

**PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM  
OBSTÉTRICA**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG**

**Ministério da Educação – Ministério da Saúde**

***IMPACTO DA PARIDADE SOBRE OS  
DESFECHOS DO PARTO***

**Belo Horizonte**

**2015**

**Ana Clara Magalhães Rodrigues Scalabrini**

***IMPACTO DA PARIDADE SOBRE OS  
DESFECHOS DO PARTO***

Trabalho apresentado ao Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG em parceria com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, como requisito parcial para a conclusão do Programa.

Orientadora: Prof. Dra. Clara J. Marques Andrade

**Belo Horizonte**

**2015**

**Ana Clara Magalhães Rodrigues Scalabrini**

## **Impacto da Paridade sobre os desfechos do parto**

### **Banca Examinadora**

---

Profª Drª Clara de Jesus Marques Andrade  
Orientadora

---

Profª Drª Torcata Amorim

---

Profª Drª Marta Araujo Amaral

**Belo Horizonte**

**2015**

## Resumo

O parto é um acontecimento importante na vida da mulher, uma vez que constitui um momento único para o binômio, mãe e filho, exercendo um impacto, positivo ou negativo, que repercute durante sua vida inteira. Essas vivências tornam a paridade significativa no que tangem os desfechos do parto como escolha do posicionamento durante o nascimento, o uso ou não de analgesia, e outros desenlaces possivelmente acarretados pelas experiências prévias de parir. O objetivo foi identificar a relação entre paridade com os desfechos de parto: posição no parto, realização de episiotomia, analgesia e laceração, mediante uma pesquisa quantitativa retrospectiva transversal, desenvolvida na maternidade de uma instituição de ensino de Belo Horizonte no período de Abril de 2013 a Abril de 2014. Verificou-se com esse estudo a tendência de que a paridade influencia os desfechos do parto, relacionados à posição ao nascimento, uso de analgesia, realização de episiotomia e a presença de lacerações perineais.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....,,,,,	8
3 METODOLOGIA.....	8
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	8
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
7 REFERÊNCIAS .....	13

## **Introdução**

A concepção, a gravidez e o parto são alguns dos fenômenos naturais que ocorrem na vida da maioria das mulheres, constituindo um momento único e de grande relevância. Estes fenômenos sofrem influências de experiências pessoais, das informações recebidas do meio social e durante o acompanhamento pré-natal, principalmente as relacionadas ao ritual do nascimento, que está cercado de simbologia, ligada a determinantes socioculturais. Segundo Acker et al.<sup>1</sup>, esses determinantes "... especificam o local apropriado para a ocorrência do parto, determinam as pessoas que podem assisti-lo, indicam o comportamento mais apropriado à mulher no decorrer do processo e até a forma de reagir ao nascimento do bebê". O processo de parturição só pode ser compreendido quando se considera os contextos sociais e culturais e a individualidade física e psicológica da mulher, os quais influenciam na maneira como ela interpreta as diferentes sensações físicas do trabalho de parto. Dessa forma, dar à luz não é um simples ato fisiológico, ele define a identidade da mulher e afeta suas relações com o meio e a sociedade<sup>2a</sup>.

Entre os povos primitivos, "parir" era um acontecimento de pouca relevância, justificando o fato de que, nessas sociedades primitivas, em geral, a mulher mal interrompia seus afazeres no momento do parto. Entretanto, na sociedade atual, a mulher é influenciada para sentir dor, pois desde a infância escuta sua mãe, parentes e amigos falarem dos sofrimentos da parturição, criando-se desta forma, o que se chama de complexo de medo e apreensão. As atitudes, a maneira como a parturiente usa seu corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto são influenciados pelas informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade<sup>3,21</sup>.

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos. O modelo obstétrico contemporâneo tem originado vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva e a utilização inadequada da tecnologia na assistência ao trabalho de parto e parto. Esta assistência intervencionista tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres, que se sentem sem direito sobre o próprio corpo, violadas e muitas vezes desrespeitadas, contribuindo para que cada vez mais a parturiente se torne a paciente<sup>4,5</sup>.

Moliterno et al.<sup>6</sup> também afirmam que a uniformização da parturição desconsidera os aspectos culturais das mulheres e a possibilidade das mesmas protagonizarem esse evento, distanciando as vivências do parto do caráter íntimo e privado. Em um estudo realizado pelos autores, os depoimentos das mulheres demonstram o quanto suas escolhas e opiniões foram desconsideradas pelos profissionais, corroborando a falta de autonomia e compreensão das parturientes quanto às intervenções realizadas.

Segundo Fisher, Astbury&Smith<sup>7</sup> e Morais et al.<sup>8</sup> as lembranças sobre o parto permanecem presentes e influenciam as percepções da mulher sobre o processo de parto e maternidade. Sendo assim, o parto, especialmente para primíparas, exerce um impacto, positivo ou negativo que repercute durante sua vida inteira. Essas vivências tornam a paridade significativa no que tange os desfechos do parto como escolha do posicionamento durante o nascimento, o

uso ou não de analgesia, e outros desenlaces possivelmente acarretados pelas experiências prévias de parir.

Partindo do ponto de vista cultural, as diferentes formas de parir cresceram consideravelmente ao longo do tempo com uma grande amostragem histórica, desta diversidade, por meio de variados artefatos culturais (esculturas, pinturas, desenhos, etc). Porém, com o fortalecimento da intervenção obstétrica e as influências sociais e culturais sobre a condução do trabalho de parto as modificações na forma e posição de dar a luz aconteceram<sup>2b</sup>

Na literatura, foram encontrados alguns estudos<sup>9,3,10,2b,11</sup> que relacionam a paridade e a posição assumida pelas parturientes durante a evolução do trabalho de parto, mas não referem sobre o período expulsivo. Estes estudos não apresentam conclusões diretas. Silveira et al.<sup>11</sup>, afirmam que o conhecimento que as mulheres têm acerca do parto normal e do posicionamento no momento de parir seja oriundo de experiências tradicionais, relacionadas com a cultura e conhecimentos prévios. Estes autores<sup>11</sup> também afirmam que as mulheres desconhecem as possibilidades de posições para parir e aceitam a posição pré-determinada pelos profissionais. Estudos como Baracho et al.<sup>9</sup> fazem associações entre posições da parturiente e a ocorrência de episiotomia e laceração perineal, como o realizado em 2009 em que a ocorrência de laceração perineal foi documentada em 50% das mulheres que pariram na posição horizontal e 68% nas que pariram em posições verticais. Outros autores<sup>2b</sup> correlacionam as vantagens das posições para a evolução do trabalho de parto e o bem estar fetal.

No Brasil, segundo Riesco et al.<sup>12</sup>, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres tem parto vaginal e a maioria delas sofre algum trauma vaginal a cada ano. Mesmo quando adotadas políticas de assistência obstétrica baseada em evidências científicas, as mulheres que têm parto normal estão propensas a sofrer algum trauma perineal decorrente de episiotomia e de lacerações espontâneas. A associação entre episiotomia e paridade é a relação melhor documentada na literatura. Amorim et al.<sup>13</sup> apresenta que 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 trauma anterior, não previne distócias, não encurta o período expulsivo e não melhora os escores de Apgar, nem protege contra a incontinência urinária de esforço pós parto, portanto sua utilização rotineira não deve ser indicada. Riesco et al.<sup>12</sup> em estudo realizado verificou que quanto maior o número de partos, menor é a chance de ocorrer episiotomia; as mulheres sem parto vaginal anterior têm 3 vezes mais chance de serem submetidas a episiotomia. Segundo Salge et al.<sup>14</sup> a episiotomia, ainda é praticada em 60% dos partos normais, com frequência de até 90% em primíparas. Em outro estudo realizado por Batalha et al.<sup>15</sup>, em um hospital público do Distrito Federal, entre as nulíparas a prevalência de episiotomia foi de 74,4%. A paridade materna esteve significativamente relacionada à realização de episiotomia, diminuindo, progressivamente, a utilização quanto maior o número de partos anteriores.

Amorim et al.<sup>13</sup> reforça que oferecer métodos não-farmacológicos e não invasivos de alívio a dor durante o trabalho de parto é uma das recomendações da OMS, mas deve-se oferecer analgesia em casos selecionados quando

solicitados pelas parturientes. Na literatura consultada sobre o tema não foi encontrado nenhum estudo que correlacione diretamente a paridade com a presença de analgesia. Orange et al.<sup>16</sup> discutindo sobre analgesia e a satisfação materna, afirmam que a perda de controle da dor durante o parto está intimamente relacionada com as experiências prévias da mulher sobre a parturição.

Na vivência com mulheres durante o processo parturitivo, observou-se que experiências prévias influem sobre desfechos do parto como episiotomia, laceração, posição no parto e o uso da analgesia. A observação destes aspectos relacionados ao parto propiciou a reflexão e o desejo de identificar relação entre paridade e desfechos do parto. Acredita-se que a compreensão dessa questão permitirá maior individualidade ao cuidado na atenção obstétrica às parturientes incentivando a reflexão sobre práticas usualmente adotadas.

### **Objetivo**

Identificar relação entre paridade com os desfechos de parto: posição no parto, realização de episiotomia, analgesia e laceração.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo transversal desenvolvido na maternidade de uma instituição de ensino de Belo Horizonte no período de Abril de 2013 a Abril de 2014. A maternidade desta instituição presta atendimento humanizado e realiza em média 270 partos por mês com taxas de parto normal em torno de 80%. Os dados do estudo foram coletados a partir do “Livro de registro de partos assistidos pelas Enfermeiras Obstetras” no período de abril de 2013 a abril de 2014. No instrumento de coleta foram lançados todos os dados citados no “livro de registro” na íntegra no período já citado anteriormente.. No livro os partos assistidos por Enfermeiras Obstétricas, são registrados com os seguintes dados: data / hora do parto, nome da paciente, idade, paridade, idade gestacional, posição de parto, realização de episiotomia e contato pele a pele, presença de acompanhante, se a parturiente recebeu analgesia e qual o tipo (peridural, raquianestesia) se houve laceração perineal e qual o grau, escore de Apgar do RN, nome da residente/acadêmico e nome da enfermeira obstetra que assistiu ao parto.

O critério para a inserção no estudo foi parto com registro completo no livro de registro de partos no período de abril de 2013 a abril de 2014. Foram excluídos todos os partos com dados incompletos. Os dados coletados foram organizados em um banco (EPI-INFO) e submetidos a análise descritiva e estatística simples Para análise dos desfechos optou apenas pelas variáveis de interesse da pesquisa como: uso de analgesia, presença de laceração, posição no parto, realização de episiotomia, individualmente e correlacionados a paridade. Para realização do estudo o projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da instituição envolvida pelo processo N°04/2015.

### **Resultados e discussão:**

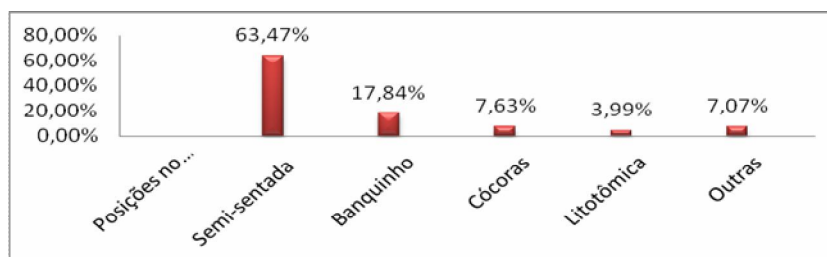


Entre as 1.434 parturientes do estudo, 41,63% eram primíparas e 58,37% multíparas, com 22,23% mulheres menores de 20 anos, 69,09% entre os 20 e 35 anos, e 8,68% maiores que 35 anos.

Em relação à episiotomia, observa-se que 95,37% das parturientes não receberam episiotomia sendo as que receberam 4,63% do total. Com relação à analgesia, 84,17% das parturientes receberam este método farmacológico de alívio da dor e 15,83% não receberam. No momento da revisão do canal do parto, identificou-se que 30,4% das mulheres não apresentaram laceração, sendo que das 69,6% que apresentaram; 44,7% apresentaram de 1º grau, 22,8% de 2º grau, 1,95% de 3º grau e 0,14% de 4º grau.

Dentre as posições utilizadas no período expulsivo, destacaram-se semi-sentada 63,47%, banquinho 17,84%, cócoras 7,63%, litotômica 3,99%, sendo o restante 7,07% em outras variadas posições (decúbito dorsal, lateral, em pé, gaskin, outros), como observado no gráfico1.

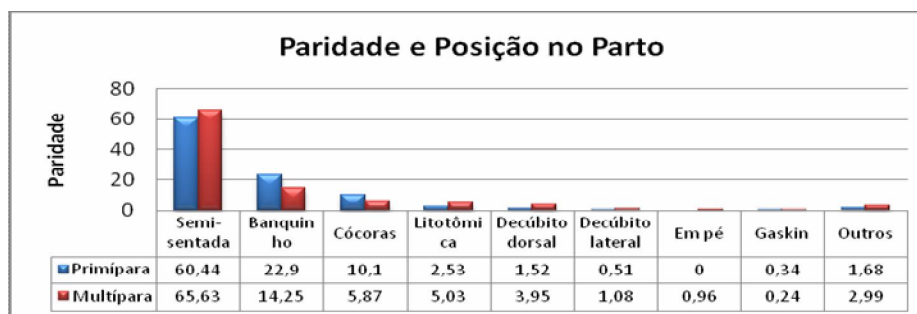
**Gráfico 1 – Posições durante período expulsivo**



A relação entre a paridade com os desfechos do parto é apresentada nos gráficos a seguir, como a posição no parto, em que se pode observar que a prevalência de primíparas parirem em posições verticais é maior do que as multíparas. (Gráfico 2)

Segundo Fialho<sup>17</sup> é direito de a mulher ter o filho em ambiente calmo e aconchegante, rodeada por pessoas preparadas e dedicadas ao nascimento. É direito dela também ter liberdade de se alimentar, se hidratar, caminhar livremente, assumir a postura que preferir e ter um acompanhante familiar.

**Gráfico 2 – Relação entre a paridade e as posições no parto**



A OMS classifica a liberdade de movimentação e de posição da parturiente durante o trabalho de parto como uma atividade benéfica e que deve ser encorajada. Do ponto de vista da fisiologia, as posições verticalizadas apresentam inúmeras vantagens para a evolução do trabalho de parto e parto devido menor compressão dos vasos sanguíneos com melhor vascularização placentária e oxigenação fetal, ampliação do diâmetro do canal de parto, maior eficácia das contrações uterinas, e participação mais ativa da parturiente <sup>18,8</sup>.

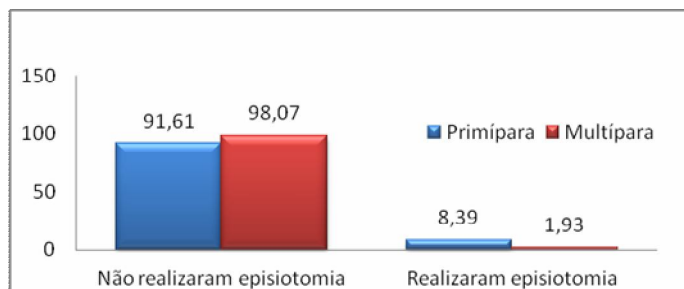
Analisando o gráfico percebe-se tendência tanto entre as primíparas quanto as múltíparas quanto às posições mais escolhidas que foram sequencialmente: semi-sentada (60,44% e 65,63%), banquinho de nascimento (22,9% e 14,25%) e cócoras (10,1% e 5,87%). Quando comparamos a paridade com as escolhas de posição ao parir, observa-se que as primíparas em maior porcentagem que as múltíparas escolheram posições mais verticalizadas como no banquinho de nascimento e cócoras. Essa diferença pode ser atribuída a maior receptividade das primíparas às orientações dos profissionais e à ausência de experiências prévias, considerada, fator determinante para muitos desfechos numa próxima gestação. Os fatores que interferem nas posições escolhidas pelas mulheres durante o trabalho de parto são numerosos e complexos, sendo que as posições verticalizadas apresentam vantagens fisiológicas como: melhor oxigenação materno-fetal e portanto, melhor equilíbrio ácido-base, favorece descida e encaixe fetal pela pelve materna, reduz a necessidade de intervenções como episiotomia e favorece a evolução do trabalho de parto, além de permitir a mulher maior sensação de liberdade e domínio do próprio corpo <sup>10</sup>.

É importante ressaltar que mesmo em situações em que a assistência prestada adota políticas de assistência obstétrica baseada em evidências científicas, as mulheres ao parirem estão propensas a sofrer algum trauma perineal, como observado em diversos estudos.

Aproximadamente 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, incluindo lesões das estruturas de suporte do tecido, estruturas vasculares e do trato urinário <sup>9</sup>. Esses traumas estão associados a diversos fatores como: realização de episiotomia, segundo estágio de parto prolongado, uso de ocitocina, parto vaginal assistido (fórceps, vácuo), recém nascido com peso superior a 4000g e nuliparidade.

Com relação à necessidade de realização de episiotomia e a paridade pode-se observar, através do gráfico 3, que das primíparas, 8,39% foram submetidas a episiotomia contra 1,93% das múltíparas, resultado este esperado e de acordo com as evidências científicas.

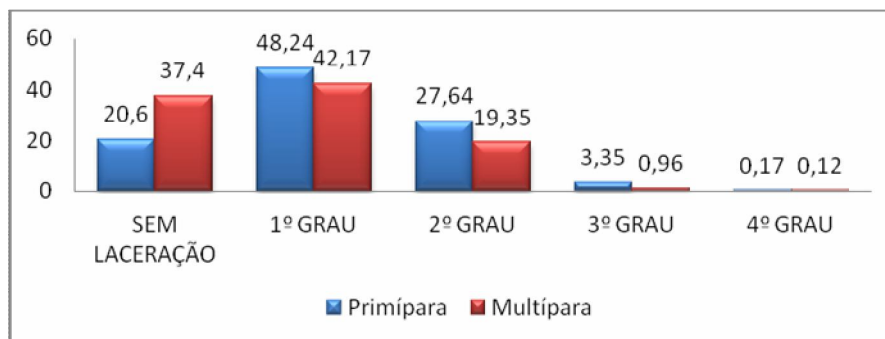
**Gráfico 3 – Relação entre a paridade e a realização de episiotomia**



A associação entre episiotomia e paridade tem boa fundamentação na literatura. Segundo Riesco et al.<sup>12</sup>, quanto maior o número de partos menor é a chance de ocorrer episiotomia. Em contrapartida, as mulheres nulíparas têm o triplo de chances de serem submetidas a uma episiotomia, apesar de apresentarem uma maior chance de preservabilidade perineal, considerando a inexistência de cicatrizes prévias e a maior elasticidade perineal<sup>4</sup>. Os dados apresentados no gráfico corroboram a literatura sobre o tema. Oliveira et al.<sup>19</sup> em estudo realizado constatou-se, entre as indicações mais citadas para realizar a episiotomia, a iminência de laceração e a asfixia fetal com 35,0% e 33,0% na primípara, 46,9% e 31,9% na múltípara, respectivamente. Esses autores também verificaram que a episiotomia foi executada em 40,1% das primíparas e em apenas 9,9% das múltíparas. Em contrapartida, Amorim et al.<sup>13</sup> apresentaram um estudo com 181 parturientes em que nenhuma apresentou episiotomia e pontua que a necessidade de realizar esse procedimento é questionável, considerando que as supostas indicações clínicas nunca foram comprovadas em ensaios clínicos randomizados bem conduzidos.

Analisando o trauma perineal do ponto de vista da laceração, observa-se no gráfico 4 que 79,4% das primíparas e 62,6% das múltíparas apresentaram algum tipo de laceração perineal. O gráfico também apresenta que para todos os níveis de laceração a porcentagem de trauma para as primíparas é maior do que nas múltíparas.

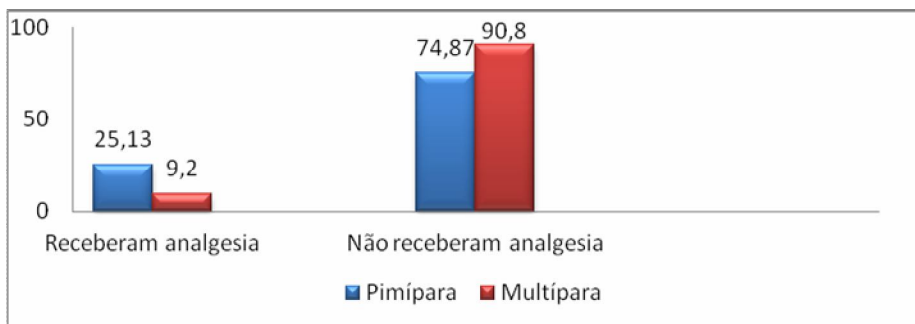
**Gráfico 4- Relação entre a paridade e a condição perineal**



Riesco et al.<sup>12</sup> apontam que a ocorrência de lacerações perineais dependem de diversos fatores que podem estar relacionados às condições maternas, ao feto, ao parto em si, a episiotomia. A associação entre o peso do RN e o trauma perineal, precisa de novas análises futuras, devido divergência dos resultados existentes. Segundo estas autoras<sup>12</sup> a classificação quanto ao grau da laceração pode ser um viés considerando a heterogeneidade nesta delimitação pelos profissionais devido a divergência anatômica da região vulvo-perineal.

Em relação ao alívio da dor, 25,13% das primíparas e 9,2% das múltíparas receberam analgesia, como pode ser visualizado no gráfico 5.

**Gráfico 5 – Relação entre a paridade e a realização de analgesia**



A dor sentida pela mulher durante o processo de parto tem aspectos importantes e diferenciados em cada grupo social. Influenciadas por fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais, essas dores são muitas vezes menosprezadas pelos profissionais de saúde, que as consideram parte integrante de um processo fisiológico. Quando o profissional não permanece ao lado da mulher, não a acolhendo emocionalmente e não utilizando técnicas naturais que aliviem as dores das contrações, pode ocorrer uma intensificação das dores e aumento do desconforto por ela sentido. A solidão vivida nesse período torna comum que o trabalho de parto seja percebido de forma penosa, e representa um grande desafio para parturiente, aumentando em muitas situações seu desejo pela analgesia<sup>20</sup>.

Para Fisher, Astbury & Smith<sup>7</sup>, as lembranças sobre o parto permanecem presentes e influenciam as percepções da mulher sobre o processo de parto e maternidade; dessa maneira as mulheres com experiências prévias de parto já conhecem a dor sentida no momento e estão mais preparadas emocionalmente para o enfrentamento com esta. Em contrapartida, se os partos anteriores foram lembranças negativas, estas mulheres se encontram durante o processo parturitivo muito mais receosas e necessitadas de suporte diferenciado e dos métodos farmacológicos para alívio da dor.

### **Considerações Finais**

Verificou-se com esse estudo a tendência de que a paridade influencia os desfechos do parto, relacionados à posição ao nascimento, uso de analgesia, realização de episiotomia e a presença de lacerações perineais.

Considerando que não trata-se de um estudo analítico faz necessário novas pesquisas para identificar se esta tendência se confirma ou não, reforçando que o mesmo refere-se a uma única instituição, pública de ensino, limitando seus resultados.

A coleta de dados para análise e discussão apenas ocorreu com o “Livro de registro de partos por enfermeiras obstetras” não abrangendo os partos acompanhados pela equipe médica obstétrica do setor. Acredita-se que se estes fossem considerados os dados seriam diferentes considerando o modelo de assistência destes profissionais, que mesmo trabalhando em uma instituição que adota políticas de assistência humanizada ao parto e nascimento,

baseadas em evidências científicas, apresentam em muitas situações restrição e atuação divergente do recomendado.

Um novo olhar sobre o efeito de muitas práticas em obstetrícia está sendo incentivado nos últimos anos, sendo importante evidenciar e divulgar os estudos nesta temática. Acredita-se que este trabalho contribui para o fortalecimento do modelo obstétrico humanizado e para qualificar a assistência prestada pelos profissionais. O estudo permitiu as autoras identificarem a importância do acompanhamento cada vez mais individualizado, orientado, que torne a mulher protagonista neste processo, levando em consideração as experiências prévias e seus desejos, sendo necessário rever as práticas ainda adotadas.

O momento do nascimento sempre será descrito como sendo individual e único, podendo ser carregado de simbolismos, de experiências prévias e culturais, tanto para a mãe como para a pessoa que presta o cuidado. Nesse sentido, há necessidade de estimular modelos de atendimentos humanizados, respeitando a singularidade de cada parturiente.

### **Referências**

1. Acker JIBV, Annoni F, Carreno I, Hahn GV, Medeiros CRG. As parteiras e o cuidado com o nascimento. Rev. bras. enferm. 2006 Oct ; 59( 5 ): 647-651.
2. A)Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. ESC. Anna Nery R Enferm 2007 jun; 11(2):331-336
2. B)Mamede FV et al. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, 2007 nov-dez; 15(6).
3. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etno enfermagem. RevBrasEnferm, 2005 nov-dez; 58(6):698-702.
4. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB; Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Esc Enfermagem USP 2010; 44(3):812-8
5. Seibert SL, Barbosa JLDS, Santos JMD, Vargens OMD. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. 2005. Rev. enferm. UERJ, 13(2), 245-251.
6. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LHDSF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. (2013). Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. *Texto contexto-enferm.[online]*, = 22(2), 293-301.
7. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. 1997. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31:728-738.

8. Morais FRR, Nunes TP; Veras RM, Azevedo LFM. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto. *Psicol. estud.* 2012, vol.17, n.2, pp. 287-295.
9. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELB, Lotti de et al . Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2009 Dec; 9( 4 ): 409-414.
10. Botel ML, Bermudez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2012;38(1):134-145
11. Silveira IP, Carvalho FAM. Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal. *Rev. RENE Fortaleza*, V.4, n.1, p. 36-39, jan/jun 2003.
12. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: Análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83.
13. Amorim MMR, Maia SB, Leite DFB et al. Assistência humanizada ao parto no Instituto de saúde Elpídio de Almeida (ISEA): Resultados Maternos. *Revista Saúde e Ciência UFCG (CCBS/UFCG) Ano I, v.I, n.1, janeiro-julho de 2010.*
14. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. Eletr. Enf.* 2012 oct/dec;14(4):779-85.
15. Batalha SDJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. 2009. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 31(7), 326-34.
16. Orange FAP, Jr Renato M, Adriana SO, Katz L, Coutinho IC, Amorim MMR. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012 Feb; 58( 1 ): 112-117.
17. Fialho TC. O papel do enfermeiro no parto humanizado. 2008. 38f. Monografia -(Pós-Graduação em Saúde Pública) - Educação Avançada Ltda, Mato Grosso, 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
19. Oliveira, SMJV, Miqilini EC. Frequência e critérios para indicar episiotomia. *Rev. Esc. Enferm USP* 2005; 39(3):288-95.
20. Cequeira JM. Análise da humanização da assistência de enfermagem no parto, 2005. (Internet) <http://www.corenpr.gov.br/files/file-42286769.pdf>. Acesso em 10/05/2015.

21. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência&Saúde Coletiva*. 2005 SãoPaulo,. v10, n.3, p.627-637.