

CUIDADO INTRAPARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO: UM PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MELHORES PRÁTICAS

Alunas:

Juliana da Silva, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil

Nathalia Bizari Teixeira, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Orientadora:

Profa. Dra. Luciana Magnoni Reberte Gouveia, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Introdução: No ano de 2018, a Organização Mundial de Saúde publicou o manual Cuidado Intraparto para uma Experiência Positiva de Parto. No qual são recomendadas as boas práticas de atenção à mulher e recém-nascido no parto e nascimento. **Objetivo:** Este projeto teve como objetivo implementar as recomendações baseadas em evidências de atendimento intraparto entre gestantes de baixo risco na Centro Obstétrico de um Hospital de Ensino para melhorar a qualidade do atendimento de mulheres saudáveis e seus bebês, durante o trabalho de parto e imediatamente após o nascimento. **Método:** Esse projeto de implementação de evidências utilizou a ferramenta de auditoria e feedback do JBI de Aplicação Prática do Sistema de Evidência Clínica (JBI PACES) e da Pesquisa em Prática (JBI GRiP). A auditoria inicial e de acompanhamento compreendeu 20 critérios baseados em evidências relacionados ao atendimento intraparto, em que foram acompanhadas mulheres que tiveram um parto normal, assistidas pelas enfermeiras-obstétricas do Centro Obstétrico. Ambas as auditorias foram realizadas durante um mês e o tamanho amostral alcançado foi de 27 puérperas na auditoria de base e 23 puérperas na auditoria de seguimento. Um total de 30 profissionais de enfermagem participaram do treinamento. Por meio do JBI GRiP foram agrupadas as estratégias para lidar com a não conformidade encontrada na auditoria de linha de base. **Resultados:** Um total de cinco critérios (2, 7, 8, 17 e 18) mantiveram 100% de conformidade em relação à linha de base. Um total de cinco critérios diminuíram em conformidade (1, 4, 5,

13 e 14). Entre os dez critérios apresentaram melhorias (3, 6, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 19 e 20), os critérios 11 e 12 atingiram 100% de conformidade. Embora o critério 6 tenha melhorado em relação à auditoria de linha de base, essa taxa de conformidade ainda é insuficiente frente ao impacto da prática irrestrita de uso de ocitocina. **Conclusões:** O impacto significativo do projeto foi a melhora dos critérios relacionados aos cuidados de enfermagem obstétrica e a oportunidade de discutir cuidados baseados em evidências na Unidade Obstétrica.

Descritores: Capacitação em serviço. Prática clínica baseada em evidências. Auditoria clínica. Parto.

O que se sabe sobre o tópico?

O aumento das intervenções desnecessárias no momento do parto eleva o índice de morbimortalidade e complicações maternas e fetais. Isso demonstra que há necessidade de maior discussão no meio profissional da equipe que assiste a gestante durante o trabalho de parto e parto sobre este cuidado.

O que esse papel adiciona?

O presente artigo evidencia que estratégias de implementação de melhores evidências de atendimento intraparto por meio auditoria clínica e treinamento da equipe de enfermagem em serviço. Promove mudanças no comportamento das mesmas, melhorando o índice de conformidade dos critérios auditados.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 140 milhões de nascimentos ocorrem no mundo a cada ano entre as mulheres grávidas de baixo risco, sem complicações para elas ou seus recém-nascidos, desde o início e durante todo o processo de nascimento¹. No entanto, houve um aumento no uso de intervenções no cuidado à mulher durante o parto, como o uso de infusão de ocitocina para acelerar o parto normal e outros procedimentos que tem sido utilizados sem indicação prévia². Uma pesquisa nacional com 23.940 puérperas, mostrou que apenas 5,6% das mulheres tiveram um trabalho de parto sem intervenções desnecessárias sobre o parto fisiológico normal³.

Na busca para se atingir os objetivos do desenvolvimento sustentável,⁴ há a necessidade urgente de superar a medicalização excessiva no cuidado às mulheres com gravidez de baixo risco durante os períodos pré-natal, parto e pós-parto⁵. As "Recomendações da OMS para tratamento intraparto para uma experiência positiva no parto", orienta o sistema de saúde e os profissionais a adotarem práticas de trabalho de parto e parto baseadas em evidências para gestantes saudáveis que não têm fatores de risco identificados para si ou para seus bebês¹.

As recomendações desta diretriz basearam-se na classificação da avaliação, desenvolvimento e avaliação das recomendações (GRADE) e na confiança nas evidências das análises da pesquisa qualitativa (CERQual), com os níveis de recomendação divididos em práticas¹:

- Práticas recomendadas: devem ser implementadas; que incluem comunicação eficaz; ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto; exame vaginal em trabalho de parto a cada quatro horas; ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal; analgesia epidural; técnicas de relaxamento e técnicas manuais para alívio da dor; ingestão de água e alimentos; posições e movimento; puxos espontâneos; gerenciamento ativo da segunda etapa do trabalho de parto; clampeamento oportuno do cordão umbilical; contato pele a pele após o nascimento; administração de vitamina K aos recém-nascidos e adiamento do primeiro banho do recém-nascido;

- Práticas não recomendadas: não devem ser implementadas; que incluem tricotomia; enema; cardiotocografia contínua; amniotomia de rotina, juntamente com administração

precoce de ocitocina ou antes de 5 cm de dilatação cervical; manobras antiespasmódicas e de pressão uterina do fundo.

- Práticas recomendadas apenas em contextos específicos: aplicadas apenas em condições específicas, população e contextos;

As melhores práticas em atendimento intraparto em relação à posição no segundo estágio do trabalho de parto recomendadas pelo JBI são: as mulheres devem ser incentivadas a permanecer durante o trabalho de parto e nascimento em qualquer posição que escolherem, e se sentirem confortáveis e as mulheres devem ser encorajadas a evitar uma posição supina ou semi-supina na segunda etapa do trabalho de parto. Essa evidência foi localizada por meio de duas revisões sistemáticas e em uma diretriz baseada em evidências⁶⁻⁹.

Além disso, as melhores práticas no atendimento intraparto em relação ao uso do partograma recomendado pelo JBI¹⁰ são: para gestantes com início espontâneo do trabalho de parto, o limiar da taxa de dilatação cervical de um centímetro por hora durante o primeiro estágio ativo do trabalho de parto (como mostrado na linha de alerta do partograma) não deve ser usado para identificar mulheres em risco de resultados adversos ao nascimento; para gestantes com início espontâneo do parto, outros parâmetros partográficos (ou seja, diferentes das linhas pré-definidas) devem continuar sendo registrados durante o parto para identificar a possibilidade de resultados adversos ao nascimento. Essa evidência é resultante de uma revisão sistemática, uma revisão realista, um ECR e uma diretriz de prática clínica^{1, 11-13}.

Outro aspecto a ser destacado é que o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil estabelece os fundamentos normativos da prática da assistência de enfermagem no país, e a Resolução número 524/2016, artigo terceiro, aborda as atividades de enfermeiras obstétricas e enfermeiras¹⁴.

Nessas atividades, foram incluídas a adoção de práticas no parto, como o uso de métodos não farmacológicos para lidar com a dor, liberdade de posição no trabalho de parto e parto, contato pele a pele mãe e recém-nascido e apoio à amamentação logo após o nascimento, bem como o respeito pelo as especificidades étnico-culturais das mulheres e suas famílias. Além disso, o modelo de atenção deve estar centrado nas mulheres, criando um ambiente favorável ao parto e sua evolução fisiológica e garantir a presença de um acompanhante de sua escolha, conforme previsto em lei¹⁴.

REFERENCIAL

TEÓRICO- METODOLÓGICO

Estudo de avaliação de serviço com implementação de evidência, com o uso da auditoria e feedback do JBI. Associado com uso dos programas JBI *Practical Application of Clinical Evidence System* (JBI PACES) e *Getting Research Into Practice* (GRIP) para promover cuidados de saúde baseados em evidências envolve três fases de atividade: auditoria da linha de base, implementação e auditoria de seguimento.^{15, 16}

Para determinar os níveis atuais de cumprimento de recomendações de melhores práticas em um hospital público de ensino, este projeto usou vinte critérios de auditoria (tabela 01) gerados pelo programa JBI-PACES¹⁵, fundamentados nas melhores evidências disponíveis em literatura científica:

Tabela 1. Critério de auditoria Amostra Método usado para medir a conformidade com as melhores práticas

Crítérios de auditoria	Métodos utilizados
1. Comunicação efetiva	Entrevistas com puérperas questionando sobre a comunicação entre ela e a equipe de enfermagem. Compatível se a resposta for "sim" ou "às vezes" para todos os itens de comunicação eficaz no trabalho de parto.
2. Acompanhante de escolha	Entrevistas com puérperas e verificação de registros. Compatível se a resposta for "sim" e as informações sobre o acompanhante de escolha durante o trabalho de parto e parto são documentadas em registros médicos.
3. Partograma	Observação de prontuário. Compatível se a progressão do trabalho de parto estiver documentada no partograma e se não houver linha de alerta registrada.
4. Não recebem amniotomia ou ocitocina se o trabalho de parto estiver progredindo normalmente	Entrevistas com puérperas e análise de prontuário. Conformidade se não houver documentado amniotomia ou uso de ocitocina ou se houver uso restrito dessas intervenções.
5. Exame vaginal digital em intervalos de quatro horas	Entrevistas com puérperas e análise de prontuário. Compatível se documentado um intervalo de 4 horas do exame vaginal digital.

Tabela 1. Critério de auditoria Amostra Método usado para medir a conformidade com as melhores práticas.

6. A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal (FCF) com aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal Pinard	Entrevistas com puérperas e análise de prontuário. Compatível se a ausculta intermitente da FCF for realizada, pelo menos a cada 30 minutos na fase ativa com o aparelho de ultrassom Doppler
7. Tricotomia	Entrevistas com puérperas e análise de prontuário. Compatível se não houver registro de tricotomia perineal/ pubiano antes do nascimento.
8. Enema	Entrevistas com puérperas e análise de prontuário. Compatível se não houver registro de administração de enema durante o parto.
9. Opções para alívio da dor	Entrevistas com puérperas ou verificação de registro do trabalho de parto. Compatível se as mulheres relatarem o uso do método de alívio da dor durante o parto ou quando o uso do método de alívio da dor for registrado.
10. Ingestão de líquidos e alimentos	Entrevistas com puérperas ou verificação do trabalho de parto por registros. Compatível se as mulheres reportarem a oferta de ingestão de líquidos e alimentos durante o parto.
11. Adotar posição vertical	Entrevistas com puérperas ou verificação de registro do trabalho de parto. Conforme as mulheres relatam que a enfermeira ofereceu opções para a movimentação e adotar uma posição vertical durante o trabalho de parto.
12. Incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de puxos	Entrevistas com puérperas. Conformidade se as mulheres relatarem nenhum pedido por parte da enfermeira de empurrar, mas incentivadas a seguir seu próprio desejo de empurrar.
13. Manobra de Kristeller	Entrevistando puérperas. Conformidade se as mulheres não reportarem aplicação de pressão manual no fundo do útero durante o parto.
14. Manejo ativo de ocitocina no terceiro estágio	Entrevistas com puérpera e análise de prontuário. Conformidade se o uso de ocitocina no terceiro estágio do trabalho de parto for registrado.
15. Clampeamento do cordão > 1min	Verificação dos registros do recém-nascido. Conformidade se o aperto do cordão 1 minuto após o nascimento for registrado, a menos que haja registro de qualquer preocupação.

Tabela 1. Critério de auditoria Amostra Método usado para medir a conformidade com as melhores práticas.

16. Contato pele a pele	Entrevistas com puérperas ou verificação de registro do trabalho de parto. Conformidade se for registrado o contato pele a pele durante a primeira hora após o nascimento.
17. Vitamina K após 1 hora do nascimento	Verificação dos registros do recém-nascido. Conformidade se a administração de vitamina K por via intramuscular após uma hora de nascimento for registrada.
18. Banho adiado até 24 horas após nascimento	Verificação dos registros do recém-nascido. Conformidade se o primeiro banho do bebê demorar mais de seis horas após o nascimento.
19. Oportunidade de fazer perguntas	Conformidade se as mulheres relatavam que suas expectativas foram atendidas ou falaram sobre a experiência do parto com a enfermeira ou mulheres / acompanhante, tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre a experiência do parto com a enfermeira.
20. A equipe do Centro obstétrico recebeu treinamento em serviço a cada 12 meses em relação ao cuidado intraparto	Entrevistas com a equipe de enfermagem. Conformidade se a equipe relatar a participação em qualquer treinamento em serviço sobre os tópicos: posições de nascimento, cama de parto, reanimação neonatal, hemorragia, contato pele a pele, atendimento intraparto, hospital de iniciativa amiga do bebê, habilidades de comunicação ou relacionamento interpessoal ano.

Local

Desenvolvido no Centro Obstétrico (CO) e setor de Alojamento Conjunto de um Hospital de Ensino de Universidade Pública de São Paulo, Brasil.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram puérperas e a equipe de enfermagem do CO recrutados por meio de critérios de inclusão. Os critérios de inclusão para as puérperas foram: ser gestante de baixo risco e parto normal realizado por enfermeiras ou residentes de enfermagem obstétricas. Para a equipe de enfermagem eram incluídos os auxiliares, técnicos, residentes de enfermagem obstétrica e enfermeiros obstétricos, independentemente do tempo de atuação do profissional e no serviço, atuando na assistência a gestante no momento do

trabalho de parto e parto. Um total de cinquenta puérperas e trinta profissionais de enfermagem apresentaram os critérios e foram selecionados para a pesquisa.

Coleta de dados

Realizada em dois momentos, entre os meses de maio e junho foram coletados dados da auditoria de base e entre os meses de agosto e setembro de 2019 foram coletados os dados da auditoria de seguimento. Em ambas auditorias, os dados foram coletados por meio de formulários baseados nos vinte critérios gerado pelo programa JBI-PACES.

Para a coleta de dados das puérperas na auditoria de base e de seguimento, foram desenvolvidos dois instrumentos, um para coletar dados por meio de prontuários e o outro para entrevista com a puérpera no alojamento conjunto, com objetivo de medir as conformidades com os critérios baseados em evidências auditados. Os tópicos da OMS ¹⁰ para comunicação efetiva¹⁷ foram utilizados para medir o critério relacionado à comunicação entre o profissional de enfermagem e a mulher durante o atendimento intraparto. Além disso, para avaliar as posições durante o nascimento, foi utilizada uma ferramenta visual para facilitar as mulheres a identificar posições de nascimento. Para avaliar os dados do critério vinte foram coletados por meio de entrevista com a equipe de enfermagem do CO que não estava de férias ou licença médica no período da auditoria.

Na auditoria de base foram coletados dados de vinte e sete puérperas e na auditoria de seguimento vinte e três puérperas. Para avaliação do critério 20, em ambas as auditorias foram coletados os dados de trinta profissionais de saúde da equipe de enfermagem.

Análise dos dados

Empregou-se o uso da ferramenta *Getting Research Into Practice* (GRIP). Para identificar e documentar as barreiras encontradas, e as estratégias propostas para melhorar a conformidade para cada critério auditado.

Implementação de estratégias para melhorar a prática

Os resultados da auditoria da linha de base foram discutidos com a equipe do projeto, sobre as barreiras e as estratégias propostas para melhorar a conformidade através de treinamento da equipe de enfermagem.

Os treinamentos tiveram o formato grupal, com a participação média de três a cinco participantes em cada treinamento. Eram realizados pela equipe de professores e alunos do

projeto. Cada treinamento teve uma duração média de 40 minutos e os grupos foram separados de acordo com o plantão e disponibilidade dos profissionais da equipe de enfermagem: plantão matutino, vespertino e noturno. No total, aconteceram quatro dias de treinamento, com 6 grupos formados, de acordo com o horário e disponibilidade dos funcionários.

Os resultados dos critérios auditados foram discutidos com a equipe de enfermagem e comparados com os índices nacionais publicado no Projeto Nascer no Brasil³, a fim de refletir sobre os cuidados no parto baseado em evidências. Após a implementação foi realizado a auditoria de seguimento, com intuito de avaliar os resultados das intervenções implementadas.

Considerações éticas

Aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital de Ensino (CAAE: 08759919.4.3001.0076). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento para participação.

RESULTADOS

Os resultados são relativos aos 30 profissionais de enfermagem que assistiram à 50 puérperas durante o trabalho de parto em uma unidade obstétrica de maio a setembro de 2019.

Na auditoria de base, os critérios que apresentaram 100% de conformidade foram: acompanhante de escolha (2), não realização de tricotomia (7); não realização de enema (8); manejo ativo do terceiro estágio (14); administração de vitamina K no recém-nascido (17); banho do recém-nascido adiado por 24 horas (18) conforme apresentado no gráfico 1.

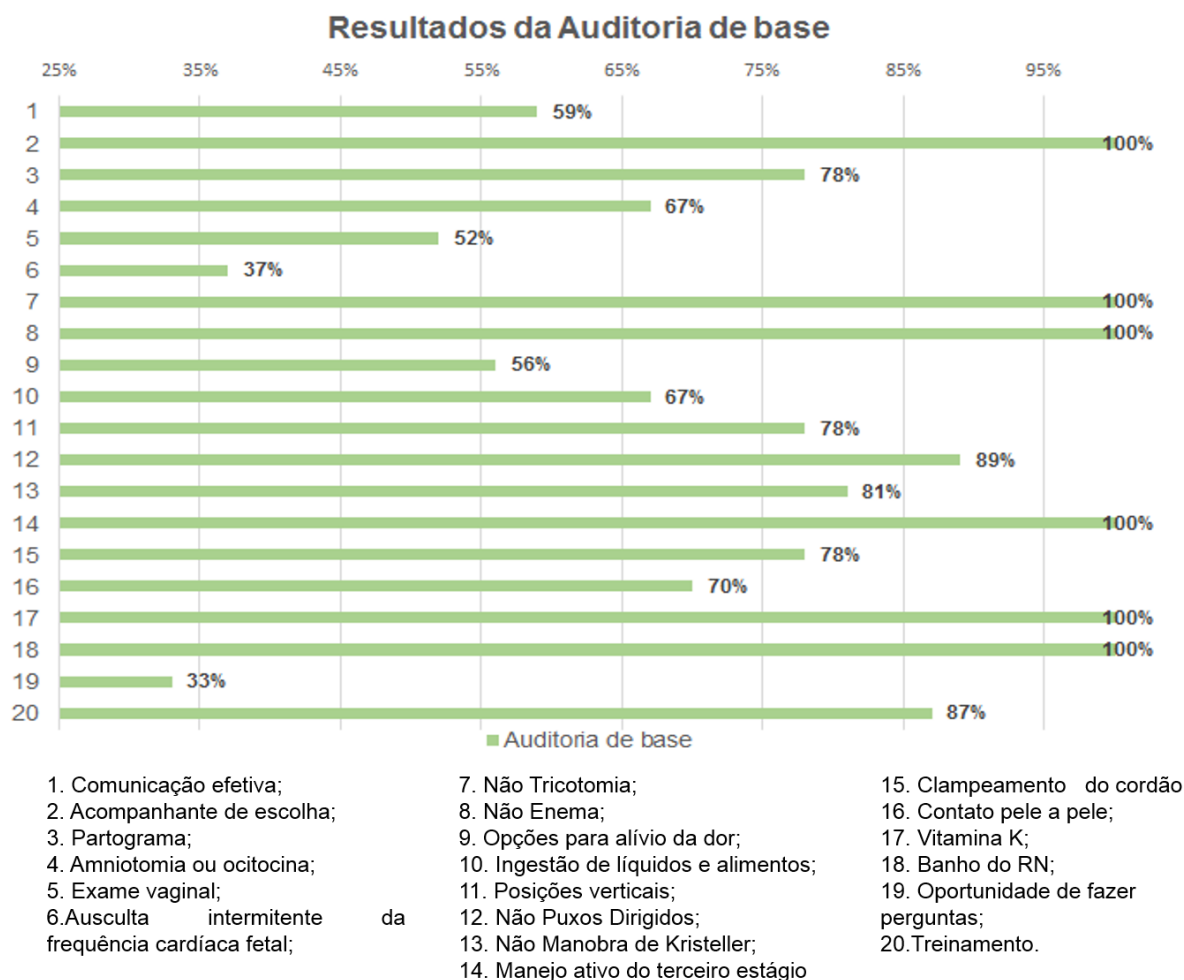


Gráfico 1: Resultados da auditoria de base

Entre os critérios que apresentaram mais de 50% de conformidade com as melhores práticas são os critérios de comunicação efetiva (1); partograma (3); não utilização de amniotomia ou ocitocina (4); intervalo de exame vaginal (5), opções para alívio da dor (9); ingestão de líquidos e alimentos (10); posições verticais (11); puxos (12); não realização de manobra de Kristeller (13); clampeamento do cordão umbilical (15); contato pele a pele (16); treinamento da equipe de enfermagem sobre o cuidado intraparto (20).

Os critérios que obtiveram menor conformidade foram àqueles relacionados à ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal no trabalho de parto (critério 6), com apenas 37% de conformidade com as melhores práticas. O critério oportunidade de fazer perguntas a respeito da experiência e expectativa do parto (critério 19), com apenas 33%, pois as puérperas alegaram não ter um espaço para realizar perguntas.

Após a intervenção da implementação das melhores práticas baseada em evidências os critérios apresentaram aumento de conformidade na auditoria de seguimento estão apresentados no gráfico 2, os quais foram: preenchimento do partograma (3); ausculta intermitente (6); opção para alívio da dor (9); ingestão de líquidos e alimentos (10); encorajada a adotar posições verticais durante o parto (11); não realização de puxos dirigidos (12); clampeamento do cordão em tempo oportuno (15); contato pele a pele (16); oportunidade de questionar sobre a sua experiência e expectativa de parto (19) e treinamento anual da equipe de enfermagem sobre o cuidado intraparto (20).

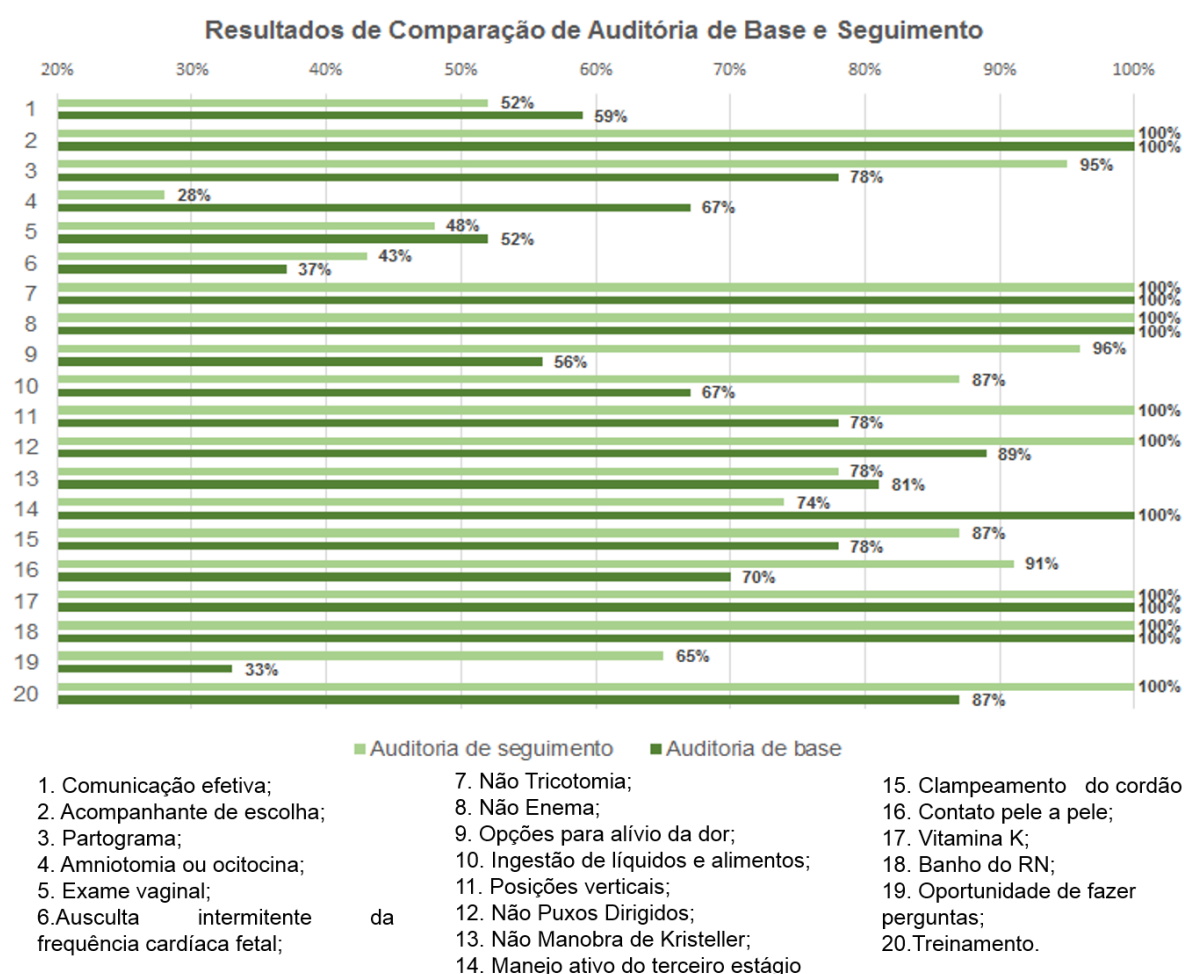


Gráfico 2: Comparação dos resultados entre auditoria de base com a auditoria de seguimento.

Mantiveram 100% de conformidade os critérios: acompanhante de escolha (2); não realização de tricotomia (7); não realização de enema (8); administração da vitamina K no RN (17) e banho do RN adiado por 24h (18).

Os critérios 11 e 12 alcançaram 100% de conformidade comparado com a auditoria de base. Houve também melhora nos critérios 3, 9, 10, 15 e 16 para os quais obteve-se entre 87% a 90% de conformidade.

Porém, cinco critérios diminuíram em conformidade: comunicação efetiva (1); realização de amniotomia e ocitocina (4), realização de rotina de toque vaginal (5); realização de manobra de Kristeller (13) e manejo ativo de ocitocina no terceiro estágio (14).

DISCUSSÃO

Os resultados da auditoria de base (critérios 2, 7, 8, 14, 17, 18) atingiram 100% de conformidade, pois estão relacionados aos protocolos de rotina já estabelecidos no hospital. Ter um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto (critério 2) na unidade obstétrica é uma prática que foi introduzida desde 2002 no hospital público de ensino e reforçada pela lei nacional em 2005¹⁸ como um dos direitos da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto. O acompanhante passou a ficar com a gestante durante todo o período de internação.

Alguns procedimentos foram abolidos das práticas de rotina no hospital há muito tempo, como a tricotomia perineal / pubiana de rotina antes do parto vaginal e a administração de enema (critérios 7 e 8). O manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto (critério 14) foi implementado como um protocolo de assistência de rotina no hospital desde 2016, quando foi realizado o projeto de implementação de hemorragia primária pós-parto¹⁹. Desde então, os registros de enfermagem e a prática de enfermagem na prevenção de hemorragia pós-parto melhoraram. Por fim, os critérios 17 e 18, relacionados ao atendimento ao recém-nascido (administração de vitamina K e adiamento do primeiro banho), já são realizados na Maternidade como protocolos de cuidados de rotina.

O critério de ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal no trabalho de parto (critério 6) obteve baixa conformidade, pois não havia protocolo para o uso da cardiotocografia e, na prática, era realizado a cada ou duas horas. Tal prática não é recomendada, de acordo com a diretriz nacional de assistência ao parto normal, a avaliação do bem-estar fetal de parturiente de baixo risco deve ser realizada por ausculta intermitente em todo momento do parto. A ausculta deve ser realizada imediatamente após a contração, por pelo menos um minuto e a cada trinta minutos, registrando como uma taxa única²⁰. Isso

evidencia a importância de o serviço de saúde elaborar e realizar constantes atualização de protocolos respaldado em evidências.

Sobre os resultados da comunicação efetiva, há a necessidade de melhorar os canais de comunicação para fornecer feedback das mulheres sobre os cuidados recebidos, pois não é estabelecido como prática de rotina, isso é evidenciado pela baixa conformidade do critério 19. Os canais de comunicação existentes no hospital, como 'Pesquisa de Satisfação', 'Ouvidoria' e 'Atendimento ao Cliente' foram discutidos com a equipe de enfermagem na fase de implementação, a fim de incentivar os mesmos a compartilhar essas informações com as mulheres e seus acompanhantes, com o intuito de promover a assistência de qualidade por meio da escuta sobre a perspectiva da gestante e a valorização da assistência dos cuidados prestado pela enfermagem obstétrica.

A diminuição da conformidade do critério gestão ativa do terceiro período de trabalho de parto (14), comparado com a auditoria de base e de seguimento, vem ocorrendo de maneira sistemática. No entanto, o registro sistemático necessita de melhores estratégias e reforço constante, para que os profissionais ainda no contexto e na dinâmica não deixem mecanismos que facilitem o registro de todos os cuidados realizados, impactando diretamente os indicadores de cuidado. Embora o exame de toque vaginal tenha sido apontado como uma prática que não obteve melhora, identificou-se que o aumento do intervalo entre os exames.

CONCLUSÃO

Ao longo deste projeto de implementação, foi possível uma ampla visão geral dos cuidados intraparto prestados pelas enfermeiras obstétricas. Um impacto significativo do projeto foi a melhoria da conformidade com os critérios relacionados aos cuidados de enfermagem em obstetrícia e a oportunidade de discutir cuidados baseados em evidências na Unidade Obstétrica e novas oportunidades e habilidades de aprendizado para os alunos integrantes da equipe do projeto.

O projeto de implementação mostrou resultados efetivos para melhorar a atenção em mulheres durante o trabalho de parto e parto. Nesse contexto, surgem as práticas relacionadas à assistência obstétrica de enfermagem e à equipe de enfermagem relacionadas ao movimento, alimentação, alívio da dor, permitindo que as mulheres respondam ao próprio desejo de dar à luz. O registro dos parâmetros desse cuidado no partograma também revela o cumprimento das melhores práticas relacionadas ao registro do cuidado prestado. Outros cuidados que

evidenciaram melhoras, foram àqueles relacionados ao recém-nascido, como clampeamento oportuno do cordão umbilical e o estabelecimento de contato pele a pele.

O presente projeto possui o potencial de otimizar a implementação de evidências em um curto período de tempo. Porém, para ser eficaz a longo prazo é necessário realizar treinamentos contínuos e auditorias adicionais para manter a mudança na prática e garantir que o cuidado intraparto seja apoiado e mantido. Os sistemas de saúde devem garantir que a equipe que presta assistência à parturiente seja treinada de acordo com os padrões nacionais de competência em comunicação interpessoal e habilidades de aconselhamento, e maior envolvimento dos profissionais de enfermagem nos turnos diurno e noturno deve incluir estudos baseados em evidências para melhores resultados. Evidencia-se a importância de estabelecer protocolos, treinamento contínuo com discussão para se aplicar na prática do mesmo e realizar a revisão, atualizando-os com base em evidências científicas voltado para melhores práticas no cuidado do binômio.

REFÊRENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 2020 em 05 de Junho]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=CCCCF89B3EE14CF4E0FD727FE52E9B52C?sequence=1> and babies.
2. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388:2176–2192.
3. Leal MsC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura- Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública; 2014.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en.
4. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Gen Assem 70 Sess. 2015;16301:1–35.
5. Shaw D, Guise JM, Shah N, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: Can health systems support woman-centred care? *Lancet*. 2016;388:2282–2295.
6. Kylie Porritt BN, GradDipNursSc(Cardiac), MNSc, PhD. Evidence Summary. Intrapartum: position in the second stage. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI1014.
7. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labor for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; Issue 5. 67.
8. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of

labor for women with epidural anaesthesia. *CochraneDatabase Syst Rev*. 2018; Issue 11.

9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014 [last updated 2017].

10. Mafalda Dias, PhD, BPharm(Hons). Evidence Summary. Partograph in Labor Monitoring: Impact on Health Outcomes. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI855.

11. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labor at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (7):CD005461.

12. Bedwell C, Levin K, Pett C, et al. A realist review of the partograph: when and how does it work for labor monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):31.

13. Tolba SM, Ali SS, Mohammed AM, Michael AK, Abbas AM, Nassr AA, et al. Management of Spontaneous Labor in Primigravidae: labor scale versus WHO partograph (SLiP Trial) randomized controlled trial. *Am J Perinatol*. 2018; 35(1): 48-54.

14. Federal Council of Nursing. Cofen Resolution No. 516/2016 - Amended by Cofen Resolution No. 524/2016. It regulates the attribution and responsibility of the Nurse, Nurse Midwife and Midwife in assisting pregnant women, parturients, mothers and newborns in the Obstetrics Services, Normal Birth Centers and / or Birth Clinics and other settings where this assistance occurs; establishes criteria for the registration of titles of Nurse Midwife and Midwife within the scope of the Cofen System / Regional Councils of Nursing, and other measures. [cited 2019 Feb 16] Available at: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no05242016_45419.html

15. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2005;3:207-2015.

16. Boulton M, Maddern GJ. Clinical audit: why and for whom. *ANZ Journal of Surgery*. 2007; 77:572-8.

17. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on effective communication between maternity care providers and women in labour (February 2018). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-effective-communication-between-maternity-care-providers-and-women-labour>

18. Ministério da saúde. Lei do acompanhante [Internet]. TeleSUS; 2017. [citado 2020 em 06 de Junho]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante#:~:text=A%20Lei%20Federal%20n%C2%BA%2011.108,%2C%20parto%20e%20p%C3%B3s%20parto.>

19. Ogawa L, Shimoda GT, Wei CY, Puschel VAA. Prevention and management of primary postpartum haemorrhage among puerperae in a teaching hospital in Sao Paulo, Brazil: a best practice implementation project. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2019;17(3):414-428.

20. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [internet]. Brasília; 2016. [citado 2020 nov.03]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf