


Resultados maternos e neonatais do atendimento ao parto em um Centro de Parto Normal peri-hospitalar*


Nathalie Leister^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1505-1906>


Gisele Almeida Lopes^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-7897-3553>


Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi¹

 <https://orcid.org/0009-0002-2423-1383>

Thalita Vital Botelho³

 <https://orcid.org/0000-0002-5196-0066>

Maria Luiza Gonzalez Riesco¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9036-5641>

Destaques: **(1)** O CPNp é seguro para o atendimento de mulheres de risco habitual e seus bebês. **(2)** Primíparas têm maior chance de receber ocitocina e amniotomia do que múltiparas. **(3)** Primíparas têm maior chance de transferência intraparto do que múltiparas. **(4)** Primíparas têm maior chance de trauma perineal do que múltiparas. **(5)** Primíparas têm maior chance de parto com fórceps e cesariana do que múltiparas.

Objetivo: comparar os desfechos assistenciais maternos e neonatais com a paridade das mulheres e descrever a morbimortalidade neonatal de bebês de mulheres que foram internadas em trabalho de parto.

Método: estudo transversal com 3.397 mulheres admitidas para parto em Centro de Parto Normal peri-hospitalar e seus recém-nascidos. A variável de exposição foi paridade e os desfechos foram uso de ocitocina e amniotomia, tipo de parto, condição perineal, hemorragia pós-parto, transferências maternas e neonatais e internação do recém-nascido em unidades de cuidados intensivos ou intermediários (UTINeo/UCINeo). Os dados foram analisados descritivamente e por regressão logística. **Resultados:** a primiparidade associou-se a maior chance de receber ocitocina e amniotomia, ser transferida intraparto, ter laceração de 2º grau, episiotomia, hemorragia pós-parto, cesariana e fórceps e ter o recém-nascido internado em UTINeo ou ICINeo. Os partos ocorreram, principalmente, nas posições semissentada e verticalizadas, na cama e na banheira. A taxa de transferência materna foi de 21,8% e a neonatal foi de 3,3%. **Conclusão:** a primiparidade é preditora para as intervenções analisadas e para desfechos maternos e neonatais indesejáveis. No entanto, o Centro de Parto Normal peri-hospitalar estudado pode ser considerado seguro para mulheres de risco habitual parirem.

Descritores: Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Local do Parto; Enfermagem Obstétrica; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Estudos Transversais; Parto.


* O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.




² City St George's, University of London, School of Health and Medical Sciences, Londres, Reino Unido.

³ Associação Comunitária Monte Azul, Casa Angela - Centro de Parto humanizado, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Leister N, Lopes GA, Iguchi COF, Botelho TV, Riesco MLG. Maternal and neonatal outcomes of childbirth care in a Freestanding Birth Centre. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4596 [cited ____]. Available from: _____.  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7208.4596>

URL

 ano  mês  dia

Introdução

No Brasil, o modelo de cuidado ao parto e nascimento é hospitalocêntrico, intervencionista e médico-centrado, caracterizado por altas taxas de cesariana, que em 2022 representaram 58% dos partos⁽¹⁾. Em centros obstétricos, mesmo em gestações de risco habitual, a assistência geralmente é composta por intervenções rotineiras, não justificadas por razões clínicas ou obstétricas, contrariamente às recomendações científicas e da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁻³⁾.

Este modelo tem sido questionado no país desde a década de 1990, em razão do excesso de cesarianas e da estagnação das taxas de mortalidade materna e perinatal⁽⁴⁾. Desde então, políticas públicas vêm sendo formuladas, visando a melhorias na assistência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estas, destacam-se a proposição dos Centros de Parto Normal (CPN), em 1999, e da política Rede Cegonha, em 2011 (recentemente atualizada pela Rede Alyne), que incluiu um conjunto de mudanças para promover uma assistência de qualidade, com oferta de locais mais adequados para dar à luz, de acordo com a escolha da gestante, e tendo obstetrias e enfermeiras obstétricas como responsáveis pelo cuidado⁽⁵⁾.

Em estudos de caráter descritivo e observacional realizados em CPN peri-hospitalares (CPNp) brasileiros, também denominados Casa de Parto, os resultados apontam para o uso das boas práticas, como o cumprimento do direito ao acompanhante durante toda a internação, admissão em fase ativa de trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, adoção livre de posição para o parto e uso criterioso de práticas como amniotomia, administração de ocitocina e episiotomia⁽⁶⁻⁸⁾.

Além disso, os CPNp promovem a autonomia e a satisfação de quem recebe o cuidado^(7,9). Diante dos bons desfechos, mesmo quando há transferências maternas ou neonatais para centros obstétricos, a procura pelo parto em ambientes extra-hospitalares vem crescendo internacionalmente⁽¹⁰⁾.

Os bons resultados do atendimento prestado em CPNp dependem de critérios de elegibilidade e triagem adequados de gestantes de risco habitual⁽¹¹⁻¹²⁾. Os estudos trazem resultados favoráveis independentemente da paridade, embora as primíparas tenham maiores taxas de transferência e de cesariana, hemorragia pós-parto ou necessidade de transfusão e infecção amniótica suspeita ou confirmada. Da mesma forma, seus bebês têm maior chance de Apgar < 7 no 5.º minuto, admissão em unidade de terapia intensiva neonatal, sepse e óbito neonatal^(11,13-15).

Reconhecendo os bons desfechos maternos e neonatais, o Ministério da Saúde brasileiro lançou, em

2016, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que recomendam que as gestantes recebam informações baseadas em evidências científicas e em formato acessível, sobre os riscos e benefícios associados aos locais de parto⁽¹⁶⁾. A partir de então, esperava-se ainda mais incentivo ao modelo com a criação de novos CPNp e aumento do número de partos nestes locais, dado que há fortes evidências de que esses serviços são seguros, têm melhores resultados maternos e perinatais, reduzem as taxas de cesariana, melhoram a satisfação com o parto e são economicamente mais sustentáveis, quando comparados ao atendimento às gestações e partos de baixo risco em centros obstétricos^(6,8-9).

Vale destacar que as referidas Diretrizes Nacionais foram majoritariamente elaboradas com base em estudos e diretrizes internacionais, dialogando com a literatura brasileira^(2,17). Nesse sentido, percebe-se escassez de estudos sobre configuração, funcionamento, atendimento e desfechos nos CPNp no Brasil.

Com o intuito de contribuir e avançar no conhecimento sobre o modelo de cuidado e divulgar resultados maternos e neonatais da assistência prestada, os objetivos deste estudo são: 1) comparar os desfechos assistenciais maternos e neonatais com a paridade das mulheres que foram internadas em trabalho de parto; 2) descrever dados de morbimortalidade neonatal em um CPNp brasileiro.

Método

Tipo de estudo

Estudo observacional transversal analítico, com relato orientado pelo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos transversais.

Local

O estudo foi realizado no CPNp Casa Angela - Centro de Parto Humanizado, localizado na zona sul da cidade de São Paulo, SP, Brasil. Informações detalhadas sobre o local do estudo podem ser obtidas no *site* da instituição (<https://www.casaangela.org.br/a-casa-angela.html>).

A Casa Angela é gerida pela organização não governamental Associação Comunitária Monte Azul. Foi fundada em dezembro de 2009 e funcionou parcialmente até 2011, com atendimentos de pré-natal, puericultura e promoção de oficinas para adolescentes. Em 2012, o atendimento foi implementado de modo ininterrupto, em um modelo de subsídio cruzado e negócio social, em que mulheres moradoras da região que não podiam

pagar para terem atendimento eram financiadas pelo valor cobrado daquelas que podiam pagar pelo serviço, e também por doações e financiamentos de projetos desenvolvidos pela Casa. Esse modelo funcionou até o final de 2015, quando foi estabelecida uma parceria

com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, para financiar o atendimento prestado. A partir de 2020, os atendimentos passaram a ser totalmente financiados pelo SUS, sem qualquer pagamento pelas usuárias (Figura 1).

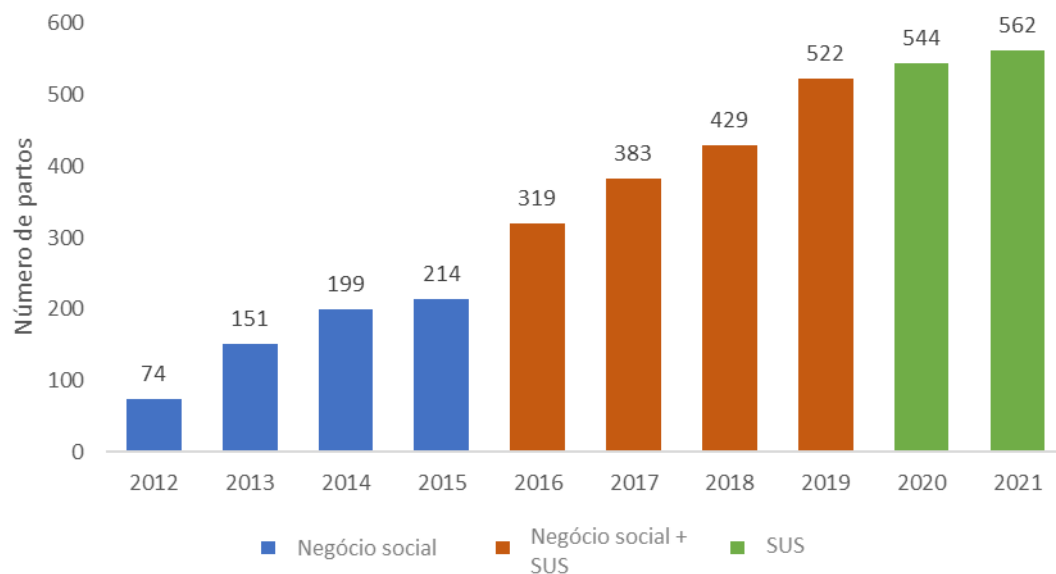


Figura 1 - Distribuição do número de atendimentos por ano de ocorrência e tipo de financiamento (N = 3.397). São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

As pessoas atendidas na Casa Angela são referenciadas pela unidade básica de saúde (UBS) ou chegam por demanda espontânea. As gestantes passam por uma triagem de risco e, se atenderem aos critérios de elegibilidade, iniciam o pré-natal na Casa a partir de 28 semanas de gestação. O atendimento é exclusivo para pessoas saudáveis que se enquadrem nos critérios constantes no Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo, documento adotado como protocolo institucional⁽¹²⁾. A equipe clínica é composta por 20 obstetristas e enfermeiras obstétricas e nove técnicas de enfermagem.

A admissão para o parto é feita após triagem de risco e reavaliação de elegibilidade. O atendimento ao parto é realizado no quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde a parturiente/puérpera, o bebê e seus acompanhantes permanecem desde o trabalho de parto até 2 horas após o parto. No pós-parto, a família é encaminhada a um quarto privativo de alojamento conjunto (AC) e a alta ocorre em torno de 24 horas pós-parto. São marcadas duas consultas de puerpério com a obstetrista ou enfermeira obstétrica.

Métodos não farmacológicos e práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são amplamente adotados. Igualmente, o modelo assistencial garante a

presença contínua de até dois acompanhantes, todos os bebês são colocados em contato pele a pele e estimulados à amamentação na primeira hora de vida, a não ser que cuidado emergencial seja necessário. Embora disponíveis, dados sobre estas práticas não foram incluídos neste estudo, pois foram reportados em estudos anteriores realizados no mesmo local⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A Casa Angela possui ambulância própria para uso imediato em casos de transferências intraparto, pós-parto ou neonatais para o hospital de referência (Hospital Municipal do Campo Limpo Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha), localizado a 3 quilômetros, com trajeto aproximado de 10 minutos.

Período

O período do estudo foi de 2012 a 2021 e incluiu todos os atendimentos de internação de gestantes, partos e transferências maternas e neonatais.

População e critérios de seleção

Foram incluídas todas as gestantes admitidas para o parto no CPNp no período estudado (n=3.431). Foram excluídas as gestantes cujos prontuários não

foram localizados (n=5) e as que pariram durante o trajeto para a Casa, chegando ao serviço para atendimento pós-parto (n=29). A população final foi de 3.397 mulheres.

Variáveis

A variável de exposição foi a paridade (primíparas, gestantes que, quando admitidas para parto, não haviam parido nenhuma vez, ou múltiparas, que já haviam dado à luz a um ou mais bebês anteriormente).

As variáveis de desfecho foram: uso de ocitocina durante o trabalho de parto ou parto (sim ou não); realização de amniotomia (sim ou não); tipo de parto (vaginal não instrumental, fórceps, cesariana); condição perineal (íntegro ou laceração perineal de 1.º grau, 2.º grau, 3.º grau, 4.º grau ou episiotomia); hemorragia pós-parto (HPP) (sim ou não); transferência materna para o hospital (sim ou não, intraparto ou pós-parto); transferência neonatal (sim ou não); internação neonatal em unidade de cuidados intensivos (UTINeo) (sim ou não) ou intermediários (UCINeo) (sim ou não).

As demais variáveis foram: idade (anos); cor da pele (branca, parda, negra ou amarela); escolaridade (1.º grau incompleto, 1.º grau completo, 2.º grau completo ou superior completo); situação conjugal (vive ou não vive com o/a parceiro/a); renda mensal (≤ 1 , $>1\leq 3$, $>3\leq 6$ ou >6); tipo de financiamento (negócio social ou SUS); posição no parto (semisentada, quatro apoios, sentada, cócoras, lateral, em pé ou outra); local do parto (cama, banheiro, chão, banqueta, chuveiro ou outro); Apgar no 1.º e 5.º minutos (0 a 10); morbimortalidade neonatal relacionada ao parto (descrição da indicação da internação em UTINeo e UCINeo).

Fontes de informação e instrumento utilizado

As fontes de dados foram os prontuários e os livros de registro de internação, parto e transferência do CPNp, que contêm dados de todos os atendimentos realizados no período do estudo. Para coletar os dados, as autoras elaboraram um instrumento físico com variáveis demográficas e de atendimento clínico, obstétrico e neonatal, que foi preenchido para cada gestante incluída.

Coleta de dados

A coleta foi realizada por três obstetras e uma enfermeira obstétrica treinadas, entre junho 2018 e março 2020. Diante da pandemia COVID-19, a coleta foi interrompida entre 2020 e 2021, retomada em fevereiro de 2022 e concluída em novembro de 2022.

Tratamento e análise dos dados

Os dados coletados nos instrumentos foram inseridos em planilha do aplicativo *Microsoft Excel* e, posteriormente, transferidos para o programa de análise estatística R v4.3.2 para serem analisados.

As variáveis categóricas foram descritas utilizando-se frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas, com média e desvio-padrão.

Para análise da associação entre a exposição e as variáveis categóricas de desfechos, foi utilizado o teste qui-quadrado e, quando necessário, o qui-quadrado com simulação de Monte Carlo. Para cálculo do *odds ratio* (OR), foram utilizadas as regressões logísticas binária e multinomial. O nível de confiança foi de 95%.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) - parecer n.º 2.026.648 de 2017 - e autorizada pela Comissão Científica da Casa Angela, obtendo dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido, pois os dados foram coletados dos prontuários, livros de internação, parto e transferência da instituição.

Resultados

As 3.397 gestantes que foram atendidas na Casa Angela de 2012 a 2021 eram primíparas em sua maioria (72,2%), tinham em média 27,6 (d.p.=5,4) anos de idade, de cor de pele branca (56,9%), com ensino superior completo (47,2%), em união estável (65,9%) e com renda média mensal entre 1 e 3 salários-mínimos (49,8%). Os partos ocorreram, principalmente, na posição semisentada (30,9%), na cama (38,2%) e no banheiro (24,7%). O n < 3.397 participantes para as variáveis cor da pele, escolaridade, situação conjugal e renda familiar deve-se à ausência da informação nas fontes de dados do estudo, com perda variando de 17,5% (escolaridade) a 23,5% (renda familiar) (Tabela 1).

Dado que as características das mulheres apresentadas na Tabela 1 não foram consideradas exposição, a análise destas variáveis não foi estratificada por paridade.

Quanto ao recém-nascido (RN), a média do Apgar no 1.º minuto foi de 8,9 (d.p.=1,2; mínimo=0; máximo=10) e no 5.º minuto, 9,7 (d.p.=0,8; mínimo=0; máximo=10), indicando boa vitalidade ao nascer; 95,3% (n=3.236) e 99,4% (n=3.375) apresentaram Apgar ≥ 7 no 1.º e 5.º minutos, respectivamente (dados não mostrados em tabela).

Tabela 1 - Características das mulheres admitidas na Casa Angela. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Característica	Média (d.p.) – Mínimo-Máximo
Idade (anos) (N=3.397)	27,6 (5,4) – 14-46
	N (%)
Paridade	3.397 (100)
Primípara	2.451 (72,2)
Múltípara	946 (27,8)
Cor da pele	2.796 (100)
Branca	1.591 (56,9)
Parda	785 (28,1)
Preta	310 (11,1)
Amarela	85 (3,0)
Indígena	25 (0,9)
Escolaridade	2.854 (100)
Ensino superior completo	1.346 (47,2)
Ensino médio completo	1.285 (45,0)
Ensino fundamental completo	162 (5,7)
Ensino fundamental incompleto	61 (2,1)
Situação conjugal	2.830 (100)
Com união estável	1.865 (65,9)
Sem união estável	965 (34,1)
Renda familiar (salários-mínimos)*	2.610 (100)
≤ 1	268 (10,3)
1 – 3	1.302 (49,8)
3 – 6	688 (26,4)
> 6	352 (13,5)
Posição no parto†	2.746 (100)
Semissentada	851 (30,9)
Quatro apoios	488 (17,8)
Sentada	469 (17,1)
Cócoras	437 (15,9)
Lateral	298 (10,9)
Em pé	110 (4,0)
Outra‡	93 (3,4)
Local do parto†‡	2.746 (100)
Cama	1.048 (38,2)
Banheira	679 (24,7)
Chão	448 (16,3)
Banqueta	428 (15,6)
Chuveiro	107 (3,9)
Outro§	8 (0,3)
Fora do quarto PPP	28 (1,0)

*Corresponde ao salário-mínimo do ano em que a mulher foi atendida na Casa Angela, de 2012 a 2021, com variação de R\$622,00 a R\$1.100,00, no período; †Inclui apenas as mulheres que deram à luz na Casa Angela; ‡Supina, joelhos, “pastor” (um joelho elevado e o outro apoiado); §Cadeira, poltrona, cavaleiro; ||Pré-parto, parto e pós-parto

Os resultados da assistência e os desfechos maternos analisados segundo a paridade são apresentados na Tabela

2. A taxa total de transferência materna (intraparto e pós-parto) foi de 21,8% (n=738).

Tabela 2 - Assistência e desfechos maternos segundo a paridade das mulheres admitidas na Casa Angela. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Variável	Primípara	Multipara	Total	valor-p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ocitocina	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Sim	156 (6,4)	18 (1,9)	174 (5,1)	
Não	2.295 (93,6)	928 (98,1)	3.223 (94,9)	
Amniotomia	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Sim	339 (13,8)	86 (9,1)	425 (12,5)	
Não	2.112 (86,2)	860 (90,9)	2.972 (87,5)	
Tipo de parto	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	<0,001*
Vaginal não instrumental	2.147 (87,6)	935 (98,8)	3.082 (90,8)	
Cesariana	270 (11,0)	10 (1,1)	280 (8,2)	
Fórcipe	34 (1,4)	1 (0,1)	35 (1,0)	<0,001*
Condição perineal†	2.085 (100)	915 (100)	3.000 (100)	
Períneo íntegro	226 (10,8)	242 (26,4)	468 (15,6)	
Laceração 1.º grau§	1.177 (56,6)	545 (59,6)	1.722 (57,4)	0,023*
Laceração 2.º grau	591 (28,3)	125 (13,7)	716 (23,9)	
Laceração 3.º grau	13 (0,6)	1 (0,1)	14 (0,5)	
Laceração 4.º grau	-	1 (0,1)	1 (0,0)	0,092*
Episiotomia	78 (3,7)	1 (0,1)	79 (2,6)	
Hemorragia pós-parto¶	1.853 (100)	893 (100)	2.746 (100)	
Sim	184 (9,9)	65 (7,3)	249 (9,1)	<0,001*
Não	1.669 (90,1)	828 (92,7)	2.497 (90,9)	
Transferência	2.451 (100)	946 (100)	3.397 (100)	
Intraparto	598 (24,4)	53 (5,6)	651 (19,2)	0,092*
Pós-parto	66 (2,7)	21 (2,2)	87 (2,6)	

*Teste qui-quadrado; †Inclui dados parciais dos partos hospitalares; ‡Simulação de Monte Carlo; §Inclui lacerações vulvares; ||Partos no hospital; ¶Inclui dados apenas das mulheres que deram à luz na Casa Angela

Em relação às mulheres que tiveram HPP, 58 (23,3%) foram transferidas para o hospital por alterações nos sinais vitais ou anemia grave (dosagem de hemoglobina abaixo de 7,0 g/dL). Todas as mulheres que tiveram laceração cervical (n=6; 0,2%) e 8 das 14 mulheres que tiveram laceração perineal de 3.º grau na Casa Angela foram transferidas para o hospital no pós-parto para receberem cuidado médico especializado (dados não mostrados em tabela).

A taxa de transferência neonatal foi de 3,3% (n=113), sendo 3,3% (n=81) de RN de primíparas e 3,4% (n=32) de RN de multiparas (p=0,910, teste qui-quadrado) (dados não mostrados em tabela).

Dentre os RN transferidos para o hospital, 88 (77,9%) foram internados no AC para fototerapia, avaliação médica ou realização de exames, tendo alta do

hospital ou retornando à Casa Angela após o atendimento (dados não mostrados em tabela).

Do total de 3.397 mulheres, 84 (2,5% ou 25/1.000) tiveram o RN internado na UTINeo ou na UCINeo, com diferença estatisticamente significativa em relação à paridade, conforme mostra a Tabela 3. Na mesma tabela estão descritas as indicações para a internação na UTINeo ou UCINeo. As indicações para realização de exames complementares e rotina hospitalar agrupam RN com suspeita de malformação ou patologia a ser esclarecida; em geral, são procedimentos que seguem o protocolo específico do serviço de neonatologia indicado para cada caso.

Além das morbidades descritas na Tabela 3, também ocorreram 11 (0,40%) casos de fratura de clavícula e 2 (0,07%) de lesão de plexo braquial. Houve 2 (0,07%) natimortos e 2 (0,06%) óbitos neonatais precoces.

Tabela 3 – Internação do recém-nascido em UTINeo* e UCINeo[†] e indicações (N = 3.397). São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Variável	Primípara	Multípara	Total	valor-p
	N=78 (%)	N=6 (%)	N=84 (%)	
Sem internação na UTI/UCI	2.373 (69,85) [‡]	940 (27,67) [‡]	3.313 (97,5)	<0,001 [§]
Internação na UTINeo*	53 (1,56) [‡]	5 (0,15) [‡]	58 (1,7)	
Internação na UCINeo [†]	25 (0,74) [‡]	1 (0,03) [‡]	26 (0,8)	
Indicação da Internação na UTINeo/UCINeo			N=84 (100%)	
Desconforto respiratório			24 (28,6)	
Infecção ou risco infeccioso/antibioticoterapia			18 (21,4)	
Asfixia/hipoxia perinatal			10 (11,9)	
Apgar baixo			9 (10,7)	
Realização de exames complementares			9 (10,7)	
Síndrome de aspiração de mecônio			8 (9,5)	
Icterícia			4 (4,8)	
Convulsão por encefalopatia			1 (1,2)	
Rotina hospitalar			1 (1,2)	

*Unidade de terapia intensiva neonatal; [†]Unidade de cuidados intermediários neonatal; [‡]Devido ao % reduzido, os valores são apresentados com duas casas decimais; [§]Teste qui-quadrado

Os desfechos maternos que mostraram diferença estatisticamente significativa foram analisados por modelos de regressão, com cálculo do OR e IC 95% (Tabela 4).

Entre as primíparas, a chance de receber ocitocina e amniotomia é 3,5 e 1,6 vezes maior que as múltiparas, respectivamente. A chance de ter laceração de 2.º grau, ter HPP e de ser transferida intraparto é também maior entre as primíparas (2,6, 40,4 e 5,5 vezes,

respectivamente). Para a cesariana, fórcepe e episiotomia, a chance foi igualmente maior entre as primíparas (11,8, 14,8 e 43,7, respectivamente), apesar de IC 95% amplo (Tabela 4).

Quanto à internação do RN em UTINeo ou UCINeo, os resultados mostraram que a chance de ter o bebê internado nessas unidades neonatais foi 5,2 vezes maior entre as primíparas (Tabela 4).

Tabela 4 - Odds ratio (OR) e intervalo de confiança 95% (IC 5%) dos desfechos maternos e internação neonatal segundo a paridade das mulheres admitidas para parto na Casa Angela. São Paulo, SP, Brasil, 2012-2021

Desfecho (n=3.397)	OR (IC 95%)	valor-p
Ocitocina	3,5 (2,2-5,9)	<0,001*
Amniotomia	1,6 (1,3-2,1)	<0,001*
Cesariana	11,8 (6,2-22,2)	<0,001 [†]
Fórcepe	14,8 (2,0-108,3)	0,008 [†]
Laceração perineal de 2º grau	2,6 (2,1-3,8) [‡]	<0,001 [†]
Episiotomia	43,7 (6,1-314,2) [‡]	<0,001 [†]
Hemorragia pós-parto	40,4 (1,1-1,9)	0,024*
Transferência intraparto	5,5 (4,1-7,4)	<0,001 [†]
Internação do recém-nascido em UTINeo/UCINeo [§]	5,2 (2,4-13,3)	<0,001*

*Regressão logística binária; [†]Regressão logística multinomial; [‡]Calculado contra períneo íntegro e laceração perineal de 1.º grau juntos; [§]Unidade de terapia intensiva neonatal/Unidade de cuidados intermediários neonatal

Discussão

Este estudo apresenta os resultados do processo assistencial ao parto no modelo de CPNp com base na

caracterização da Casa Angela, da população atendida, do cuidado prestado e dos desfechos maternos e neonatais ao longo de 10 anos de seu funcionamento. Dada a escassez e subutilização dos CPNp no Brasil, estes resultados

buscam contribuir para a difusão do modelo, expansão, incentivo e criação de novos CPNp.

Dados disponíveis sobre a caracterização de mulheres atendidas diferem tanto em artigos publicados nacionalmente quanto internacionalmente, o que dificulta a comparação dos resultados. Em relação à cor da pele, diferentemente dos achados deste estudo, em Casas de Parto em Minas Gerais e no Rio de Janeiro, a maior parte das mulheres se declarou preta ou parda^(6,8); porém, em estudos no Reino Unido e Estados Unidos, a etnia branca (*white British*, *white European* ou *any other white ethnicity*) foi declarada por mais de 88% das mulheres^(14,20-21).

O perfil das usuárias da Casa Angela em relação à cor de pele, situação conjugal e escolaridade sugere acesso limitado das pessoas em situação de vulnerabilidade, indicando a necessidade de promover políticas e ações locais para ampliar a divulgação do serviço.

Quanto à paridade das mulheres, os dados corroboram com estudo recente realizado no Rio de Janeiro⁽⁶⁾ e na Austrália⁽²²⁾, com maior prevalência de primíparas, porém divergem de estudos no Reino Unido^(14,23). Os resultados da pesquisa "*Birthplace*", que analisou desfechos maternos e neonatais de mulheres com gravidez de baixo risco, reportaram que as primíparas eram minoria nos CPNp no Reino Unido e que 36% das primíparas que escolheram dar à luz em Casas de Parto foram transferidas para o hospital durante o trabalho de parto⁽¹⁵⁾. Este achado pode desencorajar primíparas a escolherem esse modelo como primeira opção para dar à luz, pois cerca de 1/3 delas acabam parindo no hospital, dado que diverge deste estudo.

Na Casa Angela, as posições no parto foram diversas, com predomínio das verticalizadas. Isso corrobora a prática assistencial no modelo dos CPN brasileiros, que incentiva e apoia as escolhas da mulher. No período expulsivo, posições supinas (dorsal, ginecológica e litotômica) devem ser evitadas, pois estão associadas a maior ocorrência de anormalidades nos batimentos cardíacos fetais e da prática de episiotomia, além de dificultar o parto vaginal espontâneo⁽²⁴⁾. Os estudos recentes em CPNp não reportam a posição do parto escolhida pelas mulheres, talvez por indisponibilidade da informação nos prontuários ou pela não associação das posições com desfechos de morbimortalidade, que comumente são o foco dos estudos.

Da mesma forma, os CPN incentivam o parto em locais diferentes da cama, que frequentemente é reportado como o principal local para dar à luz. O segundo local onde as mulheres mais deram à luz na Casa Angela foi na banheira. O parto na água reduz o uso de analgésicos e anestésicos pelo efeito relaxante, o que

causa alívio da dor durante a contração. Também diminui a prática da episiotomia por proporcionar o *hands off* (parto que acontece sem que o profissional toque na região perineal da mulher), reduz a chance de HPP, aumenta a chance de períneo íntegro e a satisfação da mulher com o atendimento ao parto. Além disso, ter o parto na água não altera nenhum resultado clínico do RN⁽²⁵⁾.

Intercorrências como lacerações cervicais ou perineais graves são raras em Casas de Parto. Vale ressaltar que, no período estudado, nenhuma episiotomia foi realizada na Casa Angela, mas taxas entre 1,0% e 8,3% foram reportadas em outros CPNp^(6,22-23). A prática de não-episiotomia está embasada em estudos científicos sobre protocolos de não-episiotomia, já que tal intervenção não previne lacerações graves⁽²⁶⁾.

Vale considerar que práticas menos intervencionistas têm influência sobre traumas perineais. Assim, as taxas de episiotomia são menores e há maior integridade perineal em partos que ocorrem em CPN⁽¹⁹⁾. A classificação do grau de laceração pode divergir, mas mediante treinamento da equipe, pode ser aperfeiçoada⁽²⁷⁾. Na Casa Angela, escoriações perineais, vulvares e lacerações em lábio interno são classificadas como lacerações de 1.º grau.

Em geral, as taxas de lacerações de 3º e 4º graus são baixas, mas os dados deste estudo diferem dos encontrados em revisão sistemática de países de alta renda, onde a taxa foi de 2,7%⁽²⁸⁾. A diferença observada precisa ser mais bem explorada, mas pode estar ligada à (in)disponibilidade dos dados perineais das mulheres transferidas intraparto para o hospital ou à subnotificação.

Não foram encontrados estudos que relatam a ocorrência de lacerações cervicais. Na Casa Angela, lacerações cervicais e perineais graves são motivo de transferência pós-parto.

Em relação à HPP, apesar de ter ocorrido em 9,1% dos partos neste estudo, somente 2,1% das mulheres precisaram ser transferidas para o hospital por este motivo. Estudos internacionais reportam dados semelhantes: na Austrália, 3,4% das mulheres que tiveram HPP foram transfundidas no pós-parto⁽²²⁾; a perda sanguínea superior a 1.000 ml gira em torno de 1,2% dos partos em CPNp localizados em países de alta renda⁽²⁸⁾.

Como as medicações para prevenção e controle da HPP fazem parte dos protocolos assistenciais^(12,16), quando não há alteração de sinais vitais ou diagnóstico de anemia pós-hemorragia, os casos podem ser tratados e permanecer aos cuidados dos profissionais da Casa de Parto, sem necessidade de transferência para o hospital.

Estudo sobre fatores de risco para a internação hospitalar por HPP, definida como perda sanguínea > 1000 ml, classificou como médio o risco para HPP de quem tem cicatriz uterina ou mais de três partos vaginais

anteriores⁽²⁹⁾. Não foram encontrados estudos que relacionem a paridade como fator independente para HPP, especialmente em CPNp. No entanto, o presente estudo encontrou que ser primípara aumenta a chance de HPP. Este achado pode estar ligado ao fato de que os fatores de risco anteparto para a HPP tornam a gestante inelegível para parto na Casa de Parto. Deste modo, em CPNp prevalecem os fatores de risco intraparto para a ocorrência de HPP, como trabalho de parto prolongado, trauma perineal de 3.º e 4.º graus e parada de progressão, que são mais comuns em primíparas do que em múltiparas⁽³⁰⁾.

Em relação ao tipo de parto, sabe-se que altas taxas de cesariana não são benéficas e elevam a morbimortalidade materna, especialmente em países de média e baixa renda⁽³¹⁾. Segundo a OMS, taxas entre 10 a 15% seriam ideais para que os resultados da cirurgia sejam benéficos e gerem experiência positiva⁽³²⁾. Nesse sentido, a taxa de cesariana de 58% no Brasil⁽¹⁾ deve ser analisada criticamente, pois está muito além da recomendada.

Os CPN foram implementados no SUS para, além de promover a redução das taxas de cesariana, qualificar a assistência obstétrica e proporcionar uma assistência humanizada, que respeita a autonomia da mulher e o processo fisiológico do parto⁽⁵⁾. A seleção adequada das gestações de risco habitual, profissionais treinados e capacitados, e o ambiente do CPNp (estrutura que favorece o parto fisiológico, diferente da hospitalar), pode resultar em partos com menos intervenções, sem comprometer os desfechos maternos e neonatais⁽³³⁾.

No presente estudo, a taxa de parto normal foi de 90,8%. Revisão sistemática em países de alta renda reporta taxa de parto normal de 83% dos atendimentos iniciados em CPN em comparação a 61,7% dos iniciados no hospital⁽²⁸⁾. Estudo australiano reportou que ser atendida em trabalho de parto em CPN aumenta em três vezes a chance de ter um parto normal⁽²²⁾. Da mesma forma, uma revisão integrativa, que analisou 56 estudos, mostrou que os partos que ocorreram em CPNp apresentam um número significativamente menor de intervenções⁽⁷⁾. Portanto, a escolha pelo local de parir impacta diretamente no tipo do parto; ou seja, planejar o parto fora do ambiente hospitalar aumenta a chance de parto normal e diminui a cesariana e o parto instrumental^(22,28).

As Diretrizes de Assistência ao Parto Normal no Brasil e o *Intrapartum Care Guideline*, do Reino Unido, orientam o uso criterioso da ocitocina e amniotomia⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. O uso da ocitocina neste estudo foi ainda menor do que em outros CPNp brasileiros, onde a administração de ocitocina ocorreu em 27,5-30,7% dos casos^(6,8). Porém, a prática da amniotomia foi maior do que a de CPNp do Rio de Janeiro (1,2%)⁽⁶⁾. Não foi possível comparar estes dados com estudos conduzidos em países de alta renda, pois a

ocitocina não está disponível para uso durante trabalho de parto nos CPNp, apenas para prevenção e manejo da HPP. Ao se identificar a necessidade de condução do trabalho de parto, a mulher é transferida para o hospital⁽¹⁷⁾.

A taxa de transferência intraparto varia muito nos estudos nacionais e internacionais (3,6%-37,4%)^(8,15,34-36), com maiores taxas em primíparas (22,5%-34,1%) que em múltiparas (2,9%-12,2%)^(22,34). Essa grande variação precisa ser mais bem explorada, mas pode estar associada às individualidades de cada instituição, como localização, proximidade e acordos com o hospital de referência, profissionais de atenção ao parto, protocolos de assistência e transferência, disponibilidade de recursos humanos e materiais, entre outros.

Em relação às transferências pós-parto e neonatais, observa-se menor discrepância entre os estudos. A transferência pós-parto gira em torno de 1,0% e as neonatais, entre 6,1% e 6,9%^(6,35).

Os bons resultados do atendimento às mulheres admitidas para parto na Casa Angela independem da paridade, ou seja, as intervenções e desfechos maternos e neonatais indicam o atendimento às recomendações para o sucesso do modelo^(5,12,16,28). Esta conclusão é sustentada por estudos de abrangência nacional e internacional comparativos entre mulheres de risco habitual que planejaram o parto em Casas de Parto versus as que planejaram o parto hospitalar^(8,15,21-22).

Em relação ao RN, destacam-se excelentes índices de Apgar, corroborando aqueles encontrados em diferentes Casas de Parto brasileiras, onde 95,2%-99,6% dos bebês receberam Apgar ≥ 7 no 1º e 98,9%-99,9% no 5º minuto^(6,8). Estudo norte-americano recente também encontrou 97,9% dos bebês com Apgar ≥ 7 no 5º minuto de vida⁽²⁰⁾. Em CPNp, os fatores associados ao Apgar < 7 no 5º minuto incluem as intercorrências de distócia de ombro, prolapso de cordão, sangramento intraparto e estado fetal não tranquilizador⁽⁸⁾ e, em estudos comparativos, os índices de Apgar se assemelham aos encontrados em bebês de baixo risco nascidos no hospital^(6,20).

No que diz respeito à transferência neonatal, no CPNp os recursos são restritos ao atendimento de baixo risco; sendo assim, em casos em que há necessidade de avaliação médica, exames complementares ou tratamentos específicos, como a fototerapia, o RN precisa ser transferido para o hospital. Tais motivos não estão diretamente relacionados à assistência ao parto. Como resultado, neste estudo, a grande maioria dos RN (77,9%) foi transferida por motivos não relacionados ao parto e internada em AC, sem apresentar repercussões clínicas graves ou necessidade de internação em UTINeo ou UCINeo.

Em relação às internações em UTINeo ou UCINeo, resultados semelhantes foram encontrados em estudos

internacionais (1,2%-2,6%), alguns sem especificação de cuidado intensivo ou intermediário⁽²⁸⁾. No presente estudo, os principais motivos de internação nessas unidades assistenciais foram desconforto respiratório, infecção ou risco infeccioso, Apgar baixo, asfixia ou hipóxia perinatal, icterícia e síndrome de aspiração de mecônio.

Apesar de observarmos que a chance de o RN ser internado em UTINeo ou UCINeo foi 5,2 vezes maior entre nulíparas, estudo sobre CPN intra e perihospitalares no Reino Unido não encontrou diferença em relação à paridade⁽³⁷⁾.

A morbidade neonatal é uma das principais preocupações na assistência ao parto em CPNp e sinaliza a importância da qualificação das obstetras e enfermeiras obstétricas para a avaliação e cuidados imediatos ao RN.

Igualmente acontece com o óbito neonatal. Este estudo encontrou taxa de 0,06%, enquanto a revisão sistemática de países de alta renda encontrou 0,02%⁽²⁸⁾ e estudo norte-americano 0,03%⁽²⁰⁾. Porém, estudo em CPNp australiano reportou taxa de 0,3%⁽³⁶⁾, cinco vezes maior que o presente estudo.

Vale ressaltar que, apesar das diferenças encontradas nas taxas de morbimortalidade entre os estudos em CPNp, estas não são diferentes das encontradas em bebês de mulheres de risco habitual que têm parto em ambiente hospitalar⁽¹³⁾.

Apenas dois casos de natimorto (0,06%) ocorreram na Casa Angela durante o período analisado por este estudo, três vezes maior que o dado da revisão sistemática de estudos de países de alta renda, que reportou 0,02% de natimortalidade⁽²⁸⁾. No entanto, estudo australiano reportou porcentagem quatro vezes maior, 0,24%⁽²²⁾.

Os dados de mortalidade devem ser analisados com cautela devido à raridade do acontecimento e ao tamanho amostral dos estudos. A taxa de partos ocorridos em CPNp gira em torno de 0,3% no Brasil⁽¹⁾, o que inviabiliza um cálculo amostral tendo a mortalidade neonatal como desfecho primário; assim, quando uma morte acontece em estudo com amostra não calculada para este desfecho, o dado reportado pode estar enviesado.

A maioria dos estudos se atém aos resultados dos nascimentos no CPNp, sem o seguimento das mulheres e bebês após as transferências para o hospital. Isto prejudica a qualidade dos dados e pode estar relacionado às tensões e desafios, ainda existentes, na relação entre as Casas de Parto e os hospitais de referência.

A paridade, como preditora das intervenções (ocitocina e amniotomia) e desfechos indesejados (cesariana, fórceps, laceração de 2º grau, episiotomia, HPP, transferência intraparto e internação do RN em UTINeo e UCINeo), aponta que a primiparidade aumenta a chance de sua ocorrência, com exceção da transferência

pós-parto. Mesmo as primíparas tendo piores desfechos que as múltiparas neste CPNp, estes não são piores do que os desfechos que teriam se optassem por parirem no hospital^(6,8,21-22). A relevância deste achado alerta para o cuidado atento às primíparas em relação às múltiparas, mas também reforça a qualidade e segurança do atendimento prestado.

Condições importantes para que a assistência ao parto ocorra com menos intervenções e uso adequado de tecnologias são o modelo de atendimento, cultura local, recursos físicos e materiais, organização do trabalho, recursos humanos, liderança e facilidade de mudança e adaptação⁽³⁸⁻³⁹⁾. Apesar de que, desde o lançamento das Diretrizes de Assistência ao Parto Normal, recomendando que profissionais de saúde informem que os CPNp são opção segura para mulheres de baixo risco, o potencial desses estabelecimentos ainda não é utilizado, seja pela subutilização das Casas de Parto existentes, pelo quase inexistente incentivo à criação de novos CPNp, ou pelo não reconhecimento da autonomia das obstetras e enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. Vale ressaltar que outros países também encontram as mesmas barreiras e dificuldades para a expansão deste modelo de atendimento⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Este estudo está alinhado com as prioridades em pesquisa para a enfermagem propostas pela Associação Brasileira de Enfermagem, que recomenda a análise de indicadores de atenção nos CPN⁽⁴²⁾.

No entanto, diante dos bons resultados encontrados neste estudo, devem ser incentivadas mais pesquisas em CPNp. Este local de parto, juntamente com a liderança do cuidado por obstetras e enfermeiras obstetras, é potencializador do combate ao modelo biomédico e intervencionista vigente no país.

Destaca-se que, desde sua concepção e criação, estes locais e os profissionais têm como objetivo oferecer e promover um modelo de cuidado biopsicossocial, fisiológico e respeitoso.

Recomendamos que futuros estudos englobem os desfechos das transferências intraparto, pós-parto e neonatais, ressaltando que o modelo de assistência no CPNp é vinculado ao hospital de referência. Não reportar esses resultados desconsidera a existência desta parceria, que torna possível e viável a existência dos CPNp⁽³⁹⁾.

Para o avanço científico, recomendamos também o desenvolvimento de estudos prospectivos, mesmo conhecendo as dificuldades e o tempo necessário para seu desenvolvimento devido ao baixo número de atendimentos nestes locais. Entendemos que assim colaboramos para o conhecimento e divulgação dos indicadores e a promoção de CPNp como local de parto seguro para o cuidado de mulheres com gestação de risco habitual.

As limitações do estudo estão relacionadas principalmente ao desenho transversal, com fontes de dados secundárias (prontuários e livros de registro) e potenciais vieses de informação e de confundimento. Alguns dados referentes às variáveis de caracterização das gestantes, além de local e posição para o parto, sofreram grandes modificações ao longo dos anos. Por esse motivo, não foi possível coletar informações sobre cor da pele, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, posição no parto e local do parto de toda a população do estudo, somente das que estavam disponíveis nas fontes de dados.

Conclusão

Em relação às múltiparas, as primíparas têm maior chance de transferência intraparto, uso de ocitocina, amniotomia, laceração perineal de 2.º grau, episiotomia, HPP, fórceps, cesariana e internação do RN em UTINeo ou UCINeo.

Porém, mesmo entre as primíparas, a prática assistencial no CPNp mostra o uso restrito de intervenções – ocitocina, amniotomia, episiotomia –, a prevalência de integridade perineal ou trauma perineal leve (lacerações de 1.º grau) e a opção das mulheres por posições verticalizadas e pelo parto fora da cama. Destaca-se que as baixas taxas de cesariana e fórceps e de morbimortalidade materna e neonatal são compatíveis com o perfil das mulheres de risco habitual atendidas no local.

Por sua vez, a retaguarda hospitalar é fundamental para o atendimento das mulheres e RN, dado que as transferências maternas e neonatais, mesmo com taxas baixas, são um desfecho previsto no modelo de CPNp.

Sendo assim, os resultados apontam para a segurança do parto na Casa Angela e a relevância das Casas de Parto como local para o parto no Brasil no combate às elevadas taxas de cesariana e de intervenções desnecessárias no parto.

Agradecimentos

Agradecemos a Bernardo dos Santos pela colaboração na análise dos dados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília; 2022 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience

- [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 Dec 19]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;sequence=1>.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S17-S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. Motta CT, Moreira MR. Will Brazil comply with the SDG 3.1 of the 2030 Agenda? An analysis of maternal mortality, from 1996 to 2018. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(10):4397-409. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 5.350 de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 5];178(Seção 1):90-4. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
6. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CND, Theme MM Filha, Leal MDC, Gama SGND. Good practices, interventions, and results: a comparative study between a birthing center and hospitals of the Brazilian Unified National Health System in the Southeastern Region, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2023;39(4):e00160822. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822>
7. Bączek G, Tataj-Puzyna U, Sys D, Baranowska B. Freestanding midwife-led units: A narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25:181-8. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_209_19
8. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):297-304. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, Soltani H, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4(4):CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
10. MacDorman MF, Barnard-Mayers R, Declercq E. United States community births increased by 20% from 2019 to 2020. *Birth*. 2022;49:559-68. <https://doi.org/10.1111/birt.12627>
11. Shazly SA, Borah BJ, Ngufor CG, Torbenson VE, Theiler RN, Famuyide AO. Impact of labor characteristics on maternal and neonatal outcomes of labor: A machine-learning model. *PLoS One*. 2022;17(8):e0273178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273178>
12. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico das Casas

- de Parto do Município de São Paulo [Internet]. São Paulo: SMS-SP; 2019 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manual_tecnico_das_casas_de_parto_23_4_2019.pdf
13. Phillippi JC, Danhausen K, Alliman J, Phillippi RD. Neonatal outcomes in the birth center setting: A systematic review. *J Midwifery Womens Health*. 2018;63(1):68-89. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12701>
14. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;(1):14. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1208-1>
15. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: MS; 2017 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
17. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. Londres: NICE; 2023 [cited 2024 Dec 5]. 128 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
18. Leister N, Teixeira TT, Mascarenhas VHA, Gouveia LMR, Caroci-Becker A, Riesco ML. Complementary and integrative health practices in a Brazilian freestanding birth center: A cross-sectional study. *Holist Nurs Pract*. 2025;39(1):40-8. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000535>
19. Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto Contexto Enferm*. 2019;(28):e20180168. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>
20. Grünebaum A, McCullough LB, Bornstein E, Lenchner E, Katz A, Spiryda LB, et al. Neonatal outcomes of births in freestanding birth centers and hospitals in the United States, 2016-2019. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(1):116.e1-116.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.093>
21. Nethery E, Schummers L, Levine A, Caughey AB, Souter V, Gordon W. Birth outcomes for planned home and licensed freestanding birth center births in Washington State. *Obstet Gynecol*. 2021;138(5):693-702. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004578>
22. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: A linked population data study. *BMJ Open*. 2019;9(10):e029192. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029192>
23. Denham S, Humphrey T, Taylor R. Quality of care provided in two Scottish rural community maternity units: A retrospective case review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):198. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1374-9>
24. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
25. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. 2022;12(7):e056517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056517>
26. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14(1):55. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>
27. Macedo MD, Engh ME, Siafarikas F. Detailed classification of second-degree perineal tears in the delivery ward: An inter-rater agreement study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(8):880-8. <https://doi.org/10.1111/aogs.14369>
28. Scarf V, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
29. Martins RIL, Novais JSM, Reis ZSN. Postpartum hemorrhage in electronic health records: risk factors at admission and in-hospital occurrence. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2024;46:e-rbgo14. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024AO14>
30. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica [Internet]. Brasília: OPAS; 2018 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10184):1973-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32386-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32386-9)

32. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Dec 5]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
33. Lang G, Farnell EA IV, Quinlan JD. Out-of-hospital birth. Am Fam Physician [Internet]. 2021;103(11):672-9 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0601/p672.pdf>
34. Scarf VL, Viney R, Yu S, Foureur M, Rossiter C, Dahlen H, et al. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):513. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>
35. Oliveira TCM, Pereira ALF, Penna LHG, Rafael RMR, Pereira AV. Adequacy of prenatal assistance in birth houses and causes associated with hospital transfers. Rev Gaucha Enferm. 2019;40:e20180419. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180419>
36. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997-2009). Midwifery. 2017;48:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>
37. Hollowell J, Li Y, Bunch K, Brocklehurst P. A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: Secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1271-2>
38. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Grigg C, Coleby D, Bishop S, et al. Factors influencing the utilisation of free-standing and alongside midwifery units in England: A qualitative research study. BMJ Open. 2020;10(2):e033895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033895>
39. Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, Rayment J, Newburn M, McCourt C. Midwifery Unit Standards [Internet]. London: City University London; 2018 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNet-Standards-PRINT-opt.pdf>
40. Stoll K, Titoria R, Turner M, Jones A, Butska L. Perinatal outcomes of midwife-led care, stratified by medical risk: a retrospective cohort study from British Columbia (2008-2018). CMAJ. 2023;195(8):e292-e299. 10.1503/cmaj.220453
41. Rayment J, Rance S, McCourt C, Sandall J. Barriers to women's access to alongside midwifery units in England. Midwifery. 2019;77:78-85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.010>
42. Rocha ESC, Barbosa DA, Oliveira SA. Prioridades em pesquisa para enfermagem: Proposta preliminar [Internet]. Brasília: ABEn; 2023 [cited 2023 Dec 5]. 47 p. Available from: <https://doi.org/10.51234/aben.23.NT-01>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Nathalie Leister, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Obtenção de dados:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Análise e interpretação dos dados:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Análise estatística:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Redação do manuscrito:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Maria Luiza Gonzalez Riesco. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Nathalie Leister, Gisele Almeida Lopes, Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi, Thalita Vital Botelho, Maria Luiza Gonzalez Riesco.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 19.12.2023


Aceito: 03.02.2025

Editora Associada:
Andreia Catia Jorge Silva da Costa

Autora correspondente:

Nathalie Leister

E-mail: natyly@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-1505-1906>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.