

INTERCÂMBIO DE SABERES PROFISSIONAIS ENTRE RESIDÊNCIAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

EXCHANGE OF PROFESSIONAL KNOWLEDGE BETWEEN RESIDENCIES IN OBSTETRIC NURSING

INTERCAMBIO DE SABERES PROFESIONALES ENTRE RESIDENCIAS DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Bruna Dedavid da Rocha¹
Cláudia Zamberlan²
Dirce Stein Backes³
Hilda Maria Barbosa de Freitas⁴
Regina Gema Santini Costenaro⁵
Juliana Silveira Bordignon¹

Objetivo: descrever a experiência de residentes em enfermagem obstétrica em intercâmbio profissional. **Método:** relato de experiência vivenciado por meio de convênio entre os Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Rio Grande do Sul, e a Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, entre agosto e setembro de 2015. **Resultados:** foi oportunizado às residentes o acompanhamento e a assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério imediato, de risco habitual, os quais eram assistidos integral e exclusivamente por enfermeiras obstetras, assim como o acompanhamento e a assistência compartilhada com a equipe médica e residentes de medicina, de parturientes de alto risco e em processo de abortamento. **Conclusão:** foram possibilitadas às residentes em enfermagem obstétrica reflexões importantes sobre a assistência prestada no Rio de Janeiro e em Santa Maria.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Humanização da Assistência.

Objective: to describe the experience of residents in obstetric nursing in professional exchange. Method: report of experience lived through a partnership between the Residency Programs in Obstetric Nursing of the Franciscan University Center, Santa Maria/Rio Grande do Sul and the Faculty of Nursing of the State University of Rio de Janeiro, between August and September 2015. Results: the residents were offered the follow-up and assistance to prenatal care, labor, delivery and immediate puerperium, at usual risk, which were fully and exclusively attended by obstetrical nurses, as well as the accompaniment and assistance shared with the medical team and medical residents, of high-risk parturients and in the process of abortion. Conclusion: nursing residents were offered important reflections on the care provided in Rio de Janeiro and Santa Maria.

Descriptors: Obstetric Nursing; Humanized Delivery; Humanization of Assistance.

¹ Enfermeiras obstetras. Mestrandas em Saúde Materno Infantil pelo Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. brunadedavid.rocha@gmail.com; jubordignon1@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora. Especialista em Terapia Intensiva. Docente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e Mestrado Materno Infantil do Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. claudiaz@unifra.br

³ Enfermeira. Doutora. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e da Vida. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. backesdirce@unifra.br

⁴ Enfermeira. Doutora. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica. Docente do Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. hildasame@gmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil e do Curso de Graduação do Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. reginacostenaro@gmail.com

Objetivo: describir la experiencia de residentes de enfermería obstétrica en un intercambio profesional. Método: relato de experiencia experimentado por medio de la convivencia entre los Programas de Residencia de Enfermería Obstétrica del Centro Universitario Franciscano, Santa María/Río Grande del Sur y la Facultad de Enfermería de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro, entre agosto y septiembre de 2015. Resultados: fue oportunizado el acompañamiento y la asistencia al cuidado prenatal, trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, de riesgo habitual, a las residentes, asistidos integral y exclusivamente por enfermeras obstetras, y también el acompañamiento y una asistencia compartida con el equipo médico y residentes de medicina, de parturientes de alto riesgo y en proceso de aborto. Conclusión: les fue posibilitado a las residentes de enfermería obstétrica reflexiones importantes sobre el cuidado prestado en Rio de Janeiro y en Santa María.

Descriptor: Enfermería Obstétrica; Parto Humanizado; Humanización del Cuidado.

Introdução

A atenção à saúde obstétrica e neonatal está vivenciando um processo de mudanças no modelo assistencial brasileiro. O processo de parto e nascimento ainda é compreendido como patológico, sendo realizadas intervenções rotineiras junto às parturientes⁽¹⁾. Instituições nacionais e internacionais enfatizam a necessidade de mudanças na área e defendem um modelo pautado na assistência humanizada e de qualidade, respeitando a fisiologia, a subjetividade e o direito das mulheres em relação ao seu corpo⁽²⁾.

Ao acompanhar o movimento mundial pela mudança das práticas obstétricas, o Brasil adotou concepções neoliberais e, no final do século XX, apostou na inserção de enfermeiras obstetras na assistência. Apesar da progressiva autonomia dessas profissionais, persiste a luta da classe por valorização e reconhecimento de sua prática⁽³⁾.

Na cidade do Rio de Janeiro (RJ), as movimentações em prol de mudanças na área obstétrica e neonatal basearam-se em documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), como o guia “Maternidade Segura” e nas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, ambos pautados em evidências científicas. Primeiramente, em 1985, os gestores de maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro foram pioneiros na inserção de enfermeiras obstetras e concursadas na assistência ao parto e nascimento. Em um segundo momento, no ano de 1987, foi inaugurado o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), como centro de referência para gestações de alto risco. Em 1988 foram contratadas enfermeiras obstetras para a melhoria da

assistência e, principalmente, para a redução de casos de asfixia perinatal⁽⁴⁾.

Em 1994 a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro lançou o “Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente”, com o objetivo de garantir a humanização do parto e nascimento. Destaca-se, nesse processo, a Maternidade Leila Diniz, primeira maternidade pública a passar por adaptações para o atendimento ao parto humanizado, em relação à ambiência, estrutura física, oferta de tecnologias de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e pela contratação de enfermeiras obstetras⁽⁵⁻⁶⁾.

Percebe-se que o município consolidou-se como referência na inserção de enfermeiras obstetras e na implementação das boas práticas. Na cidade de Santa Maria (RS), este movimento ainda se encontra incipiente, apesar das gradativas mudanças propostas, após a inserção de residentes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica em serviços de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

A primeira turma de formação de enfermeiras obstetras do estado do Rio Grande do Sul teve início no ano de 2013, por meio do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano. Primeiramente, foram enfrentadas dificuldades pela carência de profissionais enfermeiras obstetras atuantes no estado, que pudessem auxiliar na operacionalização do programa. Além disso, inúmeros obstáculos foram surgindo, referentes à inserção das residentes nos cenários de prática, visto que

a assistência ao parto ainda era referenciada ao médico. Este, no entanto, privilegiava o parto cesáreo ao parto normal, bem como as intervenções de rotina e o manejo ativo do trabalho de parto e parto. Concomitantemente, era explícita a hegemonia médica, contrapondo-se às atividades das enfermeiras e, por vezes, ignorando o saber e a vontade que essas manifestavam pela mudança do trivial. Até mesmo a equipe de enfermagem, vislumbrando essas mudanças, demonstrava um sentimento de desconforto, gerando incertezas e até conflitos que foram sendo superados com persistência, coragem e força de vontade.

Em 2014 iniciava-se a segunda turma de residentes em enfermagem obstétrica. Observou-se, gradativamente, melhorias na qualidade do atendimento prestado, bem como importantes mudanças em prol da humanização. Entretanto, as residentes demonstraram interesse em conhecer uma realidade diferente, em que a humanização e as boas práticas já estivessem consolidadas, e as enfermeiras obstetras atuassem diretamente na assistência ao parto. Essa demanda oportunizou à segunda turma experienciar, em meados de 2015, o intercâmbio profissional em uma maternidade do estado do Rio de Janeiro, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm).

Este artigo tem por objetivo descrever a experiência de residentes em enfermagem obstétrica em intercâmbio profissional.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de experiência, sobre a vivência proporcionada em intercâmbio profissional, por meio de um convênio entre os Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano, de Santa Maria (RS), e a Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Participaram do intercâmbio quatro residentes, divididas em duplas, que permaneceram trinta dias no estágio, entre agosto e setembro de 2015. As residentes foram alocadas no HMFm e desenvolveram o estágio em diferentes setores,

quais sejam: ambulatório (por meio do acompanhamento de consultas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e atendimento às vítimas de violência sexual), acolhimento e classificação de risco, urgência e emergência, setor de internação de gestantes e mulheres em processo de abortamento, alojamento conjunto e sala de parto. O presente relato, no entanto, limita-se a descrever a experiência em sala de parto.

As residentes foram supervisionadas pela enfermeira preceptora responsável pela Residência em Enfermagem Obstétrica da UERJ e totalizaram uma carga horária de 8 horas diárias (de segunda a sexta-feira), perfazendo 40 horas semanais. Além disso, como parte da carga horária, foi oportunizada uma visita à Casa de Parto Davi Capistrano Filho e à atenção básica de saúde, em uma Clínica da Família.

Em relação ao HMFm, localiza-se na região central do Rio de Janeiro, no bairro de São Cristóvão. É referência para gestações de alto risco (principalmente gestantes com anemia falciforme, hipertensas e diabéticas), vítimas de violência sexual (sendo referência para o aborto legal) e emergências ginecológicas. Está inserido no “Programa Cegonha Carioca”, projeto pioneiro implantado em 2011, que objetiva humanizar e garantir o cuidado à mãe e ao recém-nascido desde o pré-natal até o parto, a fim de reduzir a mortalidade materno-infantil. Lançado inicialmente nas regiões da Rocinha, Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, alcançou toda a cidade em 2012, mas gestantes de todas as unidades de saúde (denominadas Clínicas da Família) são cadastradas no programa⁽⁷⁾.

Resultados e Discussão

Durante o intercâmbio profissional, foi oportunizado às residentes o acompanhamento e a assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério imediato, de risco habitual, os quais eram assistidos integral e exclusivamente por enfermeiras obstetras, bem como o acompanhamento e a assistência compartilhada com a equipe médica e residentes de medicina, de

parturientes de alto risco e em processo de abortamento.

Especificamente na sala de parto da maternidade, as residentes prestaram assistência às parturientes de risco habitual, sob supervisão de enfermeiras obstetras com experiência prática. Dentre as atribuições das residentes, destacaram-se a recepção da gestante em sala de parto, após acolhimento e classificação de risco realizada no setor de emergência, porta de entrada da maternidade; entrevista, que consiste na verificação da idade gestacional, questionamentos quanto à paridade, histórico de gestações prévias, patologias e complicações da gestação que está em andamento, uso de medicações, realização de tratamentos e condições clínicas, número de consultas pré-natal; resultados de exames, incluindo testes rápidos de HIV e sífilis, realizados na emergência; conferência da carteira de gestante e questionamento das principais queixas da paciente; exame físico geral, englobando a verificação dos sinais vitais e exame obstétrico, que compreende a aferição da altura uterina, realização da manobra de Leopold (palpação uterina para avaliar situação e posição fetal), ausculta de batimentos cardíacos fetais, avaliação da dinâmica uterina e exame de toque vaginal, se necessário. É preconizada a política de evitar toques vaginais, se a paciente já foi examinada recentemente por outro profissional.

Após verificação de trabalho de parto ativo, é realizada internação da paciente e abertura do partograma. Nos casos de pacientes de risco habitual, os batimentos cardíacos fetais são auscultados de 1/1 hora, bem como, nesse mesmo intervalo, é avaliada a dinâmica uterina. Os toques vaginais são realizados de 2/2 horas ou conforme evolução da parturiente. Não existem evidências consistentes que comprovem a melhor conduta para avaliação da progressão do trabalho de parto. Apenas um estudo internacional comparou a realização do toque vaginal, em fase ativa, de 2/2 horas *versus* 4/4 horas, o qual não conclui nenhum benefício na realização mais constante do toque⁽⁸⁾.

Em relação aos direitos das mulheres gestantes, elas podem permanecer com um acompanhante

de sua escolha durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, conforme previsto pela Lei n. 11.108/2005⁽⁹⁾.

Durante o trabalho de parto, parturientes e acompanhantes recebem orientações quanto à deambulação e utilização de tecnologias não farmacológicas de alívio da dor, as quais podem ser realizadas na “sala de relaxamento”. Nesta sala, elas têm à sua disposição a musicoterapia, massagem na região lombar, exercícios na bola suíça, agachamentos em barra fixa, aromaterapia, uso do cavalinho e banqueta meia-lua, além de banho de aspersão. Essas tecnologias compreendem as chamadas boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizadas pela OMS desde 1996. Trata-se de uma classificação do que deve ou não ser feito durante o trabalho de parto, parto e nascimento, a qual foi norteada pelas melhores evidências científicas e por pesquisas criteriosas realizadas em âmbito mundial⁽¹⁰⁾.

As parturientes também recebem orientações quanto à liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e a possibilidade de escolha da posição no momento do parto: cócoras, banqueta meia-lua, semivertical no leito ou lateralizada. Existem benefícios comprovados relacionados à liberdade de movimentação, como o alívio da dor, pois retira o foco dessa sensação, a rápida progressão do trabalho de parto e a possibilidade de poder realizar outras técnicas de alívio da dor, como o banho de chuveiro. Isto também está atrelado ao respeito à autonomia da mulher e ao direito de escolher a posição que lhe seja mais confortável⁽¹¹⁾.

Destaca-se que, no parto de risco habitual, como as enfermeiras obstetras são responsáveis pela assistência, existe maior liberdade de posição para a mulher, o que não ocorre nos partos assistidos por médicos. A OMS defende que a liberdade de posição e o estímulo às posições verticalizadas são práticas que devem ser encorajadas e estimuladas⁽¹⁰⁾. Na assistência médica, prevalecem os partos em posição litotômica, os quais, conforme evidências, aumentam o risco de lacerações e a necessidade de episiotomia⁽¹²⁾.

Em relação à estrutura da sala de parto do HMF, é constituída por oito boxes de atendimento separados por cortinas, com camas retráteis e com perneiras, sala de relaxamento, posto de enfermagem, sala multidisciplinar/refeitório e banheiro. A sala de parto é separada do centro obstétrico, no qual são realizadas as cesarianas. A Rede Cegonha, bem como o guia de boas práticas, enfatiza a questão da ambiência nas maternidades, orientando que devem oferecer um ambiente acolhedor para a mulher e seu acompanhante, por meio de um espaço aconchegante, semelhante ao da casa da parturiente^(1,10).

No que tange ao período expulsivo, percebem-se condutas obstétricas diversificadas entre enfermeiras obstetras e médicos. Os profissionais com formação mais recente sugerem o parto *hands-off*, no qual não é realizado manejo ativo do períneo da mulher, deixando que o feto realize todos os movimentos sozinho, sendo necessário apenas apará-lo. Tal prática é muito utilizada por obstetras e parteiras que defendem sua utilização, exceto nos casos de intercorrências obstétricas⁽¹³⁾. Na assistência médica, predominam partos com manejo ativo e intervenções durante o trabalho de parto e parto.

Foi identificado, nos estágios, que os profissionais ainda realizam a episiotomia, porém de maneira restritiva, conforme preconizado. Percebeu-se que a prática é realizada em menor proporção pelas enfermeiras obstetras, as quais justificam essa conduta pelo receio da ocorrência de lacerações perineais graves, uma vez que assumem inteiramente a assistência à parturiente. A OMS preconiza a prática restritiva de episiotomia, e uma taxa de 10% a 15% em partos vaginais⁽¹⁰⁾. Estudos recentes sugerem que a prática rotineira desse procedimento não possui benefícios, sendo a prática restritiva mais aconselhada, principalmente por reduzir o risco de lacerações perineais graves, infecção e complicações relacionadas à sutura⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Em relação à assistência primária ao recém-nascido (RN), este é recepcionado pelo profissional que assiste o parto, limpo e seco com compressas estéreis, colocado sobre o ventre materno e o clampeamento do cordão umbilical

é realizado tardiamente. Tais ações são mais comuns nos nascimentos assistidos por enfermeiras obstetras; na assistência médica, essas práticas são mais restritivas. Posteriormente, o RN é avaliado pelo pediatra, recebe o índice de Apgar e Capurro, e é colocado em berço aquecido, onde também são realizados os cuidados de enfermagem, como colocação da pulseira de identificação, administração de vitamina K e aplicação de colírio profilático das infecções oculares.

A prática do clampeamento oportuno do cordão umbilical, em recém-nascidos com boa vitalidade ao nascer, é aconselhada por melhorar os níveis de ferritina e reduzir os índices de anemia infantil⁽¹⁶⁾, além de auxiliar na termorregulação corporal dos recém-nascidos a termo⁽¹⁷⁾. Durante o clampeamento oportuno, o RN deve ser colocado sobre o ventre materno, sendo proporcionado o contato pele a pele. O corpo materno é utilizado como fonte de calor, sendo comprovadamente benéfico na redução do risco de hipotermia neonatal. Destaca-se que, para a regulação da temperatura, o RN deve ser coberto por campos aquecidos⁽¹⁸⁾. Além disso, o principal benefício no longo prazo do contato pele a pele mãe-bebê é proporcionar a criação de vínculo afetivo⁽¹⁹⁾.

Logo após o nascimento do bebê, também é preconizado estímulo à amamentação na primeira hora de vida, o que ocorre, na maior parte dos casos, na assistência prestada por enfermeiras obstetras. A amamentação na primeira hora de vida aumenta o período de duração do aleitamento materno exclusivo⁽¹⁹⁾. De acordo com dados de um levantamento de 67 países, disponibilizados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) sobre saúde e nutrição materna e infantil, o aleitamento materno tem efeito de proteção imunológica contra a mortalidade neonatal, possuindo muitos componentes que garantem esse efeito, principalmente quando se trata do primeiro leite produzido pela puérpera (colostró). Portanto, a amamentação na primeira hora de vida deve ser uma prática rotineira nas maternidades, as quais também devem aderir à Iniciativa Hospital Amigo da Criança⁽²⁰⁾.

No puerpério imediato, são avaliadas as mamas quanto ao tipo, formato da aréola e presença de colostro. É estimulada a amamentação e auxilia-se na pega e posicionamento correto para a sucção. Avalia-se a involução e o tônus uterino e também o sangramento transvaginal. Em relação ao períneo, observa-se a ocorrência de lacerações, avalia-se o grau e a necessidade de correção. Após isso, o binômio é encaminhado ao alojamento conjunto.

Nesse breve relato da assistência, destaca-se a importância da presença de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto e nascimento, pelo respeito e entendimento do processo como natural e fisiológico, o qual não necessita de intervenções obstétricas rotineiras. Com esse entendimento, essas profissionais acabam por promover o empoderamento das parturientes, contribuindo também para o combate à violência obstétrica praticada em muitas instituições de saúde⁽²¹⁾.

A experiência suscitou inúmeras reflexões nas residentes que participaram do intercâmbio. Percebeu-se que a implementação das boas práticas está presente nesse hospital, e o serviço atua em prol da humanização, com base em diretrizes nacionais e internacionais, e também por meio de projetos locais, como o “Cegonha Carioca”, baseado na estratégia nacional “Rede Cegonha”, lançada em 2011.

Ao se estabelecer um paralelo entre as maternidades do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, percebe-se que a segunda está avançando, quando se trata de inclusão de práticas humanizadas na assistência obstétrica, e não se encontra tão distante da realidade do Rio de Janeiro.

Considerações Finais

O intercâmbio profissional possibilitou às residentes em enfermagem obstétrica (re)pensarem as suas práticas, além de ampliar a reflexão crítica no que se refere aos modelos e às condutas profissionais impostas pelo saber tradicional.

A experiência contribuiu para aprimorar saberes em relação às práticas humanizadas de atenção ao parto e nascimento e oportunizou acompanhar o trabalho de enfermeiras obstetras,

com experiência prática, na aplicação de tecnologias de alívio da dor no trabalho de parto e assistência ao período expulsivo. Destaca-se, no Rio Grande do Sul, que as residentes não tiveram contato com enfermeiras obstetras, e isso dificultou a aplicação de algumas boas práticas na rotina da maternidade e do centro obstétrico. A experiência em um serviço que já está trabalhando há algum tempo com um novo modelo de assistência caracterizou-se, portanto, como uma grande aprendizagem que será levada para o Sul do país.

Percebe-se, portanto, que já podem ser evidenciados avanços na área da Enfermagem Obstétrica. Uma conquista importante para a maternidade de Santa Maria, após o estágio, foi a contratação, no ano de 2015, de enfermeiras obstetras e estímulo para as enfermeiras generalistas especializarem-se. Tal ação repercutiu na diminuição de intervenções desnecessárias e na atuação cada vez mais constante das enfermeiras residentes.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Bruna Dedavid da Rocha; Juliana Silveira Bordignon;
2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Bruna Dedavid da Rocha, Cláudia Zamberlan, Dirce Stein Backes, Hilda Maria Barbosa de Freitas, Regina Gema Santini Costenaro e Juliana Silveira Bordignon;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Cláudia Zamberlan, Dirce Stein Backes, Hilda Maria Barbosa de Freitas e Regina Gema Santini Costenaro.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e nascimento. [Internet]. Universidade Federal do Ceará, v. 4, Brasília (DF); 2014. [citado 2016 jul 10]. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

2. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do Parto. Humanização no Pré-natal e Nascimento. [Internet]. Brasília (DF); 2002. [citado 2016 jul. 10]. Disponível em: <https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
3. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2012 jan-mar [citado 2015 nov 10];20(1):105-10. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a18.pdf>
4. Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto e contexto enferm* [Internet]. 2009 [citado 2015 nov 10];18(4):731-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e a Parturiente - AP 3.3. Rio de Janeiro; 1998.
6. Valladares DP. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 357-76.
7. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Programas: Cegonha Carioca. [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. [citado 2016 ago 15]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca#>
8. 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 of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 Jul [cited 2016 Dec 4];15(7):CD010088. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/abstract;jsessionid=7696A3312884F47223C6566A8F4CDA97.f02t02>
9. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia, às parturientes, do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília; 2005.
10. Organização Mundial da Saúde. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.
11. Wey CY, Salim NJ, Santos Junior HPO, Gualda DMR. The practice of episiotomy: a qualitative descriptive. *Online braz j nurs* [Internet]. 2011[cited 2016 June 10];10(2):1-11. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3332>
12. 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 [citado 2015 nov. 10];30(sup.):17-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
13. Ampt AJ, Vroome M, Ford JB. Perineal management techniques among midwives at five hospitals in New South Wales – A cross – sectional survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 10];55(3):251-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12330/epdf>
14. Côrrea Junior MD, Passini Júnior R. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. *Rev bras ginecol obstet* [Internet]. 2016 [cited 2016 June 8];38(6):301-7. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0036-1584942.pdf>
15. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 4];1:CD00081. Available from: http://www.cochrane.org/CD00081/PREG_episiotomy-for-vaginal-birth
16. Andersson O, Westas LH, Andersson D, Domellof M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 8];343:d7157. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7157.full.pdf>
17. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Rev Tempus Actas Saúde Col* [Internet]. 2007 [citado 2015 nov 10];52:262-72. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/845/808>
18. American Academy of Pediatrics. *American Heart Association: Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care of the Neonate*. United States; 2015.

19. Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early motherbaby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J*. 2005;7:138-40.
20. Oddy WH. Breastfeeding inj the first hour of life protects against neonatal mortality. *J Pediatr* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 10];89(2):109-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/v89n2a01.pdf>
21. Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK. Coping the obstetrical violence and its repercussions on the practice of nurses obstetricians. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 10];9(12):1360-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7998>

Recebido: 4 de outubro de 2016

Aprovado: 7 de dezembro de 2016