

Recomendações da Organização Mundial de Saúde nas práticas obstétricas

Betty Fernández Arias¹; Paula Nelas²; João Duarte³;

RESUMO

As relevantes inovações técnicas e tecnológicas na Obstetrícia; a escassez de recursos humanos durante muitos anos, em concreto de enfermeiros especialistas; e a forte hierarquização do sistema de saúde português; entre outros factores, têm sido responsáveis por práticas injustificadas na assistência ao parto normal, tendo em conta a evidência científica. O objectivo deste artigo é fazer uma revisão da literatura em relação às diferentes práticas obstétricas realizadas de forma rotineira na assistência ao parto em Portugal e reafirmar assim as recomendações para a prática clínica que estão preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para realizar tal revisão foram consultadas fontes primárias e secundárias em manuais, livros, revistas

científicas, dissertações de mestrado e doutoramento, diversas bases de dados e bibliotecas virtuais; através dos quais verificamos a existência de inúmeros estudos que demonstram a veracidade das recomendações da OMS na assistência ao parto normal. Concluímos que uma análise crítica sobre as práticas obstétricas, à luz das recomendações da OMS permite-nos evidenciar e justificar a necessidade da mudança e alteração de comportamentos por parte dos profissionais e das instituições de saúde, que nos direccionem à satisfação da mulher e da sua família, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Parto, Organização Mundial da Saúde, Práticas Obstétricas.

SUMMARY

The relevant technical and technological innovations in Obstetrics; the crisis in human resources for many years, specifically nurses experts; and the strong tiering of the Portuguese health system; among other factors, have been responsible for unjustified practices in normal childbirth assistance, taking into account the scientific evidence. The aim of this article is to review

¹ Enfermeira com Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica do CHEDV – Unidade de Santa Mª da Feira

² Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu

³ Professor na Escola Superior de Saúde de Viseu

the literature in relation to different obstetric practices conducted routinely on childbirth assistance in Portugal and reaffirm the recommendations for clinical practice advocated by the World Health Organization (WHO). To perform such a review were consulted primary sources and secondary in manuals, books, journals, dissertations and doctorate, several databases and virtual libraries; through which we see the existence of a number of studies that demonstrate the veracity of the WHO recommendations on assistance to natural childbirth. We conclude that a critical analysis on obstetric practices, in light of the recommendations of the WHO allows us to highlight and justify the need for change and change of behaviour on the part of professionals and health institutions, we have the satisfaction of woman and her family, improving the quality of care.

Keyword: Childbirth, World Health Organization, Obstetrical Practices.

DESENVOLVIMENTO

Um grupo de especialistas de diversos países, com base nas melhores evidências científicas apresentadas em trabalhos publicados em todo o mundo, elaborou um relatório intitulado “Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático” da autoria da OMS. Este guia de atenção ao parto normal, elaborada em 1996, foi uma iniciativa para fazer frente às elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal.

O referido documento identifica as práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto (TP) e tenta estabelecer normas de boas práticas para a conduta do TP e parto sem complicações, baseando-se na evidência científica.

Esta publicação (OMS, 1996) classifica as recomendações sobre as práticas relacionadas com o parto normal em quatro categorias:

- 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 em relação às quais não existem 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.

Apesar da existência destas recomendações, observamos actualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar. O propósito deste artigo é fazer uma revisão da literatura em relação às diferentes práticas obstétricas realizadas de forma rotineira na assistência ao parto em Portugal e reafirmar assim as recomendações para a prática clínica preconizadas pela OMS. Tendo em atenção que o documento criado pela OMS data de 1996, existem diversos estudos científicos mais recentes, realizados com o intuito de melhorar a assistência proporcionada às mulheres e que mostram evidências científicas suficientes que justificam a erradicação de práticas inadequadas.

Uma adequada evolução do TP, como defende a OMS (1996), passa por um adequado diagnóstico da fase do TP em que se encontra a parturiente; um diagnóstico incorrecto

do TP pode conduzir a estados de ansiedade e intervenções desnecessárias. Registrar a evolução do TP, a dinâmica uterina, a frequência cardíaca (FC) fetal, os sinais vitais maternos, o estado da bolsaamniótica e a cor do líquido no partograma (prática incluída na categoria A) é essencial e permitirá uma avaliação objectiva sobre o desenvolvimento deste, onde a tomada de decisões baseada em dados objectivos será mais eficaz (ROCHA, 2005; APEO, 2009). Uma revisão da literatura realizada por LAVENTER, HART e SMYTH (2008) publicada na *Cochrane Library*, recomenda que as informações obtidas através do uso do partograma sejam utilizadas como base na análise da evolução do TP entre profissionais e utentes.

Em muitas ocasiões, não se permite que o processo fisiológico do parto se inicie e realiza-se um diagnóstico precoce da fase activa do parto, o que origina uma cascata de intervenções que podem complicar a sua evolução e o resultado obstétrico. Assim, estimular com ocitocina a dinâmica uterina ou realizar uma amniotomia (práticas incluídas na categoria C), são duas práticas que acarretam mais intervenções, sendo que em algumas ocasiões aceleram a dilatação, e em outras, desenvolvem alterações da FC fetal que necessitam de outros procedimentos como a monitorização fetal contínua e a epidural (SCHECK, RIESCO, 2006; WEI et al, 2009; SMYTH, ALLDRED, MARKHAM, 2009). SCHECK e RIESCO (2006) afirmam que quando se permite e favorece o processo fisiológico, o parto segue o seu próprio ritmo e diminui de forma evidente as complicações derivadas do intervencionismo e da medicalização. Um estudo de metanálise realizado por BROWN [et al.] (2008) afirma que o uso de uma política intervencionista nas instituições de saúde (tratamento activo do TP) pode dar lugar a reduções moderadas da taxa de cesarianas. Os benefícios destas reduções devem-se equilibrar com o risco aumentado de intervenções no tratamento de gravidezes de baixo risco. Os supracitados autores referem ainda que são necessários estudos adicionais para determinar o grau de aceitação e satisfação das mulheres perante tais políticas.

No que se refere à restrição de líquidos e alimentos durante o TP (prática incluída na categoria D), esta proibição parece não ter justificação na gravidez de baixo risco. Para a APEO (2009, p. 53) “não existe evidência científica que justifique o jejum das mulheres em TP pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico”. O Síndrome de Mendelson (risco de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral) ainda que exista, não está demonstrado que o jejum garanta o completo esvaziamento gástrico (CARAVACA et al., 2009; SINGATA, TRANMER, GYTE, 2010). Em termos anestésicos uma grávida é considerada “um estômago cheio” e com as actuais técnicas anestésicas, são poucas as anestésias gerais realizadas em caso de cesariana, conseqüentemente a incidência do síndrome de Mendelson é muito baixa como referem GYTE e RICHENS (2008). Por outro lado, uma mulher em TP refere não sentir muita necessidade de comer, mas sim de ingestão de líquidos (OMS, 1996). No entanto a restrição de alimentos e/ou bebida durante o TP pode derivar em desidratação ou cetose (CARAVACA et al., 2009). Resumindo, existe su-

ficiente evidência científica (as referidas metanálises publicadas na *Cochrane Library* por GYTE e RICHENS em 2008; e por SINGATA, TRANMER e GYTE em 2010) para afirmar que a mulher, deseje ou não um parto normal, queira ou não analgesia epidural, pode e deve ser incentivada a manter uma boa hidratação e/ou nutrição durante o TP sem riscos aumentados, sempre e quando se trate de uma gravidez de baixo risco (CARAVACA et al., 2009; SINGATA, TRANMER, GYTE, 2010).

Inerente a esta restrição de alimentos e líquidos durante o TP, está a necessidade de uma infusão intravenosa de rotina (prática incluída na categoria B), a qual não tem benefícios comprovados, como refere a *Cochrane Pregnancy and Child-birth Group* (CORREIA, 2010). Pelo contrário, com o aumento dos níveis médios de glicemia, aumentam os níveis maternos de insulina, elevando os níveis séricos de glicose no feto, podendo provocar uma diminuição do pH do sangue da artéria umbilical. Por outro lado, o uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode conduzir à hiponatremia materna e consequentemente do recém-nascido (RN) (OMS, 1996).

Relativamente ao uso rotineiro de enemas e de tricotomia (práticas incluídas na categoria B), uma revisão *Cochrane* traduzida intitulada "*enemas durante el trabajo de parto*", realizada por REVEIZ, GAITÁN e CUERVO (2008) com o objectivo de determinar os efeitos dos enemas utilizados durante a primeira fase do TP nas taxas de infecção materna e neonatal; na duração do TP; na deiscência da episiotomia; na dor da região perineal; na frequência da contaminação fecal e nos custos da assistência sanitária; permite-nos confirmar que não existem evidências científicas que demonstrem que o uso habitual do enema em grávidas em TP esteja justificado. Do mesmo modo, uma revisão *Cochrane* realizada por BAVEVI e LAVENDER (2008) que tenta avaliar os efeitos da tricotomia perineal sistemática no momento do internamento na sala de partos nos resultados maternos e neonatais, permite-nos concluir que as provas existentes são insuficientes para recomendar a tricotomia; sendo que a sua realização representa um acto incómodo para a gestante e que implica um aumento do risco de infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e hepatite (OMS, 1996). Tanto o enema como a tricotomia são dois procedimentos que só deveriam utilizar-se a pedido da parturiente.

Referente à caracterização da bexiga (prática incluída na categoria D), a APEO (2009) afirma que a parturiente deverá ter a possibilidade de deambular e urinar espontaneamente no quarto de banho quando necessite. Conclui também que a caracterização vesical aumenta o risco de infecção, de lesão da uretra e representa uma prática dolorosa.

Por outra parte, o uso da monitorização fetal contínua – MFC (prática incluída na categoria D) tem condenado as gestantes a permanecer durante horas numa posição rígida na cama, até ao ponto que se tem transmitido culturalmente que as gestantes devem estar deitadas durante a dilatação. Pelo contrário, é bem sabido que este facto oferece inconvenientes. Diversos estudos observacionais indicam que uma posição supina durante o TP pode ter efeitos fisiológicos ad-

versos para a mãe e o RN (LAWRENCE et al., 2009). JIMÉNEZ e PEREZ (2008) afirmam que a MFC não se deve utilizar em partos de baixo risco porque aumenta a percentagem de partos instrumentados e cesarianas. Resultados similares aos encontrados por ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008) numa revisão bibliográfica realizada com o objectivo de avaliar a efectividade da cardiocografia continua durante o TP, onde se verificou que a MFC está associada a um aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentados. Também, JIMÉNEZ e PEREZ (2008) referem que a MFC não melhora a morbidade e mortalidade perinatal e neonatal. Em contrapartida, ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008) afirmam que a MFC associa-se a uma redução das crises epilépticas neonatais, não existindo diferenças significativas na paralisia cerebral, mortalidade infantil ou noutras medidas de avaliação do bem-estar neonatal. Para ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008), o real desafio é como transmitir esta incerteza às mulheres permitindo-lhes realizar uma eleição fundamentada, sem comprometer a normalidade do TP.

Perante esta temática, A OMS (1986) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia defendem que para o controlo e seguimento do estado fetal em dilatações e em expulsivos de baixo e médio risco, pode-se realizar uma monitorização intermitente (prática incluída na categoria A). Isto permite à gestante uma livre deambulação e a possibilidade de adoptar diferentes posturas, melhorando a dinâmica uterina; reduzindo o período de dilatação e expulsivo; diminuindo os registos patológicos; aumentando o controlo da mãe, atenuando a percepção dolorosa e consequentemente, a menor utilização de analgesia epidural (LOWDERMILK e PERRY, 2008; JIMÉNEZ e PEREZ, 2008).

Atendendo ao alívio da dor no parto, se bem que a analgesia epidural representa o método por excelência e que como toda a técnica tem as suas indicações, vantagens e inconvenientes, nos casos onde a parturiente não pretenda este tipo de analgesia ou esteja contra-indicada, existem métodos alternativos que lhe devem ser oferecidos (práticas incluídas na categoria A e C). Estes métodos que não têm demonstrado a mesma eficácia para o alívio da dor como a epidural (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008), mas que permitem efeitos analgésicos sem necessidade de uma técnica invasiva, sendo inócuos para a gestante e para o feto, permitem à parturiente sentir-se mais protagonista do acontecimento que vivencia, participando de uma forma mais activa (OMS, 1996). Entre estes métodos destacamos as técnicas de relaxamento, de distração, de respiração; a musicoterapia; a aromaterapia; a hidroterapia; o feedback biológico; a estimulação nervosa transcutânea, as massagens, a *effleurage*, a hipnoterapia, as posturas corporais, o uso da bola Suíça, a aplicação de calor na zona lombar-sagrada, a administração de gases anestésicos inalados (Entonox[®]), entre outros (SMITH et al, 2008; CLUETT e BURNS, 2009; DOWSWELL et al, 2009; DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ et al, 2009; ROMEU (2009); ROCHA e MONTEIRO, 2009). A APEO (2009) afirma que na assistência ao parto normal é necessária a presença de pessoal sensibili-

zado e com formação sobre as terapias complementares que se utilizam no alívio da dor.

Diversos ensaios controlados aleatórios que comparam a analgesia epidural com alguns destes métodos mencionados, referem que o uso da analgesia epidural pode incrementar o número de partos instrumentados, o tempo da segunda etapa do TP, a necessidade de estimulação das contracções e a limitação dos movimentos (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008). No entanto, não se observaram diferenças nas taxas de cesarianas, lombalgias a longo prazo e efeitos adversos no RN pouco tempo depois do nascimento (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008; LEAL, 2009). Nos últimos anos, temos assistido ao uso de técnicas analgésicas inovadoras. Um estudo controlado aleatorizado de analgesia epidural de dose elevada comparativamente à epidural móvel afirma que estas últimas são ligeiramente melhores que as epidurais tradicionais de dose elevada, mas são necessários mais estudos nesta área para determinar os possíveis benefícios (WILSON et al., 2010).

Por outro lado, não podemos esquecer que a informação fornecida pelos profissionais de saúde, a expressão e o apoio verbal demonstrado são muito importantes no alívio da dor (FRÓIS, FIGUEIREDO, 2004). A este respeito, a OMS (1996) refere que o fornecimento de informações tranquilizadoras e quanto mais informada estiver a parturiente e o seu acompanhante, menor será o medo ao desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Tudo isto permitirá diminuir a sua percepção da dor.

Como já foi referido, a limitação para o movimento ou postura da parturiente durante a fase de dilatação, de igual modo que na fase do expulsivo é inadequado (práticas incluídas na categoria B). A posição de litotímia está enormemente estendida na nossa cultura do parto, mas ao mesmo tempo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. As posições verticais com ou sem ajuda de uma cadeira de parto ou do acompanhante, implicam menores alterações no padrão da FC fetal; encurtam o tempo da primeira fase do TP e da duração do período expulsivo; são mais favoráveis para a descida da apresentação fetal; facilitam os esforços expulsivos espontâneos; diminuem o cansaço da parturiente que ao mesmo tempo sente menos dor e necessita menos da analgesia epidural; reduzem o uso de episiotomias e permitem uma ligeira diminuição de partos instrumentados (GUPTA, HOFMEYR, 2008; APEO, 2009; LAWRENCE et al., 2009). Em contrapartida, é mais incómoda para a pessoa que assiste o parto, associa-se a um aumento da perda sanguínea (maior a 500 ml); dificulta a protecção do períneo e parecem ser mais frequentes as lacerações perineais de segundo grau (GUPTA, HOFMEYR, 2008). Para a APEO (2009), a posição em decúbito lateral permite mais períneos intactos, melhores resultados perineais e previne a compressão da veia cava. Em suma, existe a possibilidade de adoptar diversas posições, cada uma delas com vantagens e inconvenientes, o mais importante e adequado é encorajar a parturiente para escolher a posição mais cómoda para ela, permitindo-lhe to-

mar uma decisão informada, conhecendo as implicações de cada uma das posições.

Continuando a reflectir no período expulsivo, observamos que na maioria das situações se alenta as mulheres a realizar puxos de uma forma contínua e mantida (Valsalva) durante a segunda fase do trabalho de parto (prática incluída na categoria B). Outra alternativa consiste em deixar a mulher puxar livremente quando o necessite. Estas duas práticas têm sido avaliadas em diferentes estudos. Uma revisão da literatura realizada por ÁLVAREZ-BURÓN e ARNEDILLO-SÁNCHEZ (2010) demonstra que o puxo dirigido com a manobra de Valsalva diminui a duração da segunda etapa do parto, mas ao mesmo tempo compromete o intercâmbio gasoso materno-fetal, com descidas do pH médio da artéria umbilical e índices de Apgar mais baixos ao primeiro e quinto minuto de vida. Estes autores referem também que a prática rotineira do puxo dirigido pode ter efeitos prejudiciais na integridade do pavilhão pélvico já que se relaciona com a aparição de incontinência urinária e fecal aos três meses após o parto. Por estes motivos, os puxos espontâneos e livres parecem ser melhores (ÁLVAREZ-BURÓN e ARNEDILLO-SÁNCHEZ, 2010).

No que se refere ao uso sistemático de episiotomia (prática incluída na categoria D), esta não demonstra proteger o períneo perante lacerações graves (III e IV grado), não previne a incontinência urinária, pelo contrário, aumenta a dor, dificulta as relações sexuais e representa um factor de risco para lacerações perineais espontâneas no segundo parto. No entanto, com o uso selectivo da episiotomia, existe um maior risco de trauma perineal anterior (BERRAL GUTIÉRREZ, BURGOS SÁNCHEZ, 2006; JUSTE-PINA et al, 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Diversos estudos demonstram que esta prática não está justificada de forma rotineira, sendo necessária uma política selectiva na realização da episiotomia (JUSTE-PINA et al, 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Este facto implica que os profissionais vençam os seus receios, tenham uma maior aprendizagem e uma maior confiança no corpo da mulher.

Para finalizar este capítulo abordaremos a problemática derivada da seguinte pergunta: Qual é o momento idóneo para clampar o cordão umbilical? Esta decisão poderá afectar o contacto pele a pele precoce, que ao mesmo tempo favorece a vinculação afectiva, a estabilidade cardiorespiratória do recém-nascido (RN) e conseqüentemente, o início do aleitamento materno precoce, sem apresentar efeitos negativos aparentes a curto ou a longo prazo (MOORE, ANDERSON, BERGMAN, 2008). O cortar o cordão umbilical imediatamente no momento do nascimento implica levar o RN para um berço aquecido e aplicar-lhe uma serie de cuidados, que só se justificam se o RN se encontra em sofrimento. A clampagem precoce do cordão umbilical (prática incluída na categoria C) actua em contra da própria fisiologia, uma vez que o cordão aporta oxigénio ao mesmo tempo que o RN se adapta à vida extra uterina (OMS, 1996). Em situações normais deveria existir uma boa justificação para interferir neste processo fisiológico (ORTEGA et al, 2009). Segundo ORTEGA [et al.] (2009) a única vantagem documentada é a diminuição do

tempo da dequitação e da hemorragia PP, dados contraditórios se temos em conta uma revisão *Cochrane* traduzida, realizada por McDONALD e MIDDLETON no mesmo ano, onde não se verificaram diferenças significativas nas taxas de hemorragia PP ao comparar a clampagem precoce e tardia do cordão umbilical.

Por sua vez, existem diversos estudos que referem que a clampagem tardia do cordão umbilical aumenta os depósitos de ferro; melhora a oxigenação cerebral; diminui a necessidade de transfusão, de hemorragias intraventriculares e de sépsis. No entanto, está contra-indicado nos casos de restrição do crescimento intrauterino e, ainda que sendo uma prática segura no caso de prematuros, existe um aumento da morbidade neonatal por excesso de volume sanguíneo (RABE, REYNOLDS e DIAZ-ROSELLO, 2008; ORTEGA et al., 2009). Para ARANGO GÓMEZ e MEJIA LONDOÑO (2004) a clampagem tardia do cordão umbilical não produz hiperbilirrubinemia, policitemia, hiperviscosidade ou taquipneia transitória. Já McDONALD e MIDDLETON (2008) afirmam que com a clampagem tardia do cordão umbilical existe um risco adicional de icterícia que pode requerer de fototerapia.

A ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD(2007) ao falar da clampagem tardia afirma que o momento óptimo para cortar o cordão umbilical é quando a circulação deste tenha cessado, está aplanado e sem pulso (aproximadamente três minutos após o parto). Ainda refere que o RN colocado aproximadamente a dez centímetros acima ou abaixo do nível da placenta, a transfusão placentária completa ocorre em três minutos.

Perante esta temática bastante controversa, ORTEGA [et al.] (2009) através de uma revisão sistemática da bibliografia concluem que a prática mais adequada deve ser a mais fisiológica, já que não existem evidências científicas que demonstrem que os benefícios da clampagem precoce superem o cample tardio, nem o contrário.

BIBLIOGRAFIA

- ALFIREVIC Z.; DEVANE D.; GYTE G. M. L. – *Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ÁLVAREZ-BURÓN, Esther; ARNEDILLO-SÁNCHEZ, María del Socorro – *Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica*. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 11:2 (2010) 64-8.
- ANIM-SOMUAH M.; SMYTH R.; HOWELL C. – *Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso / Federación de Asociaciones de Matronas de España, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Lisboa: Lusociência, 2009. ISBN – 978-972-8930-49-3, Depósito legal 293 010/09.

- ARANGO GÓMEZ, Fernando; MEJÍA LONDOÑO, Juan Carlos – *¿Cuándo pinzar el cordón umbilical? Rev. Colombiana Obstetricia y Ginecología* [Em linha]. 55:2 (2004) 136-145 [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200006&lng=en&nrm=iso> ISSN 0034-7434.
- BASEVI V., LAVENDER T. – *Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 27 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- BERRAL GUTIÉRREZ M. A.; BURGOS SÁNCHEZ J. A. – *La episiotomía en el primer parto aumenta la severidad del trauma perineal en el segundo*. Evidentia. 3:8 (2006). [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.index-f.com/evidentia/n8/208articulo.php>>ISSN: 1697-638X.
- BROWN, Heather [et al.] – *Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- CARAVACA, Elisabeth [et al.] – *Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto*. «Revisión de la evidencia científica» Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 10:1 (2009) 10-13.
- CARROLI, G.; BELIZÁN, J. – *Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 15 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- CLUETT, Elizabeth R.; BURNS, Ethel – *Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009 Número 3 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- CORREIA, Toni Fernando Aguilar – *Práticas Obstétricas Segundo a Organização Mundial de Saúde – Percepção da Mulher*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Monografia apresentada no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna de Obstetricia. 2010.
- DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, R. [et al.] – *Unidad de Bajo Riesgo. Atención al parto normal de mínima intervención*. Hospital. [Em linha]. Son Llàtzer: 2009. [Consult. 13 Jan. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://2991932635055236782-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/mamasmarratxi/noticies/unitatdebaixrischsl-consentimentinformat/PARTOMINIMAINTERVENCIONC3%93N.pdf?attachauth=ANoY7cpPmtVj9ux0dth85tdgl5W39ju1VbLmJxKrCQQ-W2qXRBRTrA6QTW5jNv-XGHJIOIVMhBmOdGKCzix-ERZGRign17FYTh144SRbQQ4gkRFdGdMufunC7xAvrtQd3EHcnZoSj-F1SKIE0hD-VMBu7j4JXq2_uWBfmyPC0wpv7PEXmfM9yjjYwWu6Kz5f3IRZA-4GoENgCTWdSjuQNFZTq0I2y_9Dgxk4sPd-Hel-t4SisKN4suv2-T8WO-PQRXhV8ICypMr9XRSMdcVLEkvLSMGm9RSkHs2t9GR0NAQH-C3XWYskVWw%3D&attredirects=0>
- DOWSWELL, Therese [et al.] – *Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009 Número 3 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 16 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- FRÓIS, Deolinda; FIGUEIREDO, Helena – *Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor*. Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu, 2004. Acessível no Núcleo de Urgência de Obstetricia/Ginecologia do HSTV, SA., Viseu.

- GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J. – *Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- GYTE G.M.L.; RICHENS, Y. – *Fármacos profilácticos habituales en el trabajo de parto normal para reducir la aspiración gástrica y sus efectos (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- JIMÉNEZ, Marta; PEREZ, Anna – *El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo*. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 9:2 (2008) 5-11.
- JUSTE-PINA, Amelia [et al.] – *Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas com parto vaginal realizado por matronas*. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 8:3-4 (2007) 5-11.
- LAVENDER, T.; HART A.; SMYTH R. – *Efecto del uso de partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. [Consult. 25 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- LAWRENCE, Annemarie [et al.] – *Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- LEAL, Emilio Santos – *El efecto dominó: inducción, epidural, cesárea*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º10 (2009), p. 60.
- LOWDERMILK, Deitra L.; PERRY, Shannon E. – *Enfermagem na Maternidade*. 7 ed. Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN -978-989-8075-16-1
- McDONALD Susan J.; MIDDLETON Philippa – *Efecto del momento de clampado del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2 Art no. CD004074. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. – *Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2. [Consult. 27 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, *Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família – Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS, 1996. 54 p.
- ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD – *Mas allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*. [Em linha]. Washington 2007 [Consult. 14 Janeiro 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf>.
- ORTEGA GARCÍA, E. M. [et al.] – *Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical*. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 10:2 (2009) 25-28
- RABE H.; REYNOLDS G.; DIAZ-ROSELLO J. – *Clampado precoz versus clampado tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. [Consult. 12 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO L.G. – *Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. [Consult. 17 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ROCHA, Ana Maria A.; MONTEIRO, Cláudia Sofia C.B.C. – *Percepção e Importância dos Cuidados Recebidos durante o trabalho de parto e parto*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Monografia apresentada no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna de Obstetrícia. 2009.
- ROCHA, Jaqueline A.; NOVÃES, Paulo B. – *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal*. Femina [Em linha]. Vol. 38. Nº 3 (Março 2010) p. 119-126 [Consult. 06 Já. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://lidbi.bireme.br/lidbi/docsonline/lilacs/20100500/1045.pdf>>.
- ROMEU, Pedro Miguel dos Anjos – *Expectativas da Grávida sobre o Parto* [Em linha], Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título do Grau de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1213/3/mono_pedroromeu.pdf>
- SCHNECK, Camilla A.; RIESCO GONZALEZ, Maria L. – *Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar*. Reme: Revista Mineira de Enfermagem. [Em linha] Belo Horizonte. Vol.10, n.º 3 (Jul. 2006), p. 812.818. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>>
- SINGATA, M.; TRANMER J.; GYTE G. M. – *Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2010. Número 1. [Consult. 19 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD003930. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- SMITH, C. A. [et al.] – *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4. [Consult. 30 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- SMYTH, R. M., ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. – *Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3. [Consult. 18 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4 Art no. CD006167. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- WEI Shuqin, WO Bi Lan, XU Hairong, LUO Zhong-Cheng, ROY Chantal, FRASER William D – *Amniotomía y oxitocina precoz para la prevención o el tratamiento del retraso del período dilatante del trabajo de parto espontáneo comparadas con la atención habitual (Revisión Cochrane traducida)*. Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3. [Consult. 17 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD006794. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- WILSON, M.J.A. [et al.] (em Nome do Grupo de Estudo COMET) – *Deambulação no Trabalho de Parto e Via de Parto: Estudo Controlado Aleatorizado de Analgesia Epidural de Dose Elevada Comparativamente a Epidural Móvel*. Revista de Obstetrícia e Ginecologia. Lisboa: Momento Médico – Editora de Publicações, Lda. Vol. XXXIII – Nº 10. Novembro 2010.