



*Revista Saúde & Ciência
UFCG (CCBS/UFCG)
Ano I, v.I, n. 1,
janeiro - julho de 2010.*

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): RESULTADOS MATERNOS

MELANIA MARIA RAMOS DE AMORIM¹, SABINA BASTOS MAIA², DEBORA FARIAS BATISTA LEITE², IVELYNE RADACI SANTIAGO DE ARAÚJO², FABIANA DE OLIVEIRA MELO³, JÂNIO DO NASCIMENTO ALVES³, EMANUELA DOS SANTOS BARROS³, GABRIELLA JUSSARA CORREIA DE MEDEIROS⁴

RESUMO

Objetivou-se descrever os resultados maternos obtidos em um projeto de Humanização da Assistência ao Parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). Trata-se de um estudo de intervenção, aberto, realizado como projeto-piloto para implementar um modelo de assistência humanizada ao parto no SUS. Incluíram-se mulheres em trabalho de parto que concordaram em participar da pesquisa, prestando-se uma assistência baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil. A análise estatística foi realizada no programa Epi-Info 3.5.1. A equipe, em plantões quinzenais, atendeu a 181 parturientes. A taxa de cesariana foi de 7,7% e dentre os partos vaginais, 86,2% ocorreram em posição vertical (banqueta ou cadeira de parto). Não foi realizada episiotomia em nenhuma parturiente; 50,3% não sofreram lacerações vaginais e 68,9% não necessitaram de sutura. Mais de 95% das parturientes demonstraram-se satisfeitas com a assistência prestada. Obteve-se uma taxa de cesárea aceitável de acordo com a OMS, conseguindo-se assistir à maioria dos partos em posição vertical, sem nenhuma episiotomia. Esta experiência-piloto apresentou resultados favoráveis e, assim, deve servir de estímulo à implementação de práticas humanizadas de assistência ao parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: parto humanizado; parto normal; humanização da assistência.

HUMANIZATION OF CHILDBIRTH ASSISTANCE IN INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): MATERNAL OUTCOME

ABSTRACT

We intended to describe maternal outcome after implementation of a protocol for humanization of childbirth in Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). A interventional open study was conducted as a pilot for a model of humanized care to labor and delivery in Public Health System. Women in labor who agreed

¹ Professora Adjunta Doutora de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Acadêmica de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande (UAMED-UFCG).

² Graduandos em Medicina. UAMED-UFCG.

³ Fisioterapeutas do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA)

⁴ Enfermeira do ISEA.

to participate were included and recommendations of World Health Organization (WHO) and Brazil Health Ministry were followed for labor and delivery care. Statistical analysis was performed using Epi-Info 3.5.1. The team assisted 181 deliveries in every other week shifts. Cesarean rate was 7.7% and 86.2% of normal deliveries were in vertical positions (birthing stool or birthing chair). Episiotomies were not performed and about 50% of women had no perineal tears. Almost 69% did not require perineal sutures. Above 95% of women were satisfied with labor and delivery care. An acceptable cesarean rate was achieved in agreement with WHO recommendations and deliveries were usually assisted in vertical positions with no need of episiotomy. This preliminary results are favorable and represents stimulus for implementation of humanized and evidence-based practices for childbirth care in maternities of Public Health System in Brazil.

key-words: humanized delivery; normal delivery; labor, humanization of assistance

INTRODUÇÃO

A Humanização da Assistência ao Parto tem recebido crescente atenção nos últimos anos, no Brasil e no mundo. Na aceção de um modelo humanista, são adotadas diversas medidas para garantir a melhora do acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade da assistência obstétrica, úteis também na redução da morbimortalidade materna e perinatal (Diniz, 2005). No entanto, Humanização reveste-se de múltiplos significados: não significa apenas tornar o ambiente no centro obstétrico mais agradável ou “tratar bem” a parturiente; consiste em resgatar o parto como um evento feminino, do qual a gestante é protagonista e participante ativa, com direitos e valores preservados (Diniz, 2005).

Na assistência humanizada ao parto, as decisões passam a ser compartilhadas com a gestante e há melhoria no modelo de assistência, bem como um uso racional de medicamentos, evitando-se intervenções desnecessárias e a excessiva medicalização do processo. Todas as condutas devem ser baseadas em evidências clínicas. Dentre as medidas adotadas, estão liberdade de posição e mobilidade, estímulo à presença de acompanhante (escolhido pela mulher), adoção de medidas não-invasivas e não-farmacológicas para alívio da dor, oferecimento de líquidos via oral, suporte emocional, monitoramento fetal com ausculta intermitente, acompanhamento da progressão do trabalho de parto através do partograma, promoção do clameamento tardio de cordão umbilical, exame de rotina da placenta e estímulo à amamentação logo após o parto, associada à prevenção de hipotermia do bebê. Estas medidas são recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996, 2001, 2003) e fazem parte dos “Dez Passos para Assistência Humanizada ao Parto” (MS Brasil, 2000).

A implementação dessas medidas está indicada em todas as maternidades, e o Ministério da Saúde do Brasil tem se esforçado para modificar o modelo de assistência ao parto em nossos hospitais, através de políticas de incentivo ao parto normal, verbas e prêmios destinados aos hospitais que implementam os dez passos de assistência humanizada ao parto e, finalmente, elaborando manuais como “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” publicado em 2001 (MS, Brasil, 2001).

O objetivo deste estudo é descrever os resultados maternos de um Projeto de Humanização da Assistência ao Parto desenvolvido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em Campina Grande-Paraíba, desde julho de 2007.

MÉTODOS

O presente artigo corresponde à análise descritiva de um estudo de intervenção visando à Humanização da Assistência ao Parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), iniciado em julho de 2007. O ISEA é a única maternidade pública de Campina Grande, atendendo mensalmente cerca de 500 partos. Recebe parturientes tanto de baixo como de alto-risco, possui 10 leitos de pré-parto e UTI neonatal com 10 leitos.

O projeto de pesquisa e extensão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e registrado no CONEP sob o número CAAE - 0314.0.133.000-06. Todas as participantes concordaram voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. São apresentados os resultados parciais, das participantes atendidas entre 20 de julho de 2007 e oito de março de 2009. O projeto continua em andamento, prevendo-se a sua ampliação para atingir um maior número de parturientes.

Uma equipe multidisciplinar voluntária, composta por médicas (obstetra e neonatologistas), fisioterapeutas, acadêmicos de medicina e fisioterapia e doulas, vem atuando em plantões quinzenais, com o objetivo de colocar em prática as recomendações da OMS para a assistência humanizada ao trabalho de parto (TP) e parto.

Os critérios de inclusão para admissão no projeto foram: fase ativa do TP (espontâneo ou induzido) e condições de entender e assinar o Termo de Consentimento. Fase ativa do trabalho de parto foi definida como presença de contrações uterinas regulares, de moderada a forte intensidade, duas ou mais contrações em 10 minutos, associadas à dilatação cervical maior que 3 cm. Foram excluídas as mulheres com indicação de cesárea de urgência ou eletiva.

A intervenção consistiu em proporcionar suporte contínuo durante o trabalho de parto, seguindo as recomendações da OMS para assistência ao parto.

Os partos foram assistidos sempre pela mesma equipe. Privilegiaram-se as posições verticais em cadeira de parto ou banquetta, de acordo com a preferência da parturiente. Excepcionalmente, os partos foram assistidos em posição de cócoras sustentada (na cama ou no chão), ou ainda em posição semi-sentada (na mesa de parto).

Não foi realizada episiotomia em nenhuma parturiente e estratégias de proteção perineal foram adotadas sempre que possível, desde que a parturiente achasse confortável e permitisse sua realização. Essas estratégias incluíram massagem perineal e uso de compressas quentes no período expulsivo.

Aguardou-se o desprendimento espontâneo do concepto. Caso se verificasse distocia de ombro, previa-se a realização de pressão suprapúbica e, em caso de insucesso, a adoção do conjunto de medidas propostas pelo Advanced Life Obstetrics Support (ALSO) sob o acrônimo HELPERR (Gobbo e Baxley, 2000).

Parto instrumental foi indicado em casos de período expulsivo prolongado, segundo os critérios do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Não foram realizadas aplicações de fórceps "eletivas" ou "de alívio".

Realizou-se exame cuidadoso da região perineal, vulva e vagina, sob iluminação (foco de luz fria), depois do delivramento, pesquisando-se a presença de lacerações. Revisão completa do canal de parto foi realizada em casos de parto instrumental e na presença de hemorragia pós-parto.

A satisfação materna foi avaliada em visita com 24 horas pós-parto, utilizando-se a escala de FACES, através da qual foram determinados os graus de

satisfação em relação à assistência recebida: muito satisfatória, satisfatória, pouco satisfatória e muito pouco satisfatória.

Analísaram-se as seguintes variáveis: idade materna (anos), paridade, idade gestacional pelo dia da última menstruação (semanas), escolaridade, procedência, dilatação inicial (cm), presença de cesárea anterior, complicações, duração das atividades do projeto e do trabalho de parto (horas), utilização de métodos para alívio da dor, tipo de parto, duração do período expulsivo (minutos), uso de ocitocina intraparto, posição e local do parto vaginal, presença de lacerações perineais, classificação do grau da laceração e necessidade de sutura. Comparou-se a frequência de lacerações de acordo com a paridade.

A coleta de dados foi realizada com um formulário padrão, pré-codificado para entrada de dados no computador. Criou-se um banco de dados no programa Epi-Info 3.5.1, de domínio público, que também foi utilizado para análise estatística. A análise estatística foi realizada pelos próprios pesquisadores, construindo-se tabelas de distribuição de frequência para variáveis categóricas e calculando-se medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. O teste qui-quadrado de associação (Pearson) foi utilizado para determinar a associação entre paridade e lacerações, considerando-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram incluídas 181 parturientes. A idade variou entre 13 e 45 anos, encontrando-se um percentual de primíparas de 53,6%. Cerca de 43% das parturientes eram procedentes de Campina Grande e a grande maioria era pelo menos alfabetizada, mas não tinha completado o ensino fundamental (63%). A dilatação inicial variou entre três e 10 centímetros, com média de sete centímetros. Quase 8% tinham cesárea anterior, 6,6% tinham pré-eclâmpsia grave, 2,2% malformações fetais e 2,2% hipertensão crônica (Tabela 1).

A fase ativa do trabalho de parto variou entre uma e 11 horas, com média de 5,7 horas. A duração das atividades do projeto variou entre 0,3 e 14 horas, com média de 4,1 horas. A grande maioria das parturientes (88,3%) recebeu métodos não-farmacológicos de alívio da dor, sendo a massagem realizada em 39,2%, e caminhada ou mudança de posição em 84,5%. Apenas seis parturientes foram submetidas à analgesia de parto (Tabela 2).

A taxa de cesariana foi de 7,7% e, dentre os partos normais, 86,2% ocorreram em posição vertical. Parto instrumental (fórceps) foi necessário apenas para 5%

Tabela 1. Características maternas na admissão

CARACTERÍSTICA MATERNA	
Idade (anos)	
Variação	13 – 45
Média ± DP	23,4 ± 5,8
Adolescentes (n, %)	58 (32,1%)
Número de gestações	
Variação	1 – 12
Mediana	2
Número de partos	
Variação	0 – 11
Mediana	0
Primíparas (n, %)	97 (53,6%)
Idade gestacional (semanas)	
Variação	28 – 43
Média ± DP	38,7 ± 2,7
Prematuridade (n, %)	25 (13,8%)
Procedência	
Campina Grande (n, %)	77 (42,5%)
Outras cidades do interior da Paraíba (n, %)	104 (57,5%)
Escolaridade	
Nenhuma (n, %)	13 (7,2%)
Alfabetizada (n, %)	114 (63,0%)
Ensino fundamental completo (n, %)	42 (23,2%)
Ensino médio completo (n, %)	10 (5,5%)
Ensino superior completo (n, %)	2 (1,1%)
Dilatação inicial (cm)	
Variação	3 – 10
Média ± DP	7,0 ± 2,2
Cesárea anterior (n, %)	14 (7,7%)
Complicações e peculiaridades	
Pré-eclâmpsia grave (n, %)	12 (6,6%)
Epilepsia (n, %)	1 (0,6%)
Malformações fetais (n, %)	4 (2,2%)
Hipertensão crônica (n, %)	4 (2,2%)
Gestação Gemelar (n, %)	4 (2,2%)
Apresentação Pélvica (n, %)	4 (2,2%)

Fonte: Projeto ISEA

Tabela 2. Características do TP e da assistência durante o TP

CARACTERÍSTICA DO TRABALHO DE PARTO	
Duração do trabalho de parto (Fase Ativa)	
Variação (horas)	1 – 11
Média ± DP	5,7 ± 2,5
Duração das atividades do projeto (horas)	
Variação	0,3 – 14
Média ± DP	4,1 ± 3,2
Métodos de alívio da dor	
<u>Não-farmacológicos</u> (n, %)	
Massagem (n, %)	160 (88,3%)
Banho morno (n, %)	71 (39,2%)
Banho morno (n, %)	5 (2,8%)
Eletroestimulação transcutânea (n, %)	43 (23,7%)
Bola suíça (n, %)	58 (32,0%)
Caminhada/ Mudança de posição (n, %)	153 (84,5%)
<u>Farmacológicos</u>	
Analgesia de parto (n, %)	6 (3,3%)

Fonte: Projeto ISEA

Tabela 3. Características do Parto

CARACTERÍSTICA DO PARTO	N	%
Tipo de parto		
Vaginal, espontâneo	158	87,3
Vaginal, fórceps	9	5,0
Cesárea	14	7,7
Duração do período expulsivo (minutos)		
≤ 60 minutos	164	90,6
>60 minutos	17	9,4
Variação	5 – 180	
Média ± DP	34,8 ± 30,1	
Uso de ocitocina intraparto	41	22,7
Posição e local do parto vaginal		
<u>Posição vertical</u>	144	86,2
Cadeira de parto	85	50,9
Banqueta	58	34,7
Cócoras sustentada	1	0,6
<u>Posição semi-sentada</u>	23	13,8
Cama	13	7,8
Mesa de parto	10	6,0
Resultados perineais		
Episiotomia	NENHUMA	
Lacerações espontâneas		49,7%

Fonte: Projeto ISEA

das mulheres. O uso do ocitocina intraparto foi restrito a 22,7% das parturientes e o período expulsivo não excedeu uma hora em cerca de 90% dos casos. Não foi realizada episiotomia em nenhuma parturiente e a taxa de laceração espontânea foi inferior a 50% (Tabela 3). Observou-se que as lacerações foram significativamente mais frequentes em primíparas, que também apresentaram maior necessidade de sutura (Tabela 4).

De acordo com a escala de FACES, 61,9% das puérperas se manifestaram muito satisfeitas, 34,2% satisfeitas, 2,8% manifestaram-se pouco satisfeitas e apenas 1,1% muito pouco satisfeitas.

DISCUSSÃO

O Projeto-Piloto de Humanização da Assistência ao Parto vem sendo desenvolvido no ISEA desde julho de 2007 e desde então já foram incluídas 181 parturientes, com um total de 185 recém-nascidos. Encontramos resultados que nitidamente se diferenciam dos indicadores encontrados na cidade de Campina Grande e dentro do próprio ISEA, fora das atividades do Projeto.

A atual taxa de cesárea do ISEA encontra-se em torno de 39%, o que pode apenas parcialmente ser justificado pelo volume de partos de alto-risco atendidos nesta instituição. No setor de baixo-risco, a taxa de cesárea habitual é de 33%, no alto-risco fica em torno de 64% (ISEA, 2008). Desta forma, julgamos que a atual taxa de cesárea observada no Projeto se deve à assistência prestada. Foram seguidas rigorosamente as recomendações da OMS, evitando-se procedimentos desnecessários e o partograma foi criteriosamente preenchido em todos os casos, o que pode ter ajudado a reduzir as taxas de cesárea, conforme demonstrado em outros estudos (Lavender, 2008).

Entretanto, a redução da taxa de cesárea não foi o único ganho obtido com a implementação deste Projeto. As decisões foram compartilhadas com as gestantes e o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto, segundo a lei 11.801, foi respeitado. A presença do acompanhante durante o TP e parto tem benefícios claramente estabelecidos (Hodnett *et al.*, 2008) e, assim, todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.

Tabela 4. Classificação das lacerações de acordo com a paridade

Classificação das lacerações	Primíparas (n=82)		Não-primíparas (n=85)		P
	N	%	n	%	
Nenhuma	40	48,8	55	64,7	0,03
Primeiro grau, sem sutura	12	14,6	15	17,6	
Primeiro grau, com sutura	10	12,2	8	9,4	
Segundo grau, com sutura	20	24,4	7	8,2	
Necessidade de sutura					
Sim	30	36,6	15	17,6	0,006
Não	52	63,4	70	82,4	

Fonte: Projeto ISEA

Oferecer métodos não-farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto é uma das recomendações da OMS. A dor pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres e poder receber uma atenção durante o TP e parto que ofereça possibilidade de controle da dor, quando e se necessário, é um direito da mulher brasileira, garantido por portarias do Ministério da Saúde (na de número 2.815 de 1998 e, posteriormente, na 572 de 2000). Optamos por privilegiar os métodos não-farmacológicos, mas oferecemos analgesia de parto em casos selecionados, quando solicitada pelas parturientes após informação.

A maioria das parturientes teve seu parto assistido em posição vertical, cujas vantagens estão bem estabelecidas (Gupta e Hofmeyer, 2008)

A utilização de ocitocina foi restrita a 22,7% das parturientes, na tentativa de racionalizar o uso de medicamentos, evitando-se intervenções desnecessárias e a excessiva medicalização do processo. O uso judicioso de ocitocina também é uma das recomendações da OMS, e esta só deve ser utilizada para corrigir distúrbios bem documentados da contratilidade uterina. Infelizmente, ainda é freqüente em diversas maternidades a prescrição, quase de rotina, de ocitócicos, o que pode levar a complicações como taquissístolia e comprometimento do bem-estar fetal. Destacamos, contudo, que o próprio ambiente hospitalar pode ter contribuído para a desaceleração do trabalho de parto em alguns casos, e é possível que uma freqüência mais baixa de hipoatividade possa ser encontrada quando se institui o suporte contínuo precocemente (Hodnett *et al.*, 2008).

Merece destaque o fato de não ter sido realizada nenhuma episiotomia. Diversos estudos demonstram já que episiotomia de rotina não é necessária e pode ser prejudicial (Carroli, 2008) A não realização de episiotomia de rotina está relacionada à menor perda de sangue; acarreta menor necessidade de sutura, menor risco de infecção e melhor cicatrização, apresenta menor risco de trauma posterior e maior risco de traumatismo anterior, não previne distopias, não encurta o período expulsivo e não melhora os escores de Apgar nem protege contra incontinência urinária de esforço pós-parto. Assim, a utilização rotineira desse procedimento não está indicada (Amorim e Katz, 2008; Carroli, 2008;).

Acreditamos, na verdade, que a episiotomia provavelmente nunca é necessária, uma vez que as suas supostas indicações nunca foram comprovadas em ensaios clínicos randomizados bem conduzidos. Os nossos resultados corroboram esta crença, uma vez que não encontramos nenhum caso de laceração perineal grave (3º. Grau) e apenas 30% das mulheres necessitaram de sutura. Ou seja: episiotomia pôde ser evitada em todas as mulheres, sem nenhum óbice materno. É possível que as técnicas de proteção perineal empregadas neste Projeto expliquem o sucesso de um protocolo de não-realização de episiotomia. Alguns estudos sugerem que estas estratégias podem reduzir a taxa de lacerações no parto normal (Albers, 2005; Stamp, 2001), porém a sua real efetividade permanece por ser estabelecida.

Encontramos uma taxa mais elevada de lacerações em primíparas, o que está de acordo com a literatura. Destacamos, entretanto que, mesmo em

primíparas, encontramos apenas 35,1% de necessidade de sutura. Vale destacar que a episiotomia já representa *per se* uma laceração de segundo grau, envolvendo pele, mucosa e camada muscular, e não é mais fácil de reparar do que as lacerações espontâneas. A única chance de se obter um períneo íntegro, aliás, ocorre quando não se realiza episiotomia de rotina (Amorim e Katz, 2008).

De acordo com a escala de FACES, mais de 95% das puérperas se manifestaram satisfeitas tanto com o parto como com a assistência recebida. Durante a entrevista realizada na visita pós-parto, a quase totalidade das mulheres não-primíparas referiu que o parto assistido pelo projeto tinha representado uma experiência melhor em relação aos partos anteriores. Dentre os aspectos positivos enumerados pelas puérperas, destacam-se sobremaneira o suporte intraparto contínuo e o uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, além da oportunidade do contato precoce pele-a-pele com o recém-nascido. A maioria se sentiu no controle da situação, com a liberdade de deambular e escolher a posição para o parto, o que reforça a nossa convicção de que, em termos de assistência ao parto, humanizar significa, sobretudo, o resgate do protagonismo feminino no parto (Jones, 2008).

Mesmo em condições adversas e lugares com poucos recursos, o respeito ao parto como evento fisiológico e à autonomia feminina para fazer suas escolhas permite a qualquer equipe prestar uma assistência humanizada ao parto. Como nas palavras inspiradas de Leboyer:

“Sim, é preciso tão pouco! Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos de tecnologia, brinquedos de crianças crescidas, tão furiosamente na moda.

Nada disso.

Apenas paciência e modéstia. Silêncio.

Uma atenção leve, mas sem falhas. Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo.

Ah! Já ia deixando passar... É preciso muito amor.

Sem amor, vocês não passarão de bem intencionados...”

Frederick Leboyer

CONCLUSÃO

A implementação de um projeto-piloto de Humanização da Assistência ao Parto em uma maternidade pública do Nordeste gerou bons resultados maternos, com uma baixa taxa de cesáreas, nenhuma episiotomia e elevado grau de satisfação das mulheres envolvidas. Mesmo em lugares com poucos recursos, e sem utilização de tecnologias caras e complexas é possível adotar práticas humanizadas de assistência ao parto, o que deve servir de estímulo para a humanização da assistência em maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

AGRADECIMENTOS

A todas as parturientes que participaram do Projeto e que tanto contribuíram para a nossa humanização, em contínua retroalimentação positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. **Obstet Gynecol**; 102(6): 1445-1454, 2003.
- ALBERS L.L.; SEDLER K.D.; BEDRICK E.J.; TEAF D.; PERALTA P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. **J Midwifery Womens Health**, vol. 50, n.5, p.365-372, 2005.
- AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Rev. Femina**, v. 36, n. 1, p.47-54, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência ao parto normal**: Um guia prático, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: Assistência Humanizada à Mulher: manual técnico. Brasília: MS; 2001.
- CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software. Issue 4, 2008.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10, no.3, p.627-637, 2005.
- GOBBO, R.; BAXLEY, E.G. Shoulder dystocia. In: **ALSO: advanced life support in obstetrics provider course syllabus**. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians, 2000.
- GUPTA, J.K.; HOFMEYER, G.J. Position for women during second stage of labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software. Issue 4, 2008.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Oxford: Update Software. Issue 4, 2008.

ISEA. Instituto de Saúde Elpidio de Almeida. **Estatísticas**, 2008.

JONES, R. **Memórias do homem de vidro. Reminiscências de um obstetra humanista**. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2ª Ed., 2008. 284p.

LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R.M.D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2008.

STAMP G.; KRUZINS G.; CROWTHER C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: Randomised controlled trial. **BMJ**, 322:1277-1280, 2001.

WORLD Health Organization. **Gender and Reproductive rights**. What is a rights-based approach? 2005 Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/gender/rightshtml>

WORLD Health Organization. Appropriate technology for birth **Lancet** 24; 436-7, 1985

WORLD Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide**.12.Geneve: WHO; 1996.