

Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas

Analysis of assistance procedures to normal birth in primiparous

Joe Luiz Vieira Garcia Novo¹, Débora Goulart Piantino¹,
Olivia Siquera Filogônio¹, Neil Ferreira Novo¹

RESUMO

Introdução: Tecnologias médicas atuais na assistência ao parto aumentaram os benefícios maternos e fetais, apesar de persistirem inúmeros procedimentos desnecessários. A finalidade da assistência ao parto normal é ter mulheres e recém-nascidos saudáveis, utilizando-se o mínimo de intervenções com segurança. **Objetivo:** Analisar as condutas assistenciais ao parto normal, em maternidade de atenção secundária. **Metodologia:** Foram incluídas 100 primíparas puérperas de partos vaginais nas quais as práticas assistenciais utilizadas foram categorizadas: 1) seguindo a classificação da OMS para práticas assistências ao parto normal: eficazes, prejudiciais, usadas com cautela e utilizadas inadequadamente; 2) associando-se cálculo com parâmetros do Índice de Bologna: presença de acompanhante no parto, partograma, não estimulação do trabalho de parto, parto na posição não-supina, e contato pele a pele mãe-recém-nascido. **Resultados:** Observaram-se familiares presentes (85%), partogramas corretamente preenchidos (62%), contato pele a pele mãe e recém-nascido (36%), ocitocina (87%), soro parenteral durante o trabalho de parto (86%) e no parto (74%), episiotomia (94%) e pressão no fundo do útero no período expulsivo (58%). A média geral das parturientes analisadas para o valor do Índice de Bologna foi de 1,95. **Conclusões:** Realizaram-se alguns procedimentos eficazes preconizados pela OMS (presença de acompanhantes), não cumprimento ideal de práticas eficazes e obrigatórias (partograma devidamente preenchido), prática de procedimentos potencialmente prejudiciais ou ineficazes (ocitocina no parto/pós-parto), e de procedimentos inadequados (pressão fúndica uterina durante o expulsivo, fórceps de alívio e episiotomia). O modelo assistencial da maternidade não ofereceu às suas parturientes em primiparidade excelência de condutas assistenciais ao parto normal (IB=1,95).

Palavras-chave: tocológia; parto; parto normal; paridade.

ABSTRACT

Introduction: Current medical technologies in care in birth increased maternal and fetal benefits persist, despite numerous unnecessary procedures. The purpose of the normal childbirth care is to have healthy women and newborns, using a minimum of safe interventions. **Objective:** To analyze the assistance to normal delivery in secondary care maternity. **Methodology:** A total of 100 primiparous mothers who had vaginal delivery were included, in which care practices used were categorized: 1) according to the WHO classification for assistance to normal childbirth: effective, harmful, used with caution and used inappropriately; 2) associating calculations with the Bologna Index parameters: presence of a birth partner, partograph, no stimulation of labor, delivery in non-supine position, and mother-newborn skin-to-skin contact. **Results:** Birth partners (85%), correctly filled partographs (62%), mother-newborn skin-to-skin contact (36%), use of oxytocin (87%), use of parenteral nutrition during labor (86%) and at delivery (74%), episiotomy (94%) and uterine fundal pressure in the expulsion stage (58%). The overall average value of the Bologna Index of the mothers analyzed was 1.95. **Conclusions:** Some effective procedures recommended by WHO (presence of a birth partner), some effective and mandatory practices were not complied with (partograph completely filled), potentially harmful or ineffective procedures were used (oxytocin in labor/post-partum), as well as inadequate procedures (uterine fundal pressure during the expulsion stage, use of forceps and episiotomy). The maternity's care model did not offer excellence procedures in natural birth to their mothers in primiparity, (BI=1.95).

Keywords: midwifery; parturition; natural childbirth; parity.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: joeluinovo@hotmail.com

Recebido em 14/08/2015. Aceito para publicação em 28/12/2015.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento excepcional na vida da maioria das mulheres.¹ É fundamental a transmissão de informações precisas durante a evolução da gravidez, através de profissionais qualificados na assistência pré-natal, orientando e informando a opinião destas pacientes quanto às possibilidades da escolha médica da futura via de parto, e a própria manifestação concordante da paciente.²

O parto é o evento mais esperado pela gestante e seus familiares neste processo, e contém muitos significados que foram formados ao longo dos tempos, de acordo com a evolução cultural da sociedade. As expectativas das mulheres em relação ao momento do parto são baseadas em suas experiências anteriores, relatos de outras mulheres, informações dos veículos de comunicação, bem como da bagagem cultural de cada indivíduo.³

A última etapa do processo gestacional é o trabalho de parto. Consiste em evento de grandes proporções físicas, psicológicas, sociais e culturais, que é marcado pela percepção das contrações, para que haja dilatação do colo uterino, e a consequente saída do feto através do canal vulvovaginal.⁴ É, portanto, considerado um rito de passagem, pois é o marco de diversas alterações na vida da mulher e de suas relações familiares.⁵

No momento da parturição, a assistência hospitalar tem se associado a procedimentos e medicalização, podendo causar sofrimento à mulher em virtude da perda de autonomia em relação ao seu corpo, e talvez não visando em primeiro lugar o bem-estar da parturiente.²

A introdução das tecnologias médicas na assistência ao parto aumentou os benefícios maternos e fetais, reduzindo a morbiletalidade do ciclo grávido-puerperal. Porém, observa-se ainda a prática de inúmeros procedimentos desnecessários, que podem colaborar com e caracterizar a “desumanização” da assistência ao parto.^{2,6,7}

Há discrepâncias evidentes quando se compara a evolução e resolução das gestações em países desenvolvidos àquelas de países em desenvolvimento. Nos primeiros, a gestação e o parto são considerados fenômenos fisiológicos e naturais durante o período reprodutivo da mulher. Nos segundos, há disparidades entre as condutas assistenciais ao parto, possibilitando comorbidades maternas e neonatais que poderiam ser evitadas.^{8,9}

O objetivo da assistência ao parto é ter, ao fim do processo, mulheres e recém-nascidos sadios, com o mínimo de intervenções compatíveis com a segurança, seguindo os preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, no Brasil, o modelo de atenção ao parto caracteriza-se por altos índices de intervenção, sendo 38% de cesáreas e 62% de normais.⁹

Para avaliar a qualidade da assistência ao parto vaginal, tem sido usada a comparação de procedimentos, como a presença de partogramas nos prontuários, e a porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde.¹⁰⁻¹² Mas, em virtude da pouca precisão de tais índices, a OMS recomenda atualmente um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, denominado Índice de Bologna (IB), que é

composto por variáveis que englobam aspectos relacionados ao apoio à gestante e a procedimentos técnicos. Tal indicador ainda não é amplamente utilizado, mas é pioneiro na avaliação quali-quantitativa da assistência ao parto vaginal.¹²

Torna-se importante a avaliação dos serviços obstétricos na intenção de contribuir com as suas condições de oferta e melhoria para atender à demanda e às necessidades das usuárias, uma vez que quanto melhor a condição assistencial em um serviço de saúde, maior a chance de ocorrerem nascimentos saudáveis.¹³

Tendo em vista a diversidade de condutas assistenciais ao parto, e partindo-se da premissa de que o parto vaginal em pacientes de baixo risco é um evento natural que deve ser conduzido com o mínimo de intervenções possíveis, o presente trabalho se propôs a analisar as condutas assistenciais ao parto normal em uma maternidade de atenção secundária, com assistência a pacientes oriundas do Sistema Único de Saúde (SUS).

MATERIAL E MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foram incluídas e analisadas prospectivamente pacientes oriundas do SUS internadas no Hospital Santa Lucinda de Sorocaba – SP, durante o período de agosto/2013 a julho/2014, que concordaram em participar e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido para esta pesquisa. O projeto respeitou as normas da Declaração de Helsinque¹⁴ e da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em seres humanos.¹⁵

Foram selecionados para o estudo somente as pacientes que preenchiem os seguintes critérios antes do parto vaginal:

1. idade maior que 18 anos;
2. primeira gestação;
3. acompanhamento pré-natal desde o primeiro trimestre gestacional;
4. feto único, vivo, em apresentação cefálica fletida, sem malformações associadas;
5. idade gestacional de no mínimo 37 semanas completas ou mais;
6. sem distócia óssea importante.

O tamanho da amostra foi de 100 primíparas puerperas de partos vaginais, número considerado suficiente para a obtenção de resultados com significância estatística. As puerperas foram selecionadas de forma consecutiva e aleatória, na dependência do número de casos que obedecesse aos critérios de inclusão pré-definidos. Foram estudadas somente as mulheres de primiparidade de partos vaginais assistidas através do SUS, através de entrevista materna e análise de prontuários médicos.

As entrevistas foram realizadas com primíparas e puerperas, durante a estada hospitalar cerca de 24 horas após o parto, momento em que poderiam se encontrar em condições de responder atentamente à entrevista de forma consciente e informada.¹⁶

Para que fosse possível avaliar a qualidade da assistência, as práticas foram categorizadas segundo a classificação da OMS para assistência ao parto normal: categoria A (práticas eficazes que devem ser encorajadas), categoria B (práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser abandonadas), categoria C (práticas para as quais não há clara evidência, devendo ser utilizadas com cautela) e D (práticas habitualmente utilizadas de forma inadequada).¹²

As práticas consideradas como categoria A são:

1. presença de familiar durante o trabalho de parto;
2. parto em posição não supina;
3. presença de partograma;
4. uso de ocitócicos no pós-parto;
5. contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por ≥ 30 minutos.

As da categoria B compreendem:

1. dieta zero;
2. prescrição de tricotomia;
3. realização de enteroclise;
4. soro parenteral durante o trabalho de parto;
5. soro parenteral durante a expulsão fetal;
6. ocitocina durante o trabalho de parto;
7. ocitocina durante a expulsão fetal;
8. uso de metilergonovina no pós-parto;
9. uso profilático de antibiótico no pós-parto.

As práticas relacionadas às categorias C e D citam-se em conjunto e são interassociadas em:

1. pressão no fundo do útero no período expulsivo;
2. uso de fórcepe;
3. realização de episiotomia;
4. analgesia durante o trabalho de parto (peridural ou raquianestesia).

Anotaram-se a distribuição e a frequência dos exames obstétricos e clínicos executados às pacientes. O IB foi calculado para cada parto, levando-se em consideração cinco variáveis: presença de acompanhante ou familiar no parto, partograma, ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, fórcepe, compressão do fundo uterino ou manobra de Kristeller), parto em posição não-supina, e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos

30 minutos na primeira hora após o parto. Para cada variável deste índice foi atribuída uma nota: 1 (um), se presente, e 0 (zero), se ausente. Este índice foi calculado somando-se as 5 notas, e, portanto, considerou-se “5” como a melhor qualidade de assistência ao parto, e “0” como a pior.¹²

Para a análise dos resultados, foi aplicado o Teste G de Cochran, com o objetivo de estudar a presença simultânea das diversas alterações consideradas. Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de significância dos resultados obtidos.¹⁷

RESULTADOS

Das 100 mulheres entrevistadas que constituíram a amostra, obtivemos os seguintes resultados, expostos em gráficos para facilitar sua visualização e interpretação:

A presença de familiares (85%) foi significativamente maior do que o número de partogramas corretamente preenchidos, uso de ocitócicos no pós-parto e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por ≥ 30 minutos (Tabela 1).

Desta maneira, observou-se que a presença de ocitocina durante o trabalho de parto (87%) e soro parenteral durante a expulsão fetal (74%) foram significativamente mais frequentes do que os demais procedimentos (Tabela 2).

As práticas de realização de episiotomia (94%) e presença no fundo do útero no período expulsivo (manobra de Kristeller) (58%) foram significativamente mais frequentes (Tabela 3).

Tabela 1. Parturientes do Hospital Santa Lucinda, segundo a presença (1) ou ausência (0) de práticas eficazes (Categoria A) que devem, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ser encorajadas.

Parturiente	Questões				
	1	2	3	4	5
Total de presenças	85	8	62	33	36
% de presenças	85,0	8,0	62,0	33,0	36,0

Teste G de Cochran

G calculado = 500,08 ($p < 0,0001$)

Questões – 1: presença de familiar durante o trabalho de parto; 2: parto em posição não supina; 3: presença de partograma; 4: uso de ocitócicos no pós-parto; 5: contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por ≥ 30 minutos.

Tabela 2. Parturientes do Hospital Santa Lucinda, segundo a presença (1) ou ausência (0) de práticas prejudiciais ou ineficazes (Categoria B) que devem, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ser eliminadas.

Parturiente	Questões								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Total de presenças	37	2	0	86	74	87	75	1	45
% de presenças	37,0	2,0	0,0	86,0	74,0	87,0	75,0	1,0	45,0

Teste G de Cochran

G calculado = 1182,07 ($p < 0,0001$)

Questões – 1: dieta zero; 2: prescrição de tricotomia; 3: realização de enteroclise; 4: soro parenteral durante o trabalho de parto; 5: soro parenteral durante a expulsão fetal; 6: soro parenteral durante o parto; 7: ocitocina durante a expulsão fetal; 8: uso de metilergonovina no pós-parto; 9: uso profilático de antibiótico no pós-parto.

Na Tabela 4, observa-se a distribuição e a frequência dos exames obstétricos e clínicos executados às pacientes.

Observou-se que a maior parte das parturientes foi examinada por obstetras e outros profissionais da saúde (65,0%) (Tabela 5).

Com base nos resultados obtidos, foi aplicado o IB¹⁵ em cada uma das 100 pacientes componentes desta pesquisa. Foram observadas 2 pacientes com IB=0; 31 com IB=1; 39 com IB=2; 26 com IB=3; 2 com IB=4; e nenhuma paciente com IB=5. A média geral das parturientes analisadas para o valor do IB foi de 1,95.

DISCUSSÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) inseriu a humanização como principal modelo de atenção à mulher, concentrando diligências, cuja atenção principal seria reduzir as altas taxas de morbiletalidade materna e fetal.¹⁸ Com a sua implantação, registrou-se melhora na assistência pré-natal, na morbiletalidade materna e fetal. Porém, observa-se que a identificação correta das assistências efetivas e cientificamente comprovadas ainda tem contribuição relevante para dispersar os recursos financeiros destinados à saúde da mulher brasileira.¹⁹

A conduta médica assistencial, ao se associar ao compromisso com a boa conduta científica, não estará diminuindo sua própria capacidade global de decisão, mas estará auxiliando

da pela sua sensibilidade, porém acrescida, consubstanciada e consolidada por informações precisas já testadas à luz da ciência.²⁰ Poderá ainda ser amparada pelo melhor preparo técnico e profissional das instituições e de recursos à saúde, em prol dos direitos individuais e de maior emancipação da mulher perante a sociedade.²¹

Esta experiência de parto será, portanto, formada pela conjugação de assistência e orientação pré-natais, de procedimentos obstétricos apropriados, além dos impactos dos tipos de partos, cuidados e intervenções assistenciais sem instrumentalizações desnecessárias durante a estada hospitalar.⁶

A presença de familiar durante o trabalho de parto é direito garantido pela Lei nº 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 2418/2005. No presente estudo, 85% das parturientes tiveram presença de familiar intraparto, o que se deve ao fato de que não ocorreu negação por parte da equipe médica e de enfermagem quanto à participação do acompanhante durante o trabalho de parto. O parto em posição não supina não foi observado, sendo esta uma prática pouco comum no Brasil.^{22,23} O partograma é considerado um documento da paciente, e é obrigatório pela OMS nas maternidades desde 2004. Em nosso estudo, apesar de ter-se encontrado partograma em mais da metade dos casos, nem sempre estavam completos ou preenchidos corretamente, o que comprova a relativa importância dada a este instrumento. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos brasileiros, demonstrando que esta prática preconizada é ainda pouco seguida nas maternidades públicas brasileiras.^{21,23}

Os ocitócicos no pós-parto imediato foram utilizados em cerca de um terço dos casos, o que contradiz e preconiza a OMS

Tabela 3. Parturientes do Hospital Santa Lucinda, segundo a presença (1) ou ausência (0) de práticas para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada (Categorias C e D), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Parturientes	Questões			
	1	2	3	4
Total de presenças	58	4	94	19
% de presenças	58	4	94	19

Teste G de Cochran

G calculado = 452, 61 (p<0,0001)

Questões – 1: pressão no fundo do útero no período expulsivo; 2: uso de fórceps de alívio; 3: realização de episiotomia; 4: analgesia durante o trabalho de parto (peridural ou raquianestesia).

Tabela 5. Parturientes do Hospital Santa Lucinda, segundo o número de profissionais atuantes durante o trabalho de parto.

Profissional Examinador	Frequência	
	n	%
Nenhum	0	0
Obstetra	31	31
Obstetra e outros	65	65
Outros profissionais da saúde	4	4
Total	100	100

Tabela 4. Frequência, durante o trabalho de parto, das avaliações de toque vaginal, pressão arterial materna, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, frequência cardíaca materna e dinâmica uterina nas parturientes do Hospital Santa Lucinda.

Avaliação	Nenhuma		1 avaliação/2 horas		1 avaliação/1,5 horas		1 avaliação/1 hora	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toque vaginal	0	0	24	24	15	15	61	61
Pressão arterial materna	11	11	51	51	11	11	27	27
Ausculta do BCF	4	4	43	43	11	11	42	42
Frequência cardíaca materna	13	13	52	52	15	15	20	20
Dinâmica uterina	6	6	48	48	11	11	35	35

BCF: Batimento Cardíaco Fetal.

para que se evite a hemorragia pós-parto, que é uma das principais causas de morte materna nos países em desenvolvimento.^{9,11}

O contato físico entre mãe e filho teve pouco incentivo, e quando ocorreu, foi geralmente rápido e interrompido por práticas assistenciais ao recém-nascido. No entanto, em 2014, foi publicada uma nova portaria do Ministério da Saúde que determina, segundo recomendações da OMS, que o recém-nascido deve ir direto para o colo da mãe ao nascer nos hospitais do SUS, possibilitando que seja amamentado na primeira hora de vida, visando atendimento mais humanizado tanto para mãe quanto para o recém-nascido.^{23,24}

Utilizou-se com frequência soro parenteral acompanhado de ocitocina nas fases de dilatação expulsão fetal. No entanto, não se utilizou metilergonovina no pós-parto. O uso profilático de antibiótico no pós-parto, embora não seja procedimento preconizado pela OMS, ocorreu em aproximadamente metade dos casos estudados. Tais práticas, pertencentes à Categoria B preconizadas pela OMS, são prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas.²³

A compressão do fundo do útero no período expulsivo (manobra de Kristeller) foi utilizada em aproximadamente dois terços dos partos. A realização de episiotomia ocorreu em 94%, e a utilização de fórcepe, em 4%. Ambas práticas evidenciaram alto grau de interferência durante a expulsão fetal.²³

O achado de analgesia de bloqueio de condução (raquídea e/ou peridural) apenas em 19% durante o trabalho de parto revela a não utilização de auxílios e/ou procedimentos analgésicos no período expulsivo destas pacientes.²³

O fato de as parturientes terem sido examinadas, geralmente, por quatro ou mais profissionais demonstra alta rotatividade de profissionais da saúde, podendo ser fator de incômodo para a mulher, que se submete a avaliações frequentes por diversas pessoas. Tal prática não é a ideal, uma vez que o mesmo profissional, ao examinar a paciente durante todo o trabalho de parto — desde que gabaritado para tal — tem condições de melhor avaliar sua evolução, além de proporcionar sensação de tranquilidade e conforto às parturientes.²³ A quase totalidade dos partos foi realizada por obstetras, os profissionais mais capacitados para este tipo de assistência, demonstrando que o hospital tem profissionais disponíveis para este procedimento.²³

Em relação à frequência das avaliações do trabalho de parto, como toque vaginal, PA materna, ausculta de Batimento Cardíaco Fetal, frequência cardíaca materna e dinâmica uterina, observou-se que a maior parte das avaliações ocorria a cada hora ou a cada duas horas, embora se preconize pelo preenchimento do partograma que as avaliações ocorram a cada hora, para melhor avaliação da mãe e do feto, de modo a prevenir intercorrências, ou observá-las rapidamente.²³

O IB encontrado como a média deste estudo (1,95%) resume a qualidade da assistência observada, que poderia ser considerada ótima se estivesse próxima da nota 5. No entanto, um estudo brasileiro obteve média ainda menor (1,04), enquanto que a média do IB encontrado em estudo sueco similar foi de 3,81, o que demonstra que a máxima qualidade da assistência ao parto é difícil de ser atingida mesmo em países desenvolvidos.^{23,25}

Desta maneira, notou-se que durante o período de estudo, a maternidade de atenção secundária em questão, quer pelas premissas da OMS e/ou do IB, ofereceu às suas parturientes em primiparidade relativa qualidade de assistência ao parto vulvovaginal.

A realização desta pesquisa observou que as práticas assistenciais utilizadas atualmente necessitam ser modernizadas, assim como de uma melhor atualização de seus profissionais e mais perfeição na avaliação de prontuários, partogramas e prescrições. Estas observações visam para que melhores condutas sejam tomadas em relação à saúde das parturientes e seus recém-nascidos, baseadas em procedimentos científicos e de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Acreditamos que mudanças nas ações de saúde podem oferecer às mulheres e profissionais de saúde experiências melhores em relação ao momento do parto, proporcionando resultados perinatais positivos e satisfação clínica e emocional das pacientes e seus familiares.

CONCLUSÕES

O estudo observou que alguns procedimentos eficazes preconizados pela OMS (presença de acompanhantes) foram realizados. Não houve cumprimento ideal de práticas eficazes e obrigatórias (partograma devidamente preenchido). Utilizaram-se procedimentos potencialmente prejudiciais ou ineficazes (uso de ocitocina no trabalho de parto/pós-parto). Notou-se uso de procedimentos inadequados (pressão no fundo do útero durante o expulsivo, fórcepe e episiotomia). O modelo assistencial da maternidade não ofereceu às suas parturientes em primiparidade a devida excelência de procedimentos assistenciais em relação ao parto vaginal (IB=1,95).

REFERÊNCIAS

1. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis Filho FI. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(10):791-8.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Great expectations. A prospective study of women's expectations and experiences of childbirth. Cheshire: Books for Midwives Press; 1988.
4. Dias, MAB; Deslandes, SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2645-55.
5. Davis-Floyd RE. The rituals of American hospital birth. In: McCurdy D, editor. *Conformity and conflict: readings in cultural anthropology.* New York: Harper Collins; 1994. p. 323-40.

6. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008;10(2):337-46.
7. Wagner M. Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology. Camperdown: ACE Graphics; 1994.
8. Cecatti JG, Calderon IRMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção de mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(6):357-65.
9. Lansky, S, França E, César CC, Neto LCM, Leal MCL. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(1):117-30.
10. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet.* 2010;375(9730):2032-44.
11. World Health Organization. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Geneva: WHO; 2002. Promoting Effective Perinatal Care.
12. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth.* 2001;28(2):79-83.
13. Queiroz MVO. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):479-87.
14. Andrade ML, Silva OS, Duarte MR, Ferreira LF, Dias OV, Costa SM. Código de Nuremberg e Declaração de Helsinki: transformações e atualidades. *Efedportes.com* [Internet]. 2013 [acesso em 29 dez. 2014];18(183). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd183/codigo-de-nuremberg-e-declaracao-de-helsinki.htm>
15. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. [acesso em 29 dez. 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Junqueira SM. Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1987.
17. Siegel SE, Castellani Jr. NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
18. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1281-9.
19. Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(3):103-5.
20. FEBRASGO. Assistência ao parto e tocurgia. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2002. p. 100.
21. Cecatti JG, Aquino MMA. Mortalidade perinatal. In: Neme B, editor, *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1139-44.
22. Alves MTS, Silva AAM. Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2000.
23. Giglio MRP, França E, Lamounier, JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(10):297-304.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 29 dez. 2104]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
25. Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. *Birth.* 2008;35(4):321-8.