



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2013-2015**

**FABIANA DE ARAÚJO SANTOS ROCHA**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO:  
CONHECENDO O SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO  
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**BELO-HORIZONTE-MG**

**JULHO-2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2013-2015**

**FABIANA DE ARAÚJO SANTOS ROCHA**

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO:  
CONECENDO O SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO  
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Kleyde Ventura de Souza

**BELO-HORIZONTE-MG**

# Práticas Obstétricas na Assistência ao Parto e Nascimento: Conhecendo o Setor Suplementar de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais

Fabiana de Araújo Santos Rocha<sup>1</sup>

Kleyde Ventura de Souza<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo descreve e avalia as práticas obstétricas em maternidades do setor suplementar de saúde do município de Belo Horizonte, MG, na assistência à gestantes de risco habitual, utilizando como parâmetros as recomendações da OMS e MS. Trata-se de um estudo transversal que utilizou como fonte de dados a pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Um inquérito sobre parto e nascimento”, realizada entre os anos de 2011 e 2012. Quatro maternidades do setor privado de Belo Horizonte participaram do estudo, totalizando 207 puérperas entrevistadas. Quanto às práticas consideradas “demonstradamente úteis” pela OMS foram observadas as seguintes frequências nos serviços dessas instituições: oferta de dieta: 5%; liberdade de movimentação: 47%; métodos não farmacológicos para o alívio da dor: 12% e presença de acompanhante no parto: 95%. Em relação às práticas consideradas “claramente prejudiciais” pela OMS a Manobra de Kristeller foi observada em 77% dos nascimentos. Como práticas “frequentemente utilizadas de modo inapropriado” foram observadas: a analgesia: 68%; o uso de ocitocina: 56%; amniotomia: 60%; a episiotomia: 49% e posição de litotomia: 96%. Foi possível concluir que nessas maternidades prevalece uma assistência obstétrica obsoleta, onde as evidências científicas preconizadas pela OMS e MS não são obedecidas.

**Palavras-chave:** Enfermagem obstétrica. Parto humanizado. Setor suplementar de saúde. Trabalho de Parto.

---

<sup>1</sup>Especializanda em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Enfermagem. E-mail: fabianarochoa04@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Kleyde Ventura de Souza Professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Escola de Enfermagem. E-mail: kleydeventura@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Setor Suplementar de Saúde teve início no final de década de 1960. A partir de então esse sistema vem ampliando sua clientela. No ano de 1994 esse setor obteve um crescimento de 63% e em 1995, de 40% (ALBUQUERQUE; PIOVESAN, 2008). Sua assistência deve seguir os padrões de saúde recomendados pelo Sistema único de Saúde (SUS), porém uma pesquisa realizada com usuários do Setor Suplementar de Saúde sugere que a assistência prestada nesse setor nem sempre corresponde ao preconizado pelo SUS, uma vez que não tiveram acesso à atenção integral, às ações de promoção e proteção da saúde e nem a atendimentos guiados pela lógica do acolhimento (CONILL et al., 2008).

É possível vislumbrar um retrato da realidade do país em relação à saúde materna e neonatal através da pesquisa: “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”. Essa pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS, ou privados e trouxe dados inéditos, dentre eles a taxa global de cesariana de 52%, sendo 46% do total no setor público e 88% em instituições hospitalares privadas. Além desses resultados foi observada uma taxa de apenas 5% de parto espontâneo e grande incidência de intervenções como episiotomias (BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesariana não deve ultrapassar 10%, limite que tem fundamento no número esperado de gestantes que tendem a apresentar alguma complicação. Taxas maiores do que a preconizada estão associadas ao aumento da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Evidências científicas confirmam uma associação consistente entre a cirurgia cesariana e desfechos adversos maternos e neonatais como: risco aumentado de morte materna, internação em UTI, transfusão sanguínea e histerectomia (SOUZA et al, 2010). Em relação ao recém-nascido, podem ocorrer aumento da frequência de prematuridade e distúrbios respiratórios, além de menor incidência de amamentação (CHAVES, 2014, 14; TORRES et al, 2014).

Desde a década de 1990 a OMS tem desenvolvido trabalhos direcionados à assistência ao pré-natal e parto, estimulando a utilização de práticas baseadas em evidências científicas. Em seu documento “Care in normal birth: a practical guide” (OMS, 1996a), a OMS divulga condutas consideradas como boas práticas na assistência ao parto, dividindo-as em categorias, sendo este guia um compilado das melhores evidências. Os cuidados a serem prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto são organizados em quatro categorias:

A - Práticas demonstradamente úteis no parto normal

B - Práticas claramente prejudiciais e que devem ser eliminadas

C - Práticas sem evidência científica para apoiar seu uso

D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

A elevada taxa de cesárea sem reais indicações médicas e o abuso de intervenções na assistência ao parto e nascimento constituem um grande desafio. O município de Belo Horizonte não se difere muito do cenário urbano nacional. Sendo assim, estudar este cenário pode possibilitar o estabelecimento de metas resolutivas a fim de alcançar uma mudança neste modelo, visando aumentar a segurança e a satisfação ao nascimento.

Este trabalho tem como objetivo descrever as práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento, em mulheres com gestação de risco habitual assistidas em maternidades do Setor Suplementar de Saúde do município de Belo Horizonte, conforme as recomendações da OMS/MS.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo utilizou como fonte de dados a pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento”, de base hospitalar, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A pesquisa foi composta por puérperas e seus recém nascidos. A atual pesquisa intitulada “Práticas Obstétricas na Assistência ao Parto e Nascimento no Setor Suplementar de Saúde do Município de Belo Horizonte”, por meio de estudo descritivo de delineamento transversal descreve as práticas realizadas pelos profissionais na assistência ao parto e nascimento em instituições de iniciativa privada de Belo Horizonte.

Mulheres com gestação de risco habitual, atendidas nas maternidades selecionadas e que participaram da pesquisa acima citada preencheram os critérios clínicos para participação deste presente estudo.

### **2.1 Local da Pesquisa**

Quatro instituições de saúde da rede suplementar incluídas na pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre parto e nascimento” foram selecionadas.

### **2.2 População**

Foram analisados os dados de todas as mulheres com risco obstétrico habitual, independentemente da via de nascimento: vaginal, fórceps ou cirurgia abdominal. Aquelas que responderam terem sido classificadas como gestação de alto risco obstétrico no pré-natal foram excluídas do estudo. Logo, a definição de risco habitual foi traçada a partir da resposta negativa à mesma pergunta.

### **2.3 Coleta de Dados**

O trabalho de campo foi realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Os dados foram coletados através de entrevista à puérpera, realizada por profissionais ou estudantes universitários da área de saúde. A entrevista foi realizada sob a supervisão do grupo de pesquisa, entre 6 e 24 horas após parto. Também foram realizadas entrevistas aos gestores dos hospitais com questões relativas à estrutura das maternidades (Apêndice 1).

As variáveis descritas foram: Sociodemográficas: faixa etária materna, escolaridade, estado civil, cor da pele e ocupação remunerada. Antecedentes obstétricos: tipo de gestação, número de gestações anteriores, paridade, idade gestacional, motivo da internação na gestação atual e gestação de risco. Condições do acompanhamento pré-natal: número de consultas, local das consultas, profissional do atendimento das consultas e educação em saúde. Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas (oferecimento de dieta, liberdade de posição e movimento, métodos não farmacológicos para alívio da dor e presença de acompanhante, alojamento conjunto, contato precoce mãe filho). Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (prática liberal de cesariana, cateterização de rotina, manobra de Kristeller, posição no momento do parto). Práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado (amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia, transferência no segundo estágio do parto, parto operatório (com o uso de fórceps ou vácuo), episiotomia).

#### **2.4 Análise dos dados**

Os dados foram separados por perfil sociodemográfico e por práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, segundo a via de parto. Esses dados foram organizados em tabelas e foi realizada a distribuição numérica e proporcional.

#### **2.5 Considerações Éticas**

O Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) aprovou a inclusão do presente estudo ao projeto “Nascer em Belo Horizonte: um inquérito sobre parto e nascimento” (Anexo 1). Como em todas as maternidades do estudo original, as puérperas e os responsáveis pelos estabelecimentos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

### **3 RESULTADOS**

Ao todo, 207 mulheres atendidas nas maternidades selecionadas e que participaram da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento” preencheram os critérios clínicos de gestação de risco habitual, sendo que todas as gestantes selecionadas participaram da análise do tipo de parto.

Para a análise da intervenção durante o trabalho de parto e via de parto permaneceram somente 80 mulheres que iniciaram o trabalho de parto (39%), sendo que para a análise das práticas obstétricas realizadas durante o parto vaginal, todas as mulheres que passaram por cesárea após o trabalho de parto foram excluídas, restando apenas 57, o que representou 71% do total de mulheres que entraram em trabalho de parto.

A Tabela 1 apresenta a distribuição numérica e proporcional dos dados sociodemográficos, de antecedentes obstétricos e de assistência pré-natal coletados durante a entrevista.



**Tabela 1:** Distribuição numérica e proporcional das características maternas segundo variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e assistência pré-natal.

<b>Variáveis</b>	<b>n=207</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Idade materna (em anos)</b>		
16 – 19	8	3,8
20 – 34	153	73,9
35 – 49	46	22,2
<b>Cor da pele</b>		
Branca	84	40,5
Preta	13	6,2
Parda/morena/mulata	105	50,7
Indígena	1	0,5
Amarela oriental	4	1,9
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	15	7,2
Ensino Médio	109	52,6
Ensino Superior	83	40
<b>Situação conjugal</b>		
União Estável	183	88,4
Atividade Remunerada	150	72,4
<b>Consultas de pré natal</b>		
Mínimo 4 consultas	207	100
<b>Local da consulta</b>		
Serviço público	4	1,9
Serviço particular/convênio de saúde	186	89,8
Nos dois	17	8,2
<b>Profissional que atendeu</b>		
Médico	204	98,5
Enfermeiro	3	1,4
<b>Gestações</b>		
Primigesta	107	51,6
Secundigesta	61	29,4
Multigesta	39	18,8
<b>Idade Gestacional</b>		
Pré-termo	20	9,1
Termo	187	90,3

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A idade das puérperas variou entre 16 e 46 anos, sendo predominante a faixa etária de 20 a 34 anos (73,9%). As adolescentes, com idades entre 16 e 19 anos representaram apenas

3,8% das mulheres. Em relação à cor da pele, 84 puérperas se autodenominaram brancas, o que representou 40,5% do total. Cerca de 52% delas se autodeclararam pardas/morenas/mulatas/amarelas/orientais e somente 6,2% delas se autodeclararam como sendo da cor preta.

Foi verificado que pouco mais da metade das puérperas cursou alguma série do ensino médio (50,6%), sendo que 40% delas chegaram ao ensino superior. A maioria relatou ser casada ou conviver com o companheiro (87,4%) e 72,4% declararam exercer atividade remunerada.

Em relação à assistência pré-natal, foi constatado que todas as puérperas participaram de consultas, realizando pelo menos 4, sendo que 89,8% do total dessas consultas pré-natal foi realizada através de serviço particular e/ou convênio. O médico foi o profissional que mais prestou essa assistência, visto que apenas 1,4% das puérperas realizaram consultas com enfermeiras.

Pouco mais da metade das mulheres eram primigestas (51,6%) e a idade gestacional predominante no momento da entrevista foi a gestação a termo, maior que 37 semanas de gestação, que representou 90,3% do total de puérperas.

Cento e vinte e sete mulheres tiveram parto cesáreo antes de entrar em trabalho de parto. Do total de puérperas participantes deste estudo 133 (64,3%) relataram que tiveram contato com o recém-nascido logo após o parto.

Os dados coletados em relação às práticas obstétricas aplicadas às parturientes durante o trabalho de parto, parto e via de parto são apresentados na Tabela 2

**Tabela 2:** Distribuição numérica e proporcional das respostas a práticas obstétricas aplicadas em puérperas do estudo durante o trabalho de parto e parto, segundo a via de parto.

<b>Práticas obstétricas no trabalho de parto</b>	<b>n=80</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Oferecimento de dieta	4	5
Cateterização venosa	72	90
Uso de ocitocina	45	56,2
Amniotomia	48	60
Liberdade de posição e Movimentação	38	47,5
Método não farmacológico para alívio da dor	12	15
Analgesia	49	61,2

  

<b>Práticas obstétricas no parto vaginal</b>	<b>n=57</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Mudança de sala no período expulsivo	52	91,2
Posição deitada de costas com as pernas para cima (litotomia)	56	98
Outras posições	01	2,0
Manobras de Kristeller	44	77,2
Episiotomia	28	49,1
Analgesia	5	8,8

  

<b>Via de parto após trabalho de parto</b>	<b>n=80</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Parto Fórceps	1	1,2
Parto Normal	56	70
Cesárea	23	29

Fonte: Elaborada pelas autoras.

O trabalho de parto ocorreu em apenas 80 do total de mulheres participante do estudo. Em relação às práticas obstétricas durante o trabalho de parto foi observado que somente 5% das mulheres receberam oferta de dieta. Noventa por cento delas foi submetida à cateterização venosa e pouco mais da metade (56,2%) recebeu ocitocina no trabalho de parto. A amniotomia foi realizada em 60% das mulheres e apenas 47,5% tiveram liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto. Em relação à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, apenas uma pequena parcela das parturientes teve acesso a este procedimento (15%). Em contrapartida, 61,2% delas receberam analgesia no trabalho de parto.

Para a análise das práticas obstétricas durante o parto vaginal, 23 das mulheres que entraram em trabalho de parto foram excluídas por passarem por cesárea após início do trabalho de parto, restando apenas 57 gestantes. Cerca de 91% das mulheres foram transferidas para outro ambiente durante o período expulsivo e 98% pariram seus bebês em posição de litotomia e apenas uma mulher (2%) em outra posição. A manobra de Kristeller foi utilizada em 77,2% dos casos, e a episiotomia em cerca de 49%. O uso de analgesia durante o parto ocorreu em 8,8% dos casos.

Em relação à via de parto, das 80 gestantes que entram em trabalho de parto, 56 (70%) evoluíram para parto normal e 23 (29%) foram submetidas à cesárea intraparto. Apenas uma gestante foi submetida a parto fórceps.

## 4 DISCUSSÃO

Estudos realizados no setor suplementar a fim de compreender o perfil dos usuários desse serviço constataram que mulheres com idade mais avançada, brancas, casadas, inseridas no mercado de trabalho, e que possuem maior renda representam a maior parte das clientes dos planos de saúde. Por outro lado, mulheres mais jovens, de outra etnia que não a branca, autônomas, desempregadas ou donas de casa e que possuem renda inferior, constituem a menor parte das usuárias dos planos de saúde (BRASIL, 2009; NELSON et al., 2005). Em nosso estudo verificamos que a maioria das participantes são jovens e de etnia parda, morena ou mulata. Nossos dados estão de acordo com pesquisas realizadas no SUS. Porém, estudos anteriores encontraram um percentual de 18,9% de gestantes adolescentes, contrastando com nosso estudo, onde o índice de adolescentes grávidas foi de 3,8%. Além disso, em relação aos indicadores socioeconômicos, pesquisas anteriores relataram que a maior parte das gestantes possuía baixa escolaridade e não exercia atividade remunerada (RODRIGUES et al., 2011; SOUSA, 2013).

O nível de escolaridade das mulheres atendidas no setor suplementar de saúde estabelece uma relação direta de proporcionalidade com o acesso à saúde privada (IBGE, 2010). Uma pesquisa sociodemográfica da saúde materna e abortamento, afirma que o contexto socioeconômico é determinante para a superação dos riscos de mortalidade materna e neonatal, além de garantir melhorias nas condições que cercam o evento do nascimento (MENEZES et al. 2009).

Um estudo feito a fim de traçar o perfil dos usuários do setor suplementar de saúde, aponta que as mulheres são a maior parte da população adquirente de planos de saúde e que 71 % da população jovem aderem aos planos de saúde por estarem vinculados a um trabalho. Este mesmo estudo mostra que indivíduos com maior grau de escolaridade têm maiores possibilidades de adquirir planos de saúde. Pessoas com melhor condição social tendem a valorizar mais os cuidados com a saúde, o que explica a condição socioeconômica mais favorável dos usuários do sistema suplementar de saúde (NOVAIS; MARTINS, 2010)

No presente estudo 73,9% das mulheres apresentavam idades entre 20 e 34 anos. Segundo o Ministério da Saúde, mulheres entre 20 e 35 anos, são consideradas adultas jovens e apresentam resultados obstétricos e neonatais mais favoráveis. A predominância de mulheres adultas no estudo proporciona expectativas de bons resultados na assistência ao parto e perinatais.

Todas as mulheres participantes deste estudo realizaram no mínimo 4 consultas pré-natais, sendo que a maioria tiveram entre 6 e 11 consultas. O Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas de pré-natal, para garantir uma assistência adequada, devendo conter informações de educação perinatal.(BRASIL, 2012). Em nosso estudo, apenas uma porção muito pequena (1,4%) realizou as consultas e/ou atendimentos com enfermeiras, apesar de o Ministério da Saúde orientar que as consultas em gestações de risco habitual sejam intercaladas entre médicos e enfermeiras (BRASIL, 2012). No tocante a consulta com enfermeira obstétrica, é válido ressaltar que esse serviço faz parte do rol de pagamentos do serviço suplementar pela Agência Nacional de Saúde (ANS) (BRASIL, 2010).

Uma pesquisa realizada com mulheres que fizeram pré-natal no setor suplementar de saúde evidenciou que as consultas de pré-natal são, em sua maioria, realizadas por médicos, e que aparece pouco espaço destinado ao diálogo. Em sua maioria as consultas ocorrem com ações intervencionistas ao invés de educação em saúde. Os resultados da pesquisa sugerem que as mulheres pouco participaram das escolhas dos exames e do tipo de parto. A falta de autonomia delas resulta em cuidados fragmentados, instrumentalizados e com terapia medicamentosa (CONILL et al., 2008). Os dados dessa pesquisa estão muito relacionados aos resultados demonstrados em nosso trabalho, onde foram muitas as intervenções realizadas durante o trabalho de parto, parto e via de parto. Neste contexto, a atenção ao pré-natal e ao parto pelo setor suplementar deveria incluir a participação de enfermeiras obstetras, uma vez que estas são profissionais que em sua formação estão preparadas para fomentar a participação ativa da gestante em todo o processo de gestação e parturição (CORDOVA, 2008).

As recomendações do Ministério da Saúde afirmam que a atenção ao pré-natal e parto são os momentos adequados para se efetuar o preparo físico e psicológico para a maternidade e paternidade. Isso deve ser feito através de ações humanizadas que visam à adoção de valores de autonomia e ao protagonismo dos sujeitos na corresponsabilidade dos vínculos estabelecidos. A escuta da mulher, a família e a participação na tomada de decisões são fatores fundamentais para viabilizar a humanização da atenção ao pré-natal e parto (DINIZ, 2005; BRASIL, 2005). A prática obstétrica brasileira apressa em provocar o nascimento das crianças, sem o devido respeito ao processo fisiológico de parturição. Com indisposição para a dinâmica do trabalho de parto e parto, busca-se controlar o tempo por meio de uso excessivo de intervenções, incluindo cesarianas (LEAL et al., 2014).

Considerando que a forma de organização das práticas assistenciais indica o modelo de atenção, há décadas o Ministério da Saúde tem adotado estratégias para promover um novo

modelo de assistência direcionado à humanização e à redução das intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001). Um acompanhamento adequado no trabalho de parto e nascimento, evitando a cascata de intervenções, produz efeitos favoráveis, porém o contrário pode acarretar piora dos desfechos maternos e perinatais (LOBO et al., 2010; PORTO et al., 2010; TORRES et al., 2014).

#### **4.1 Oferecimento de Dieta**

A atenção e o cuidado respeitoso durante o trabalho de parto muito pode auxiliar no processo de parturição e no nível de satisfação da puérpera com a experiência vivenciada no parto. Um cuidado importante neste momento é o oferecimento de dieta leve e água durante o trabalho de parto, pois esta prática pode auxiliar na prevenção de cetose (MOURA et al., 2009). A recomendação de jejum durante o trabalho de parto, baseada no risco de aspiração do conteúdo gástrico na possibilidade de anestesia geral, não justifica a orientação de jejum para todas as mulheres, visto que o risco é bastante baixo. Portanto, não se recomenda jejum rotineiro em mulheres de baixo risco obstétrico (CHOR et al., 2005; PORTO et al., 2010).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao parto na cidade de Goiânia, estado de Goiás, incluiu 404 puérperas. A análise dos dados em relação à dieta verificou que um total de 62% das mulheres participantes foram orientadas quanto à dieta zero no trabalho de parto (GIGLIO et al., 2011). O estudo realizado em Goiânia apresentou como resultado um número expressivo, porém ainda bem menor que o encontrado no presente estudo, onde a dieta foi oferecida apenas para 5% das mulheres, mesmo sendo gestantes de risco obstétrico habitual. A enfermeira obstétrica tem papel importante em orientar à mulher quanto às boas práticas no pré-natal, dando a ela autonomia. Na maternidade a enfermeira obstetra presta assistência direta ao trabalho de parto, parto e nascimento, colaborando para que se faça valer as boas práticas, respeitando a fisiologia da mulher.

#### **4.2 Amniotomia e Ocitocina**

Através de nosso estudo foi verificado que a amniotomia e o uso de ocitocina foram técnicas predominantes, utilizadas a fim de acelerar o trabalho de parto. Estas duas técnicas associadas recebem a denominação de manejo ativo do parto, visando à redução da duração da segunda fase do parto e da taxa de parto instrumental. Porém, revisões sistemáticas da

Cochrane sugerem diminuições modestas da taxa de cesárea, as quais não superam os riscos oferecidos pela presença de intervenções em mulheres de risco habitual (CARVALHO et al., 2010; LEAL et al., 2014). Além de não recomendar o uso rotineiro de ocitocina em parturientes saudáveis, a OMS afirma que esta prática, além de desnecessária, pode ser prejudicial (OMS, 1996).

O uso da ocitocina aumenta a necessidade de monitorização materno-fetal mais rigorosa, prejudica a deambulação e movimentação durante o trabalho de parto, o que limita a parturiente no leito, além de aumentar a probabilidade de outras intervenções no parto (GIGLIO et al., 2011, PORTO et al., 2010).

Amniotomia é a ruptura artificial de membranas amnióticas. A técnica é utilizada na tentativa de aumentar as contrações uterinas, fazendo assim com que o parto ocorra mais rápido. Alguns estudos têm demonstrado que o uso rotineiro e precoce dessa técnica não auxilia muito, além de estar relacionado com maior sensação dolorosa nas contrações. Em nosso estudo, a amniotomia ocorreu em 60% dos casos, assemelhando-se a outros trabalhos (LOBO et al., 2010; SOUSA, 2013, 139).

Em uma revisão sistemática composta por 14 estudos onde participaram 4.893 mulheres, os efeitos da amniotomia sobre a taxa de cesariana e outros indicadores de morbidade materna e neonatal foram avaliados. Não foi encontrada redução significativa na duração da primeira fase do trabalho de parto e nem satisfação materna com a experiência do parto. Porém, o grupo que foi submetido a amniotomia de rotina apresentou maior risco de parto cesáreo, embora não tenha sido estatisticamente significante (FRASER et al., 1993). Uma revisão de literatura sobre o manejo no primeiro estágio do trabalho de parto concluiu que a conduta ativa do trabalho de parto com utilização de ocitocina e amniotomia precoce deve ficar reservado a casos selecionados, não sendo recomendada sua utilização rotineira na prática obstétrica (PORTO et al., 2010).

### **4.3 Analgesia**

A prática de analgesia contempla a maioria das parturientes atendidas nos serviços, com uma taxa de 61,2%. Segundo Diniz, a assistência ao parto normal no Brasil é caracterizada pelo uso excessivo de intervenções desnecessárias e traumáticas, fazendo da analgesia e da via de parto por cesariana opções atraentes e justificadas (DINIZ, 2009). Apesar de a analgesia ser um método para alívio da dor, e uma importante ferramenta para auxiliar mulheres em trabalho de parto (PORTO et al., 2010), uma pesquisa de âmbito



nacional que analisou a desigualdade social em comparação com a satisfação com o parto, constatou que a satisfação geral com o parto depende muito da forma como elas são atendidas pelos profissionais de saúde durante a internação (D'ORSI et al., 2014). Provavelmente a pouca oferta de métodos para alívio da dor e a alta incidência de intervenções podem ter cooperado para a maior demanda do uso de anestésicos.

Vogt afirma que nem mesmo as práticas assistenciais humanizadas são suficientes para diminuir o uso de anestesia quando a oferta é deliberada e/ou quando se usam intervenções no trabalho de parto (VOGT et al., 2011).

Uma revisão sistemática realizada em 2011 incluindo 38 estudos comprovou a eficácia da analgesia peridural para redução da dor de mulheres durante o processo de parto, mas também revelou maior risco de parto instrumental, maior necessidade de ocitocina e aumento da duração do segundo estágio do parto. Não houve associação dessa intervenção com risco de cesariana, cefaléia e escores de Apgar menores que sete no quinto minuto (AMORIM; DULCE, 2011). Foi identificada uma associação da anestesia epidural com aumento da taxa de indução ou aceleração do parto (LEAL et al., 2014).

#### **4.4 Métodos não Farmacológicos para o Alívio da Dor**

A OMS e o MS recomendam que o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor deve ser privilegiado durante a assistência ao trabalho de parto. O uso de métodos não farmacológicos é considerado por estes órgãos como “práticas reconhecidamente úteis e que devem ser estimuladas”, Categoria A na recomendação de Boas Práticas na Assistência ao Parto (OMS, 1996a). Esses métodos são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, o que possibilita serem oferecidas por todos os serviços de saúde (LEAL et al., 2014).

Inúmeras são as técnicas não medicamentosas para o alívio da dor. Entre elas tem-se estudado o uso de acupuntura, acupressura, hipnose, técnicas de relaxamento e respiração, aplicação de frio e calor, aromaterapia, áudioanalgesia, massagem, deambulação e banho de imersão durante o parto (GALLO et al., 2011; SILVA et al., 2013). Deve ser considerado que o suporte contínuo intraparto e as posições verticalizadas durante o parto também se associam à redução da dor e ao maior grau de satisfação materna como já demonstrado em revisões sistemáticas. A imersão em água em banheiras ou similares durante o trabalho de parto tem sido investigada como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor. Em uma revisão sistemática de 11 ensaios clínicos, a imersão em água associou-se à redução do uso de

analgésia e redução no relato de dor, sem prejudicar a duração do trabalho de parto, as taxas de partos cirúrgicos ou o bem-estar neonatal (PORTO et al., 2010).

A frequência de boas práticas aplicadas em mulheres atendidas no setor público foi maior em relação à frequência em mulheres atendidas pelo setor privado (LEAL et al., 2014). No presente estudo apenas 15% das mulheres receberam técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, o que demonstra a necessidade de melhorias no setor privado. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) recomenda que os métodos não farmacológicos para alívio da dor sejam ofertados a 100% das mulheres em trabalho de parto. Neste sentido, nem todas as mulheres atendidas nas maternidades analisadas foram incentivadas a utilizar os métodos não medicamentosos para aliviar a dor, considerando que poucas delas utilizaram as práticas como: chuveiro (5), banheira (4), bola suíça (1), banquinho (1).

#### **4.5 Manobra de Kristeller**

Um achado surpreendentemente excessivo para a assistência obstétrica foi a manobra de Kristeller, realizada em 77,2% das gestantes deste estudo. Tal manobra é a aplicação de pressão manual no fundo do útero, conduzindo para o canal e parto, na tentativa de encurtar o período expulsivo (SIMPSON; KNOX, 2001). Essa é uma prática em desuso, pois não são encontradas evidências científicas que confirmem benefícios para a sua utilização, mas sim uma forte recomendação para evitá-la (LEAL et al., 2014). Os prejuízos dessa prática, embora ainda inconclusivos, podem incluir ruptura uterina, danos no esfíncter anal, fraturas ou lesões cerebrais no recém-nascido e maior risco de transfusão sanguínea entre mãe e bebê, situação importante especialmente em condições de diferença de fator Rh, mães soropositivas, portadoras do vírus da hepatite B ou outra doença viral (VERHEIJEN et al., 2009).

#### **4.6 Episiotomia**

Uma prática expressiva neste estudo foi a episiotomia (49,1%), intervenção com recomendação para não ser usada rotineiramente (VOGT et al., 2011). A técnica foi incorporada no início do século passado com o objetivo de facilitar o parto, reduzir o risco de incontinência urinária e fecal, reduzir o trauma perineal, além de facilitar o reparo e proteger o neonato do trauma de parto. Entretanto, não foram realizados trabalhos a fim de avaliar os riscos e benefícios dessa prática. Posteriormente estudos controlados demonstraram que a

episiotomia, além de não reduzir as complicações, aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e hemorragia. Portanto, deve ser utilizada com cautela (AMORIM et al., 2011; CARVALHO et al., 2010)

A OMS considera o uso liberal e rotineiro de episiotomia uma prática claramente prejudicial e que deve ser eliminada (categoria B). É recomendado que a taxa de episiotomia ocorra entre 10% e 30% (OMS, 1996c). Em nosso estudo, foi observada uma taxa maior do que a recomendação da OMS, o que indica o seu uso liberal. Em outros estudos, 50% das mulheres e 75% das primíparas foram submetidas a episiotomia (LEAL et al., 2014).

Em um estudo realizado por César em 2011, foi encontrada uma ocorrência média de episiotomia de 72% entre as 2557 gestantes estudadas no sul do Brasil. Oitenta e seis por cento das adolescentes e 66% das demais mães sofreram episiotomia. As taxas encontradas foram bastante elevadas, principalmente entre as adolescentes, o que indica baixa incorporação de práticas na assistência ao parto baseadas em evidências (CESAR et al., 2011).

Outro estudo, realizado no ano de 2013 em uma maternidade pública de Belo Horizonte, onde o cuidado preza a humanização e há expressiva inserção de enfermeiras obstétricas na assistência à mulher, revelou um índice de episiotomia em torno de 11%. O trabalho destaca a segurança apresentada pelos profissionais envolvidos, utilizando esse procedimento de forma criteriosa (SOUSA, 2013).

#### **4.7 Contato pele a pele**

As práticas referentes ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno ainda na sala de parto são também indicadores relevantes da qualidade da atenção ao parto humanizado. Segundo a OMS e o Ministério da Saúde, o contato pele a pele deve ser encorajado no parto normal (categoria A) (BRASIL, 2001; OMS, 1996b). O passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza que os bebês que tenham condições clínicas favoráveis permaneçam por pelo menos uma hora junto à pele da mãe, e que iniciem o aleitamento materno ainda nos primeiros 30 minutos após o nascimento, independentemente da via de parto (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008).

Muitas são as vantagens do contato pele a pele precoce. Um estudo de meta-análise da Cochrane relata melhora nos resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória, além do aumento significativo do sucesso da amamentação, sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo. O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida, além de propiciar o

envolvimento mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto transcorreu adequadamente. Além disso, favorece o vínculo afetivo, proporcionando o reconhecimento entre mãe e filho, podendo aumentar a autoestima materna, diminuir a ansiedade, melhorar os sentimentos de aceitação do seu novo papel e a satisfação durante o processo de parto (MOORE et al., 2007).

Embora seja uma prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal especificamente, também pode e deve ser promovida no parto operatório. Porém, essa prática ainda caminha a curtos passos. Em nosso estudo, somente 64,3% das mulheres tiveram contato com o bebê logo após o nascimento. Mesmo em um hospital referência em parto humanizado o contato pele a pele na primeira hora foi garantido em apenas 77% dos partos (SOUSA, 2013).

Os dados da pesquisa “*Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento*” não permitem saber com clareza se o contato ocorrido foi pele a pele, se foi iniciada amamentação neste momento ou mesmo delimitar a duração do tempo deste contato, o que se torna uma limitação do estudo para análise do contato pele a pele. Considerando que esta prática é de baixo custo e de grande relevância, é necessária uma pesquisa que avalie com detalhes esse contato no setor suplementar de saúde, buscando conhecer os pontos que dificultam sua ocorrência.

## 5 CONCLUSÃO

Os hospitais do setor suplementar de saúde do município de Belo Horizonte que foram estudados, através de seu modelo assistencial, demonstraram não apropriação, por parte dos profissionais de saúde, de práticas demonstradamente úteis e estimuladas pela OMS e MS durante o trabalho de parto. A maioria das mulheres não tiveram acesso à liberdade de posição e movimento, à opções de métodos não farmacológicos de alívio da dor e à alimentação durante o trabalho de parto. O grande percentual de mulheres submetidas à infusão de ocitocina, amniotomia, analgesia, episiotomia e manobra de Kristeller revela que os profissionais, além de se mostrarem indiferentes aos riscos das intervenções, estão despreparados quanto às evidências recomendadas pela OMS e MS.

As mulheres de risco habitual atendidas no setor suplementar de saúde estão sendo desnecessariamente submetidas a intervenções e as boas práticas têm sido menosprezadas. Apesar de essas mulheres possuírem, em sua maioria, condições socioeconômicas mais favoráveis, tais condições aparentam não cooperar para uma melhor assistência obstétrica. As mulheres não têm recebido um atendimento obstétrico que respeite a sua autonomia e fisiologia e o atendimento não é baseado em evidências científicas. Dessa forma, essas mulheres estão mais propensas a sofrer efeitos adversos por meio de um modelo tecnocrático de assistência obstétrica.

Para uma mudança neste cenário é imprescindível dar autonomia às mulheres por meio de orientações, principalmente no pré-natal, o que pode ser feito com a presença mais efetiva de enfermeiras obstétricas tanto no pré-natal quanto na assistência ao parto. Outra estratégia seria desencorajar a realização de intervenções de rotina e desnecessárias.

Sendo assim, é fundamental envidar esforços a fim de que ocorra no setor privado de saúde a transição do modelo tecnocrático para a adoção de práticas obstétricas de assistência ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas.

**Obstetric Practices in Assistance at Labor and Birth**  
**in the Health Supplements Sector of City of Belo Horizonte, Minas Gerais**

Fabiana de Araújo Santos Rocha

Kleyde Ventura de Souza

**ABSTRACT**

This study aims to describe the obstetric practices in private maternity hospitals which attend the supplementary sector at Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in low-risk pregnancies and births, checking their alignment to OMS and MS recommended practices which should be encouraged, as well as using them as a parameter.

This transversal study used as a data source the research *Nascer em Belo Horizonte: Um inquérito sobre parto e nascimento*, held between 2011 and 2012. Four maternity hospitals in the private sector of Belo Horizonte were included in the study, and 207 mothers were interviewed. The practices considered "demonstrably useful" by WHO, took place in the following frequency in these institutions: Offering oral fluids during labour and delivery (5%), freedom in position and movement throughout labour (47%), non-pharmacological methods of pain relief during labour (12%) and respect to women's choice of companions (95%). Regarding the practices deemed "clearly harmful" by the WHO the maneuver of Kristeller was observed in 77% of births. The following practices categorized as "frequently used inappropriately" were observed: analgesia (68%), the use of oxytocin (56%), amniotomy (60%), episiotomy (49%) and lithotomy position (96%). We conclude that in these maternity hospitals prevails an obsolete obstetric care, which does not follow the scientific evidence recommended by the WHO and Brazilian MS.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE C; PIOVESAN M. The current situation of the private health plans and insurance market in Brazil and trends for the future. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5 p.1421–1430, 2008.
- AMORIM T; GUALDA DMR. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev Rene, Fortaleza**, v.12, n.4, p.833–840, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/309/pdf>>. Acesso em: Julho/2015.
- BRASIL. Fiocruz. Sumário Executivo Temático Nascer no Brasil. **Nascer no Brasil**, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em Fev/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, DF, p.199, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil, Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA - Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010.
- BRASIL, Ministerio da Saúde .S. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)>. Acesso em Julho/2015.
- CARVALHO VF. et al. Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil. **Rev. Rene**, v. 11, p.92–98, 2010.
- CESAR JA. et al. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p.985–994, 2011.
- CHAVES RL. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, p.14–16, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114>>. Acesso em Julho/2015.
- CHOR D. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p.646–54, 2005.
- CONILL EM. et al. O Mix Público-privado na Utilização de Serviços de Saúde: Um Estudo dos Itinerários Terapêuticos de Beneficiários do Segmento de Saúde Suplementar Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1501–1510, 2008.
- CORDOVA F.P. **Do Pré-natal ao Parto: estudo das trajetórias terapêuticas percorridas por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à saúde**. Porto Alegre, UFRGS, 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- D'ORSI E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, p.154–168, 2014.

DINIZ CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p.627–637, 2005.

DINIZ S. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento Humano**, v. 19, n.2, pp.313–326, 2009. Disponível em: <[http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/genero\\_saude\\_materna.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf)> [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012)>. Acesso em Julho/2015.

FRASER WD. et al. Effect of Early Amniotomy on the Risk of Dystocia in Nulliparous Women. **The New England Journal of Medicine**, v. 328, n. 16, p.1145–1149, 1993.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - histórico e implementação, p.78, 2008.

GALLO, R.B.S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n.1, p.41–48, 2011.

GIGLIO MRP; FRANÇA, E.; LAMOUNER, J.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n.10, p.297 – 304, 2011.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010, p.261, 2010.

LEAL M C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, p.17–32, 2014.

LOBO SF. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 3, p.812–818, 2010.

MENEZES G. et al. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.2, p.193–204, 2009.

MOORE, E.; ANDERSON, GC.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007.

MOURA CFS; LOPES GT; SANTOS TCF. Humanização e Desmedicalização da Assistência à Mulher: do Ensino à Prática. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 2, p.182 – 187, 2009.

NELSON KM. et al. The Association between Health Insurance Coverage and Diabetes Care; Data from the 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Health Serv Res.**, v. 40, n. 2, p.361–372, 2005.

NOVAIS M; MARTINS C.B. Perfil dos Beneficiários de Planos e SUS e o Acesso a Serviços de Saúde – PNAD 2003 e 2008. **Série IESS**, v. 0035, p.1–14, 2010.

OMS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, 1996a.

OMS. Care in Normal Birth a practice guide, 1996b. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)> <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>>. Acesso em Agosto/2015.



OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas Introdução, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em agosto/2015.

OMS. Safe Motherhood Needs Assessment Surveyor's Manual, 1996c. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67367/4/WHO\\_RHT\\_MSM\\_96.18\\_Rev.1\\_Pt.4.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67367/4/WHO_RHT_MSM_96.18_Rev.1_Pt.4.pdf)>. Acesso em agosto/2015.

PORTO AMF; AMORIM MMR; SOUZA ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências Assistance to the first period of labor based on evidence. **Femina**, v. 38, n. 10, p.527–537, 2010.

RODRIGUES QP; DOMINGUES PML; NASCIMENTO ER. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p.242–248, 2011.

SILVA DAO. et al. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line Recife**, 7:4161-70, 2013.

SIMPSON KR.; NOX GE. Fundal pressure during the second stage of labor: Clinical perspectives and risk management issues. **The American journal of Maternal/Child Nursing**, v. 26, n. 2, p.64–71, 2001.

SOUSA AMM. **Práticas Obstétricas na Assistência ao Parto e Nascimento em uma Maternidade de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, UFMG, 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

SOUSA. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse shortterm maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and. **BMC Medicine**, p. 2 - 10, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71>>

TORRES JA. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, p.220–231, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129813>>. Acesso em Julho/2015.

VERHEIJEN EC; RAVEN JH.; HOFMEYR GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 7, n.4, 2009.

VOGT SE. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.9, p.1789–1800, 2011.