
No	173	(46,1)	323	(55,1)	
Estímulo al adoptar posición de preferencia en lo expulsivo					
Si	9	(3,1)	28	(6,2)	0,076
No	285	(96,9)	421	(93,8)	
Contacto piel a piel después del nacimiento					
Si	56	(14,9)	350	(60,1)	<0,001
No	319	(85,1)	232	(39,9)	
Estímulo a la lactancia después del nacimiento [¶]					
Si	63	(22,1)	200	(45,0)	<0,001
No	222	(77,9)	244	(55,0)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n la muestra consideró apenas datos válidos; ‡Obtenido por el Test Chi-cuadrado; §TP: trabajo de parto; ||MNF: métodos no farmacológicos de alivio del dolor; ¶Apenas para los bebés que fueron para el regazo de la madre

Entre las prácticas de la categoría B, tres variables presentaron una diferencia estadísticamente significativa. Se observó una reducción del porcentaje de tricotomía para el parto (del 81,3% al 64,0%) y de la tricotomía realizada en el hospital (del 25,3% al 8,8%), así como el aumento de la instalación de venoclisis durante el TP (del 85,4% al 97,8%) (Tabla 3).

En las prácticas investigadas de la categoría C, sólo la maniobra de Kristeller aumentó el porcentaje en 2016, con diferencia estadísticamente significativa, del 8,5% al 13,6% (Tabla 4).

Los resultados relacionados con la categoría D identificaron cinco variables con diferencia estadísticamente significativa. En la comparación entre los años, aumentó el porcentaje de las variables alivio farmacológico del dolor con analgésico durante el TP (del 44,4% al 75,1%) y el alivio farmacológico del

dolor con analgesia durante el TP (del 20,3% a 45,9%). Las variables hasta cinco exámenes de toque vaginal (de 73,7% para el 62,1%) y episiotomía (del 63,6% al 55,0%) presentaron reducción de porcentaje. El número de exámenes de tacto vaginal por encima del recomendado presentó significancia limítrofe ($p=0,055$, del 69,5% al 76,8%) (Tabla 5).

Tabla 3 - Comparación por año de la Categoría B - Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 y 2016

Variables	2012		2016		valor p [‡]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Enema u otro método laxante					
Si	5	(1,3)	3	(0,5)	0,274
No	371	(98,7)	583	(99,5)	
Local de realización del enema o método laxante [§]					
En casa	1	(25,0)	1	(33,3)	1,000
En el hospital	3	(75,0)	2	(66,7)	
Tricotomía					
Si	305	(81,3)	375	(64,0)	<0,001
No	70	(18,7)	211	(36,0)	
Local de realización de la tricotomía [§]					
En casa	227	(74,7)	341	(91,2)	<0,001
En el hospital	77	(25,3)	33	(8,8)	
Venoclisis durante el TP					
Si	322	(85,4)	573	(97,8)	<0,001
No	55	(14,6)	13	(2,2)	
Posición de litotomía en lo expulsivo					
Si	294	(99,3)	445	(98,7)	0,489
No	2	(0,7)	6	(1,3)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n la muestra consideró apenas datos válidos; ‡Obtenido por el Test Chi-cuadrado; §Apenas quien fue sometida; ||TP: trabajo de parto

Tabla 4 - Comparación por año de la Categoría C - Prácticas que no tienen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 y 2016

Variables	2012		2016		valor p [‡]
	n [†]	(%)	n [†]	(%)	
Amniotomía durante el trabajo de parto					
Si	224	(81,8)	349	(83,9)	0,529
No	50	(18,2)	67	(16,1)	
Maniobra de Kristeller [§]					
Si	25	(8,5)	61	(13,6)	0,047
No	268	(91,5)	388	(86,4)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n la muestra consideró apenas datos válidos; ‡Obtenido por el Test Chi-cuadrado; §Apenas para parto vaginal

Tabla 5 - Comparación por año de la Categoría D - Prácticas frecuentemente utilizadas de modo inadecuado. HCPA*, Porto Alegre, RS, Brasil, 2012 y 2016

Variables	2012		2016		valor p†
	n‡	(%)	n‡	(%)	
Alivio farmacológico del dolor con analgésico durante el trabajo de parto					<0,001
Si	143	(44,4)	438	(75,1)	
No	179	(55,6)	145	(24,9)	
Alivio farmacológico del dolor con analgesia durante el trabajo de parto					<0,001
Si	76	(20,3)	269	(45,9)	
No	298	(79,7)	317	(54,1)	
Uso de oxitocina					0,568
Si	258	(80,1)	480	(81,9)	
No	64	(19,9)	106	(18,1)	
Número de exámenes de toque vaginal realizados§					0,008
Hasta 5 toques	165	(73,7)	323	(62,1)	
De 6 a 10 toques	55	(24,5)	177	(34,0)	
11 toques o más	4	(1,8)	20	(3,9)	
Adecuación de número de toques conforme Ministerio de la Salud¶					0,055
Abajo de lo recomendado	25	(11,2)	53	(10,5)	
Como recomendado	43	(19,3)	64	(12,7)	
Más de lo recomendado	155	(69,5)	388	(76,8)	
Evaluación de la mujer sobre el número de toques					0,120
Poco	23	(6,1)	22	(3,8)	
Mucho	61	(16,2)	115	(19,7)	
Suficiente	292	(77,7)	446	(76,5)	
Transferencia de la mujer para otra sala en el inicio del expulsivo					0,145
Si	276	(93,6)	397	(90,2)	
No	19	(6,4)	43	(9,8)	
Parto con uso de fórceps					0,636
Si	14	(4,7)	26	(5,8)	
No	283	(95,3)	423	(94,2)	
Episiotomía					0,024
Si	189	(63,6)	247	(55,0)	
No	108	(36,4)	202	(45,0)	
Anestesia antes da episiotomía					0,699
Si	142	(93,4)	223	(94,9)	
No	10	(6,6)	12	(5,1)	

*HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; †n la muestra consideró apenas datos válidos; ‡Obtenido por el Test Chi-cuadrado; §No incluidas las mujeres que respondieron "no me acuerdo"; ¶Apenas para los datos válidos de las variables "hora de internación" y "número de toques"

Discusión

Las prácticas obstétricas con significación estadística analizados en este estudio y que pertenece a las categorías A, B, C y D propuestos por la OMS⁽¹⁾ no mostraron el mismo comportamiento frente a las

expectativas de mejorar su porcentaje después de cuatro años de aplicación de la RC en la institución.

En la investigación se destacan las altas proporciones de la presencia de acompañante durante el parto/cesárea encontradas, tanto en 2012 (91,0%) y en el 2016 (96,9%), aumentando 5,2% cuatro años después de la implementación de la Red Cigüeña. Se resalta, sin embargo, que la presencia de acompañante es ley en Brasil desde 2005⁽¹⁸⁾. El estudio nacional que evaluó la presencia de acompañante en hospitales públicos y privados encontró bajas proporciones durante el parto (32,7%) y constató que mujeres con partos asistidos por enfermeras obstetras/parteras tuvieron mayor porcentual de acompañante en todos los momentos (27,2 %) en comparación con aquellas que fueron atendidas por médicos (15,1%)⁽¹⁹⁾. Las tasas de acompañante por encima del 90% en instituciones brasileñas, similares a las encontradas en el presente estudio, fueron constatadas solamente en CPN^(10,20). La revisión sistemática de Cochrane recomienda que el apoyo continuo sea realizado por un profesional entrenado que no sea parte del círculo social de la mujer ni parte del equipo asistencial de la institución, ya que los resultados se mostraron más eficaces. Sin embargo, el acompañamiento por alguien que no sea entrenado, como el (la) socio (a), sigue siendo mejor que no tener acompañante⁽²¹⁾.

Otra práctica que mejora la experiencia con el nacimiento es el uso de la fuerza multinacional alivio del dolor, mediante la reducción de la necesidad de recursos farmacológicos⁽¹⁾, tornando el parto menos invasiva y menos estresante. El mismo fue encontrado en una revisión sistemática en la cual, además de aliviar el dolor, los MNF también mejoraron la experiencia con el parto cuando comparados con placebo o tratamiento estándar. Además, algunos métodos están asociados a la disminución de la necesidad de fórceps/vacío y de cesárea ⁽²²⁾.

En este estudio, a pesar de la proporción del uso de MNF haber aumentado en el 9,3%, con una tasa del 74,2% en 2016, índices más elevados fueron encontrados en la literatura tanto para el modelo colaborativo (85,0%) como para el modelo tradicional de asistencia (78,9%) ⁽⁷⁾. Aunque en Brasil, independientemente del riesgo gestacional, se han identificado bajos índices de uso de MNF⁽⁵⁾, otros estudios evidenciaron el uso universal de MNF en los partos asistidos por enfermeras obstetras/parteras tanto en el hospital⁽²³⁾ como en el CPN⁽¹⁰⁾.

En lo que se refiere a la libertad de posición y movimiento de la parturienta, se identificó una reducción de esa práctica en el 16,7% a lo largo de los cuatro años de la RC. La tasa encontrada en 2016 fue del 44,9%, resultado inferior a la media de la región Sur (56,3%),

evidenciada por la encuesta *Nascer en Brasil*⁽⁵⁾. Las tasas de esta práctica en hospitales se encontraban bajas antes de la aplicación de la RC, independientemente del profesional que asistió al parto⁽²⁴⁻²⁵⁾, ya en los CPN esa tasa era más elevada^(10,26), incluso antes de la Red Cigüeña. Este escenario se modifica parcialmente después de la RC, ya que hubo aumento de la libertad de posición y movimiento en los partos atendidos por enfermeras obstetras/parteras obstetras⁽²⁰⁾ y en hospitales con modelo colaborativo^(13,27).

La libre circulación y cambio de posición durante el TP tiene gran importancia clínica, pues la posición supina durante ese período afecta el flujo sanguíneo del útero, reduciendo el flujo de sangre que llega al feto debido al peso del útero que comprime la vena cava cuando la mujer está acostada, comprometiendo así la condición fetal. Además, la posición supina también puede reducir la intensidad de las contracciones, interfiriendo así en la progresión del trabajo de parto. Usar posiciones supinas puede hacer que el TP sea menos doloroso, ya que hay menos necesidad de analgesia y la corrección dinámica con oxitocina⁽¹⁾. La revisión sistemática de Cochrane concluyó que la práctica de deambular y permanecer en posiciones verticales está asociada al acortamiento del TP y la menor probabilidad de cesárea y de analgesia⁽²⁸⁾.

La baja prevalencia de la libertad de posición y el movimiento en este estudio se puede explicar por el aumento de la venoclisis, ya que la hidratación intravenosa dificulta cambiar la posición y que la mujer camine⁽¹⁾. Muchas maternidades no poseen espacio para la deambulación, lo que no corresponde a la realidad de la maternidad investigada, que posee siete salas individuales de pre-parto, con posibilidad de movimiento.

En cuanto al contacto con la piel, la OMS⁽¹⁾ no proporciona ningún tiempo mínimo para esta práctica, pero la IHAN⁽²⁹⁾ recomienda que debe tener lugar inmediatamente después del nacimiento o dentro de un máximo de cinco minutos y una duración de al menos una hora. Los estudios realizados en hospitales certificados por la IHAC (Amigo del Niño) presentaron mejores resultados en cuanto al contacto piel a piel cuando comparados a aquellos no certificados^(12,30-31). En esta investigación, cuya maternidad está acreditada por la IHAC, el porcentaje de la práctica en 2016 fue del 60,1%, demostrando aumento del 303,3%. Este hallazgo es superior a la media de la región Sur (32,5%), de las capitales brasileñas (35,0%) y de los hospitales certificados por la IHAC (38,1%), según encuesta nacional (12). Sin embargo, presentó también una proporción inferior a la encontrada por otro hospital público Amigo del Niño (72,4%)⁽³²⁾. Conforme a la revisión sistemática de Cochrane, el contacto piel a la piel precoz favorece la estabilidad cardiorrespiratoria (mejores parámetros

de latido del corazón fetal, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno) y aumenta los niveles de glucosa sanguínea del recién nacido⁽³³⁾.

Otra práctica eficaz de cuidado al recién nacido es el estímulo a la lactancia después del nacimiento. La OMS recomienda que este estímulo debe comenzar dentro de la primera hora después del parto⁽¹⁾. Según la revisión sistemática, la lactancia en la primera hora de vida está asociada al aumento de la efectividad en la lactancia y de la duración de la lactancia materna⁽³³⁾, además de estar asociada a la reducción de la mortalidad neonatal, principalmente en países en desarrollo⁽³⁴⁾.

Esta práctica, en la sala de parto/cesárea, presentó acrecimiento del 103,6%. El porcentaje de 45,0% obtenido en esta encuesta en 2016 se situó por encima de la media nacional (16,1%), de la región Sur (22,5%), de las capitales (20,1%) y de los hospitales Amigos del Niño (24,0%), según encuesta brasileña⁽¹²⁾. Incluso antes de la RC, instituciones certificadas por la IHAC ya presentaban mejores resultados en los índices de lactancia materna en la primera hora de vida⁽²¹⁾. El hospital de este estudio está certificado en la IHAC desde 1997, luego el estímulo a la lactancia materna en la primera hora de vida sigue siendo un desafío y requiere avances.

Entre las prácticas de la categoría B (prácticas perjudiciales), la tricotomía redujo el 21,3%, siendo realizada en el 8,8% de las mujeres en 2016. Cuando analizado el local de realización, se verificó que hubo aumento de tricotomías previas a la internación y, consecuente disminución de esta práctica intrahospitalaria.

Así como en esta investigación, otras investigaciones también constataron reducción de la práctica de tricotomía después de la Red Cigüeña⁽³⁵⁻³⁶⁾, mismo así, se considera el mantenimiento de esta práctica perjudicial. Contraponiendo a ese escenario están tres instituciones públicas que han demostrado ser viable abolir la tricotomía incluso si la episiotomía es practicada, sin interferir en la calidad de la asistencia^(10,13). La tricotomía fue incorporada a la rutina obstétrica bajo el pretexto de reducir infecciones y facilitar la sutura de la episiotomía, sin embargo el riesgo de infección no es reducido, por el contrario, la tricotomía puede aumentar el riesgo de VIH y hepatitis, tanto para el profesional como para la mujer, convirtiéndose en un procedimiento innecesario, que no debe llevarse a cabo si la mujer solicita⁽¹⁾. La revisión sistemática que comparó la tricotomía con la práctica de cortar los pelos si es necesario no encontró diferencias para diversos resultados, entre ellos la infección de lesión perineal (sea por laceración o episiotomía), apuntando también efectos adversos de la tricotomía, como irritación, enrojecimiento, ardor y picazón. De

este modo, los autores concluyeron que no existen evidencias suficientes para recomendar la tricotomía en la admisión para el parto⁽³⁷⁾.

Otra práctica perjudicial que también se destacó fue la venoclisis, con un aumento del 14,5%, siendo utilizada de manera rutinaria y casi universal cuatro años después de la RC. En otros estudios, se observaron tasas elevadas de venoclisis (73,6%) antes de la RC⁽²⁴⁾. Después de su implementación, se constató reducción⁽³⁸⁾ y en algunos casos, eliminación de la práctica de forma rutinaria en hospitales⁽³⁹⁾ y en CPN⁽¹⁰⁾. La encuesta nacional⁽⁵⁾ identificó una tasa de venoclisis del 73,8% para las mujeres de riesgo habitual y del 76,7% para las de alto riesgo. La región del país que más practicó esa intervención fue la Sudeste (76,0%) y, en tercer lugar, la región Sur (72,9%), resultados inferiores a los presentados por esta investigación en 2012 (85,4%) y en 2016 (97,8%).

La inserción profiláctica de catéter intravenoso con el pretexto de la posible necesidad de no estar justificada, así como generar más costos, dificulta el cambio libre de la posición y el movimiento de las mujeres⁽¹⁾ y facilita la aplicación de otras intervenciones innecesarias. Además, se recomienda que la reposición de energía gastada por las mujeres para ser realizado por comidas de admisión de fluido y de luz orales, y no por la infusión intravenosa de fluidos⁽¹⁾. La revisión sistemática de Cochrane concluyó que no existen evidencias sólidas para recomendar la administración rutinaria de fluidos intravenosos durante el TP⁽⁴⁰⁾.

En práctica la categoría C, la maniobra de Kristeller aunque inicialmente clasificada por la OMS como una práctica que no tiene pruebas suficientes para apoyar una recomendación precisa y debe utilizarse con precaución hasta que nuevas investigaciones que aclaren el asunto⁽¹⁾ actualmente es una práctica basada en investigaciones con alto nivel de evidencia. Según la revisión sistemática, las evidencias actuales son insuficientes para apoyar el uso rutinario de Kristeller, realizado tanto manualmente como con el uso de un cinturón o cualquier otro método, una vez que se encontró un aumento de lesión perineal con ambas técnicas⁽⁴¹⁾. Además, el Kristeller es entendido actualmente como una violencia obstétrica⁽²⁷⁾, ya que se caracteriza como un procedimiento innecesario y dañino, pudiendo acarrear traumas físicos y psicológicos.

Sin embargo, en esta investigación, se evidenció el mantenimiento de esta práctica, con una tasa del 13,6% en 2016, demostrando aumento del 60,0% cuatro años después de la RC. En otros estudios se percibió una tendencia a la disminución del Kristeller tras la Red Cigüeña, con tasas del 55,4%⁽³⁵⁾ antes de la estrategia y el 9,0%⁽²⁷⁾ después. La encuesta Nacer en Brasil⁽⁵⁾ apuntó que el Kristeller fue realizado en el

37,3% de las mujeres de riesgo habitual y en el 33,9% en las de alto riesgo, indicando que la realización de ese procedimiento no tiene relación con las condiciones maternas o fetales. Además, el estudio reciente mostró que los médicos obstetras realizan más Kristeller (38,7%) que enfermeras obstetras/parteras (27,2%)⁽⁴²⁾.

En cuanto a las prácticas de la categoría D (prácticas frecuentemente utilizadas de manera inadecuada), aunque se ha producido un aumento del 69,1% y del 126,0% en la proporción de mujeres que recibieron analgésico y analgesia, respectivamente, en la literatura no hay tasa mínima o la máxima adecuada para estas prácticas^(1,43). Existen pocos estudios brasileños que hayan evaluado la proporción de la utilización de analgésicos durante el TP, las tasas oscilan de 4,1%⁽⁴⁴⁾ a 97,1%⁽⁹⁾ en hospitales y 22,4%⁽⁹⁾ en CPN. Una revisión sistemática de la biblioteca Cochrane sobre los medicamentos no opioides para el manejo del dolor concluyó que las evidencias son insuficientes para apoyar su uso como método aislado para el alivio del dolor en el TP⁽⁴³⁾.

El aumento en el uso de analgésicos endovenosos (del 44,4% al 75,1%), encontrado en este estudio, puede ser explicado por la realización casi universal de punción venosa, lo que facilita la práctica de esta intervención. Otra posible explicación sería por la disminución de la libertad de posición y movimiento, que puede aumentar el dolor y, consecuentemente, la solicitud de recurso farmacológico. Se constata, de ese modo, que prácticas innecesarias acaban acarreado en otras también innecesarias.

La tasa de analgesia encontrada en esta investigación fue del 45,9% en 2016. Los estudios mostraron bajas tasas de la práctica antes de la RC (7,7%)⁽³⁵⁾ y aumento después (16,0%)⁽³⁸⁾. La encuesta Nacer en Brasil⁽⁵⁾ encontró para las mujeres brasileñas una proporción de analgesia inferior a este estudio, del 33,9%. Los estudios que evaluaron diferentes modelos de atención al parto encontraron frecuencias más altas de analgesia en maternidades con modelo colaborativo cuando comparados a maternidades con modelo tradicional de asistencia^(7,45). Aunque el procedimiento represente la medicalización del parto, la oferta selectiva y restringida de analgesia contraría la filosofía de humanización del nacimiento⁽⁴⁵⁾. Sin embargo, se sabe que la demanda por analgesia puede ser menor en modelos de asistencia dirigidos por enfermeras obstetras/parteras⁽⁸⁾. Se entiende que la demanda por este procedimiento es multifactorial y culturalmente dependiente, pero es cuestionado si los MNF estarían siendo poco valorizados o siendo utilizados de manera inadecuada, pues, incluso con aumento en su utilización, también aumentó la demanda por analgesia. Se destaca que las prácticas

no invasivas para el alivio del dolor también exigen conocimiento técnico por los profesionales y deben ser la primera opción de elección. El estudio que evaluó 27 revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane apuntó que existen evidencias suficientes en la literatura que asocian la analgesia a la cesárea⁽⁴⁶⁾.

Otro procedimiento que no está libre de riesgo es el examen de tacto vaginal, ya que su práctica inadecuada puede resultar en una infección materna y neonatal⁽¹⁾. Por lo tanto, se recomienda que el número de exámenes debe limitarse a lo estrictamente necesario, siendo que, durante la fase de dilatación, un examen de tacto cada cuatro horas es suficiente^(1,47). La revisión sistemática que comparó esta práctica realizada cada dos horas con la realizada cada cuatro horas reportó que no se encontraron diferencias en la duración del TP, en la corrección de la dinámica con oxitocina, en el uso de la analgesia epidural y en las tasas de cesárea, parto vaginal espontáneo, y el parto vaginal operatorio⁽⁴⁸⁾.

Aunque el número de exámenes vaginales haya aumentado en 111,0% para la categoría "11 toques o más", la variable "número de exámenes de tacto vaginal realizados", de manera aislada, tiene poca relevancia clínica, ya que la frecuencia de la práctica debe determinarse por el tiempo de TP. En consecuencia, se creó la variable "adecuación del número de toques", que relacionó el número de exámenes realizados (excepto el de la admisión hospitalaria) al tiempo de permanencia hasta el parto, conforme recomendaciones del MS y de la OMS. Incluso después de esa adecuación, la proporción de mujeres que fueron sometidas a exámenes de tacto por encima de lo recomendado fue de 76,8%, con un aumento del 10,5% (significancia limítrofe), indicando práctica excesiva.

Pocas investigaciones presentan la variable "número de exámenes de tacto" conforme a las recomendaciones del MS y de la OMS. El estudio realizado antes de la RC encontró un número excesivo de tacto vaginal, en el que ninguna parturienta fue sometida a la frecuencia de toques recomendada (cada cuatro horas)⁽³⁵⁾. Después de la RC, pocos estudios trajeron ese dato y, cuando lo hicieron, no se relacionaron con el intervalo en que fueron realizados^(27,49).

Se resalta que la institución estudiada es un hospital de enseñanza, lo que no debería justificar la realización repetitiva de exámenes de tacto. La OMS señala que, en ningún caso, la mujer debe someterse a exámenes vaginales frecuentes y repetidos por varios profesionales o estudiantes⁽¹⁾.

La episiotomía tampoco se recomienda de manera rutinaria. Las evidencias actuales demuestran que su práctica no es necesaria y todavía puede ser perjudicial, acarreando en diversas complicaciones, como dolor,

dispareunia, complicaciones en los partos posteriores, apertura iatrogénica o espontánea del esfínter anal o rectal, cicatrización insatisfactoria resultando en marcas de piel, asimetría o estreñimiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fístula recto-vaginal, aumento de la pérdida de sangre, edema, infección y dehiscencia⁽⁵⁰⁾. Además de estas complicaciones, la episiotomía es una violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por ser realizada en un cuerpo sano sin tener beneficio establecido y, en algunos casos, sin el consentimiento de la mujer⁽⁵¹⁾ y sin anestesia local previa. La recomendación de la OMS no es prohibir la episiotomía, sino restringir su uso, que no debe sobrepasar una proporción del 10% en los establecimientos de salud^(1,52).

La revisión sistemática concluyó que la indicación de la episiotomía con la finalidad de reducir el trauma perineal/vaginal no se justifica, ni se sostiene con base en las evidencias actuales⁽⁵⁰⁾. El ensayo clínico aleatorizado realizado en Recife/PE comparó un protocolo de episiotomía selectiva con uno de no episiotomía y evidenció que el protocolo de no episiotomía parece ser seguro para la mujer y el recién nacido⁽⁵³⁾.

Aunque la tasa de episiotomía se ha reducido en el 13,2% después de la RC, la mayoría de las mujeres incluidas en esta investigación (55,0%) siguen siendo sometidas a esta práctica. La investigación nacional detectó tasa de episiotomía del 56,1% para las mujeres de riesgo habitual y del 48,6% para las de alto riesgo⁽⁵⁾, demostrando - al igual que el Kristeller - que la indicación de la episiotomía no tiene relación con las condiciones maternas o fetales. Los estudios que evaluaron los partos atendidos por enfermeras obstetras/parteras demuestran que es posible practicar bajos índices de episiotomía y mantener la calidad de la asistencia, con porcentajes de 15,4%⁽⁴⁹⁾, 15,5%⁽¹¹⁾ y 25,7%⁽⁹⁾.

Como se evidenció a lo largo de esta discusión, nacer en CPN, en un hospital con modelo colaborativo, en institución certificada por la IHAC, o tener el parto asistido por enfermera obstetra/partera aumenta las posibilidades de que las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a las buenas prácticas y reduce las posibilidades de intervenciones dañinas e innecesarias.

Algunas limitaciones de este estudio ocurrieron debido a registros incompletos o inexistentes, tales como la imposibilidad de la evaluación del partograma y de la medición del tiempo de contacto piel a piel.

Conclusión

La implementación de prácticas de atención al parto y al nacimiento basadas en evidencias se caracteriza como una estrategia altamente efectiva para mejorar

los resultados maternos y neonatales, constituyéndose también como una acción que pretende garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Considerando su impacto en la asistencia obstétrica, prácticas basadas en evidencias han sido recomendadas sistemáticamente desde 1996 por la Organización Mundial de la Salud. En Brasil, esas prácticas fueron recomendadas en 2001 por medio del manual "Parto, aborto y puerperio: asistencia humanizada a la mujer", pero sólo fueron incorporadas oficialmente en el SUS en 2011 a través de la Red Cigüeña. Así, su monitoreo consiste en una importante estrategia para calificar la asistencia al parto de las instituciones.

Se evidenció que, incluso antes de la implementación de la Red Cigüeña, la maternidad estudiada ya había incorporado en su asistencia prácticas basadas en evidencias científicas en los términos de la OMS, siendo favorables los resultados de las buenas prácticas (Categoría A) evaluados, excepto para la variable estímulo a la lactancia materna después del nacimiento, que presentó aumento, pero con índice por debajo de lo esperado, y para la variable libertad de posición y movimiento, que presentó reducción, aun siendo una práctica exenta de costos y que impacta directamente en la evolución del trabajo de parto. Ninguna de las prácticas perjudiciales (Categoría B) evaluadas fue suspendida, incluso cuatro años después de la Red Cigüeña, destacándose negativamente el aumento significativo de venoclisis y el mantenimiento casi universal de la posición de litotomía en el expulsivo, aunque sin diferencia significativa.

En las prácticas clasificadas originalmente como sin evidencias suficientes (Categoría C), se destaca el aumento significativo del Kristeller. Actualmente, ya existen evidencias considerables sobre esta práctica e investigaciones actuales consideran la maniobra de Kristeller una violencia obstétrica, necesitando su uso ser urgentemente revisado. En el análisis de las prácticas frecuentemente utilizadas de manera inadecuada (Categoría D), aumentó la proporción del número de toques por encima de lo recomendado y disminuyó la tasa de episiotomía, sin embargo la mayoría de las mujeres continuó siendo sometida a esa práctica y, en algunos casos, sin anestesia previa en el lugar, denotando la continuidad de su uso rutinario e inadecuado. A pesar de ello, hubo un aumento de la oferta de analgesia, que por una perspectiva representa la valorización del derecho de la mujer a obtener recurso farmacológico de alivio del dolor y por otra representa la medicalización del cuerpo y una rutina asistencial poco implicada en garantizar una atención al parto menos invasiva y con menos riesgos.

Estos hallazgos revelan el mantenimiento a lo largo de cuatro años de la Red Cigüeña, tanto de buenas prácticas como de prácticas perjudiciales e inadecuadas, indicando que preconizar oficialmente en una política gubernamental el uso de prácticas basadas en evidencias es efectivo para reforzar y garantizar su continuidad pero es insuficiente de manera aislada para revertir el cuadro de intervenciones innecesarias y perjudiciales. Un camino consolidado mundialmente es la inserción de enfermeras obstetras/parteras en la asistencia y en la toma de decisión clínica durante el proceso de parto, previendo la organización del trabajo en una configuración compartida, bajo la lógica del modelo colaborativo. Este modelo de atención tiene potencial de implementación de prácticas basadas en evidencias y de reversión de los índices desfavorables de morbilidad materna y neonatal por medio de la utilización apropiada de tecnologías y reducción de intervenciones innecesarias.

Agradecimientos

Agradecemos a las mujeres que participaron en este estudio, contribuyendo así a la construcción de conocimiento científico, y al grupo de investigación GEMBE.

Referencias

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://bvsm.s.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. *Ciência 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/S0080-62342013000600006>.
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/ciencucidsaude.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, Osís 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>.

Recibido: 31.12.2017

Aceptado: 06.1.2019

Autor correspondiente:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.