



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Assistência de enfermagem no pré-parto em uma maternidade de referência: estudo transversal

Maria Tamires Barroso Lucas¹, Maria José Francalino Rocha¹,
Kleyriane Medeiros de Mendonça Costa¹, Gilmar Giles de Oliveira²,
Janille de Oliveira Melo³

1 Universidade Federal do Acre

2 Secretaria de Estado de Saúde do Acre

3 Serviço Social de Saúde do Acre

RESUMO

Objetivo: Avaliar assistência de enfermagem oferecida à parturiente no pré-parto da maternidade de referência da Regional do Vale Juruá/AC, conforme os ditames de indicadores de qualidade assistencial proposto pelo Ministério da Saúde. **Método:** Estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, cujo método foi observação participante. **Resultado:** Não houve restrições de líquidos, nem à permanência de acompanhante; métodos não farmacológicos foram estimulados; destacou-se a ausência do uso do partograma (A); o enema, enteroclistma e tricotomia são condutas eliminadas da rotina (B); algumas tecnologias de alívio da dor sem evidências suficientes para sua indicação não foram utilizadas (C); toque vaginal frequente, cardioclografia e administração de ocitócitos ocorreram em mais de 30% dos casos, considerando cada conduta. **Conclusão:** A excelência na assistência ao trabalho de parto exige reflexão dos atores envolvidos, além de implementação e solidificação das políticas públicas já existentes a fim de garantir a integralidade do cuidado e do atendimento humanizado.

Descritores: Parto humanizado; Cuidados de Enfermagem; Trabalho de Parto.

INTRODUÇÃO

O processo de parturição representa uma fase especial no universo da mulher e de seu parceiro. Um momento cheio de significados distintos, ambivalentes, que necessitam ser interpretados e compreendidos, pois os episódios vivenciados pela mulher podem refletir positiva ou negativamente nesse momento⁽¹⁾.

Durante o trabalho de parto, a mulher necessita de uma atenção isenta de traumas. A prática humanizada colabora para que ele transcorra da melhor maneira possível. A enfermagem é essencial nesse processo, pois atua no acolhimento e defende o cuidado não invasivo⁽²⁾.

A enfermagem obstétrica possui inúmeros desafios, sendo que a minimização do sofrimento materno está entre eles. Estudos são realizados para destacar as melhores condutas, porém mesmo diante das evidências científicas, ainda é comum a realização de práticas que já deveriam ter sido eliminadas⁽³⁾.

Alguns hábitos de atenção ao parto e nascimento baseados em evidências têm sido amplamente divulgados nas mais diversas esferas sociais. Contudo, são poucas as instituições que têm respeitado a implantação dessas condutas, resistindo ao que hoje é considerado seguro e benéfico no processo de parir⁽⁴⁾.

Os profissionais que prestam assistência à parturiente devem se preparar para atender a gestante respeitando todos os conceitos e significados que existem nesse momento, pois a vivência do parto é diferente para cada uma das pacientes e vai depender das experiências que cada uma viveu durante a gestação e das idealizações que têm para o momento do nascimento⁽⁵⁾.

Perante essas considerações, este estudo teve por objetivo caracterizar a assistência de enfermagem oferecida à mulher no pré-parto, principalmente no contexto das condutas reco-

mendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁶⁾ e Ministério da Saúde (MS)⁽⁷⁾, destacando os procedimentos e cuidados realizados pelos profissionais no primeiro período clínico do parto.

A importância desta pesquisa consistiu em reconhecer a assistência prestada pela equipe de enfermagem no setor de pré-parto, enfocando os indicadores de qualidade assistencial propostos pela OMS⁽⁶⁾ e MS⁽⁷⁾.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa por meio do método de observação participante, realizado no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014 em uma maternidade de referência na cidade de Cruzeiro do Sul, Acre.

No município em estudo existe apenas uma instituição hospitalar credenciada no Sistema Único de Saúde que oferece atendimento à parturiente. Essa instituição recebe gestantes, parturientes, puérperas, clientes com patologias ginecológicas da própria cidade e de municípios vizinhos que não possuem serviços de saúde especializados no atendimento à mulher.

A população de estudo foi composta por 23 profissionais da equipe de enfermagem atuante na assistência à mulher durante o primeiro período clínico do parto, que trabalhavam em turnos de 12 por 60 e 12 por 36 horas, perfazendo um total de 10 ou 14 plantões para desempenhar a carga horária mensal.

Para a descrição das práticas utilizadas durante a assistência ao trabalho de parto na maternidade em estudo, foram estruturadas tabelas com distribuição das variáveis conforme a categorização da OMS⁽⁶⁾, sendo:

Categoria A: oferta de líquidos; preservação da privacidade da parturiente; permissão

da presença do acompanhante; ausculta dos batimentos cardíofetais; uso de técnica asséptica durante toque vaginal; encoraja a mudança de posição a livre escolha da parturiente; uso do partograma; oferta de informações e explicações conforme interesse da parturiente; estimula deambulação; orienta postura vertical; uso do cavalinho; estimula exercícios na bola suíça; ambiente acolhedor livre de ruídos; diminuição da iluminação; ensina técnicas de respiração e relaxamento; manutenção da temperatura ambiente; emprego do toque físico. **Categoria B:** enema de rotina; tricotomia de rotina; infusão intravenosa de rotina. **Categoria C:** contato com a água (hidroterapia); técnica de estimulação elétrica transcutânea (EET); aromas tranquilizadores; crioterapia (compressas); cromoterapia; homeopatia; florais; técnicas de acupuntura. **Categoria D:** oferta de alimentos sólidos; cardiocardiografia; toques vaginais frequentes; ocitocina.

O instrumento para a coleta de dados constituiu-se de um questionário elaborado pelos pesquisadores estruturado com questões fechadas e abertas, cuja construção foi norteada pelo guia prático de assistência ao parto normal⁽⁶⁾ e pelo manual parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher⁽⁵⁾.

Objetivando o aprimoramento do instrumento de coleta de dados, o mesmo foi aplicado durante três plantões de seis horas nos períodos de manhã, tarde e noite respectivamente. Foi possível observar 18 horas de assistência prestada a mulheres em trabalho de parto. Nessa fase foi verificada a dificuldade de preenchimento, questões interpretadas de maneira equivocadas, e a necessidade de introdução ou supressão de questões.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014. Teve a finalidade de contemplar as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no atendimento à parturiente durante o primeiro período clínico

do trabalho de parto. O interesse não era o desempenho do próprio indivíduo ou profissional, mas se os procedimentos preconizados pelo MS e OMS estavam sendo adotados no atendimento à parturiente. Assim, para que não ocorresse o viés de informação, pela mudança de comportamento na assistência a mulher, os pesquisados não tiveram acesso ao instrumento de pesquisa. Ressalta-se que dois dos pesquisadores faziam parte do universo estudado, atuando no setor de pré-parto. Optou-se para que os próprios pesquisadores aplicassem o Roteiro de Observação, quando os mesmos não estavam atuando na assistência, pois conheciam o setor pesquisado e tinham livre acesso e circulação local. Assim sendo, não chamariam a atenção dos pesquisados e dificultariam a mudança de conduta durante o atendimento a parturiente.

As observações foram realizadas pelos pesquisadores buscando obter uma amostra representativa da realidade estudada, com observação de plantões de seis horas, sendo sete plantões matutinos, oito vespertinos e vinte e dois noturnos: um total de 37 plantões, perfazendo 222 horas de observação. Dessa forma, foi possível observar todas as equipes de enfermagem que prestavam assistência à mulher.

Para viabilizar a coleta de dados, solicitou-se a colaboração e autorização dos gestores da unidade hospitalar. Após a conclusão da coleta de dados, foi pedido que os profissionais da equipe de enfermagem que atuavam no acompanhamento do pré-parto assinassem o termo de autorização para a utilização dos dados coletados.

Os aspectos éticos foram baseados na normatização do Conselho Nacional de Saúde, em sua resolução 466⁽⁷⁾.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre sob o protocolo nº 23107.015776/2011-01 e aprovado no dia 14 de dezembro de 2011.

RESULTADOS

As condutas e práticas desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem da unidade em estudo estão apresentadas na Tabela 1, tendo sido agrupadas de acordo com o grau de recomendação da OMS. Constatou-se que a oferta de líquidos foi uma prática comum em 59,5% dos casos; a privacidade das parturientes foi preservada (97,6%), não foram identificadas restrições à presença de acompanhante, os batimentos cardíofetais foram verificados em 100% das parturientes; durante a prática do toque vaginal o uso da técnica asséptica foi prevalente (92,9%), a mudança de posição a livre escolha da parturiente foi orientada (47,6%) e o partograma foi aplicado em apenas 2,4% dos casos.

Todas as parturientes foram estimuladas em algum momento o uso de pelo menos um método não farmacológico de alívio da dor sendo a deambulação empregada em (92,9%); foi estimulada a utilização de posturas verticais (83,3%), aos exercícios no cavalete (81,0%) e, em menor frequência, na bola suíça (16,7%). Algumas medidas de conforto (como manter o ambiente acolhedor e livre de ruídos, estímulo a técnicas de respiração e relaxamento, manutenção da temperatura ambiente e emprego do toque físico) também foram observadas, porém os percentuais de cada uma dessas condutas foram inferiores a 35,0%, não se configurando práticas usuais e coletivas.

Concernente às condutas e/ou práticas consideradas prejudiciais que devem ser eliminadas – Categoria “B”, (Tabela 2), evidenciou-se que o enema (97,6%), a tricotomia (100,0%), o acesso venoso juntamente com a infusão de líquidos (92,9%) não foram utilizadas rotineiramente na unidade em estudo. Dentre as condutas da categoria “C” foi observado o uso de métodos não farmacológicos de alívio à dor que não possuem evidências suficientes para

sua indicação. Constatou-se que a hidroterapia foi empregada em 21,4% dos eventos, com destaque para o banho de chuveiro. Condutas como o uso de compressas (crioterapia), cromoterapia, utilização da técnica de Estimulação Elétrica Transcutânea (EET), de aromas tranquilizadores, florais, técnicas de acupuntura e homeopáticas não são utilizadas na instituição. Quanto a categoria “D” que destaca algumas condutas que são utilizadas frequentemente de modo inadequado, observa-se que alimentos sólidos foram ofertados (54,8%); As parturientes foram submetidas ao procedimento da cardiocardiografia (33,3%) e não houveram registros de toques vaginais frequentes. Quanto ao uso e aumento de ocitócitos, esta foi uma prática mais frequente, sendo administrada em 35,7% das mulheres em trabalho de parto.

Tabela 1 - Distribuição dos procedimentos realizados na assistência de enfermagem no primeiro período clínico do parto segundo a categorização “A” de assistência ao parto da OMS e MS. Acre, 2013-2014.

Cate- goria	Procedimentos (N=42)	Sim		Não	
		N	%	N	%
A*	Oferta de líquidos	25	59,5	17	40,5
	Preservação da privacidade da parturiente	41	97,6	1	2,4
	Permissão da presença do Acompanhante	41	97,6	1	2,4
	Verificação dos batimentos cardíofetais	42	100	-	-
	Uso de técnica asséptica durante toque vaginal	39	92,9	3	7,1
	Encoraja a mudança de posição	20	47,6	22	52,4
	Faz uso do partograma	1	2,4	41	97,6
	Oferta de informações e explicações conforme interesse da parturiente	4	9,5	38	90,5
	Estimula deambulação	39	92,9	3	7,1
	Orienta postura vertical	35	83,3	7	16,7

	Uso do cavalinho	34	81	8	19
	Estimula exercícios na bola suíça	7	16,7	35	83,3
	Ambiente acolhedor livre de ruídos.	14	33,3	28	66,7
A*	Diminuição da iluminação	13	30,9	29	69,1
	Ensina técnicas de respiração e relaxamento	14	33,3	28	66,7
	Manutenção da temperatura ambiente	14	33,3	28	66,7
	Emprego do toque físico	6	14,3	36	85,7

Fonte: Elaboração dos autores, 2014.

Nota: *Conduas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

Tabela 2 - Distribuição dos procedimentos realizados na assistência de enfermagem no primeiro período clínico do parto segundo a categorização "B", "C" e "D de assistência ao parto da OMS. Acre, 2013-2014.

Cate- goria	Procedimentos (N=42)	Sim		Não		
		N	%	N	%	
B**	Enema de rotina	1	2,4	41	97,6	
	Tricotomia de rotina	-	-	42	100	
	Infusão intravenosa de rotina	3	7,1	39	92,9	
C***	Contato com a água (hidroterapia)	9	21,4	33	78,6	
	Técnica de Estimulação Elétrica Transcutânea (EET)	-	-	42	100	
	Aromas tranquilizadores	-	-	42	100	
	Crioterapia (compressas)	-	-	42	100	
	Cromoterapia	-	-	42	100	
	Homeopatia	-	-	42	100	
	Florais	-	-	42	100	
	Técnicas de acupuntura	-	-	42	100	
	D****	Oferta de alimentos sólidos	23	54,8	19	45,2
		Cardiotocografia	14	33,3	28	66,7
Toques Vaginais Frequentes		-	-	42	100	
Ocitocina		15	35,7	27	64,3	

Fonte: Elaboração dos autores, 2014

Nota: **Conduas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. ***Conduas sem evidên-

cia suficiente para fomentar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornam evidentes.****Conduas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

DISCUSSÃO

Referente às condutas úteis e que deveriam ser encorajadas (A), não houve restrições de líquidos na maternidade em estudo. Embora não haja limitação, não foi ofertado líquido para cerca de 40% das parturientes, percentual considerado alto e conflitante com o que é preconizado. A oferta de líquidos orais faz parte das indicações da OMS⁽⁶⁾ e MS⁽⁷⁾ durante todo o processo de parturição e caracteriza-se como prática humanizada do parto, devendo ser estimulada pela equipe de enfermagem.

Em meta-análise, autores concluem que não há justificativa para restrição de líquidos em casos de baixo risco para cesarianas e uso de anestesia geral, portanto a oferta deve ser encorajada⁽⁸⁾.

A presente investigação evidenciou que a escolha do acompanhante fica a critério da parturiente. A prática faz parte da rotina hospitalar durante o processo de parturição. Os percentuais encontrados foram superiores aos verificados em Santa Catarina (RS), onde apenas 54,8% das instituições públicas de saúde permitiam a presença regular do acompanhante⁽⁹⁾.

Em estudos, vários autores propõem que os acompanhantes devem ser inseridos no contexto da gestação desde o pré-natal para que possam apoderar-se do conhecimento necessário para o bom atendimento das necessidades da mulher durante o trabalho de parto e parto⁽¹⁰⁾.

A presença do acompanhante contribui para redução dos partos cesáreos e aumento dos partos vaginais, além de diminuição de analgesia, da duração do trabalho de parto,

recém-nascidos com baixo ápgar e da idealização negativa do nascimento⁽¹¹⁾.

A verificação dos batimentos cardíofetais representa conduta frequente entre os profissionais da instituição pesquisada, sendo ofertada a todas as gestantes em trabalho de parto. Em alguns casos, porém, os intervalos foram superiores a uma hora. Ainda não existem evidências suficientes para definir uma frequência considerada ótima para esse acompanhamento, contudo um estudo de revisão indica que a ausculta seja realizada de maneira intermitente, preconizando o intervalo de 15 em 15 minutos ou a cada 30 para o acompanhamento do trabalho de parto de baixo risco⁽³⁾.

O toque vaginal seguiu os padrões estabelecidos.

Ressalta-se a ausência do uso do partograma pela equipe da instituição estudada. A baixa frequência no uso dessa ferramenta também foi evidenciada em outros trabalhos^(3,12). Destaca-se que a OMS tornou obrigatório o uso do partograma nas maternidades desde 1994⁽¹³⁾.

O suporte profissional e oferta de informações conforme o interesse da parturiente não representou uma conduta frequente no local. Um dos principais fatores de satisfação com o atendimento relaciona-se às orientações sobre os procedimentos realizados⁽¹⁴⁾.

Verificou-se que a maioria dos profissionais observados estimulou a deambulação no trabalho de parto e, em menor frequência, o uso de outros métodos de conforto e de alívio da dor.

A mudança de posição deve ser encorajada à parturiente. A deambulação e a posição vertical no primeiro estágio do trabalho de parto são recomendadas⁽¹⁵⁾. Com relação aos exercícios no cavaleiro, são poucos os estudos que fazem menção a essa técnica, não havendo evidências científicas suficientes para sua discussão.

Em apenas 16,7 % dos casos foi observado o estímulo aos exercícios na bola. Esses dados

contrastam com outro estudo em que todas as mulheres fizeram uso da técnica. A bola pode ser utilizada como instrumento lúdico, servindo para a distração da parturiente, que, descontraída, torna-se menos ansiosa⁽¹⁶⁾.

Durante as observações, foi possível perceber que o toque físico era uma conduta oferecida por acompanhantes e pouco ofertada pelos profissionais. Esse fato corrobora com outro estudo de revisão sistemática de literatura no qual os autores descrevem o frequente envolvimento do acompanhante na realização e treinamento de massagens durante o trabalho de parto⁽¹⁷⁾.

Quanto às técnicas respiratórias, o estudo evidenciou que foram pouco estimuladas (33,3%). Esses dados são contrários às indicações do MS e da OMS. Além de diminuir a sensação dolorosa, pesquisas revelam que os exercícios respiratórios podem melhorar a saturação sanguínea materna e, conseqüentemente, a circulação fetal, reduzindo a ansiedade e proporcionando o relaxamento da gestante em trabalho de parto⁽¹⁸⁾.

Relativo aos cuidados com a temperatura ambiente, oferta de um ambiente calmo, livre de ruídos e iluminação, foi observado que essas práticas não são comuns na assistência à parturiente.

Nos ambientes de pré-parto, em geral, as noções de confortabilidade como iluminação, redução de ruídos, privacidade, não são cuidadas⁽⁴⁾.

Entre as práticas categorizadas como condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (B), a tricotomia, o enteroclisma e o acesso venoso de rotina com infusão de líquidos são práticas que foram abolidas na instituição pesquisada. As evidências demonstram que esses hábitos aumentam o custo da assistência, trazem desconforto à parturiente e não mostram diferenças nas taxas de infecções^(3,19).

Concernente às técnicas não farmacológicas no alívio da dor que não possuem evidências suficientes para sua indicação, somente o banho de aspersão com água morna foi oferecido para 21,4% das parturientes. A crioterapia, a cromoterapia, a utilização da técnica de Estimulação Elétrica Transcutânea (EET), os aromas tranquilizadores, os florais, as técnicas de acupuntura e homeopáticas não foram proporcionadas às mulheres.

A hidroterapia tem sido bastante estimulada na atenção obstétrica. Uma investigação demonstrou que é bastante segura, melhora o bem estar das parturientes e aumenta a sensação de relaxamento. Outros estudos apontam para redução da dor em mulheres expostas à crioterapia⁽¹⁸⁾.

Quanto à aromoterapia, uma revisão sistemática demonstrou que a técnica tem maior influência sobre as nulíparas e reduz a dor somente nesse grupo. Já a redução da ansiedade foi evidenciada independentemente da paridade⁽¹⁷⁾.

A monitorização fetal eletrônica, normalmente realizada por meio da cardiocografia - embora não seja rotina na unidade em estudo, foi verificada em mais de 30% dos casos observados. Alguns estudos relatam que a cardiografia apresenta desvantagens, uma vez que está associada ao aumento dos índices de cesáreas e intervenções obstétricas e instrumentais ainda que o parto seja vaginal; dificulta a locomoção materna; é difícil de ser interpretada dando espaço para diagnósticos falso-positivos, devendo, portanto, ser indicadas em gestações que corram com risco de morte perinatal. Como rotina, portanto, essa prática deve ser desencorajada⁽³⁾.

Atinente ao toque vaginal, não foram identificadas contradições com o que é preconizado, pois a recomendação é que seja realizado um toque em intervalo de duas horas. Neste estudo, a maioria das parturientes recebeu apenas um toque no intervalo observado, porém

observaram-se falhas na orientação, pois poucos profissionais explicavam a indicação da prática. Dados opostos foram encontrados em outras pesquisas, que evidenciaram a realização do toque em intervalos menores que uma hora⁽¹²⁾.

Quanto ao uso de ocitocina, os dados encontrados foram semelhantes ao de outros estudos, com ocorrência em torno de 30,0 a 36,0%^(12,13).

De acordo com a OMS⁽⁶⁾, é prejudicial a administração de ocitócitos a qualquer hora, antes do parto, de tal modo que o efeito não possa ser controlado, devendo ser evitado.

No que tange aos indicadores de qualidade da assistência oferecida pela equipe de enfermagem, a equipe estudada aplica as evidências científicas disponíveis, e várias condutas e tecnologias apropriadas são utilizadas frequentemente na assistência à parturiente.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa permitiram avaliar a assistência de enfermagem por meio dos indicadores de qualidades propostos pela OMS e MS oferecidos à parturiente na instituição estudada. Foi possível analisar as condutas e intervenções realizadas pela equipe de enfermagem junto à parturiente.

Concluiu-se que a equipe da instituição estudada adota as medidas preconizadas pelo OMS e MS para um parto humanizado, necessitando de avaliações constantes visando à melhoria dos indicadores de qualidade assistencial.

No entanto, identificaram-se carências no processo assistencial em relação à oferta ou ausência de algumas condutas/práticas consideradas essenciais e de fácil implantação, como a ausência do acompanhamento de trabalho de parto por meio do partograma e oferta de orientações essenciais às parturientes.

Mesmo diante do apoio de algumas políticas públicas que se ocupam em prover uma assistência obstétrica de qualidade, foi possível identificar condutas que ainda não se adequaram às melhores evidências.

Desta forma, ainda fazem-se necessárias modificações, principalmente quanto à mudança de comportamentos dos profissionais que prestam a assistência, pois estes têm o papel importante de fazer cumprir o desenvolvimento das práticas preconizadas, garantindo o atendimento integral, seguro e de qualidade.

Percebe-se que algumas deficiências encontradas neste estudo podem ser amenizadas com o desenvolvimento de estratégias de educação permanente a serem trabalhadas com as equipes, a fim de fortalecer a assistência humanizada no centro obstétrico.

Para atingir um nível de excelência na assistência ao trabalho de parto na instituição em estudo, recomenda-se uma reflexão por parte dos atores envolvidos com participação efetiva dos gestores no sentido de organizar o processo de trabalho, qualificar os profissionais atuantes na área para o empoderamento das melhores evidências científicas e o desenvolvimento de habilidades inerentes à atenção humanizada ao parto. Faz-se necessário à implementação e solidificação das políticas públicas já existentes a fim de garantir a integralidade da produção da saúde com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LR. Diagnóstico e intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto. In: Carvalho GM, Lula HM, Oliveira LR, organizadores. Diagnóstico e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetria e neonatologia. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.
2. Santos GS, Souza JLO, Almeida LS, Gusmão MH. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. *Diálogos Ciênc.* 2012 [cited 2013 nov 10];10(31):224-8. Available from: http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=328&Itemid=1
3. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. *Femina.* 2010;38(10):527-37. Cited: 15 Fev. 2013. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf
4. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas Saúde Col* [internet]. 2010 [cited 15 nov 2013];4(4):105-17. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 jun 2013 [cited: 2013 nov 10];1: 59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1):CD003930.
9. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery.* 2013 [cited 2014 Jan 26];17(3):432-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0432.pdf>
10. Frutuoso LD, Bruggemann OM. Parturient women's companions knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. *Texto Contexto – enferm* [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 3];22(4):909-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>

11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD003766.
12. Giglio MR, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(10):297-304.
13. Silva FMB, Paixao 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.* 2013;47(5):1031-8.
14. Müller J, Collaço VS, Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. *Rev Cient CENSUPEG.* 2013 [cited 2013 apr 7];(2):78-88. Available from: <http://revistacientifica.censupeg.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/117>
15. Oliveira AS, Damasceno AKC, Moraes JL, Moreira KAP, Teles LMR, Gomes LFS. Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online Braz J Nurs [internet].* 2014 [cited 2013 nov 15];13(1):36-45. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4254>
16. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Using the Swiss ball in labor. *Acta Paul Enferm [internet].* 2011 [cited 2014 Apr 10];24(5): 656-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_10v24n5.pdf
17. Gayeski ME, Brüggemann, OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto -Enferm.* 2010 [cited 3 mar 2014];19(4):774-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
18. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: integrative review. *J Nurs UFPE on line.* 2013 [cited 2013 Nov 15];7(5):4161-70. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2582>
19. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):29-35.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 24/9/2014
Revisado: 23/12/2014
Aprovado: 23/12/2014