

Modelo de atenção em centros de parto normal peri-hospitalares brasileiros: uma revisão de escopo

Model of care in freestanding birth centers in Brazil: a scoping review

Modelo de atención en los centros de nacimiento perihospitalarios de Brasil: una revisión de alcance

Cláudia de Azevedo Aguiar (<https://orcid.org/0000-0002-6946-0465>)¹
Gisele Almeida Lopes (<https://orcid.org/0000-0002-7897-3553>)²
Jamilé Claro de Castro Bussadori (<https://orcid.org/0000-0002-3048-5593>)³
Nathalie Leister (<https://orcid.org/0000-0002-1505-1906>)²
Maria Luiza Gonzalez Riesco (<https://orcid.org/0000-0001-9036-5641>)²
Bruna Dias Alonso (<https://orcid.org/0000-0001-8259-4807>)⁴

Resumo Os centros de parto normal peri-hospitalares (CPNp) são regulamentados no Brasil para atenção às mulheres e bebês de risco habitual. Sistematizar a produção científica pode ampliar o conhecimento sobre esses estabelecimentos. Realizou-se uma revisão de escopo a partir da questão: “quais são as características do modelo de atenção dos CPNp brasileiros?” Foram incluídos estudos sem delimitação temporal e em qualquer idioma. As buscas foram feitas em portais, bases de dados, repositórios e sites institucionais. As etapas da revisão foram guiadas pelo JBI Manual for Evidence Synthesis, e seu protocolo registrado na plataforma OSF. Foram selecionados 85 documentos, que abordam dez CPNp. Os estudos descrevem desfechos maternos e neonatais categorizados, entre outros, em: respeito à autonomia e às necessidades maternas; cuidado humanizado e baseado em evidências; confiança e segurança nos profissionais; uso de práticas integrativas e complementares em saúde; experiência materna e desfecho neonatal positivos; cuidado em ambiente acolhedor e confortável. Os resultados reforçam que os CPNp produzem um cuidado pautado no modelo biopsicossocial de saúde, cujas necessidades dos usuários são a base das estruturas física, organizacional, filosófica e assistencial dessas instituições.

Palavras-chave Revisão, Centros de assistência à gravidez e ao parto, Modelo biopsicossocial

Abstract Freestanding birth centers (FBCs) in Brazil are regulated to provide care for women with a straightforward pregnancy. The systematization of the literature on FBCs can broaden our knowledge of these facilities. We conducted a scoping review to answer the following research question: “What are the characteristics of the model of care in freestanding birth centers in Brazil?”. Relevant studies covering any period and in any language were included. Searches were performed of platforms, databases, repositories, and institutional websites. The searches followed the stages set out in the JBI Manual for Evidence Synthesis and the review protocol was registered with the OSF. A total of 85 documents were selected, involving ten FBCs. The maternal and neonatal outcomes described by the studies were categorized as follows: respect for women’s autonomy and needs; humanized evidenced-based care; feeling safe with and confident in care providers; use of integrative and complementary health practices; positive maternal experience and neonatal outcomes; and welcoming and comfortable environment. The findings reinforce that care delivery in FBCs is grounded in the biopsychosocial model of health care and that the physical environment and organization of these facilities and approach to childbirth are structured around the needs of pregnant people and their babies.

Key words Review, Birth centers, Biopsychosocial model

Resumen Los Centros de Parto Normal Perihospitalarios (CPNp) están regulados en Brasil para atender a mujeres y bebés en riesgo normal. Sistematizar la producción científica puede ampliar el conocimiento sobre estos establecimientos. Se realizó una revisión de alcance a partir de la pregunta: “¿Cuáles son las características del modelo de atención del CPNp brasileño?”. Se incluyeron estudios sin delimitación temporal y en cualquier idioma. Las búsquedas se realizaron en portales, bases de datos, repositórios y sitios web institucionales. Los pasos de revisión fueron guiados por el Manual de Síntesis de Evidencia del JBI y su protocolo registrado en la plataforma OSF. Fueron seleccionados 85 documentos, que abordan diez CPNp. Los estudios describen resultados maternos y neonatales categorizados, entre otros, en respeto por la autonomía y las necesidades maternas; atención humanizada y basada en evidencia; confianza y seguridad en los profesionales; uso de Prácticas Integrativas y Complementarias de Salud; experiencia materna positiva y resultado neonatal; atención en un ambiente acogedor y cómodo. Los resultados refuerzan que los CPNp producen atención basada en el modelo biopsicosocial de salud, cuyas necesidades de los usuarios son la base de las estructuras físicas, organizativas, filosóficas y de atención de estas instituciones.

Palabras clave Revisión, Centros de atención al embarazo y al parto, Modelo biopsicosocial

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro. R. Vigário Carlos 100, Abaia. 38025-350 Uberaba MG Brasil. claudia.aguiar@uftm.edu.br
² Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.
³ Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.
⁴ FAM Centro Universitário. São Paulo SP Brasil.

Introdução

Os centros de parto normal (CPN) foram regulamentados no Brasil em 1999 e definidos como “unidades de saúde que prestam atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”¹. Em 2015, para atender ao componente “parto e nascimento” da Rede Cegonha, as diretrizes para implantação e habilitação dos CPN no âmbito do SUS foram redefinidas e estes foram classificados em intra-hospitalares (CPNi) e peri-hospitalares (CPNp). Enquanto o CPNi está dentro das maternidades ou hospitais, o CPNp, também conhecido como casa de parto, localiza-se nas imediações de um hospital de referência, a uma distância de até 20 minutos para o deslocamento seguro da mulher e/ou bebê diante da necessidade de uma atenção de maior densidade tecnológica².

A criação e a expansão dos CPN no Brasil atenderam a mobilizações do movimento de mulheres e de humanização do parto, frente ao cenário hospitalocêntrico, intervencionista e medicalizado de assistência às mães e bebês solidificado ao longo do século XX pelo modelo biomédico de atenção à saúde. Reivindicando uma mudança de paradigma, o movimento de humanização do parto estruturou-se no eixo do modelo biopsicossocial de cuidado e se fortaleceu com estudos que questionavam intervenções rotineiras e distantes do propósito de resguardar a saúde perinatal^{3,4}.

Um importante documento de revisão dessas práticas assistenciais foi o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde⁵. Nele, recomendações norteadas por evidências científicas discutiram o uso criterioso das tecnologias, entre elas a oferta de locais mais apropriados para o parto fisiológico, como os CPN. Segundo o guia, esses locais teriam uma ambiência semelhante à domiciliar e ofereceriam às mulheres de risco habitual um cuidado sem intervenções desnecessárias e melhor satisfação

Desde então, diversos estudos científicos têm demonstrado e ratificado os benefícios dos CPN à saúde materna e perinatal. Na revisão sistemática de Hodnett *et al.*⁶, por exemplo, que incluiu quase 12.000 mulheres, os resultados encontrados em CPN foram comparados com os de centros obstétricos tradicionais. Observaram que parturientes assistidas em CPN têm maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, de amamentação prolongada e de satisfação com o parto, bem como menores chances de serem

submetidas à episiotomia, de receberem analgesia e ocitocina intraparto.

Resultados parecidos foram encontrados em pesquisas realizadas especificamente com os CPNp, apontando para intervenções sustentadas pelas recomendações de boas práticas obstétricas e neonatais ratificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷⁻¹³, o que se reflete diretamente em melhores indicadores de saúde, como menor morbimortalidade das mães e bebês.

Embora regulamentados e recomendados por evidências científicas, os CPNp encontram entraves importantes para a sua manutenção e expansão no Brasil. Ameaças de fechamento, cerceamento de conselhos de classe, falta de divulgação e baixo referenciamento das gestantes pela rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o pré-natal são alguns exemplos de dificuldades enfrentadas cotidianamente por essas instituições. Enquanto isso, os indicadores brasileiros de saúde materno-infantil continuam aquém do esperado, a exemplo do excesso de cesarianas no país, que chega a 88% no setor privado e 43% no público¹⁴. Além disso, conforme demonstrado pelos resultados da primeira edição do Inquérito Nacional Nascer no Brasil¹⁴ – a maior pesquisa já realizada no país sobre parto e nascimento –, bebês vêm ao mundo em um cenário intervencionista e medicalizado, sendo urgente a mudança do modelo de cuidado, incluindo o local de nascimento.

Nesse contexto, entende-se que sistematizar a produção científica acerca dos CPNp brasileiros é um importante passo para a ampliação do conhecimento sobre essas instituições e suas potencialidades e fragilidades. Assim, o objetivo deste estudo é mapear a produção científica sobre o modelo de atenção dos CPNp brasileiros.

Método

Trata-se de um estudo de síntese de evidências, do tipo revisão de escopo (*scoping review*), definido pelo Joanna Briggs Institute (atualmente conhecido apenas como JBI) como aquele que identifica e mapeia de forma sistemática os estudos disponíveis na literatura sobre um determinado campo, tema, tópico, conceito ou questão, permitindo identificar lacunas para o desenvolvimento de futuros estudos^{15,16}.

Protocolo e registro do estudo

O protocolo desta revisão de escopo foi registrado na plataforma Open Science Framework

(OSF), DOI 10.17605/OSF.IO/G7DY2¹⁷. Tanto o protocolo quanto o desenvolvimento da revisão se basearam no *JB1 Manual for Evidence Synthesis* e foram estruturados conforme PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*)^{15,16,18}.

Questão de pesquisa e critérios de elegibilidade

A questão de pesquisa e os critérios de elegibilidade foram definidos com base no mnemônico PCC sugerido pelo JBI, ou seja, população, conceito e contexto^{16,19}. Nesta revisão, a população são os usuários dos CPNp, o conceito é o modelo de atenção, e o contexto, os CPNp brasileiros. Por modelo de atenção à saúde, adotou-se a definição de Paim²⁰, ou seja, são as tecnologias estruturadas em função das necessidades de saúde de uma população. Abarca as dimensões gerencial e organizativa dos serviços de saúde, bem como a dimensão relacional entre os sujeitos (trabalhadores e usuários), mediada por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Assim, definiu-se como questão de pesquisa: “Quais são as características do modelo de atenção dos centros de parto normal peri-hospitalares brasileiros?” Para respondê-la, foram estabelecidos critérios de elegibilidade para a seleção dos estudos. Estes contemplam o PCC, as fontes de pesquisa (artigos científicos, *guidelines*, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso, resumos completos publicados em anais de eventos ou revistas científicas), o desenho dos estudos (estudos randomizados controlados, quase-experimentais ou observacionais, estudos de caso, revisões da literatura, entre outros considerados relevantes), sem delimitação temporal e em qualquer idioma. Como critérios de exclusão, definiu-se: estudos completos não disponíveis ou estudos que não discriminam o tipo de CPN (se intra ou peri-hospitalar) e cujos contatos com o(s) autor(es) para esclarecimentos/disponibilização do documento não tiveram êxito.

Estratégia de busca

A busca dos estudos seguiu as três etapas recomendadas pelo JBI¹⁶. Na primeira foi feita uma busca bibliográfica nos portais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e National Library of Medicine (PubMed) para a identificação dos

descritores e palavras-chave. Uma vez definidos, com o apoio de uma bibliotecária, foram identificadas as fontes de busca ideais: a) portais: BVS e Pubmed; b) bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL – Ebsco), EMBASE (Elsevier), PSYCINFO (APA) e Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics); c) repositórios: Teses & Dissertações CAPES, Cybertesis, DART-E e OATD; d) *sites* institucionais: WHO, OPAS, Unesco e Ministério da Saúde.

Na segunda etapa, uma nova busca foi realizada já com os descritores DeCS/MeSH identificados na etapa anterior, com seus respectivos termos alternativos em inglês e português (Brasil; centros de assistência à gravidez e ao parto normal; modelos de assistência à saúde; parto; salas de parto; parto humanizado; acesso aos serviços de saúde; avaliação de resultados em cuidados de saúde). Além disso, foram incluídas na busca outras palavras-chave também identificadas anteriormente, como Casa(s) de Parto, Centro de Parto Normal Peri-hospitalar, Centro de Parto Normal Extra-hospitalar, Centro de Parto Humanizado, desfechos à saúde. Todos os descritores e palavras-chave foram combinados em estratégia de busca adaptada de acordo com as especificidades de cada base/repositório definidos. Alguns deles foram: [“Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto” and (“Parto normal” or “parto” or “trabalho de parto” or “parto obstétrico”) and “Brasil”]; [“Birthing Centers” and (“Delivery, Obstetric” or “Labor, Obstetric” or “Parturition”) and “Brazil”]; [“Modelos de assistência à saúde” and (“parto humanizado” or “parto” or “parto obstétrico” or “trabalho de parto”) and “Brasil”]; [“Healthcare models” and (“humanizing delivery” or “parturition” or “Delivery, Obstetric” or “Labor, Obstetric”) and “Brazil”]; [“(Casas de Parto” or “Centro de Parto Normal Extra-hospitalar” or “Centro de Parto Normal Peri-hospitalar”) and “Brasil”]; [“(Birthing Centres” or “Freestanding Midwifery Unit” or “Midwifery Unit”) and “Brazil”]. Utilizou-se o *software* Endnote Web como gerenciador das referências. A busca nas fontes foi finalizada em 12 de agosto de 2022.

Para a seleção dos documentos que seriam incluídos ou excluídos da análise, foi utilizado o programa Rayyan, que permite realizar o cegamento das duas pesquisadoras responsáveis pela seleção e extração dos dados.

Por fim, na terceira etapa, como fonte adicional, foram buscados novos documentos a partir da lista de referências dos artigos e textos selecionados para inclusão.

Um formulário para a seleção dos estudos foi desenvolvido e pré-testado, segundo os critérios de inclusão e exclusão da revisão de escopo. No teste-piloto do formulário, foi feita a seleção de uma amostra aleatória de 25 títulos/resumos por duas pesquisadoras, ficando uma terceira revisora responsável por solucionar as discordâncias. Obteve-se 100% de concordância entre as duas revisoras e então o formulário foi validado para ser utilizado na continuação da seleção dos documentos.

Extração, gerenciamento e síntese de dados

Para a extração dos dados, foi desenvolvido um instrumento a partir do *template* JBI¹⁶, contendo informações-chave das fontes, como autor, referência e resultados relevantes para a pergunta da revisão de escopo, como CPNp estudado, desfechos maternos e neonatais, recursos humanos e materiais do CPNp, forma de acesso, protocolos institucionais e serviços prestados. Um teste-piloto do instrumento foi efetuado pelas revisoras de forma independente e, após ajustes, foi considerado adequado para o seguimento da extração dos dados.

Por fim, os dados foram agrupados de acordo com os resultados observados em cada variável do estudo. Os dados foram então sumarizados e descritos conforme suas frequências.

Resultados

A seleção resultou em 85 estudos incluídos na revisão de escopo (Figura 1 e Quadro 1). Destes, 41 são artigos científicos, 31 dissertações de mestrado, 11 teses de doutorado e dois trabalhos de conclusão de curso. Ao todo, 33.594 participantes (mulheres, bebês e acompanhantes).

Dez casas de parto (CPNp) foram abordadas pelos estudos. São elas: Realengo/RJ (n = 35), Sapopemba/SP (n = 15), Casa Angela/SP (n = 10), Sofia Feldman/MG (n = 9), São Sebastião/DF (n = 6), Juiz de Fora/MG (n = 4), Casa de Maria/SP (n = 4), Mansão do Caminho/BA (n = 4), Castanhal/PA (n = 2) e Nove Luas-Niterói/RJ (n = 1). Além disso, houve estudos que não identificaram o CPNp (n = 3) e outros cujo tema eram casas de parto em geral (n = 3).

Com relação aos temas principais abordados nos estudos, foram categorizados em: avaliação dos desfechos/indicadores/assistência; experiência/opinião das mulheres sobre a assistência recebida; implantação/implementação/

trajetória/manutenção da casa de parto; transferências maternas e/ou neonatais; experiência/assistência da enfermeira/obstetrix; modelo de atenção/filosofia da instituição; uso de tecnologias não-invasivas/práticas integrativas e complementares em saúde; ambiência/arquitetura da casa de parto; experiência paterna/do acompanhante; grupos/práticas educativas; uso de plano de parto; custos da assistência e do modelo (Quadro 1).

Caracterização da estrutura física e organizacional dos CPNp

Quarenta estudos mencionam de forma resumida ou detalhada a estrutura física dos CPNp, sendo o quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto) o espaço mais presente (Figura 2).

Com relação aos recursos humanos das casas de parto, 60 documentos descrevem quais são os profissionais atuantes nas instituições estudadas, sendo a enfermeira obstétrica/obstetrix a mais frequentemente citada (n = 60), seguida da auxiliar/técnica de enfermagem (n = 37), da assistente social (n = 21), do pessoal de limpeza/serviços gerais (n = 20) e do motorista de ambulância (n = 20).

Sobre o financiamento das casas de parto, 67 estudos fizeram tal descrição, sendo o SUS o mais regularmente citado (provedor de nove casas). Apenas um CPNp (Nove Luas-RJ), já extinto, foi caracterizado como privado.

Trinta e cinco estudos descrevem a forma de acesso das mulheres às casas de parto. Em 12 deles constam que as mulheres chegam até o CPNp exclusivamente via encaminhamento da rede SUS, ao passo que em outros nove há a descrição de acesso por demanda espontânea. Os 14 estudos restantes citam que o acesso pode ocorrer tanto por demanda espontânea quanto por encaminhamento da rede de saúde.

Caracterização da assistência

Com relação ao público-alvo dos CPNp, 72 estudos discriminam que são restritos ao cuidado de gestantes ou parturientes de risco habitual (ou baixo risco obstétrico).

Os principais desfechos maternos foram categorizados em: a) respeito à autonomia e às necessidades das mulheres/decisões compartilhadas/escolha informada (n = 24); b) cuidado baseado em evidências científicas (n = 22); c) presença de intervenções e/ou intercorrências (n = 20); d) vínculo/confiança/segurança em relação aos profissionais (n = 15); e) uso de prá-

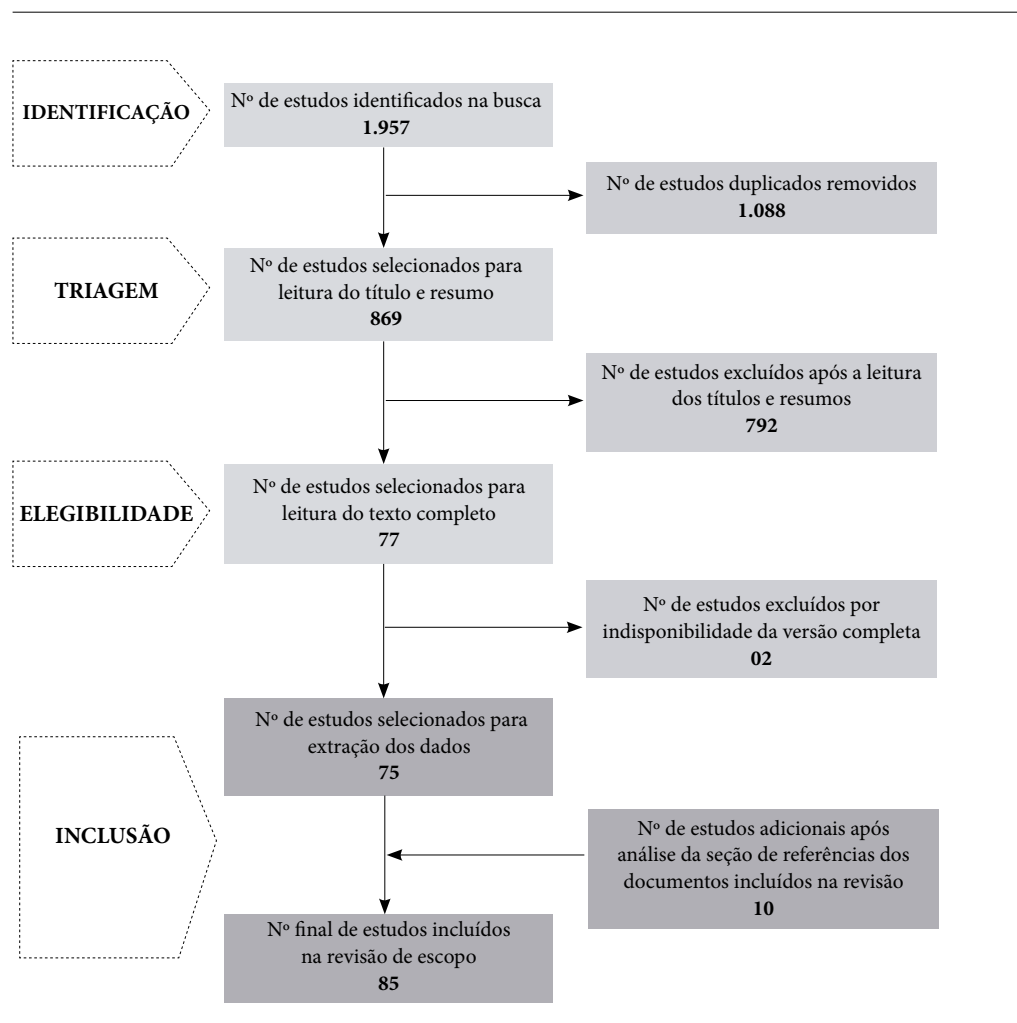


Figura 1. Diagrama de seleção dos estudos.

Fonte: Autoras.

ticas integrativas e complementares em saúde (PICS) (n = 14); f) experiência materna positiva (n = 12); g) cuidado em ambiente acolhedor e confortável (n = 10); h) relações de poder (n = 3); i) cuidado individualizado/continuidade do cuidado (n = 2).

O Tabela 1 apresenta a prevalência de intervenções no parto, características assistenciais, e desfechos neonatais dos CPNp. Quanto às intervenções maternas, a realização de amniotomia teve grande variação entre os CPNp: de 4,7% a 71,3% dos casos. O uso de ocitocina variou de 21% a 45% em 11 estudos e dois deles demonstraram uso restrito de ocitocina (6,3% e 1,9%). A prevalência de episiotomia foi menor do que 15% em oito estudos.

Ainda no Tabela 1, observa-se que os estudos mostram baixo percentual de lacerações pe-

rineais de 3º ou 4º graus nos CPNp, assim como poucos casos de posição litotômica no parto, ambas avaliadas em nove estudos. A presença de acompanhante no parto foi demonstrada na quase totalidade dos casos em dez estudos, assim como as boas práticas em saúde materno-infantil/atenção ao parto, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, avaliados em cinco estudos.

Quarenta e cinco estudos fizeram referência aos desfechos neonatais nas casas de parto, sendo categorizados em: a) frequências de intervenções e/ou intercorrências (n = 29); b) desfecho positivo/bebês saudáveis (n = 15); c) cuidado humanizado e/ou baseado em evidências científicas (n = 9); d) promoção do vínculo mãe-bebê (n = 8); e) promoção da amamentação (n = 5).

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Almeida, 2009	O ser-casal-adolescente-no-vivido-de-gestar-parir-e-nutrir: uma abordagem existencial como possibilidade para a enfermagem	Abordagem qualitativa; estudo fenomenológico	B	II, IX
Amaral, 2016	“Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo”: motivações e trajetórias de gestantes em uma Casa de Parto pública no Rio de Janeiro	Abordagem qualitativa; estudo observacional e entrevistas	B	II
Andrade, 2016	Centro de parto normal peri-hospitalar: proposta arquitetônica para uma unidade adaptável	Estudo bibliográfico e normativo para elaboração de proposta arquitetônica	L	VIII
Anjos, 2020	A Trajetória de Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova - concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento	Abordagem qualitativa; entrevistas e estudo histórico-documental.	E	III
Araujo <i>et al.</i> , 1984	Parteras tradicionales en la atención obstetrica del Noreste de Brasil	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	K	V
Azevedo, 2008	Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	III
Barros <i>et al.</i> , 2011	Humanizing delivery: a reality in a Birth Center?	Abordagem qualitativa; entrevistas	G	II
Barros, 2017	Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento	Abordagem quantitativa; estudo avaliativo	B	I
Bonadio <i>et al.</i> , 2011	Transferring mothers from a free-standing birth center to a reference hospital	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	IV
Botelho, 2021	Desfechos da inserção de dispositivo intrauterino de cobre por obstetrites e enfermeiras obstétricas em um centro de parto normal peri-hospital	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo e entrevistas.	J	I
Caixeiro-Brandão, 2008	Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto David Capistrano Filho à unidade de referência	Abordagem qualitativa; grupo focal	B	II, IV
Caixeiro-Brandao e Progianti, 2011	Acolhimento como prática ética, estética e política: estudo de projeto casa de parto	Abordagem qualitativa; grupos focais	B	II
Campos, 2003	Avaliação da qualidade de assistência no centro de parto normal “Dr. David Capistrano da Costa Filho” em Belo Horizonte-MG	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo e entrevistas.	A	I
Campos e Lana, 2007	Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	A	I
Costa, 2007	As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	X

continua

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Cruz e Barros, 2010	Obstetric practices and maternal and neonatal outcomes: analysis of multiple correspondence factors in normal birth centers	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	I	I
Diniz, 2009	Women's movement defends birth centres in Brazil	Abordagem qualitativa; estudo teórico	B	III
Fernandes <i>et al.</i> , 2011	Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma casa de parto	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	H	I
Fernandes, 2004	Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil	Abordagem qualitativa; entrevistas e estudo documental.	L; B	VI
Foster <i>et al.</i> , 2017	O acolhimento nos moldes da humanização aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal	Abordagem qualitativa; grupo focal	B	V
Gomes, 2011	A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	V
Gonçalves <i>et al.</i> , 2011	Experiencing care in the Birthing Center context: the users' perspective	Abordagem qualitativa; entrevistas	C	II
Hauck <i>et al.</i> , 2013	Implantação da assistência humanizada ao parto em Juiz de Fora (1998-2001)	Qualitativa	H	III
Hoga, 2004	Birth center, symbols and assistance-related principles	Abordagem qualitativa; estudo etnográfico e entrevistas	C	III
Hoga, 2006	O cuidado desenvolvido na primeira Casa de Parto brasileira vinculada ao Programa Saúde da Família.	Abordagem qualitativa, observação participante	C	I
Hotimsky, 2001	Parto e Nascimento no Ambulatório e na casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica	Abordagens qualitativa e quantitativa; estudo etnográfico e socioepidemiológico	J	II
Jamas <i>et al.</i> , 2011	Mothers' birth care experiences in a Brazilian Birth Centre	Abordagem qualitativa; entrevistas	C	II
Jardim, 2009	Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho	Abordagem qualitativa; entrevistas	A	IX
Koiffman <i>et al.</i> , 2010	Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba Free-standing Birth Centre to a hospital in São Paulo, Brazil	Abordagem quantitativa; caso-controle	C	IV
Koiffman, 2006	Fatores de risco para remoção neonatal da Casa de Parto de Sapopemba - São Paulo	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo; caso-controle	C	IV
Lara, 2017	Casa de humanização e naturalização do parto. A arquitetura do ambiente de nascer.	Abordagem qualitativa, estudo de proposição de projeto arquitetônico	F	VIII
Leal, 2018	Assistência ao parto em um centro de parto normal peri-hospitalar: percepção de puérperas	Abordagem qualitativa; entrevistas	D	II
Leister <i>et al.</i> , 2022	Complementary and Integrative Health Practices in a Brazilian Free-standing Birth Center: A Cross-Sectional Study	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	J	VII

continua

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Lima <i>et al.</i> , 2018	Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital.	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	I	IV
Lobo, 2009	Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	I	I
Loiola, 2018	Plano de parto: da idealização à construção pelas gestantes da Casa de Parto David Capistrano Filho	Abordagem qualitativa; entrevista	B	XI
Lopes, 2018	Desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudo transversal	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	J	I
Löwy, 2018	The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house	Abordagem qualitativa; estudo teórico	B	VI
Matos, 2019	Cidade e maternidade: uma análise através dos locais de parto e nascimento em Salvador	Abordagem qualitativa; estudo teórico	L; F; J; C; B	III, VI
Moreira, 2019	O uso de plantas medicinais e fitoterápicos em Centro de Parto Normal: construção do protocolo assistencial	Abordagem qualitativa; pesquisa de desenvolvimento metodológico	D	VII
Moura, 2009	Casa De Parto David Capistrano Filho: a participação das enfermeiras nas lutas do campo obstétrico	Abordagem qualitativa; estudo histórico-social	B	III
Nakazone, 2020	Fatores associados e desfechos no parto na água em um centro de parto normal peri-hospitalar: estudo transversal	Quantitativo	J	I
Narchi <i>et al.</i> , 2010	Women's satisfaction with childbirth experience in different models of care: a descriptive study	Abordagem quantitativa; entrevistas	K	II
Nascimento, 2011	A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender	Abordagem qualitativa; estudo de caso	B	VII
Nicacio <i>et al.</i> , 2016	Perception of nurse midwives regarding their professional identity: a descriptive study	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	V
Nonato, 2007	Humanização do parto nos contextos público e privado no Distrito Federal	Abordagem qualitativa; entrevistas e observação participante	G	VI
Oliveira, 2013	Análise parcial dos custos do protocolo assistencial da Casa de Parto David Capistrano Filho/ Município do Rio de Janeiro: contribuição da enfermagem obstétrica	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	B	XII
Oliveira 2017	Avaliação da assistência materna e neonatal em casa de parto	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	B	I

continua

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Oliveira <i>et al.</i> , 2019	Adequacy of prenatal assistance in birth houses and causes associated with hospital transfers	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	B	I, IV
Pereira, 2007	O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci.	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	III
Pereira, 2009	Hegemony and counter-hegemony in the process of implementing the Casa de Parto Birth Center in Rio de Janeiro	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	III
Pereira e Bento, 2011	Autonomy in normal delivery from the perspective of women assisted in birthing center	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	II
Pereira <i>et al.</i> , 2012	Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho Birth Center, Rio de Janeiro, Brazil	Quantitativa	B	I
Pereira <i>et al.</i> , 2013	Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro.	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	B	I
Pereira <i>et al.</i> , 2014	A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal.	Abordagem quantitativa; técnica de pesquisa de opinião pré-natal.	B	II
Prata e Progianti, 2013	A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de nova demanda social.	Abordagem qualitativa, entrevistas	B	II
Progianti e Caixeiro-Brandao, 2012	Acolhimento na saúde da mulher: uma questão de respeito, solidariedade e humanização	Abordagem qualitativa; grupo focal	B	II
Progianti e Pereira, 2013	Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da casa de parto no Rio de Janeiro	Abordagem qualitativa; estudo histórico-social	B	III, V
Quitete, 2015	Atribuindo significados as enfermeiras obstétricas: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico	Abordagem qualitativa; entrevistas	B	II
Ramos, 2013	Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos	Abordagem qualitativa; entrevistas e observação participante	G; B	III
Riesco <i>et al.</i> , 2009	Birth centers in Brazil: scientific production review	Revisão narrativa	H; I; C; A	I
Rocha <i>et al.</i> , 2017	Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal.	Abordagem qualitativa; entrevistas	G	II
Salim, 2014	Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado	Abordagem qualitativa; estudo etnográfico	J	II, V
Santos, 2018	Comparação de desfechos maternos e neonatais em um centro de parto normal e hospitais públicos do SUS em partos de baixo risco	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	A	I

continua

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Santos, 2019	Factors associated with low Apgar in newborns in birth center	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	A	I
Schneck, 2009	Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP)	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	I	I
Schneck <i>et al.</i> , 2012	Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	I	I
Seibert <i>et al.</i> , 2008	Assistência pré-natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias.	Quantitativa	B	I
Silva, 2011	Transferências maternas de uma casa de parto para o hospital: estudo caso-controle	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	IV
Silva, 2014	Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal	Abordagem qualitativa; observação não-participante, entrevistas e estudo documental	F	II
Silva, 2017	Casa Maria – A humanização da arquitetura no ambiente hospitalar.	Abordagem qualitativa; análise bibliográfica e estudo de caso	J; C	III
Silva, 2019	Por ambiências sensíveis nos lugares de nascer. Percepção e subjetividade nos centros de parto normal.	Abordagens qualitativa e quantitativa; observação participante e aplicação de instrumento	B	VIII
Silva <i>et al.</i> , 2009	Maternal and neonatal characteristics and early neonatal mortality in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil	Quantitativo	K	I
Silva <i>et al.</i> , 2012 (a)	Factors associated with maternal intrapartum transfers from a freestanding birth centre in São Paulo, Brazil: A case control study	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	I, IV
Silva <i>et al.</i> , 2012 (b)	Risk factors for birth-related perineal trauma: A cross-sectional study in a birth centre	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	I
Silva <i>et al.</i> , 2013(a)	A risk model to predict probability of maternal intrapartum transfers from a free-standing birth centre: PROTRIP tool	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	IV
Silva <i>et al.</i> , 2013(b)	Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	C	I
Siqueira, 2017	O fechamento de uma casa de parto na perspectiva das ex-usuárias frente a uma nova gestação	Abordagem qualitativa; estudo teórico	H	II
Siqueira e Gradim, 2017	Acolhimento na assistência em centros de parto: revisão Integrativa	Revisão integrativa	C	I
Souza, 2018	Entre os conflitos e impasses do Parto Humanizado: uma etnografia na Casa de Parto David Capistrano Filho	Abordagem qualitativa; estudo bibliográfico e entrevistas	B	VI

continua

Quadro 1. Características gerais dos documentos incluídos na revisão de escopo.

Autor(es), Ano	Título	Informações sobre métodos	Casa de parto	Tema abordado
Teixeirense, 2018	From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System	Abordagem qualitativa; entrevistas	G	II
Viana, 2016	As trajetórias de mulheres assistidas em um centro de parto normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento	Abordagem qualitativa; entrevistas	A	II
Vico, 2017	Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde	Abordagem qualitativa; entrevistas e estudo documental.	A; F; G	III
Vogt <i>et al.</i> , 2011	Characteristics of labor and delivery care in three healthcare models within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil	Abordagem quantitativa; estudo retrospectivo	A	I
Zveiter, 2011	O cuidado de enfermeiras obstétricas com-a-mulher-que-dá-à-luz-na-Casa-de-Parto: uma hermenêutica em Heidegger	Abordagem qualitativa; estudo fenomenológico	B	V

Casa de Parto: A = Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman/MG; B = Casa de Parto de Realengo/RJ; C = Casa de Parto de Sapopemba/SP; D = Casa de Parto de Castanhal/PA; E = Casa de Parto Nove Luas-Niterói/RJ; F = Casa de Parto Mansão do Caminho/BA; G = Casa de Parto de São Sebastião/DF; H = Casa de Parto de Juiz de Fora/MG; I = Casa de Maria/SP; J = Casa Angela/SP; K = Casa de Parto não discriminada; L = Casas de Parto em geral. **Tema abordado:** I = avaliação dos desfechos/dos indicadores/da assistência; II = experiência/opinião das mulheres sobre a assistência recebida; III = implantação/implementação/trajetória/manutenção da Casa de Parto; IV = transferências maternas e/ou neonatais; V = experiência/assistência da enfermeira/obstetiz; VI = modelo de atenção/filosofia da instituição; VII = uso de tecnologias não-invasivas/práticas integrativas e complementares; VIII = ambiência/arquitetura da Casa de Parto; IX = experiência paterna/do acompanhante; X = grupos/práticas educativas da Casa de Parto; XI = uso de plano de parto na Casa de Parto; XII = custos da assistência e do modelo de Casa de Parto.

Fonte: Autoras.

Conforme Tabela 1, a intervenção neonatal mais comumente avaliada foi a aspiração de vias aéreas e gástrica. Apgar menor que sete no primeiro minuto variou de 0,4 a 6,9%, e no quinto minuto, de 0% a 2,7%. Os casos de óbito neonatal estiveram entre 0 e 1,7% dos estudos. Não houve nenhum caso de óbito materno.

Cinquenta e dois estudos citam um ou mais indicadores de saúde institucionais das casas de parto, isto é, número de admissões, partos, transferências, nível de satisfação etc. Esses indicadores foram categorizados em: a) sobre parto (n = 33); b) taxa de transferência materna e/ou neonatal (n = 25); c) sobre morbidade/intercorrências maternas e neonatais (n = 25); d) sobre intervenções (n = 17); e) dados sobre o recém-nascido ao nascer (n = 16); f) de boas práticas, conforme recomendações da WHO⁷ (n = 11); g) mortalidade (n = 11); h) número de consultas na gestação e/ou no pós-parto (n = 10); i) taxa de admissão/internação para parto

(n = 7); j) de qualidade da assistência/nível de satisfação das usuárias (n = 6).

Dos 33 estudos que descrevem a frequência de partos, identificou-se uma média de 30 partos mensais (DP = 24,9) em nove dos dez CPNp estudados, variando entre 85 partos mensais na Casa de Parto Sofia Feldman (MG) e dez na extinta Casa de Parto Nove Luas (Niterói-RJ).

Com relação às taxas de transferências maternas e neonatais para o hospital de referência, 20 estudos analisaram essa informação em seis dos dez CPNp descritos nesta revisão. Os percentuais mínimo e máximo de transferências maternas foram de 2,8% e 31,5%, respectivamente. Já as transferências neonatais corresponderam ao mínimo de 1,1% e ao máximo de 8,1% dos nascimentos.

Cinquenta e nove estudos mencionam o hospital de referência para transferência materna e/ou neonatal das dez casas de parto abordadas. Dos documentos que estudaram isoladamente a

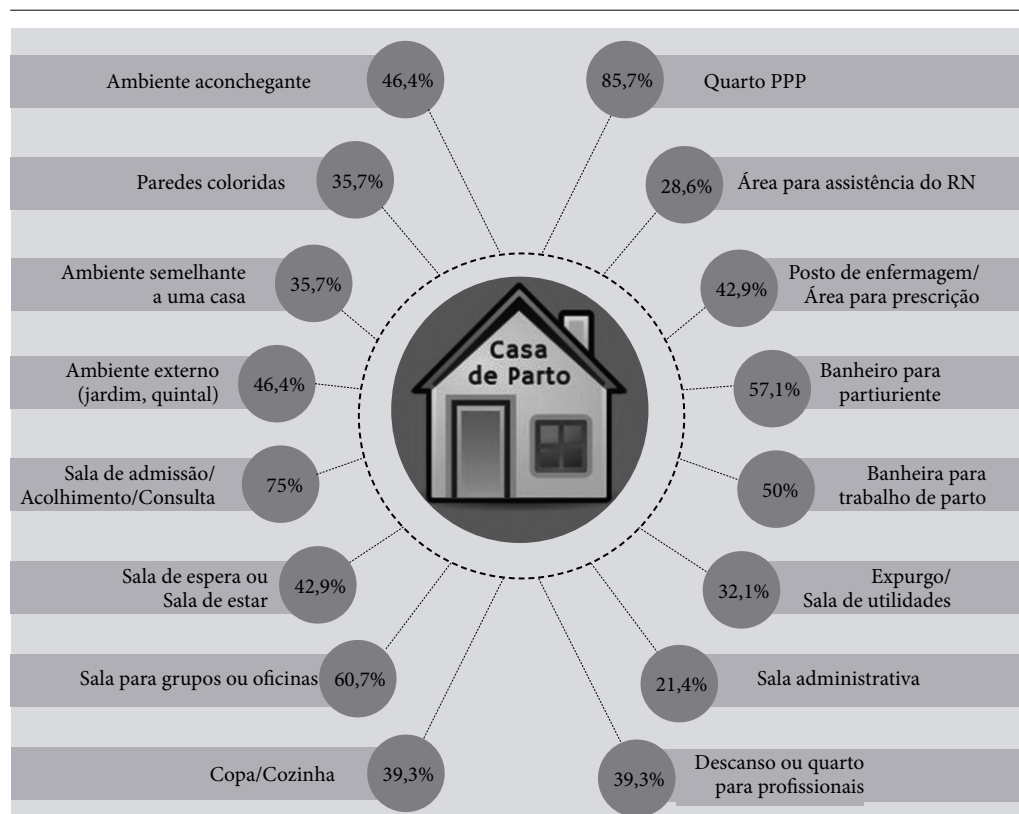


Figura 2. Itens da estrutura física dos CPNp (casas de parto) e respectivas frequências de descrições destes itens nos estudos*.

* Foram considerados apenas os estudos que detalham a estrutura física.

Fonte: Autoras.

transferência para o hospital de referência como desfecho materno, Oliveira *et al.*²¹, Santos²², Silva²³, Silva *et al.*²⁴, Silva *et al.*²⁵ e Bonadio *et al.*²⁶ descreveram alguns fatores de risco, como nuliparidade, idade materna ≥ 35 anos, não ter parceiro, dilatação cervical na internação ≤ 3 cm, estar no primeiro período do parto, bebê com peso ao nascer de ≥ 4.000 g. A transferência intraparto foi mais frequente do que a transferência materna pós-parto. Algumas causas para a transferência também foram encontradas, como bolsa rota prolongada, presença de mecônio, batimentos cardíacos fetais não tranquilizadores e desejo de analgesia por parte da parturiente.

No que se refere às práticas de cuidado das casas de parto, foram identificadas as seguintes categorias: a) boas práticas de atenção ao parto, conforme a OMS⁷ (n = 66); b) uso de PICS (n = 51); c) consultas durante a gestação (n = 51); d) realização de grupos educativos (n = 33); e) consultas puerperais (n = 29).

Dos 51 estudos que mencionam e descrevem o uso de PICS nas casas de parto, apenas um se refere a práticas realizadas em recém-nascidos²⁷. Os demais citam majoritariamente o uso das PICS nas parturientes, destacando-se a hidroterapia, ou seja, o banho em chuveiro ou banheira e esquadra-pés (n = 42); a massagem e uso de óleos essenciais (n = 32); e as terapias posturais, como uso de bola, balanço pélvico, banquinho, cavalinho, agachamento (n = 31).

Dos dez estudos que fazem descrições comparativas entre os modelos de atenção em diferentes serviços, todos apontaram resultados favoráveis às casas de parto, quando comparadas aos hospitais tradicionais.

Vinte e nove estudos com abordagem qualitativa descrevem a experiência das mulheres nas casas de parto, cujas palavras mais citadas, excluindo-se os descritores “parto” e “mulher(e)s”, estão dispostas na Figura 3.

Tabela 1. Prevalência de intervenções no parto, características assistenciais e desfechos neonatais dos CPNp.

Autor, ano	N do estudo	CPNp	AMN	OCI	EMLD	Períneo			
						PI	1ºG	2ºG	3º ou 4ºG
Barros, 2017	8	B	-	-	-	-	-	-	-
Campos, 2003	2117	A	38,9%	42,7%	15,9%	-	-	-	0,8%
Campos e Lana, 2007	2117	A	-	-	-	-	-	-	-
Fernandes <i>et al.</i> , 2011	58	H	-	-	-	-	-	-	-
Lobo, 2009	991	I	62,6%	-	22,4%	42,2%	22,4%	7,3%	-
Lopes, 2018	415	J	6,5%	6,3%	0,0%	11,8%	61,9%	11,8%	0,0%
Nakazone, 2020	473	J	4,7%	1,9%	0,0%	15,6%	63,4%	20,6%	0,4%
Oliveira 2017	330	K	5,8%	34,2%	1,2%	-	61,1%	17,3%	0,3%
Oliveira <i>et al.</i> , 2019	482	B	-	-	-	-	-	-	-
Pereira <i>et al.</i> , 2012	1477	I	-	-	3,9%	22,5%	82,4%	-	0,3%
Pereira <i>et al.</i> , 2013	458	B	11,1%	45,0%	-	-	-	-	-
Riesco <i>et al.</i> , 2009	4493	A, C, H I	H: 30,6%; C: 51,9%,	H 34,8%; C: 33,7%	H: 24,7%; C: 16,2%	H: 60,6%; C: 64,5%	-	-	-
Santos, 2018	1561	A	54,0%	21,5%	6,7%	-	-	-	-
Santos, 2019	9585	A	-	30,7%	-	-	-	-	-
Schneck, 2009	991	I	71,3%	23,6%	25,7%	66,8%	-	-	7,5%
Schneck <i>et al.</i> , 2012	1316	I	71,1%	26,7%	-	-	-	-	-
Silva <i>et al.</i> , 2009	189	I	-	-	-	-	-	-	-
Silva <i>et al.</i> , 2012 (b)	1079	C	53,4%	31,0%	14,1%	43,6%	31,9%	10,3%	-
Silva <i>et al.</i> , 2013(b)	1079	C	53,4%	-	14,1%	-	-	-	-
Vogt <i>et al.</i> , 2011	277	A	67,6%	27,9%	7,2%	-	-	-	-

Autor, ano	Posição			ACOMP	Desfechos neonatais						
	Semi-sentada	Litotômica	Outras		CPP	AM 1ºh	AVS	AVG	< 7 1ºmin	< 7 5º min	Óbito fetal
Barros, 2017	-	-	-	100,0%	87,5%	87,5%	-	12,5%	-	-	-
Campos, 2003	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1%	1,0%	0,2%
Campos e Lana, 2007	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1%	1,0%	0,2%
Fernandes <i>et al.</i> , 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	6,9%	1,7%	1,7%
Lobo, 2009	-	-	-	92,2%	-	-	9,3%	1,8%	0,4%	0,1%	-
Lopes, 2018	30,8%	0,2%	69,0%	99,5%	-	-	-	-	3,4%	0,0%	-
Nakazone, 2020	55,8%	-	44,2%	-	99,8%	97,4%	3,2%	-	2,1%	0,0%	-
Oliveira 2017	-	2,4%	-	100,0%	98,2%	83,9%	-	-	2,1%	0,0%	-
Oliveira <i>et al.</i> , 2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7%	0,2%
Pereira <i>et al.</i> , 2012	20,0%	-	50,9%	94,9%	-	-	-	-	4,4%	0,3%	0,1%
Pereira <i>et al.</i> , 2013	-	4,1%	84,3%	94,1%	-	-	-	-	4,8%	0,2%	-

continua

Tabela 1. Prevalência de intervenções no parto, características assistenciais e desfechos neonatais dos CPNp.

Autor, ano	Posição			ACOMP	CPP	Desfechos neonatais					
	Semi-sentada	Litotômica	Outras			AM 1 ^h	AVS	AVG	< 7 1 ^o min	< 7 5 ^o min	Óbito fetal
Riesco <i>et al.</i> , 2009	-	0,0%	-	H: 93,8%	H: 89,3%	-	C: 9,3%	-	-	A = 0,8%; C = 1,1%; H = 0,6%; I = 1,4%	0,0019%
Santos, 2018		3,9%	60,3%	96,7%	95,2%		34,5%		3,9%	0,9%	0,0%
Santos, 2019	-	-	-	78,9%	-	-			-	-	-
Schneck, 2009	-	-	-	-	-	-	9,3%	1,8%	0,4%	0,1%	-
Schneck <i>et al.</i> , 2012	-	-	-	-	-	-	10,7%	1,8%	4,0%	-	-
Silva <i>et al.</i> , 2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	0,0%
Silva <i>et al.</i> , 2012 (b)	82,3%		17,7%	-	-	-	-	-	-	-	-
Silva <i>et al.</i> , 2013(b)	82,3%	-	-	94,5%			7,0%	3,7%	0,8%	0,0%	-
Vogt <i>et al.</i> , 2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	-

N do estudo: número de participantes do estudo; **AMN:** amniotomia; **OCI:** ocitocina; **EMLD:** episiotomia; **PI:** períneo íntegro, **1^oG:** laceração de 1^o grau, **2^oG:** laceração de 2^o grau, **3^o ou 4^oG:** laceração de 3^o ou 4^o grau; **ACOMP:** presença de acompanhante; **CPP:** contato pele a pele; **AMA:** amamentação na primeira hora de vida; **VAS:** aspiração de vias aéreas superiores; **SND:** sondagem nasogástrica; **< 7 1^omin:** Apgar menor do que 7 no primeiro minuto; **< 7 5^omin:** Apgar menor do que 7 no quinto minuto. **CPNp:** A = Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman/MG; B = Casa de Parto de Realengo/RJ; C = Casa de Parto de Sapopemba/SP; D = Casa de Parto de Castanhal/PA; E = Casa de Parto Nove Luas-Niterói/RJ; F = Casa de Parto Mansão do Caminho/BA; G = Casa de Parto de São Sebastião/DF; H = Casa de Parto de Juiz de Fora/MG; I = Casa de Maria/SP; J = Casa Angela/SP; K = Casa de Parto não discriminada; L = Casas de Parto em geral.

Fonte: Autoras.

Discussão

Esta revisão contemplou dez CPNp, sendo que dois deles já foram extintos. Os demais são conveniados ao SUS e, em 2019, assistiram mais de 100 partos/cada²⁸. Embora, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde²⁹, no Brasil existam 25 instituições registradas como CPNp ou como centro de parto normal isolado (antiga classificação), acredita-se que nem todos funcionem como tal. Segundo levantamento realizado pelas autoras, verificou-se que 13 são de fato CPNp, sete são unidades intra-hospitalares, um funciona com ambulatório e não houve êxito nas tentativas de contato com os demais serviços para confirmar sua classificação.

Sobre os principais temas abordados pelos estudos incluídos na revisão, verifica-se uma predominância de pesquisas que quantificam os desfechos maternos e perinatais do modelo de atenção dos CPNp e de estudos sobre a experiência das mulheres naquele contexto.

As casas de parto são instituições contra-hegemônicas que questionam muitas das práticas implementadas em hospitais e maternidades, ao mesmo tempo em que investem em um cuida-

do baseado em evidências científicas, centrado nas necessidades e no bem-estar de mulheres e bebês. Por se colocarem resistentes ao modelo biomédico e hegemônico de cuidado na atenção ao risco habitual, são frequentemente objeto de críticas e oposição. Estudos como o de Diniz³⁰, Moura³¹ e Hauck³² retratam a trajetória de permanente luta para criação ou manutenção das casas de parto. Assim, o padrão temático de estudos encontrados nesta revisão pode se apresentar como uma resposta aos frequentes questionamentos tecidos sobre a efetividade e a eficácia desse modelo de atenção no contexto brasileiro.

Com relação à estrutura física dos CPNp, os estudos incluídos neste trabalho descrevem com maior frequência os quartos PPP. Com a mudança no regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica³³, posteriormente incorporados pela Rede Cegonha³⁴, os quartos PPP, junto com outras estruturas como área para deambulação (varanda/solário) e banheiras, favorecem um ambiente acolhedor e potencialmente promotor das boas práticas obstétricas e neonatais preconizadas pela OMS⁷. Em contraposição às casas de parto



Figura 3. Nuvem das palavras mais citadas nos estudos que descrevem a experiência da mulher nas casas de parto.

Fonte: Autoras.

(que possuem obrigatoriamente quartos PPP), a maioria dos hospitais e maternidades ainda tem espaços desfavoráveis às mulheres e aos acompanhantes, que muitas vezes não têm privacidade ou espaço para mobilidade³³. No estudo de Pasche *et al.*³⁵, em que foram avaliadas mais de 600 instituições de saúde brasileiras de atenção ao parto, identificou-se que apenas 11,7% delas dispõem de quartos PPP e permanecem prevalentes os hospitais e maternidades com salas anteparto coletivas, sendo 38,4% com os leitos separados apenas por cortinas/biombos, e outras 30% sem qualquer separação.

Os CPNp se caracterizam pela atenção às mulheres e ao bebês de risco habitual, e para isso devem dispor de uma equipe mínima composta por obstetriz/enfermeira obstétrica, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais². A prescindibilidade de um profissional médico nesse modelo de atenção é frequentemente criticada em diferentes setores da sociedade, haja vista a cultura médico-centrada de atenção à saúde consolidada no país. Entretanto, essa concepção apresenta-se na contramão da legislação vigente, que reconhece que enfermeiras obstétricas e obstetrizes são profissionais qualificadas para atenção ao parto e nascimento, habilitando-as³⁶. Além disso, estudos com padrão-ouro de evidência demonstram resultados positivos quando mulheres e bebês são assistidos por essas profissionais. Na revisão sistemática de Sandall *et al.*³⁷, por exemplo, houve a comparação

do modelo de cuidado liderado por obstetrizes e enfermeiras obstétricas com outros modelos de atenção, incluindo mais de 17.000 mulheres. Identificou-se que esse modelo aumenta as chances de parto vaginal espontâneo e de satisfação materna, além de diminuir as chances de parto vaginal instrumental, de nascimento pré-termo (< 37 semanas) e de perda ou morte fetal/neonatal.

Sobre as atividades desenvolvidas pelos CPNp, esta revisão destacou que, além das consultas pré-natais e puerperais, é frequente a realização de grupos educativos nessas instituições. As ações de educação estão presentes em diversas políticas de saúde brasileiras, como a Política de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN)³⁸, a Rede Cegonha³⁹ e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)⁴⁰. Para além de seu compromisso com a promoção de saúde e a prevenção de doenças, a educação em saúde é um importante mecanismo para a emancipação dos sujeitos. Dessa forma, é coerente e adequado que os CPNp ofereçam atividades educativas, tendo em vista o seu compromisso com a autonomia e o protagonismo de gestantes, parturientes e puérperas.

Com relação ao reduzido número de estudos que descrevem a forma de acesso das mulheres aos CPNp, entende-se que se trata de uma importante lacuna na literatura científica. Conhecer o itinerário terapêutico das gestantes, parturientes e puérperas é essencial para a avaliação e manutenção do sistema de referência e contrarreferência do SUS, bem como para dar transparência aos arranjos assistenciais apresentados pelo setor privado de saúde. No âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴¹ foi estabelecida em 2010, com vistas à garantia da integralidade do cuidado por meio de uma organização dos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Uma vez coordenada pela atenção primária, a RAS se apresenta como uma ferramenta indispensável para a continuidade do cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Por meio dela, gestantes podem iniciar o quanto antes o pré-natal, fazer exames e receber atendimento de especialidades em diferentes serviços. Podem, ainda, ter uma vaga garantida para o parto. Entretanto, estudos como o de Brondani *et al.*⁴² têm demonstrado dificuldades de articulação e falta de comunicação entre os serviços de saúde, fato que pode explicar a subutilização de algumas, senão todas, as casas de parto no país.

As práticas assistenciais dos CPNp mais frequentemente identificadas nos estudos desta

revisão (respeito à autonomia das mulheres/decisões compartilhadas/escolha informada, cuidado baseado em evidências científicas, vínculo/confiança/segurança em relação aos profissionais) estão em consonância com as recomendações da OMS para uma experiência positiva no parto⁷. De acordo com o documento, uma assistência de boa qualidade e baseada em evidências científicas inclui o cuidado materno respeitoso, permitindo a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto, com vistas à garantia da dignidade, da privacidade e da confidencialidade das mulheres.

À luz do respeito aos direitos das mulheres, apesar de não ter sido garantido em 100% dos casos nos estudos que abordaram o indicador, identificaram-se taxas elevadas (média de 94,5%) de presença de acompanhante durante toda a internação nas casas de parto, sobretudo quando se compara com resultados nacionais. O inquérito “Nascer no Brasil” identificou que apenas 18,8% das mulheres tiveram companhia contínua durante toda a internação para o parto em hospitais e maternidades brasileiras⁴³.

Ainda considerando as recomendações da OMS⁷, reconhece-se que o uso de boas práticas no parto desempenha papel crucial na promoção de experiências positivas para as mulheres. O estímulo ao uso de, por exemplo, práticas integrativas e complementares em saúde em mulheres durante o trabalho de parto foi tema recorrente nos estudos incluídos nesta revisão. Especificamente, foi comum abordarem hidroterapia (banho de aspensão, de imersão e escaldada-pés), massagem e uso de óleos essenciais e terapias posturais (uso de bola de pilates, balanço pélvico, agachamento, uso do cavalinho e banqueteta), que são práticas benéficas, conforme observa-se em Berta *et al.*⁴⁴, Cluett *et al.*⁴⁵ e Smith *et al.*⁴⁶. No entanto, as PICS em bebês foram avaliadas em apenas um estudo. Apesar disso, dos artigos que abordaram boas práticas com os recém-nascidos, como contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, notaram-se proporções superiores àquelas estimadas em nível nacional, considerando os nascimentos de bebês saudáveis ocorridos em hospitais e maternidades⁴⁷.

Com relação às intervenções maternas, a episiotomia continua sendo realizada indiscriminadamente ao redor do mundo, a despeito de evidências sólidas ratificarem que se trata de um procedimento que não traz benefícios às mulheres e aos bebês^{7,48}. Amorim *et al.*⁴⁹, que avaliaram um protocolo de episiotomia zero na prática assistencial, encontraram desfechos pe-

rineais muito positivos, em que a maior parte das mulheres teve períneo íntegro ou lacerações de 1º grau sem necessidade de sutura. A presente revisão demonstrou que o uso criterioso de episiotomias nos CPNp (< 15% na maioria dos estudos) e os desfechos perineais positivos (< 0,5% de lacerações de 3º e 4º graus) se aproximam de um modelo de atenção guiado pelas melhores evidências, portanto que interfere de forma mínima na fisiologia do parto e nascimento. Já nos hospitais, conforme demonstraram Leal *et al.*⁵⁰ no Inquérito Nacional Nascer no Brasil, as episiotomias foram realizadas em 56% das parturientes de risco habitual.

Por outro lado, os percentuais de ocitocina e amniotomia nos CPNp desta revisão aproximaram-se, no geral, daqueles encontrados em hospitais⁵⁰, sendo que os maiores deles foram identificados em casas de parto que estão fisicamente no mesmo terreno que seus hospitais de referência (Sofia Feldman-MG e a extinta Casa de Maria). Já os menores percentuais (6,5% de amniotomia e 6,3% de ocitocina) apareceram na Casa Angela/SP, que está localizada a alguns minutos do seu hospital de referência e que apresenta histórico sustentável de autonomia financeira (período de 2009 a 2015).

Sobre os óbitos neonatais, é esperado que os CPNp apresentem menores índices em relação aos hospitais (tal qual ocorreu nesta revisão), haja vista a triagem rigorosa do risco obstétrico assegurada pelos critérios de admissão nas casas de parto. Isso implica dizer que há maiores chances de morte neonatal nos hospitais, porque são esses os locais de assistência ao alto risco, às malformações, às prematuridades e à maior parte das demais intercorrências materno-perinatais. Entretanto, Lansky *et al.*⁵¹ demonstraram que a mortalidade neonatal no país também apresenta relação direta com aspectos assistenciais, como a não utilização das boas práticas no parto (uso de partograma, posições maternas verticalizadas etc.), que foram quase uma exceção no inquérito. O risco de morte neonatal nos hospitais foi cinco vezes maior entre as gestantes que não receberam boas práticas no parto.

Sobre a grande variação no percentual de transferências maternas e neonatais entre os CPNp, os maiores índices estiveram presentes na Casa de Parto de Realengo/RJ, que acumulou anos de perseguições políticas e forte pressão para o encerramento de suas atividades, chegando a ser fechada temporariamente em duas ocasiões: 2009 e 2017⁵². Questiona-se, portanto, em que medida tais ameaças impactam a decisão dos profissionais sobre os critérios adotados

para as transferências maternas e neonatais. Invariavelmente, as taxas de transferências apresentadas nos estudos brasileiros são próximas daquelas encontradas em países como Austrália, Irlanda e Inglaterra⁵³⁻⁵⁵.

Muitos dos resultados dos estudos quantitativos incluídos nesta revisão corroboram os resultados qualitativos. Entre as palavras mais frequentemente descritas (Figura 3) nas pesquisas que qualificaram o modelo de atenção das casas de parto, destacamos “ambiente”, “respeito”, “vínculo”, “autonomia”, “satisfação” e “escolha”, o que permite inferir que os CPNp brasileiros não apenas atendem às diretrizes e regulamentações para seu funcionamento² como constituem-se no seio do modelo biopsicossocial de cuidado, em que mulheres e seus bebês protagonizam suas próprias histórias por meio de uma experiência mais positiva, segura e de qualidade⁷.

Conclusões

Buscando responder à questão “como se caracteriza o modelo de atenção dos CPNp brasileiros?”, esta revisão encontrou resultados que reforçam a produção de um cuidado nessas instituições pautado no modelo biopsicossocial de saúde. As casas de parto compreendem e consideram as necessidades pluridimensionais das

mulheres e outras pessoas com útero, seus bebês e familiares, por isso dispõem de estruturas física, organizacional, assistencial e filosófica que se refletem positivamente sobre a qualidade da atenção obstétrica e neonatal do país.

A produção científica sobre os CPNp brasileiros demonstra, ainda, que essas instituições de saúde desempenham papel importante na promoção de experiências positivas para mulheres durante a assistência oferecida no trabalho de parto, parto e pós-parto. No entanto, barreiras a esse modelo de cuidado ainda são uma realidade no país, exemplificadas pela subutilização dos serviços existentes em decorrência do contexto sócio-político ou pela dificuldade de expansão dos CPNp em território nacional.

Por fim, esta revisão de escopo pode identificar lacunas na literatura científica sobre os CPNp brasileiros, como estudos que comparem a assistência dessas instituições e centros obstétricos tradicionais na atenção ao risco habitual; investigação sobre o acesso e o itinerário terapêutico das mulheres às casas de parto existentes; descrição da assistência oferecida nesses locais a mulheres mais vulneráveis e outras pessoas com útero; pesquisas específicas sobre o atendimento pré-natal e puerperal oferecido nos CPNp; e estudos acerca do cuidado aos bebês nas casas de parto, incluindo dados sobre as boas práticas e as práticas integrativas e complementares em saúde.

Colaboradores

CA Aguiar contribuiu com a concepção da ideia do artigo, o tratamento e a análise de dados, liderando a escrita do manuscrito original, formatando-o e revisando sua versão final. GA Lopes realizou o tratamento e a análise dos dados e a escrita do artigo. JCC Bussadori participou da concepção da ideia e da escrita do manuscrito. N Leister contribuiu com a concepção do artigo, sua escrita e revisão. MLG Riesco e BD Alonso participaram da escrita e da revisão do artigo.

Agradecimentos

A Fernanda Berchelli Girão e Juliana Akie Takahashi.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. *Diário Oficial da União* 1999; 6 ago.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. *Diário Oficial da União* 2015; 8 jan.
3. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):627-637
4. Diniz SG, Salgado HDO, Andrezzo, HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Human Growth Dev* 2015; 25(3):377-376.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade segura: assistência ao parto normal. Um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
6. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth [Internet]. 2012. [cited 2023 5 abr]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/full>
7. World Health Organization (WHO). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO; 2018.
8. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1349-1359.
9. Rocha FR, Melo MC, Medeiros GA, Pereira EP, Boeckmann LMM, Dutra LMA. Análise da assistência ao binômio mãe-bebê em centro de parto normal. *Cogitare Enferm* 2017; 22(2):e49228.
10. Phillippi JC, Danhausen K, Alliman J, Phillippi RD. Neonatal Outcomes in the Birth Center Setting: A Systematic Review. *J Midwifery Women's Health* 2018; 63(1):68-89.
11. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, Foureur MJ, McLachlan H, Oats J, Sibbritt D, Thornton C, Homer CSE. 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; 62:240-255.
12. Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Perineal care and outcomes in a Birth Center. *Texto Contexto Enferm* 2019; 28:e20190168.
13. Medina ET, Mouta RJO, Silva SCSB, Gama SGN. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Res Soc Dev* 2020; 9(9):e854997933.
14. Leal MC, Torres JA, Domingues RMSM, Theme filha MM, Bittencourt S, Dias MAB, Pereira MN, Viellas EF, Diniz CSG, d'Orsi E, Silva AAM, Pereira APE, Bastos MH, Moreira MEL, Lansky S, Gama SGN. Nascer no Brasil: sumário executivo de pesquisa [Internet]. 2014. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/REGHID_sumario_executivo_9mar23.pdf
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, Levac D, Ng C, Sharpe JP, Wilson K, Kenny M, Warren R, Wilson C, Stelfox HT, Straus SE. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol* 2016; 16:15.
16. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2020.
17. Aguiar CA, Lopes GA, Bussadori JC, Riesco ML, Leister N. Modelo de atenção dos centros de parto normal peri-hospitalares: uma revisão de escopo [Internet]. 2022. [cited 2023 abr 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/G7DY2>
18. Aromataris E, Munn Z, editores. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. North Adelaide: JBI; 2020.
19. Peters, MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for Conducting Systematic Scoping Reviews. *Int J Evidence-Based Healthcare* 2015; 13(3):141-146.
20. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.
21. 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.
22. Santos NCPS, 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(Supl. 3):297-304.
23. Silva FMB. *Transferências maternas de uma casa de parto para o hospital: estudo caso-controle* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
24. Silva FMB, Oliveira SMJV, Bick D, Osava RHO, Nobre MRC, Schneck CA. Factors associated with maternal intrapartum transfers from a freestanding birth centre in São Paulo, Brazil: a case control study. *Midwifery* 2012; 28(5):646-652.
25. Silva FMB, Oliveira MJV, Osava RH, Auil F, Bick D, Latorre MR. A risk model to predict probability of maternal intrapartum transfers from a free-standing birth centre: PROTRIP tool. *J. Clinical Nursing* 2013; 24(7-8):1144-1146
26. Bonadio IC, Schneck CA, Pires LG, Osava RH, Silva FMB, Transferring mothers from a free-standing birth center to a reference hospital. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1301-1307.

27. Caixeiro-Brandão SMO. *Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto David Capistrano Filho à unidade de referência* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PAINEL DE MONITORAMENTO DE NASCIDOS VIVOS [Internet]. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta de estabelecimento [Internet]. [acessado 2023 ago 3]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
30. Diniz CSG. Women's movement defends birth centres in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2009; 17(34):188-189.
31. Moura CFS. *Casa de Parto David Capistrano Filho: a participação das enfermeiras nas lutas do campo obstétrico* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
32. Hauck FT. *Implantação da assistência humanizada ao parto em Juiz de Fora (1998-2001)* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2013.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 2008; 4 jun.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento*. Brasília: MS; 2018.
35. Pasche DF, Pessatti MP, Silva LBRAA, Matão MEL, Soares DB, Caramachi APC. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):887-896.
36. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência. *Diário Oficial da União* 2016; 7 out.
37. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women [Internet]. 2016. [cited 2023 abr 5]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília: MS; 2002.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jul.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 20 nov.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
42. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* 2016; 21(1):1-8.
43. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S140-S153.
44. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labour: systematic review and meta-analysis. *BMC Preg Childbirth* 2019; 19(1):466.
45. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth [Internet]. 2018. [cited 2023 abr 5]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full>
46. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour [Internet]. 2018. [cited 2023 jun 7]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3/full>
47. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S128-S139.
48. Jiang H, Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth [Internet]. 2017. [cited 2023 maio 12]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>
49. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obst Gynecol* 2014; 123:38S.
50. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha, MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S17-S32.
51. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bitencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S192-S207.

52. Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *Hist Cienc Saude Mangueiras* 2018; 25(4):1171-1183.
53. Monk AR, Grigg CP, Foureur M, Tracy M, Tracy S. Freestanding midwifery units: Maternal and neonatal outcomes following transfer. *Midwifery* 2017; 46:24-28.
54. Denker A, Smith V, McCann C, Begley C. Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study. *BMC Preg Childbirth* 2017; 17(1):101.
55. Walsh D, Spiby H, Grigg CP, Dodwell M, McCourt C, Culley L, Bishop S, Wilkinson J, Coleby D, Pacanowski L, Thornton J, Byers S. Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery* 2018; 56:9-16.

Artigo apresentado em 29/06/2023

Aprovado em 06/10/2023

Versão final apresentada em 08/10/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva