ARTIGO ORIGINAL

USO DE OCITOCINA E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADES PÚBLICAS USE OF OXYTOCIN AND ASSOCIATED FACTORS IN PUBLIC MATERNITY HOSPITALS USO DE OXITOCINA Y FACTORES ASOCIADOS EN MATERNIDADES PÚBLICAS

Giovanna Moreira de Pontes¹ , Adriana Valongo Zan² , Cátia Campaner Ferrari Bernardy³ ,
Cristina Maria Garcia de Lima Parada⁴ , Thelma Malagutti Sodré⁵ , Keli Regiane Tomeleri da
Fonseca Pinto⁶

RESUMO

Objetivo: medir a prevalência da utilização de ocitocina no trabalho de parto e parto e identificar os fatores associados. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 344 puérperas, entre janeiro e junho de 2017, por meio da análise dos prontuários. Utilizou-se, para a análise dos fatores associados, a regressão multivariada de Poisson, considerando-se $p < 5\%$. **Resultados:** registrou-se que a prevalência do uso de ocitocina foi de 50,0%. Apresentou-se o aborto anterior ($RP=0,64$; $p=0,001$) como um fator de risco, enquanto a presença de dilatação maior ou igual a cinco centímetros na internação ($RP=1,36$; $p=0,004$) e a rotura espontânea das membranas ($RP=2,33$; $p=0,003$) se mostraram fatores de proteção. **Conclusão:** observaram-se a frequência elevada do uso de ocitocina e a diferença estatisticamente significativa na presença de aborto anterior, entretanto, a presença de amniotomia espontânea e a internação das mulheres na fase ativa do trabalho de parto se apresentaram como fatores de proteção para o uso de ocitocina, evidenciando respeitar o processo fisiológico do parto.

Descritores: Ocitocina; Parto Normal; Trabalho de Parto; Trabalho de Parto Induzido; Saúde da Mulher; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

Objective: to measure the prevalence of oxytocin use in labor and childbirth and to identify the associated factors. **Method:** This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study, carried out with 344 children between January and June 2017, through the analysis of the medical records. For the analysis of the associated factors, the multivariate regression of Poisson was used, considering $p < 5\%$. **Results:** It was recorded that the prevalence of oxytocin use was 50.0%. It was presented the previous abortion ($RP=0.64$; $p=0.001$) as a risk factor, while the presence of dilatation greater or equal to five centimeters in the admission ($RP=1.36$; $p=0.004$) and the spontaneous rupture of the membranes ($RP=2.33$; $p=0.003$) were shown protective factors. **Conclusion:** The high frequency of oxytocin use and the statistically significant difference in the presence of previous abortion were observed; however, the presence of spontaneous amniotomy and the hospitalization of women in

the active phase of labor presented themselves as protective factors for the use of oxytocin, showing respect for the physiological process of childbirth.

Descriptors: Oxytocin; Normal Birth; Labor; Induced Labor; Women's Health; Maternal and Child Health.

RESUMEN

Objetivo: medir la prevalencia del uso de oxitocina en el trabajo de parto y parto e identificar los factores asociados. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con 344 puérperas, entre enero y junio de 2017, mediante el análisis de historias clínicas. Para el análisis de factores asociados se utilizó la regresión multivariante de Poisson, considerando $p < 5\%$. **Resultados:** se registró que la prevalencia del uso de oxitocina fue del 50,0%. El aborto previo (RP = 0,64; $p = 0,001$) se presentó como factor de riesgo, mientras que la presencia de dilatación mayor o igual a cinco centímetros al ingreso (RP = 1,36; $p = 0,004$) y rotura espontánea de las membranas (RP = 2,33; $p = 0,003$) fueron factores protectores. **Conclusión:** se observó la alta frecuencia de uso de oxitocina y la diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aborto previo, sin embargo, la presencia de amniotomía espontánea y la hospitalización de mujeres en la fase activa del trabajo de parto se mostraron como factores protectores para el uso de oxitocina, mostrando respeto por el proceso fisiológico del parto.

Descriptores: Oxitocina; Trabajo de parto; Trabajo de Parto Inducido; Salud de la Mujer; Salud Materno-Infantil.

---

¹Universidade Estadual de Londrina. Londrina (PR), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0003-1689-3328> ²<https://orcid.org/0000-0002-6656-8155> ³<https://orcid.org/0000-0001-9723-1857>
⁵<https://orcid.org/0000-0003-2735-6747> ⁶<https://orcid.org/0000-0003-1280-8421>
⁴Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

Como citar este artigo
Pontes GM, Zan AV, Bernardy CCF, Parada CMGL, Sodré TM, Pinto KRTF. Uso de oxitocina e fatores associados em maternidades públicas. Rev enferm UFPE on line. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e244982 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244982>

INTRODUÇÃO

Entende-se que o ciclo gravídico-puerperal é um período marcante na vida da mulher e seus familiares permeado por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. Define-se como um evento social que contempla a vida reprodutiva e uma nova experiência de sexualidade repleta de significados. Compreendia-se o processo de parturição como um evento natural a ser vivenciado no espaço domiciliar de forma íntima e privada, conduzido por parteiras e compartilhado entre os parentes, responsáveis por acolher e cuidar da puérpera e do recém-nascido, além de inseri-los na família e na comunidade.¹⁻²

Transportou-se, gradativamente, com a chegada do século XX, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial, o parto para o ambiente hospitalar. Deve-se essa mudança na assistência à parturição ao desenvolvimento teórico-prático da Obstetrícia. Verificou-se que uma intensa medicalização passou a interferir na fisiologia do corpo feminino, resultando na perda da autonomia e do protagonismo da mulher na cena do parto.³

Sabe-se que, em 1953, Vincent Du Vigneaud realizou a comercialização de uma substância, conhecida como ocitocina, permitindo o seu uso nas contrações uterinas. Nota-se que diversas pesquisas surgiram após a descoberta deste hormônio, trazendo avanços no conhecimento acerca da fisiologia do parto e da contratilidade do útero, delineando normalidades e anormalidades durante o trabalho de parto. Aponta-se, nestes estudos, que um dos maiores objetivos era definir as condições favoráveis para um parto normal rápido.⁴

Observou-se, a partir de 1990, o aumento das intervenções e do manejo ativo do trabalho de parto, ampliando os questionamentos sobre o modelo obstétrico em ambiente hospitalar, em decorrência do expressivo número de cesarianas.⁵

Indica-se a utilização da ocitocina sintética na presença de alterações ou distócias no trabalho de parto. Ressalta-se, porém, o alto risco relacionado à mãe e ao feto. Considera-se imprescindível monitorar a dinâmica uterina e o batimento cardíaco fetal, já que esta medicação foi adicionada à lista de medicamentos de alerta máximo do *Institute for Safe Medication Practice*, nos Estados Unidos, e o seu uso recomendado com a mínima frequência possível.⁶

Instituiu-se, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Salienta-se, como uma das suas finalidades, garantir os direitos de escolha da mulher, com o objetivo de se reorganizar a assistência, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções, trazendo o foco da questão para a parturiente.⁷⁻⁸

OBJETIVO

Medir a prevalência da utilização de ocitocina no trabalho de parto e parto e identificar os fatores associados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em duas maternidades públicas de referência para partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Londrina (PR). Destaca-se que este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Avaliação dos cuidados ao parto normal em maternidades públicas de um município da região Sul do Brasil".

Realizou-se a coleta de dados entre janeiro e junho de 2017 por meio de um instrumento preenchido a partir dos registros constantes nos prontuários hospitalares das parturientes selecionadas.

Consideraram-se como elegíveis para o estudo as mulheres que tiveram parto vaginal intra-hospitalar no período da coleta e que concordaram voluntariamente em participar do estudo. Escolheram-se como critérios de exclusão: condição clínica desfavorável que impossibilitasse a parturiente de participar da entrevista; a ocorrência de partos fora do ambiente hospitalar e a ausência de um responsável (para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) quando a puérpera era menor de 18 anos.

Considerou-se, para o cálculo amostral, o número total de partos normais ocorridos no ano de 2015 nas duas maternidades de estudo ($n=2.470$). Utilizou-se a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra para uma população finita, contemplando-se os seguintes parâmetros: erro amostral de 5%; intervalo de confiança de 95% e proporção de 58,5%. Determinou-se, dessa forma, que o tamanho mínimo da amostra, para que ela fosse considerada representativa desta população, seria de 325 participantes. Optou-se, no intuito de se resguardar de possíveis perdas, por se selecionar uma amostra 5% maior (344 participantes).

Utilizaram-se, como variáveis independentes, os dados sociodemográficos maternos sobre a condição obstétrica pregressa, o pré-natal, a internação para o parto, o parto e, como variável dependente, as intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto.

Elegeram-se a faixa etária (dez-19 anos, 20 a 34 anos, 35 anos ou mais), escolaridade em anos de estudo ($< \text{oito anos}$, $\geq \text{oito anos}$), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro) e ocupação (sim, não) como as variáveis sociodemográficas do estudo. Abrangeram-se como variáveis gestacionais e obstétricas pregressas: paridade (primípara, múltipara); ocorrência de abortos (sim, não) e ocorrência de cesáreas prévias (sim, não). Consideraram-se, quanto às variáveis relativas ao pré-natal, a realização de pré-natal (sim, não), número de consultas de pré-natal ($\leq \text{cinco consultas}$,

≥seis consultas) e idade gestacional no parto em semanas (<37 semanas, ≥37 semanas). Examinaram-se, relativamente à internação para o parto e ao recém-nascido, a dilatação cervical (<cinco cm, ≥cinco cm), dinâmica uterina (sim, não), estado das membranas (íntegras, rotas), situação do líquido amniótico (normal, alterado) e patologia associada (sim, não), mecônio intraparto (sim, não) e peso do recém-nascido (peso adequado, baixo peso). Definiu-se, como desfecho, o uso de ocitocina.

Executaram-se as análises no *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. Descreveram-se as características da população do estudo em frequências absolutas (n) e relativas (%). Recorreu-se, para se avaliar possíveis fatores associados com o uso de ocitocina, à regressão de Poisson, com a Razão de Prevalências (RP) como medida de associação do modelo. Procedeu-se, inicialmente, à análise bivariada entre as variáveis independentes (sociodemográficas, gestacionais e obstétricas e pré-parto) e a dependente (uso de ocitocina). Usou-se o critério *stepwise* de seleção de variáveis e aquelas que apresentaram $p < 0,20$ permaneceram na análise multivariada. Adotou-se, para se compor o modelo final, o nível de significância de $p < 5\%$. Estabeleceu-se, para todas as análises, uma categoria de referência considerada a de menor risco para a ocorrência do desfecho.

Aprovou-se o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 57408616.0.0000.5231, respeitando as exigências formais das normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Registra-se, entre as 344 puérperas incluídas no estudo, que a maioria tinha idades entre 20 e 34 anos (72,6%) e oito ou mais anos de estudo (82,6%), tinha companheiro (90,7%) e não exercia atividade remunerada (63,1%). Percebe-se, no que se refere às características obstétricas, que a maioria era multigesta (61,6%), com partos anteriores (54,1%), sem história de abortos e cesáreas anteriores (87,8% e 90,7%, respectivamente), havia realizado pré-natal (98,2%), teve seis ou mais consultas (83,3%) e apresentou evolução para o parto com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas (96,2%). Constata-se, com relação às informações associadas à internação, que a maioria apresentou dilatação cervical menor que cinco centímetros (93,1%), presença de dinâmica uterina (67,7%), integridade das membranas (73,6%), com líquido amniótico normal (97,0%) e ausência de qualquer patologia associada à gestação (80,8%). Destaca-se que não houve mecônio intraparto em 93% dos casos. Aponta-se que a grande maioria dos Recém-Nascidos (RN) apresentou peso ao nascer acima de 2500g. (95,3%).

Apresenta-se, na tabela 1, a prevalência da utilização de ocitocina no trabalho de parto e parto.

Tabela 1. Prevalência da utilização de ocitocina no trabalho de parto e parto em maternidades públicas. Londrina (PR), Brasil, 2017.

Variável		N	%
Uso de ocitocina			
Sim		172	50,0
Não		172	50,0

Dispõem-se, na tabela 2, as características sociodemográficas, obstétricas, da internação e do parto e os resultados da análise bivariada e multivariada dos fatores associados à utilização de ocitocina.

Tabela 2. Análise bivariada e multivariada das variáveis sociodemográficas, obstétricas, de internação e do parto de mulheres que tiveram parto normal em duas maternidades públicas. Londrina (PR), Brasil, 2017.

Variáveis	Análise Bivariada	p	Análise Multivariada	p
	RP (IC95%)		RP (IC95%)	
Variáveis sociodemográficas				
Faixa etária				
20 a 34 anos	1,00			
10 a 19 anos	1,23 (0,88-1,70)	0,215		
≥35 anos	0,91 (0,68-1,21)	0,529		
Anos de estudo				
>oito anos	1,00		1,00	
≤oito anos	1,20 (0,94-1,21)	0,129	1,09 (0,85-1,41)	0,473
Situação conjugal				
Com companheiro	1,00		1,00	
Sem companheiro	1,28 (0,95-1,71)	0,094	1,16 (0,86-1,57)	0,317
Ocupação				
Sim	1,00			
Não	1,15 (0,91-1,44)	0,229		
Paridade				
Múltipara	1,00		1,00	
Primípara	0,79 (0,63-1,00)	0,053	1,10 (0,72-1,67)	0,650
Abortos				

Não	1,00		1,00	
Sim	0,65 (0,52-0,82)	0,000	0,64 (0,49-0,83)	0,001
Partos anteriores				
Múltipara	1,00		1,00	
Primípara	0,82 (0,66-1,02)	0,088	0,82 (0,56-1,20)	0,320
Cesáreas anteriores				
Sim	1,00			
Não	0,87 (0,63-1,21)	0,431		
Variáveis obstétricas e da internação				
Pré-natal				
Sim	1,00			
Não	1,00 (0,44-2,24)	1,00		
Número de Consultas de pré-natal				
>6 consultas	1,00			
≤5 consultas	0,85 (0,66-1,10)	0,224		
Idade gestacional (semanas)				
<37 semanas	1,00		1,00	
≥37 semanas	0,57 (0,44-0,74)	0,000	1,23 (0,89-1,72)	0,206
Dilatação cervical				
<5 cm	1,00			
≥5 cm	0,63 (0,51-0,78)	0,000	1,36 (1,10-1,68)	0,004
Dinâmica uterina				
Sim	1,00			
Não	1,06 (0,85-1,31)	0,586		
Estado das membranas				
Íntegra	1,00			
Rota	1,54 (0,87-1,52)	0,313		
Líquido amniótico				
Normal	1,00			
Alterado	1,17 (0,49-2,77)	0,721		
Doença associada				
Não	1,00			
Sim	0,86 (0,67-1,10)	0,252		
Variáveis do parto				

Rotura de membranas				
Espontânea	1,00		1,00	
Artificial	0,39 (0,22-0,68)	0,001	2,33 (1,34-4,06)	0,003
Mecônio				
Sim	1,00		1,00	
Não	1,76 (0,93-3,32)	0,077	0,63 (0,36-1,09)	0,099
Acompanhante no trabalho de parto				
Sim	1,00		1,00	
Não	0,81 (0,64-1,02)	0,080	1,44 (0,96-2,16)	0,075
Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor				
Sim	1,00			
Não	1,17 (0,63-2,16)	0,609		
Local do parto				
Quarto	1,00			
Sala de parto ou outro local	0,86 (0,67-1,10)	0,245		
Acompanhante no parto				
Sim	1,00		1,00	
Não	0,55 (0,42-0,71)	0,000	1,09 (0,73-1,62)	0,674
Condições do períneo após o parto				
Íntegro	1,00		1,00	
Lacerado	1,23 (0,98-1,55)	0,062	0,81 (0,65-1,01)	0,071

Ressalta-se, na análise bivariada, que as variáveis anos de estudo, situação conjugal, paridade, aborto anterior, partos anteriores, idade gestacional, dilatação cervical, mecônio intraparto, roturas das membranas no parto, acompanhante no trabalho de parto, acompanhante no parto e condições do períneo após o parto apresentaram uma associação estatística com a utilização de ocitocina a um nível de significância de $p<0,20$, credenciando-se, assim, para a etapa multivariada.

Enfatiza-se, após os ajustes, que o aborto anterior ($p=0,001$) apresentou risco aumentado para a utilização de ocitocina, enquanto a presença de dilatação maior ou igual a cinco centímetros na internação ($p=0,004$) e a rotura espontânea das membranas ($p=0,003$) se mostraram fatores de proteção para a utilização de ocitocina.

Avalia-se que a utilização de ocitocina teve prevalência elevada (50,0%), considerando-se a gestação como um processo fisiológico.

Confirmaram-se taxas elevadas como a deste estudo em outras pesquisas. Apontou-se, em um estudo realizado em um hospital do Rio de Janeiro, o uso de ocitocina em 54,0% das mulheres pesquisadas.⁹ Acrescenta-se que a pesquisa Nacer no Brasil, realizada com 4.139 mulheres da região Sul do Brasil, também encontrou altas taxas do uso de ocitocina (52,2%).¹⁰ Encontrou-se, em uma pesquisa realizada em uma maternidade pública de Goiânia (GO), a prevalência de 42,7% de uso de ocitocina sintética como mecanismo para acelerar o primeiro estágio do trabalho de parto.¹¹

Utiliza-se, geralmente, a ocitocina para a indução, aceleração ou correção das alterações na evolução do trabalho de parto.¹²

Recomenda-se, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a ocitocina para acelerar o trabalho de parto seja utilizada após os cinco centímetros de dilatação e em situações seguras tanto para a mãe quanto para o feto.¹³

Ressalta-se, entretanto, que, muitas vezes, o uso da ocitocina é uma intervenção não embasada em evidências científicas, considerando-se, assim, a primeira intervenção durante o trabalho de parto, existindo a possibilidade de desencadear o “efeito cascata”, caracterizado por intervenções consecutivas interdependentes.¹⁴

Observou-se, na pesquisa Nacer no Brasil, que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas evoluíram para o parto vaginal sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto. Apontou-se, também, que 40% das mulheres de risco habitual utilizaram a ocitocina sintética, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto. Evidencia-se que o processo de parturição da mulher tem sido apressado pela equipe médica, manipulando-se o tempo e a dinâmica uterina no trabalho de parto e parto, explicando o impetuoso crescimento de intervenções como o uso da ocitocina.¹⁵

Sabe-se que o uso de ocitocina em altas doses e sem o controle adequado pode ocasionar alguns efeitos adversos na mulher, como taquissistolia, hiperestimulação e hipertonia uterina e exaustão materna, podendo levar ao rompimento do útero e, em relação ao feto, ao sofrimento fetal agudo, resultante da taquissistolia/hipertonia, que diminui a perfusão sanguínea placentária.¹⁶ Compreende-se que a infusão contínua de ocitocina também pode prolongar a duração do trabalho de parto, pois pode prejudicar a deambulação, limitando a movimentação da mulher.¹⁰ Salienta-se que os efeitos estão diretamente relacionados à dosagem e ao tempo de uso do medicamento.¹⁷⁻⁸

Verifica-se que algumas revisões sistemáticas¹⁹ apontam que o manejo ativo do trabalho de parto reduz o número de cesarianas, contudo, essa prática não deve ser utilizada como rotina em todas as mulheres, principalmente, em mulheres em que o trabalho de parto esteja progredindo bem.²⁰ Pontua-se, contudo, que outra revisão sinalizou uma fraca associação do manejo à redução na taxa de cesariana, indicando mais estudos sobre o assunto para se verificar a aceitabilidade das

parturientes, pois essa prática é muito intervencionista,²¹ podendo desencadear uma cascata de intervenções.²²

Concluiu-se, em uma revisão sistemática, que o uso precoce de ocitocina no trabalho de parto levou à hiperestimulação uterina, resultando em alterações na frequência cardíaca fetal e na diminuição do trabalho de parto, porém, não houve diferenças no número de cesarianas ou partos vaginais instrumentais, quando associados a um tratamento ou ao uso da substância no progresso lento da fase de dilatação do trabalho de parto.²³ Orienta-se, assim, que a ocitocina no período de dilatação seja utilizada na correção da dinâmica uterina, quando ocorre a falha no progresso do trabalho de parto.²⁴

Associou-se o uso de ocitocina, neste estudo, a mulheres com aborto anterior. Apresentaram-se, entretanto, as variáveis rotura espontânea de membranas e internação com dilatação igual ou superior a cinco centímetros como fatores de proteção para o uso de ocitocina.

Enfatiza-se, contudo, que não foram encontrados, na literatura, estudos comparando a relação entre a variável aborto anterior ao uso de ocitocina, talvez, pela escassez de pesquisas.

Evidencia-se, em relação à rotura espontânea das membranas, que 60% das mulheres com gestação a termo iniciam o trabalho de parto dentro de 24 horas, sendo possível utilizar a conduta expectante (esperar o início do trabalho de parto espontâneo) por um período de até 96 horas.²⁰

Mostrou-se, em estudos, acerca do uso de ocitocina relacionado à dilatação cervical, que a utilização é indicada quando o valor da dilatação cervical é >seis, no Índice de Bishop. Baseia-se este método em um escore numérico, estabelecendo critérios clínicos cervicais e identificando a altura da apresentação fetal em relação à pelve materna, para se identificar se o início das contrações uterinas efetivas pode desencadear o trabalho de parto espontâneo. Torna-se, portanto, necessário, para se iniciar o uso da ocitocina, que a parturiente esteja, ao menos, na fase latente do trabalho de parto.²⁵

Constata-se, quando a parturiente é internada com dilatação cervical acima de cinco centímetros, ou seja, na fase latente do trabalho de parto, que há um maior número de intervenções, como o uso da ocitocina.

Identifica-se, como uma limitação deste estudo, a falta de informações registradas nos prontuários. Considera-se possível que a prevalência relatada esteja subestimada, devido ao fato de o uso de ocitocina não estar registrado, ressaltando-se que os profissionais devem ter maior rigor nas anotações nos prontuários. Questiona-se, ainda, a validade externa da pesquisa, pois os dados registrados representam a prática da assistência ao parto local e, provavelmente, não devem ser generalizados em outros contextos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o uso de ocitocina apresentou prevalência elevada, resultado semelhante ao de outros estudos nacionais, demonstrando-se uma assistência ainda distante das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto.

Consideram-se necessários novos estudos, com outros desenhos metodológicos, para se analisar se a ocitocina está sendo utilizada para induzir ou conduzir o parto e identificar se o seu uso é embasado em evidências científicas.

Aponta-se que os resultados demonstraram uma diferença estatisticamente significativa relativa à presença de aborto anterior, entretanto, não foi encontrada qualquer fundamentação na literatura. Salienta-se, por outro lado, que a presença de amniotomia espontânea e a internação das mulheres na fase ativa do trabalho de parto se apresentaram como fatores de proteção para o uso de ocitocina, evidenciando respeitar o processo fisiológico do parto.

REFERÊNCIAS

1. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. *Rev Bras Enferm.* 2014 Mar/Apr; 67(2):282-9. DOI: 10.5935/0034-7167.20140038
2. Castro CM. The meanings of planned home birth for women from the municipality of Sao Paulo. *Cad Saúde Colet.* 2015 Jan/Mar; 23(1):69-75. DOI: 10.1590/1414-462X201500010012
3. Pinheiro BC, Bittar CML. Perceptions, expectations and knowledge about the normal delivery: experience reports of mothers and health professionals. *Aletheia [Internet]*. 2012 Jan/Apr [cited 2019 Nov 07]; 37:212-27. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>
4. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2018 Oct/Dec; 25(4):979-98. DOI:10.1590/S0104-59702018000500006
5. Schneck CA, Riesco MLG, Boandiol IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Maternal and neonatal outcomes at an alongside birth center and at a hospital. *Rev Saúde Pública.* 2012 Feb; 46(1):77-86. DOI: 10.1590/S0034-89102012000100010
6. Sousa AMM, Souza KV, Resende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016 Apr/June; 20(2):324-31. DOI: 10.5935/1414-8145.20160044
7. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Texto contexto-enferm.* 2012 Apr/June; 21(2):329-37. DOI: 10.1590/S0104-07072012000200010

8. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017 Aug; 21(4):e20160366. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0366
9. Reis CSC, Souza DOM, Progiante JM, Vargens OMC. The practices used in hospital deliveries attended by nurse midwives. *Enferm Obst [Internet]*. 2014 Jan/Apr [cited 2019 Nov 07]; 1(1):7-11. Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/viewFile/3/1>
10. Monguilhott JJC, Bruggemann OM, Freitas PF, D'orsi E. Nacer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018 Jan; 52:1. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052006258
11. Oliveira LB, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Perineal laceration associated with the use of exogenous oxytocin laceración perineal asociada al uso de la oxitocina exógena. *J Nurs UFPE on line*. 2010 June; 11(6):2273-8. DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201703
12. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nocolini AB, Alvares AS, Corrêa ÁCP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2016 June/July; 69(6):1091-8. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0295
13. World Health Organization. Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Nov 07]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
14. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Quest Saúde Reprod [Internet]*. 2006 Jan. [cited 2019 Oct 13]; 1(1):80-91. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo
15. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl):S1-31. DOI: 10.1590/0102-311X00151513
16. Lovold A, Stanton C. Use of oxytocin and misoprostol for induction or augmentation of labor in low-resource settings [Internet]. Washington: Department of Population, Family and Reproductive Health; 2008 [cited 2019 Nov 7]. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/read/33579583/use-of-oxytocin-and-misoprostol-for-induction-or-popphi>
17. Jonsson M. Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study. *BMC Pregnancy Child*. 2015 June; 15:136. DOI: 10.1186/s12884-015-0566-4

18. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, et al. Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Child.* 2011 Oct; 11:84. DOI: 10.1186/1471-2393-11-84
19. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug; 2:CD006794. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub2
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
21. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct; 4:CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub2
22. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Characteristics of labor and delivery care in three healthcare models within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2011 Sept; 27(9):1789-800. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000900012
23. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 July; 7: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub2
24. 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: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Aug 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
25. Souza GN, Sakita M, Lopes V, Ferreira DQ, Mohamed SHM, Souza E. Methods of induction of labour. *Femina* [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2019 Oct 13]; 41(1):47-54. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3781.pdf>

Correspondência

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

E-mail: tomeleri@yahoo.com.br

Submissão: 14/04/2020

Aceito: 21/12/2020

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual 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 recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.