

PRÁTICAS PREJUDICIAIS AO PARTO: RELATO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DO SUL DO BRASIL

PRACTICES WHICH ARE HARMFUL TO DELIVERY: REPORT OF HEALTH WORKERS FROM THE SOUTH OF BRAZIL

PRÁCTICAS NOCIVAS PARA EL PARTO: RELATO DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SUR DE BRASIL

VANESSA FRANCO DE CARVALHO¹
NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER²
JOSEFINE BUSANELLO³
MARILICE MAGROSKI GOMES DA COSTA⁴
BRUNA GOULART GONÇALVES⁵
VANESSA FRANCO DE QUADROS⁶

Este estudo tem por objetivo identificar a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal em um hospital universitário do sul do Brasil, a partir do relato dos trabalhadores de saúde do local. Pesquisa do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida por meio de entrevistas com 23 trabalhadores, entre julho/2008 e outubro/2009. Foi efetuada análise descritiva dos dados estabelecendo-se correlação com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Evidenciou-se que a maioria dos trabalhadores emprega práticas consideradas prejudiciais ao parto, como episiotomia, posição de litotomia, tricotomia e utilização de ocitocina. A única prática em desuso na unidade em estudo foi o enteroclisma. Para que esta realidade seja transformada, é necessário que haja investimento em cursos de aperfeiçoamento e em experiências bem sucedidas de partos naturais.

DESCRITORES: Parto Normal; Trabalhadores; Assistência à Saúde; Enfermagem; Saúde da Mulher.

This study aims to identify the use of practices characterized as harmful in normal childbirth in a university hospital in southern Brazil, according to local workers' reports. This exploratory-descriptive research was developed through interviews with 23 workers between July 2008 and October 2009. A descriptive analysis was made of the data correlation, established with World Health Organization and Ministry of Health recommendations. It was made evident that most workers applied practices considered detrimental to parturition, such as: episiotomy, shaving and use of oxytocin. The only practice in disuse in the unit under studied was the enteroclysis. In order to change this reality, there must be investment in training courses and successful experiences of natural childbirth.

DESCRIPTORS: Natural Childbirth; Workers; Delivery of Health Care; Nursing; Women's Health.

Este estudio tiene como objetivo identificar el uso de prácticas clasificadas perjudiciales en el parto normal, en un hospital universitario del sur de Brasil, a partir del relato de los profesionales de salud del local. Investigación de tipo exploratoria-descriptiva, desarrollada a través de entrevistas con 23 profesionales entre julio/2008 y octubre/2009. Se realizó un análisis descriptivo de los datos instaurándose correlación con las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y del Ministerio de Salud Pública. Se comprobó que la mayoría de los profesionales emplea prácticas consideradas perjudiciales para el parto, como episiotomía, posición de litotomía, tricotomía y el uso de oxitocina. La única práctica en desuso en la unidad en estudio fue el enteroclisma. Para cambiar esta realidad, es necesario que haya inversión en cursos de perfeccionamiento y en experiencias exitosas de partos naturales.

DESCRIPTORES: Parto Normal; Trabajadores; Prestación de Atención de Salud; Enfermería; Salud de la Mujer.

¹ Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rua América, 07. Bairro São Paulo. Rio Grande/RS. Brasil. E-mail: va_carvalho@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Brasil. E-mail: nalu@vetorial.net

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. General Osório SN. Brasil. Rio Grande/RS E-mail: josefinebusanello@hotmail.com

⁴ Médica. Mestre em Pediatria. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Brasil. E-mail: marimgc@vetorial.net

⁵ Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Bolsista PIBIC-CNPq — FURG. Brasil. E-mail: brunagoncalves@gmail.com

⁶ Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Endereço: Visconde do Rio Branco, 447. Cidade Nova. Rio Grande/RS. Brasil. E-mail: vaneenferma@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência ao parto normal, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, elaborou um guia prático com recomendações fundamentadas em evidências científicas⁽¹⁾. O Ministério da Saúde (MS) passou a incorporar essas medidas no final da década de 1990 em programas e propostas de atenção em saúde voltadas para o processo de parturição⁽²⁾.

Assim, de acordo com a OMS, as práticas para o parto normal são divididas em quatro categorias: práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas no parto normal que não existem evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado⁽¹⁾.

Essas recomendações da OMS tem como finalidade direcionar as ações dos trabalhadores da saúde nesse contexto de atenção. Preconizam que as parturientes sejam avaliadas constantemente, em relação aos riscos e evolução do trabalho de parto, evitando assim, o uso excessivo de técnicas que podem ser desnecessárias e, muitas vezes, prejudiciais à mulher e ao seu bebê⁽¹⁾.

Mesmo após a publicação da OMS e do MS normatizando a assistência para o parto normal, alguns estudos⁽³⁻⁶⁾ mostram que algumas práticas permanecem sendo realizadas rotineiramente na assistência ao parto normal, apesar das evidências científicas comprovarem seus malefícios. Uma pesquisa realizada em um Hospital Escola no interior de Minas Gerais evidenciou que as mulheres são submetidas a rotinas e intervenções obstétricas desnecessárias, sem receberem informações sobre tais práticas. Essa situação revela os riscos aos quais as mulheres estão sendo submetidas e, o controle que os trabalhadores de saúde

de detêm sobre elas, excluindo-as das decisões sobre seu corpo e processo reprodutivo⁽³⁾.

Algumas práticas, classificadas pela OMS e MS como prejudiciais, e utilizadas no momento do parto, além de gerarem danos e complicações físicas à parturiente, também podem repercutir negativamente no estado emocional dessas mulheres. Um estudo desenvolvido em uma maternidade pública de Goiás constatou, a partir do relato das parturientes, que fatores assistenciais, como a posição ginecológica durante o parto, e fatores fisiológicos, como a restrição de líquidos no pré parto, podem acometer as mulheres ao estresse e desconforto no processo de parturição⁽⁴⁾.

Em uma pesquisa desenvolvida no Paraná foi verificada a prescrição rotineira de jejum, enema e retirada de pêlos, o que de acordo com os pesquisadores, demonstra a falta de embasamento científico da assistência oferecida nesse serviço. A principal justificativa para a utilização padronizada de tais práticas está associada à eventualidade de intercorrências, em especial a evolução para o parto cesárea. Esse fato revela que a mulher não é assistida individualmente, e as técnicas e procedimentos são generalizados, sendo o parto considerado um evento passível de práticas intervencionistas⁽⁵⁾.

Outra prática considerada prejudicial e que tem sido identificada em altos índices, é a episiotomia, constituindo-se como um procedimento rotineiro que, no entendimento dos trabalhadores da saúde, está relacionado à redução da morbidade materna e fetal. A episiotomia pode trazer desvantagens quando utilizada sem respeitar critérios individuais de indicação, pois, com base nas evidências científicas, essa prática está associada ao maior risco de laceração severa⁽⁶⁾.

Esse panorama da assistência ao parto, descrito nos estudos científicos⁽³⁻⁶⁾ acerca dessa temática, revela que as práticas consideradas prejudiciais no parto normal permanecem sendo desenvolvidas em diversos contextos da atenção ao parto, caracterizando uma assistência de risco à parturiente. Existem vários fatores que influenciam na predominância dessas práticas,

dentre eles a própria organização do sistema e das instituições de saúde. No entanto, entende-se que os trabalhadores da saúde têm grande importância na implementação do parto baseado em evidências científicas, considerando que estes são os principais mediadores desse processo, sendo assim, essencial seu envolvimento para tornar o parto o mais natural possível⁽⁷⁾.

Diante da importância do envolvimento do trabalhador da saúde no processo de parturição e, assim, a possibilidade de efetivar uma assistência baseada em evidências científicas, o presente estudo tem por objetivo identificar a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal em um hospital universitário do sul do Brasil, a partir do relato dos trabalhadores de saúde do local.

METODOLOGIA

Este estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido no período de julho de 2008 a outubro de 2009. Os sujeitos foram todos os trabalhadores de saúde efetivos de um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, totalizando 23 sujeitos, sendo esses seis médicos obstetras, também chamados de preceptores, seis médicos residentes do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia, cinco enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

A coleta de dados através de entrevista semi-estruturada foi realizada por acadêmicos de Enfermagem, previamente treinados, no ambiente de trabalho e em horários acordados com os próprios trabalhadores. O instrumento de coleta de dados contemplou, além da identificação e categoria profissional dos trabalhadores da saúde, questionamentos sobre a utilização das práticas consideradas prejudiciais ao parto normal pela OMS. Foi investigado o uso rotineiro de enteroclisma, tricotomia e ocitocina no pré-parto; e o uso da posição de litotomia e episiotomia no parto.

O estudo obteve autorização para seu desenvolvimento no Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS) da

FURG, sob o parecer número 31/2008. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido contendo os objetivos da pesquisa. Foi assegurado o anonimato dos sujeitos e sigilo dos dados coletados, o direito de não participação no estudo, e esclarecidos os riscos e benefícios esperados com a pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, com autorização dos sujeitos e, posteriormente, transcritas. A partir dos achados, foi elaborado um esquema de codificação dos dados, e para uma melhor visualização das práticas classificadas como prejudiciais, os dados foram apresentados em forma de tabela. Posteriormente, foi efetuada uma análise descritiva dos dados, estabelecendo-se correlação com as recomendações da OMS, MS e outros estudos desenvolvidos nessa área.

RESULTADOS

Na Tabela 1, são apresentados os dados coletados acerca do desenvolvimento das práticas consideradas prejudiciais ao parto normal pela OMS e MS, a partir dos relatos dos trabalhadores de saúde atuantes no Centro Obstétrico investigado.

Tabela 1 — Distribuição das práticas consideradas prejudiciais ao parto normal, segundo os trabalhadores de saúde no Centro Obstétrico. Rio Grande do Sul, RS, Brasil, 2009

Práticas	N*	%
Tricotomia de rotina		
Sim	16	69,56
Não	07	30,43
Enteroclisma de rotina		
Sim	01	4,34
Não	22	95,66
Posicionamento no parto		
Litotomia	23	100
Outras posições	-	-
Episiotomia de rotina		
Sim	19	82,60
Não	04	17,39
Infusão de ocitocina		
Sim	21	91,30
Não	02	8,69

* N= 23

De acordo com a Tabela 1, observa-se que a maioria dos trabalhadores de saúde, quase 70% deles, realiza a prática de tricotomia rotineiramente. A episiotomia, para mais de 80% dos trabalhadores, é considerada um procedimento padronizado no atendimento ao parto.

Ainda na Tabela 1, evidencia-se que o emprego do enterocлизма no pré-parto, é uma prática em desuso na unidade, sendo que apenas um (01) trabalhador de saúde, médico residente, referiu que o procedimento é realizado rotineiramente. A litotomia é a única posição adotada no parto, segundo os trabalhadores de saúde dessa unidade, inexistindo referências acerca de outras posições, como por exemplo, cócoras.

A infusão de soro com ocitócitos nas parturientes, de acordo com mais de 90% dos trabalhadores de saúde, é realizada rotineiramente. No entanto, é importante considerar que os trabalhadores de saúde não relataram e nem foi questionado, o momento do trabalho de parto no qual é utilizada essa medicação.

DISCUSSÃO

Ao analisar o desenvolvimento das práticas prejudiciais ao parto normal pelos trabalhadores de saúde do serviço investigado, evidencia-se que a tricotomia é realizada rotineiramente no pré-parto e, infelizmente, esta não é uma conduta exclusiva dos trabalhadores da unidade em estudo. Em outros hospitais o emprego desta técnica também é rotineiro, como demonstrado em estudo realizado em maternidades do interior de São Paulo, identificando a tricotomia como um procedimento padronizado no atendimento à parturição em mais de 70% dos casos⁽⁸⁾.

De acordo com a OMS e o MS, a utilização da tricotomia está atrelada ao entendimento de que essa prática possa reduzir o risco de infecção na episiotomia, facilitar a episiorrafia e produzir uma melhor higiene no pós-parto. No entanto, ainda não há comprovações e evidências científicas a favor dessas suposições⁽¹⁻²⁾.

O uso rotineiro dessa prática pode inclusive aumentar o risco de infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da hepatite, tanto para o parceiro, quanto para a parturiente⁽¹⁾.

Algumas instituições de atenção ao parto, ao perceberem essas desvantagens da tricotomia, já a eliminaram de sua rotina, e estão utilizando um novo método, o procedimento de tonsura, que consiste no aparramento dos pêlos através de tesoura⁽⁹⁾. Essa prática seria suficiente para facilitar a realização da episiorrafia e da higiene vulvo-perineal, ambas justificativas utilizadas pelos trabalhadores de saúde para realizarem a tricotomia.

Além das desvantagens da tricotomia para a parturiente, como o risco de infecção, o desconforto para a mulher quando os pelos começam a crescer e a possibilidade de traumas à pele⁽¹⁾, sua realização aumenta o custo do processo, devido ao gasto com materiais e de tempo dos trabalhadores de saúde para realizá-la⁽²⁾.

Na unidade em estudo, constatou-se, também, a alta incidência da prática rotineira da episiotomia, o que se assemelha aos achados de outras pesquisas, como a que foi realizada em um hospital universitário de São Paulo. Os autores evidenciaram, a partir de entrevistas com médicos e enfermeiras obstétricas e da observação do livro de registro de partos, que em 76,2% dos partos normais foi realizado a episiotomia, sendo que nos partos realizados em primigestas este número aumentou, passando para 95,2%. A principal justificativa encontrada por estes autores para adoção rotineira dessa prática em todas as primíparas é a prevenção de laceração perineal, de posterior relaxamento do assoalho pélvico e de trauma contra a cabeça fetal⁽⁶⁾.

Não há indícios que a episiotomia traga algum benefício para a parturiente e para o bebê, mas há evidências que ela pode causar danos⁽¹⁾. Há um menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização quando não se utiliza a episiotomia⁽²⁾. Por tanto, a utilização

dessa prática requer a avaliação da situação perineal de cada parturiente.

O índice elevado de episiotomia em algumas instituições pode estar relacionado ao fato de que as mesmas são hospitais-escola e a utilizam com a finalidade de ensino⁽⁶⁾. Este fato pode ser uma justificativa na instituição estudada, já que além de ser um hospital universitário, possui o Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO).

O PRMGO pode trazer vantagens para a mulher pelo acesso a um maior número de trabalhadores de saúde disponíveis no contexto do cuidado. Mas, por outro lado, traz a desvantagem de que os mesmos são estudantes, e que ali estão com o intuito de aprender, treinar técnicas e adquirir experiência profissional. Será que se o hospital não fosse uma instituição de ensino a realidade seria diferente? Se não houvesse a presença de médicos residentes, o número de episiotomias realizadas seria menor?

Este é um questionamento cuja resposta não parece condizer com a realidade dos serviços de saúde, pois mesmo em hospitais não universitários, a episiotomia vem sendo utilizada rotineiramente. Uma pesquisa desenvolvida em um hospital terciário de São Paulo, na qual foram observados os registros dos prontuários das pacientes, constatou que em 71,8% dos partos a episiotomia foi utilizada⁽¹⁰⁾.

No que se refere à prática do enteroclisma, em desuso no contexto em estudo, sugere que os trabalhadores de saúde estão cientes dos malefícios trazidos por essa prática, demonstrando o início de uma mudança na assistência ao parto neste serviço. Acredita-se que, o enteroclisma foi excluído da rotina da unidade, em virtude das comprovações científicas que apontam os malefícios dessa prática.

Dentre os riscos ocasionados pelo uso do enteroclisma estão: a irritação retal, colite, gangrena e o choque anafilático⁽¹¹⁾. Ainda, cabe salientar que, essa prática é considerada desconfortável e constrangedora para a mulher⁽¹⁻²⁾.

Em algumas maternidades do país, o enteroclisma ainda é um procedimento realizado rotineiramente. Uma pesquisa realizada em uma maternidade conveniada do Rio de Janeiro, a revelou que o enteroclisma foi aplicado em mais de um terço das mulheres que fizeram parto vaginal⁽¹²⁾. No entanto, em outras maternidades, a utilização de enteroclisma está diminuindo, como desponta em um estudo desenvolvido em 20 maternidades, que evidenciou que essa prática é desenvolvida em apenas 23,1% dos partos⁽⁸⁾.

No que diz respeito à utilização de posição de litotomia no parto, os trabalhadores de saúde foram unânimes e relataram que esta é a única posição adotada pelas parturientes no momento do parto, configurando essa prática como rotina na unidade. Um estudo desenvolvido em maternidades do Rio de Janeiro, de igual forma, comprovou que a posição ginecológica é utilizada rotineiramente, sendo que, outras posições, como a de cócoras ou sentada, é utilizada em menos de 1% dos partos⁽¹²⁾.

A utilização de posições horizontais para o parto é desaconselhada. Vista que o decúbito dorsal ou a posição supina podem afetar o fluxo sanguíneo uterino, causando uma compressão aortocava pelo útero e, assim, levar a um comprometimento do estado fetal⁽¹⁻²⁾.

Assim, o critério para definição da posição no parto, deve ser de acordo com as preferências da mulher. O trabalhador de saúde deve incentivá-la a experimentar outras posições, sendo que a mais confortável deve ser mantida⁽¹⁾. A posição adotada, então, leva em consideração a vontade da parturiente e não a facilidade para o trabalhador de saúde.

Em posição vertical a mulher sente menos desconforto, dificuldades de puxos e dor no parto. A posição diminui o trauma e as infecções da incisão vaginal e perineal. Uma pesquisa realizada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro comprovou que não houve lacerações que necessitassem de sutura nos partos realizados em posição vertical⁽¹³⁾.

Foi comprovado também, uma menor duração do segundo estágio do trabalho de parto e menos esco-

res de Apgar abaixo de sete (7) na posição verticalizada⁽¹⁾. Em uma pesquisa, algumas mulheres referiram que a posição ginecológica é ruim e desconfortável⁽⁴⁾.

Outra possibilidade explicativa para a manutenção da posição de litotomia, relatada pelos trabalhadores de saúde, pode estar alicerçada na falta de estrutura física e material da instituição em estudo, que favoreçam a adoção de outras posições no parto. A dificuldade encontrada na estrutura das salas de parto é referenciada pela OMS, no guia prático de assistência ao parto, como um fator que dificulta a adoção de outras posições no parto⁽¹⁾.

O emprego das denominadas salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), vem sendo indicado como uma solução para alguns problemas relacionados ao atendimento no processo de parturição. Nessas salas há um quarto individual (Box) para cada paciente, no qual é permitida a entrada de um acompanhante, sem desrespeitar a privacidade das demais parturientes. Além disso, as salas PPP dispensariam a transferência da parturiente para outro ambiente no momento do parto⁽¹⁴⁾.

Outra prática prejudicial, costumeira nos COs e também, na unidade investigada no presente estudo, é a administração de ocitocina no pré-parto. Um estudo mostrou que a ocitocina foi utilizada em 64% dos partos de uma maternidade conveniada, e em 40% dos partos de uma maternidade pública⁽¹⁴⁾. Em outra investigação no Hospital Geral de Itapecerica da Serra, a ocitocina foi utilizada em 44,5% das parturientes⁽¹⁵⁾.

A utilização de ocitocina após a ruptura espontânea ou artificial das membranas, como forma de acelerar o trabalho de parto, é extremamente comum. Seu uso deve ser criterioso e, em instituições na qual não há acesso imediato ao parto cesárea, não deve ser utilizado essa medicação para corrigir a dinâmica do trabalho de parto⁽¹⁾.

A ocitocina pode causar alguns efeitos colaterais para a mãe e o bebê. A parturiente pode ser acometida de taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina.

No feto, a complicação mais frequente é o sofrimento fetal agudo, causado pela redução da perfusão sanguínea no espaço intervilo e pela taquissistolia e/ou hipertonia. Por isso, o uso da ocitocina deve ser cauteloso, necessitando de uma avaliação constante da parturiente⁽²⁾.

A administração desse medicamento no pré-parto, ou seja, antes do segundo período do parto, é considerada uma prática prejudicial podendo trazer desvantagens e riscos, como a ruptura uterina e o sofrimento fetal agudo⁽¹⁻²⁾. Muitas vezes, a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes⁽¹⁶⁾. Sua infusão após o nascimento é recomendada pela OMS.

Chama a atenção o fato de nenhum trabalhador de saúde ter questionado aos entrevistadores, sobre o momento a que estes estavam se referindo ao perguntarem sobre a infusão de ocitocina. Saber diferenciar o momento adequado para administrar a ocitocina é de extrema importância e deveria estar bem claro para os trabalhadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se alcançado o objetivo proposto, analisando-se o desenvolvimento de práticas do parto normal, caracterizadas como claramente prejudiciais ou ineficazes, segundo o MS e OMS, em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Evidenciou-se, a partir do relato dos trabalhadores de saúde, que a maioria destes desconsidera as recomendações da OMS e MS sobre o parto normal, empregando a posição de litotomia, episiotomia, infusão de ocitocina e tricotomia. A única prática prejudicial investigada, que os trabalhadores de saúde referiram não utilizar, foi o enteroclisma.

A adoção dessas práticas, consideradas prejudiciais ao parto normal, pode estar atrelada à concepção dos trabalhadores da saúde, de que a experiência profissional é superior as comprovações científicas que fundamentam as recomendações da OMS e MS.

Assim, entende-se que, as mudanças no entendimento acerca da qualidade da atenção ao parto, e a incorporação de novas atitudes, só serão possíveis a partir de investimentos voltados para o aperfeiçoamento e capacitação dos trabalhadores da saúde, que enfatizem as vantagens e benefícios dos partos naturais.

Direcionando essa discussão para o Enfermeiro, compreende-se que este, como agente educador, pode contribuir para o processo de mudança nas práticas institucionais voltadas para a parturição. Esse trabalhador, no contexto do cuidado à parturiente, precisa sensibilizar e mobilizar a equipe de saúde e os gestores institucionais, para esse novo paradigma da atenção. Além disso, é imprescindível explorar esse campo do cuidado de Enfermagem com o desenvolvimento de estudos buscando identificar estratégias para melhorar a qualidade do cuidado e para implementar as recomendações cientificamente comprovadas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(4):645-50.
4. Almeida NAM, Oliveira VC. Estresse no processo de parturição. *Rev Elet Enferm.* 2005; 7(1):87-94.
5. Sodr e TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(1):82-9.
6. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(3):288-95.
7. Reis AE, Patrício ZM. Aplica o das a o es precognizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10:221-30.
8. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Avalia o da estrutura e processo da aten o ao parto: contribui o ao debate sobre desenvolvimento humano. *Rev Latino-am Enferm.* 2007; 15(n.esp):792-8.
9. Follmann MA, Galina VL, Rzeznik C, Prevê CQ. Procedimento de tonsura na gestante internada no centro obstétrico. *Mom & Perspec Saúde.* 2002; 15(1):60-3.
10. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avalia o da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009; 9(1):59-67.
11. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Dudley L, Hodnett E, et al. Rotinas Hospitalares. In: _____. *Guia para aten o efetiva na gravidez e no parto.* 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 137-43.
12. D' Orsi E, Chorb D, Giffinb K,  angilo-Tuestac A, Barbosa GP, Gamae AS et al. Qualidade da aten o ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):646-54.
13. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti, JM. Rela o entre posi o adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ.* 2008; 16(4):472-6.
14. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CE). *Manual do parto humanizado. Projeto Luz da Jica.* Ceará: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2000.
15. Schneck CA, Riesco MLG. Interven o es no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME. Rev. Min. Enferm.* 2006; 10(3):240-6.
16. Davim RMB, Torres GV. Avalia o do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. *Rev Rene.* 2008; 9(2):64-72.

RECEBIDO: 29/07/2010

ACEITO: 18/11/2010