



## Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência

Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity

Bruna Marques de Melo<sup>1</sup>, Linicarla Fabiole de Souza Gomes<sup>2</sup>, Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques<sup>2</sup>, Sâmua Kelen Mendes de Lima<sup>3</sup>, Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>3</sup>

**Objetivo:** descrever a implementação das boas práticas de atenção ao parto em uma maternidade de referência. **Métodos:** estudo documental, descritivo, com 300 Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento. Os dados foram reunidos em tabelas e submetidos à análise descritiva e numérica inferencial. **Resultados:** na categoria A observou-se que, 48,3% dos partos tiveram o preenchimento do partograma; 84,0% das parturientes não utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor; 67,0% permaneceu em dieta zero durante o trabalho de parto; 84,7% não teve acompanhante no pré-parto, parto e pós parto; 57,0% realizou contato pele a pele; e 65,3% amamentou em sala de parto. Na categoria B encontrou-se que 54,0% das parturientes permaneceu em venoclise; 60,7% permaneceu na posição semi-sentada no período expulsivo; e foi realizada tricotomia em 14,7% das mulheres. **Conclusão:** algumas práticas demonstradamente úteis no parto ainda são pouco implementadas, enquanto outras prejudiciais ou ineficazes continuam sendo executadas.

**Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Parto Normal; Humanização da Assistência.

**Objective:** to describe the implementation of good practices of attention to labor at a reference maternity. **Methods:** descriptive, documentary study, with 300 Forms for Monitoring Assistance to Labor and Birth. The data were gathered on tables and submitted to descriptive and numerical inferential analysis. **Results:** in category A we observed that 48.3% of the births filled the partogram; 84.0% of women did not use pharmacological methods for pain relief; 67.0% remained at zero diet during labor; 84.7% had no companion during labor, delivery and after giving birth; 57.0% had skin-to-skin contact; and 65.3% breast-fed in the delivery room. In category B it was found that 54.0% of women remained in venoclysis; 60.7% remained in semi-sit position in the expulsive period; and 14.7% women were shaved. **Conclusion:** some practices proved useful in childbirth are still not implemented in many cases, while others that are harmful or ineffective are still being carried out.

**Descriptors:** Obstetric Nursing; Natural Childbirth. Humanization of Assistance.

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Bruna Marques de Melo  
Rua Capitão Pinto de Mesquita, 135, Itaperi, CEP: 60714145. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: brunamelo8989@gmail.com

## Introdução

Tradicionalmente, o parto era um evento familiar, centrado na mulher e no seu protagonismo, no qual as parteiras prestavam a assistência necessária ao binômio mãe e filho no ambiente domiciliar. Porém, devido às influências hospitalocêntricas do século XIX, o parto passou a ser considerado patológico, ocasionando a medicalização desse momento e despessoalizando a mulher<sup>(1)</sup>.

Juntamente com as mudanças na história da assistência ao parto, houve os aumentos nos índices de morbimortalidade materna e neonatal. No Brasil, a Razão da Mortalidade Materna corrigida foi de 70 óbitos por 100 mil em 2010. No Ceará, a média da Razão da Mortalidade Materna foi de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no mesmo período, números bem acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde<sup>(2)</sup>.

Visando a diminuição desses índices e uma assistência obstétrica de qualidade, foram criadas estratégias que buscam uma atenção humanizada por meio de boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

A inserção das boas práticas foi uma das estratégias executadas pela Rede Cegonha para garantir a qualidade da assistência ao componente parto e nascimento<sup>(3)</sup>. Essas práticas foram instituídas em 1985 pela Organização Mundial da Saúde que em 1996 elaborou uma classificação das práticas frequentes na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto<sup>(4)</sup>.

Essa classificação foi distribuída em quatro categorias são elas: categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado<sup>(4)</sup>.

Esse contexto evidencia a necessidade de realizar estudos que avaliem a implementação das boas práticas no cenário da assistência ao parto e nascimento de modo que se possa vislumbrar o que está sendo implementado de forma positiva bem como verificar lacunas e fragilidades nesta implementação, tornando-se, assim, viável colaborar com a realidade da assistência obstétrica do Brasil e a promoção da saúde do binômio mãe e filho.

Perante a problemática levantou-se o seguinte questionamento: Como está a implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de referência do estado? O estudo objetivou descrever a implementação das boas práticas de atenção ao parto em uma maternidade de referência.

## Métodos

O presente estudo foi do tipo documental, realizado em prontuário, descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Ocorreu na sala de parto de um hospital de grande densidade tecnológica que se dedica ao ensino e assistência à saúde. Trata-se de uma instituição de alta complexidade, sendo referência no estado do Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, bem como campo de atuação da Residência em Enfermagem Obstétrica.

Os dados foram extraídos das Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento das mulheres que tiveram parto vaginal na referida maternidade no período de janeiro a dezembro de 2014.

De acordo com os dados da produção assistencial da referida instituição disponível no site da mesma, neste período foram realizados 3.517 partos, dos quais, 1.359 foram partos normais e 2.158 cesarianas. De modo que a população do presente estudo foi de 1.359 Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento.

Para cálculo amostral foram estabelecidos para a definição do seu tamanho um intervalo de confian-

ça de 95,0%, um nível de significância de 0,05 (erro amostral) e uma prevalência de 50,0%. Obtendo, após realização dos cálculos, uma amostra de 300 fichas.

Foram incluídas neste estudo fichas de mulheres que pariram via vaginal, as quais englobam indicadores relativos às boas práticas do parto e nascimento das usuárias. E foram excluídas fichas que apresentaram ausência de assinatura do profissional que finalizou o preenchimento, fichas de mulheres em trabalho de parto com conceito morto e fichas de mulheres que pariram no trajeto para o hospital ou em domicílio por não conterem as informações pertinentes ao estudo.

Primeiramente, as fichas foram separadas em dois grupos, as de parto normal e as de parto cesáreo, posteriormente, as fichas de parto normal foram colocadas na ordem crescente da data que ocorreu o parto e enumeradas para, finalmente, realizar-se um sorteio através de uma tabela de números aleatórios, possibilitando que todas tivessem a mesma chance de entrar no estudo. Após a enumeração das fichas, ficaram ao todo 1.165 fichas de mulheres que tiveram parto normal, foram excluídas 46 fichas mulheres em trabalho de parto com conceito morto, 8 fichas de mulheres que pariram no trajeto para o hospital e 140 fichas que não foram assinadas pelo profissional que preencheu e dessas foram sorteadas as 300 da amostra.

Foram discutidas apenas as categorias A e B das boas práticas por apresentarem medidas que devem ser adotadas e abolidas na prática obstétrica, respectivamente.

O instrumento de coleta de dados foi do tipo formulário elaborado pela pesquisadora contendo a caracterização da amostra e os dados relativos à implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento propostos pela Organização Mundial da Saúde e contemplados na ficha de monitoramento da instituição.

A disposição dos dados seguiu a técnica quantitativa. Para tal, as informações foram compiladas no Microsoft Excel 2007. Os dados foram reunidos em tabelas, submetidos à análise descritiva e numérica inferencial, da mesma maneira que foram analisados

à luz da literatura.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

O número de fichas de monitoramento investigadas nesse estudo foram 300, porém em algumas variáveis foram encontradas quantidades elevadas de informações em branco, demonstrando falhas no preenchimento das fichas.

A seguir será apresentada a implementação das boas práticas ao parto e nascimento, categorias A e B, nas Tabelas 1 e 2 respectivamente.

**Tabela 1** - Implementação das boas práticas ao parto e nascimento de acordo com a Categoria A das recomendações da Organização Mundial da Saúde

Variáveis	n(%)	Intervalo de Confiança
Preenchimento do partograma		
Sim	145(48,3)	42,6 - 54,1
Não	50(16,7)	12,6 - 21,3
Não informado	105(35,0)	29,6 - 40,6
Tipo de dieta		
Líquida	80(26,7)	21,7 - 32,0
Zero	201(67,0)	61,3 - 72,2
Não informado	19(6,3)	3,8 - 9,7
Métodos não farmacológicos para alívio da dor		
Sim	34(11,3)	7,9 - 15,4
Não	252(84,0)	79,3 - 87,9
Não informado	14(4,6)	40,2 - 51,8
Tipos de métodos não farmacológicos para alívio da dor (n=65)		
Bola Suíça	5(7,7)	4,9 - 11,2
Chuveiro	6(9,2)	6,2 - 13,2
Massagem	25(38,5)	33,1 - 44,4
Cavalinho	12(18,5)	14,4 - 23,5
Exercícios	3(4,6)	2,5 - 7,7
Não informado	14(21,5)	17,1 - 26,7
Acompanhante de livre escolha		
Sim	43(14,3)	10,5 - 18,8
Não	254(84,7)	80,0 - 88,5
Não informado	3(1,0)	0,2 - 2,8
Liberdade de posição e movimento		
Sim	164(54,7)	48,8 - 60,3
Não	70(23,3)	18,6 - 28,5
Não informado	66(22,0)	17,4 - 27,1
Contato pele-a-pele ininterrupto da mãe e recém-nascido		
Sim	171(57,0)	51,1 - 62,6
Não	72(24,0)	19,2 - 29,2
Não informado	57(19,0)	14,7 - 23,9
Amamentação na sala de parto		
Sim	196(65,3)	59,6 - 70,7
Não	93(31,0)	25,8 - 36,5
Não informado	11(3,7)	18,4 - 64,6
<b>Total</b>	<b>300(100,0)</b>	

Com relação ao grupo A das boas práticas foi possível constatar que alguns pontos importantes foram avaliados positivamente, como a utilização do partograma, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o contato pele-a-pele ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido e a amamentação na sala de parto.

Contudo, alguns pontos importantes não tiveram avaliação favorável, como a manutenção da dieta zero, a pouca utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto e a impossibilidade da parturiente em ter ao seu lado um acompanhante de sua escolha.

Ressalta-se, ainda, que alguns itens das fichas foram ignorados pelos profissionais, impossibilitando a avaliação do mesmo quanto a estar de acordo com as boas práticas.

**Tabela 2** - Implementação das boas práticas ao parto e nascimento de acordo com a Categoria B das recomendações da Organização Mundial da Saúde

Variáveis	n(%)	Intervalo de Confiança
Venóclise		
Sim	162(54,0)	48,2 - 59,7
Não	118(39,3)	33,7- 45,1
Não informado	20(6,7)	4,1 - 10,1
Enema		
Não	285(95,0)	91,8 - 97,1
Não informado	15(5,0)	2,8 - 8,1
Tricotomia		
Sim	44(14,7)	10,8 - 19,2
Não	239(79,9)	75,0 - 84,3
Não informado	17(5,6)	3,3 - 8,9
Posição no período expulsivo		
Cócoras	1(0,3)	0,0 - 1,8
Semi-sentada	182(60,7)	54,8 - 66,2
Decúbito lateral	2(0,7)	0,0 - 2,3
Litotomia	9(19,7)	15,3 - 24,6
Outros	1(0,3)	0,0 - 1,8
Não informado	5(18,3)	14,1 - 23,1
Total	300(100,0)	

No tocante à categoria B das boas práticas, encontrou-se que algumas práticas comprovadamente não recomendadas ainda permanecem sendo realizadas como rotina, á exemplo tem-se: venóclise, tricotomia e posição litotômica durante o período expulsivo.

Em contrapartida, percebe-se que o enema constitui um procedimento pouco realizado e a maioria das mulheres adotou uma postura ativa, semisen-tada, durante o período expulsivo.

## Discussão

A limitação encontrada no presente estudo foi a elevada quantidade de informações em branco nas fichas de monitoramento, demonstrando falhas no preenchimento das fichas pelos profissionais, o que prejudica a coleta adequada dos dados e o desenvolvimento de estudos qualificados que visem a melhoria da atenção a saúde do binômio mãe e filho.

No que se refere à categoria A, a utilização do partograma é uma recomendação do Ministério da Saúde e as pesquisas têm mostrado a importância desse instrumento no diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto, possibilitando a realização de intervenções em tempo hábil, garantindo o bem-estar materno-fetal<sup>(5)</sup>. Porém, no presente estudo encontrou-se apenas 48,3% dos prontuários com partograma preenchido.

Vale ressaltar que o acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve ser feito por meio do partograma para que seja possível diagnosticar as possíveis alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a sua resolução<sup>(6)</sup>.

Estudo que objetivou avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto normal constatou a presença de partograma nos prontuários em apenas 28,5% dos casos, com 13,0% desses sem qualquer anotação, refletindo a pouca importância dada a esse instrumento<sup>(7)</sup>.

Em relação à prática comum de se coibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao medo de aspiração de conteúdo

estomacal durante uma anestesia. Entretanto, o risco está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações<sup>(5)</sup>.

Pesquisa realizada com 10 parturientes, em Hospital Universitário de Minas Gerais, apontou que apenas 25,2% das mulheres foram alimentadas durante o trabalho de parto e somente 26,7% receberam a aplicação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, demonstrando que essas práticas ainda sofrem resistência por parte dos profissionais que prestam assistência às parturientes, apesar das recomendações e dos estudos que estimulam a adesão<sup>(6)</sup>.

Referente à dor no parto, para a maioria, alguma forma de alívio pode ser necessária. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), técnicas de respiração e relaxamento, deambulação ativa, toques confortantes, utilização das bolas e cavalinhos, exercícios e outras medidas de suporte físico e emocional devem ser utilizadas para alívio da dor<sup>(5)</sup>.

Nem todas as estratégias não farmacológicas são eficazes, mas diminuem o uso de drogas analgésicas e a administração de ocitocina nas parturientes, sem cursar com efeitos adversos prejudiciais à parturiente e ao feto<sup>(9)</sup>.

Diversos estudos comprovam a importância do acompanhante no processo de parturição. Um deles, realizado em um hospital secundário de Fortaleza, concluiu que o cuidado proporcionado pelos acompanhantes contribuiu para a humanização do parto e nascimento, como também trouxe conforto, calma e segurança, aliviando a tensão das parturientes<sup>(8)</sup>.

Pesquisa que avaliou a qualidade da assistência aos partos normais realizados em Goiânia, apenas 19,5% das parturientes tiveram acompanhante de livre escolha no momento do trabalho de parto<sup>(7)</sup>. Fato que corrobora com os achados do presente estudo, no qual a maioria (84,7%) das mulheres não teve o acom-

panhante de sua escolha no momento do parto.

Na maioria das maternidades, a mulher ainda é coibida a permanecer deitada, em decúbito lateral esquerdo, durante o trabalho de parto. Embora, esta posição possa permitir uma melhor oxigenação fetal em comparação com o decúbito lateral direito e a posição supina, a permissão para que ela escolha a posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, não oferece maior risco, além de proporcionar menor duração do trabalho de parto e diminuir a necessidade de analgesia<sup>(10)</sup>.

Referente ao aleitamento pós-natal e ao contato pele-a-pele, recomenda-se ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, encorajando-as a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados. Portanto, sabe-se da importância dessas duas práticas serem realizadas ainda na sala de parto na primeira hora do nascimento<sup>(11)</sup>.

Esse contato precoce significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe com o intuito de favorecer a adaptação na transição do espaço intra para o extrauterino, incentivando a amamentação imediatamente após o parto<sup>(12)</sup>.

Em um estudo realizado numa maternidade terciária de João Pessoa, que buscou identificar a prevalência do cumprimento do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo meia hora, verificou-se que em pouco mais de 50,0% dos casos foi realizado o contato pele a pele entre a mãe e o bebê<sup>(13)</sup>.

Diante do exposto, podemos observar que essas práticas devem ter uma maior adesão por parte dos profissionais, visto que existem evidências científicas que mostram o quanto elas são benéficas para o binômio mãe e filho.

No que se refere à categoria B, é de conhecimento científico que as práticas listadas nessa categoria são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser

eliminadas, dentre elas encontram-se: uso rotineiro de tricotomia, infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e uso de rotina da posição de litotomia<sup>(4)</sup>.

O uso rotineiro de venóclise dificulta a liberdade de posição e deambulação das parturientes. Sabe-se que as posições não supinas devem ser estimuladas facilitando o processo e proporcionando um maior conforto para a gestante<sup>(5)</sup>.

Outros estudos tem trazido recomendações para evitar técnicas consideradas prejudiciais como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia de rotina e a indução do parto<sup>(13-14)</sup>.

Um estudo realizado numa maternidade pública de Teresina constatou que não foi prescrito o uso de tricotomia para nenhuma parturiente, o uso de venóclise foi de apenas 7,7% e os partos na posição ginecológica foram de 95,6%<sup>(15)</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, corroborando com achados de outros estudos, ainda persistem as intervenções desnecessárias e sem critérios na assistência ao parto, fato que coincide com taxas de mortalidade materna elevadas, no panorama nacional e internacional<sup>(4)</sup>.

Baseado nos expostos, torna-se evidente a necessidade de mudança no panorama da assistência ao parto normal, devendo ser substituídas as práticas sem evidências e com evidência comprovadamente prejudiciais, por práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, visando a promoção de um ambiente de parto saudável e com todo o aparato adequado para o bem-estar materno e fetal durante o processo de parturição.

## Conclusão

Com relação à categoria A que é composta por práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas observou-se que a maioria das práticas ainda são pouco implementadas. Mais de 80,0% das mulheres não tiveram acompanhante durante o parto e nem receberam a aplicação de métodos não farmacológicos

para o alívio da dor. Sobre a categoria B formada por práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas constatou-se que os índices de realização de tricotomia (14,7%) são baixos, demonstrando que não há um uso rotineiro dessa prática, porém existe, ainda, um percentual alto de mulheres que são mantidas em venóclise (54,0%) e que parem na posição semi-sentada (60,7%).

## Colaborações

Melo BM contribuiu com a concepção do projeto, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Henrique ACPT e Lima SKM contribuíram com a revisão crítica do conteúdo intelectual. Gomes LFS e Damasceno AKC contribuíram para aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Lima PVSF, Soares ML, Fróes GDR, Machado JR, Santos SM, Alves ED. Liga de humanização do parto e nascimento da Universidade de Brasília: relato de experiência. *Gestão Saúde*. 2015; 6(3):2783-98.
2. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Informe epidemiológico mortalidade materna. Fortaleza: SESA; 2015.
3. Guerra HS, Hirayama AB, Silva AKC, Oliveira BJS, Oliveira JFJ. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. *Iniciaç Cient CESUMAR*. 2016; 18(1):73-80.
4. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015. 49(6):890-8.
5. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(3):524-30.

7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl):17-47.
8. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter Pesq*. 2012; 19(3):210-4.
9. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. La contribución del acompañante para la humanización del parto y nacimiento: percepciones de mujeres después del parto. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(2):262-9.
10. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. *Rev Dor [Internet]*. 2014 [cited 2017 fev 07]; 15(4):253-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_rtttext&pid=S180600132014000400253&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_rtttext&pid=S180600132014000400253&lng=en). Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140054>
11. Leite MFFS, Barbosa PA, Olivindo, DDF, Ximenes VL. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2016; 20(2):137-43.
12. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2):202-07. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>
13. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Skin-to-skin contact at birth: a challenge for promoting breastfeeding in a “Baby Friendly” public maternity hospital in northeast Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(2):281-90.
14. Oreano JM, Brüggemann OM, Velho MB, Monticelli M. Visão de puérperas sobre a utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Cienc Cuid Saúde*. 2014; 13(1):128-36.
15. Ribeiro JF, Nascimento SS, Brito IA, Luz VLES, Coêlho DMM, Araújo KRS. Evaluation of delivery care in a tertiary maternity in the interior of State of São Paulo, Brazil. *Rev Eletr Gestão Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2017 jan 13]; 7(1):65-81. Available from: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18887/pdf\\_122](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18887/pdf_122)