

Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal*

Obstetric practices and maternal and neonatal outcomes: analysis of multiple correspondence factors in normal birth centers

Prácticas obstétricas y resultados maternos y neonatales: análisis de factores de correspondencia múltiple en centros de parto normal

Andrea Porto da Cruz¹, Sonia Maria Oliveira de Barros²

RESUMO

Objetivo: Descrever as práticas obstétricas e os resultados maternos e neonatais de dois Centros de Parto Normal do Município de São Paulo, comparando-se as unidades intra e extra-hospitalares. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo com dados secundários provenientes de 192 prontuários das instituições envolvidas. As variáveis de estudo foram as práticas selecionadas para o parto normal: a utilização de ocitocina, o tipo de rompimento das membranas amnióticas, a realização de episiotomia ou perineotomia e o tempo de permanência materna e neonatal. Foi elaborado um instrumento informatizado para coleta de dados com base nas variáveis de estudo. Os dados foram tratados através de análise estatística multivariada. **Resultados:** O centro de parto normal intra-hospitalar utilizou com maior frequência às intervenções relacionadas à utilização de ocitocina, rompimento artificial de membranas amnióticas e tempo de permanência materna e neonatal superior às 48h, após o parto. O centro de parto normal extra-hospitalar apresentou maior frequência de parturientes com períneo íntegro após o parto, rompimento de membranas de maneira espontânea e tempo de permanência materna e neonatal inferior a 48 horas pós-parto. Os resultados maternos e neonatais não evidenciaram complicações relacionadas às práticas utilizadas. **Conclusão:** As práticas obstétricas pouco diferiram, comparando-se os dois tipos de Centros de Parto Normal; ambos seguem as recomendações da Organização Mundial de Saúde e aplicam as intervenções somente nos casos indicados.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Enfermagem materno-infantil; Parto; Centros independentes de assistência a gravidez e ao parto; Humanização de assistência ao parto

ABSTRACT

Objective: To describe the obstetric practices and maternal and neonatal outcomes of two normal birth centers in the Municipality of Sao Paulo, comparing the intra and extra hospital units. **Methods:** Observational, cross-sectional and retrospective study, with secondary data obtained from 192 records of the institutions involved. The study variables were the practices selected for normal birth: the use of oxytocin, the type of breaking the amniotic membranes, the performance of episiotomy or perineotomy and, the time of maternal and neonatal stay. It was developed a computerized tool for data collection, based on the study's variables. The data were processed by multivariate statistical analysis. **Results:** In the intra-hospital birth center, the most frequently used interventions were related to: the use of oxytocin, artificial rupture of amniotic membranes and maternal and neonatal length of staying larger than 48 hours, postpartum. In the extra-hospital birth center had a higher frequency of parturients with: no tearing of perineum after delivery, membrane rupture spontaneously and maternal and neonatal length of staying less than 48 hours, postpartum. The maternal and neonatal outcomes showed no complications related to utilized practices. **Conclusion:** The birth practices differ little, when comparing the two types of Normal Birth Centers; both followed the recommendations of the World Health Organization and implemented the interventions only in specific cases.

Keywords: Birthing centers; Obstetrical nursing; Maternal-child nursing; Humanizing delivery

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas obstétricas y maternas y los resultados neonatales de dos centros de parto normal en el Municipio de Sao Paulo, comparando las unidades intra y extra hospitalarias. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y retrospectivo, con datos secundarios obtenidos de 192 registros de las instituciones estudiadas. Las variables de estudio fueron las prácticas seleccionadas para el parto normal: la utilización de oxitocina, el tipo de rompimiento de las membranas amnióticas, la realización de episiotomía o perineotomía y, el tiempo de permanencia materna y neonatal. Fue elaborado un instrumento informatizado para recolectar los datos con base en las variables de estudio. Los datos fueron tratados a través del análisis estadístico multivariado. **Resultados:** El centro de parto normal intra hospitalario utilizó con mayor frecuencia las intervenciones relacionadas a la utilización de oxitocina, rompimiento artificial de membranas amnióticas y tiempo de permanencia materna y neonatal superior a 48h, después del parto. El centro de parto normal extra hospitalario presentó mayor frecuencia de parturientas con perineo íntegro posparto, ruptura de membranas de manera espontánea y tiempo de permanencia materna y neonatal inferior a 48 horas posparto. Los resultados maternos y neonatales no evidenciaron complicaciones relacionadas a las prácticas utilizadas. **Conclusión:** Las prácticas obstétricas poco difirieron al compararse los dos tipos de Centros de Parto Normal; ambos siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y aplican las intervenciones solamente en los casos indicados.

Descritores: Enfermería obstétrica; Enfermería materno infantil; Parto; Centros independientes de asistencia al embarazo y al parto; Humanización de la asistencia al parto

* Artigo extraído de tese de Mestrado "Associação entre os resultados maternos e perinatais e as práticas obstétricas em centros de parto normal" apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Coordenadora técnica do Instituto Educacional São Paulo e do Curso de Pós Graduação em Formação Pedagógica da Faculdade São Luís

² Livre-docente em Saúde da Mulher. Professora Associada da Disciplina de Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Parto Normal (CPN) surgiram no contexto da necessidade de garantia do acesso à assistência ao parto nos serviços do Sistema Único de Saúde, da prioridade de ações, visando à redução da mortalidade materna e perinatal, à melhoria da qualidade da assistência ao parto e à necessidade de humanização⁽¹⁻²⁾.

Os CPN constituem-se em unidades de saúde que prestam um atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, podendo atuar física e funcionalmente integrados a um estabelecimento assistencial de saúde, sendo uma unidade intra-hospitalar ou extra-hospitalar⁽¹⁻²⁾, cabendo-lhes as atribuições de desenvolvimento de atividades educativas e de humanização, acolhimento de gestantes e seu acompanhante, avaliação das condições de saúde maternas e fetais, e a garantia de uma assistência segura ao recém nascido e à mulher em todo seu ciclo gravídico e puerperal. Devem também garantir a remoção segura das parturientes nos casos de urgência e emergência⁽¹⁾.

São denominados CPN intra-hospitalares aqueles localizados dentro de unidades hospitalares, e CPN extra-hospitalares aqueles localizados externamente, também, chamados de Casas de Parto.

A diminuição das intervenções no processo natural do parto e a utilização adequada da tecnologia são conceitos norteadores dos CPN, incorporando, assim, a filosofia da humanização na assistência prestada⁽²⁾.

O objetivo deste trabalho foi descrever de forma simultânea o comportamento de variáveis relacionadas às seguintes condutas obstétricas: utilização de ocitócito durante o trabalho de parto; forma de rompimento de membranas amnióticas; realização de episiotomia e perineotomia; tempo de permanência institucional e os respectivos resultados maternos e neonatais de dois centros de parto normal situados no Município de São Paulo e examinar seus padrões de distribuição.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo. Determinou-se um estudo transversal pela possibilidade de descrição das variáveis do estudo e seus padrões de distribuição, incluindo-se o exame das associações.

O estudo foi realizado em dois CPN do Município de São Paulo, tidos como referência no atendimento de forma diferenciada ao parto.

As instituições selecionadas têm em sua rotina a adoção de protocolos assistenciais baseados em condutas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para o atendimento ao parto normal, objeto deste estudo. Assim sendo, as instituições foram:

- O CPN intra hospitalar do Hospital Geral de Itapeverica da Serra, vencedor em 2000 do Prêmio Galba de Araújo, sendo local de referência no atendimento aos partos de baixo, médio e alto risco da região.

- O CPN extra hospitalar do Hospital Geral do Itaim Paulista (Casa de Maria), vencedor em 2005 do Prêmio Galba de Araújo.

A assistência entre ambos diferencia-se pela estrutura física, admissão das parturientes através do risco obstétrico e pelo profissional que presta o atendimento: no CPN intra-hospitalar o atendimento pode ser realizado, tanto por médicos obstetras como por enfermeiras obstetras ou obstetizas, tendo estas a preferência pela condução e realização do parto. A admissão e a alta das pacientes são determinadas pelo médico obstetra, além de ser possível o atendimento a parturientes de baixo, médio ou alto risco obstétrico; este setor funciona dentro das dependências do Hospital Geral de Itapeverica da Serra.

No CPN extra hospitalar o atendimento é prestado exclusivamente por enfermeiras obstetras ou obstetizas que são responsáveis pelo acompanhamento e realização do parto, além da recepção imediata e avaliação do recém nascido RN. Esta instituição só interna as parturientes com baixo risco obstétrico. sua estrutura física é localizada externamente ao Hospital Geral do Itaim Paulista.

População e amostra

A população do estudo foi constituída por parturientes admitidas nos Centros de Parto Normal citados. Foram selecionadas 96 parturientes de cada uma das instituições, totalizando 192, cujo critério de inclusão foi parto normal. Os demais tipos de parto foram excluídos.

Cálculo de tamanho de amostra

Para o cálculo da amostra, foram considerados os dados obtidos dos atendimentos prestados. Para a obtenção do tamanho da amostra (n), utilizou-se a fórmula proposta por Lemeshow, para a estimação de uma proporção populacional com precisão especificada. Aplicando essa fórmula, obteve-se o $n = 96$. Portanto, para cada hospital estudado, houve uma amostra de 96 prontuários, perfazendo um total de 192 prontuários analisados.

A seleção das variáveis de estudo baseou-se nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o atendimento ao parto normal⁽³⁾.

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas e a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Resolução CNS n.º 196 e pela Declaração de Helsink.

Visando à confiabilidade dos resultados e a fim de que houvesse uma probabilidade igual para a escolha de qualquer prontuário clínico, utilizamos um fator de

repetição obtido através da divisão da média do número anual de partos pela média mensal dos mesmos. Desta forma, obteve-se uma representação randomizada em cada mês de período de estudo com menor chance de viés.

Para análise estatística das variáveis relativas às práticas obstétricas e respectivos resultados maternos e neonatais, foi utilizada a análise fatorial de correspondência múltipla, pois, conforme Pereira⁽⁴⁾ é uma técnica multivariada para se examinar relações geométricas do cruzamento ou contingenciamento de variáveis categóricas. Os dados coletados foram tabulados em frequência absoluta e relativa em planilhas de *Excell*. Após este procedimento, foram realizadas as seleções e categorizações das variáveis de interesse do presente estudo. Posteriormente, estes dados foram importados para o programa estatístico SPAD3.5, para aplicar o método da análise multivariada.

O referido Autor⁽⁵⁾ estabelece uma definição na natureza das variáveis (quantitativas e qualitativas), classificando-as, segundo o tipo e suas características. O autor ressalta que a representação numérica de uma escala qualitativa categórica, como a utilizada no presente estudo, é uma estratégia para o processamento e análise, mas a interpretação requer um retorno ao significado original de suas medidas. “Embora uma escala de medida seja tratada como dimensão única, ela é na verdade multidimensional, tendo tantas dimensões quanto sejam as categorias da escala”.

Para estudos que tenham como objetivo descrever de forma simultânea mais de duas variáveis, recomenda-se o emprego dos métodos estatísticos multivariados. Estes métodos permitem confrontar inúmeras variáveis, extraíndo as tendências, hierarquizando e eliminando os efeitos marginais ou pontuais que prejudicam a percepção global.

Assim, no presente estudo optou-se por utilizar o método multivariado, por se tratar de abordagem que considera o comportamento de uma série de variáveis simultaneamente, como na análise de correspondência múltipla. Consiste na análise de proximidade geométrica em medidas de distância X^2 . Deriva de um plano de projeção por meio da análise de componentes principais, permitindo análise das variáveis e das suas categorias.

O método analisa a distribuição de massa (perfil da distribuição de frequência pelas categorias consideradas) de um conjunto de observações e corresponde a uma forma alternativa de olhar os dados de uma tabela de contingência, objetivando identificar se a massa está uniformemente distribuída. Deve ser utilizada quando se quer examinar as relações entre variáveis categóricas nominais e/ou entre as categorias dessas variáveis. O gráfico obtido pode ser estudado, como se fosse um “mapa geográfico”, examinando as relações de proximidade geométrica por projeção em dimensões que

podem ser identificadas com base nos pontos pontos dos gráficos. É importante verificar o ajuste do modelo derivado da análise observando os valores de inércia (total x somatório das dimensões de projeção plana) e reconhecer as relações entre as variáveis e as categorias das variáveis.

O método de correspondência múltipla foi executado, utilizando variáveis ativas quanto ao processo da assistência obstétrica (utilização de ocitocina, rotura artificial de membranas, episiotomia e perineotomia e tempo de permanência institucional materno e perinatal), resultados maternos (complicações no parto e puerpério), resultados perinatais (Apgar do primeiro e quinto minutos de vida), além da variável ilustrativa, indicando o local onde foi realizado o parto (CPN Intra-hospitalar ou extra-hospitalar).

As variáveis ativas participam do cálculo de posição que cada indivíduo assume no gráfico, tornando os resultados dependentes destas variáveis. Por outro lado, as variáveis ilustrativas podem ter duas posições calculadas em função da contribuição por explicação das ativas.

Convém ressaltar que o método empregado permite a utilização dos resultados em inúmeros planos fatoriais. A opção por dois planos (fator 1 e fator 2) deve-se à observação de que esses dois primeiros planos carregam 36,38% ou mais de informações da base de dados, considerando todas as variáveis simultaneamente. Neste tipo de análise, esta proporção é considerada excelente. A adição de outros planos fatoriais, além de trazer pouca informação adicional, não favoreceria a visualização dos dados de forma rápida e prática.

RESULTADOS

Os pontos legendados na Figura 1 correspondem às condutas obstétricas e aos resultados maternos e neonatais. Os seus agrupamentos indicam a frequência dos dados nos locais de estudo.

DISCUSSÃO

O delineamento transversal foi escolhido para atender aos objetivos deste estudo e descrever as condutas utilizadas, comparando-se a frequência destas e respectivos resultados maternos e neonatais, em cada uma das Instituições. Os limites deste estudo referem-se ao baixo estabelecimento de relações causais e prognósticos.

No que se refere ao perfil de parturientes atendidas nos locais selecionados para o estudo, no CPN extra-hospitalar são assistidas gestantes de baixo risco obstétrico e no CPN intra-hospitalar, não há critérios de admissão, qualquer gestante pode ser admitida, independente de seu risco gestacional.

Na Figura 1, os pontos legendados correspondem às

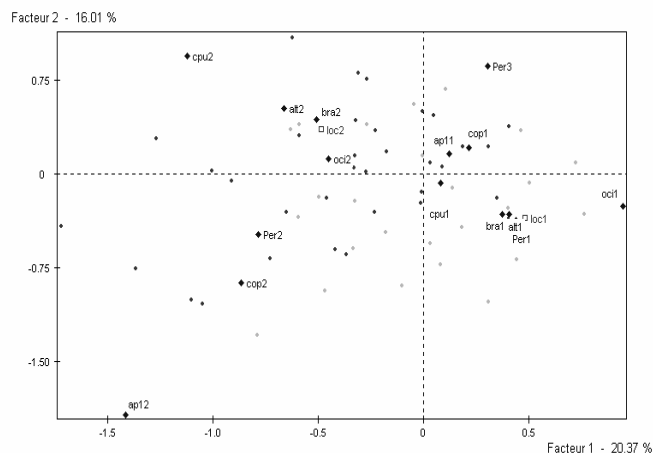


Figura 1 - Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais em dois Centros de Parto Normal - SP, 2007-2009.

Variável	Código	
CPN extra-hospitalar	Loc1	
CPN intra-hospitalar	Loc2	
Condutas obstétricas		
Variável	Códigos	Categorias
Utilização de ocitocina	OCI	Não - 1 Sim - 2
Rotura artificial de membranas	BRA	Não - 1 Sim - 2
Utilização de episiotomia e perineotomia	PER	EMLD+ perineotomia - 2
Tempo de permanência materno e neonatal nas instituições após o parto	ALT	Menos 48h - 1 Mais de 48h - 2
Resultados Maternos		
Variável	Códigos	Categorias
Resultados Perineais	PER	Períneo Íntegro - 1 Roturas - 3
Complicações Parto	COP	Não - 1 Sim - 2
Complicações Puerpério	CPU	Não - 1 Sim - 2
Resultados neonatais		
Variável	Códigos	Categorias
Apgar 1'	AP1	8-10 - 1 4-7 - 2
Apgar 5'	AP5	8-10 - 1

condutas obstétricas e aos resultados maternos e neonatais, os seus agrupamentos indicam a frequência dos dados nos locais de estudo.

Os agrupamentos relacionados à realização de episiotomia ou perineotomia e ocorrência de rotura espontânea durante o desprendimento cefálico aproximaram-se mais do CPN intra-hospitalar e indicaram à sua maior ocorrência. O agrupamento relacionado ao períneo íntegro aproximou-se mais do CPN extra-hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a utilização da episiotomia nos casos em que houver uma

real necessidade, sem seu uso liberal e rotineiro, estudando-se e avaliando-se cada caso, quando estiverem presentes algumas condições, tais como, sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau.

Estudos baseados em evidências mostram que, no momento do período expulsivo, o relaxamento espontâneo das estruturas perineais maternas, a posição escolhida pela parturiente e a condução do parto de maneira adequada, propiciam a saída fetal de uma maneira mais tranqüila, menos dolorosa e com menores chances de lesões perineais⁽³⁻⁷⁾.

De acordo com os resultados obtidos em revisão sistemática⁽⁶⁾, os efeitos adversos da episiotomia podem ser maiores do que aqueles sugeridos como benéficos, tais como: disfunções da musculatura perineal, aumento da perda sanguínea, dor, maior risco de infecção, extensão da secção e disfunção sexual⁽⁷⁻⁸⁾. O uso restrito da episiotomia tem sido associado a um menor risco de traumatismos de períneo posterior, suturas e problemas relacionados à cicatrização⁽⁸⁾.

A ocorrência de traumatismo perineal anterior e o aumento da frequência de incontinência urinária não foram diferentes com o uso restritivo da episiotomia e episiotomia mediana e médio-lateral, além de obter resultados semelhantes quando relacionados aos índices de Apgar e repercussões fetais graves⁽⁶⁾.

Houve uma maior proximidade da prática de amniotomia, ou seja, rompimento da bolsa amniótica, no CPN intra-hospitalar. A OMS recomenda a prática da preservação da integridade da bolsa amniótica para a formação da Cunha Hidráulica, facilitando a dilatação e esvaecimento do colo uterino, além da proteção fetal relacionada ao menor índice de infecções intraútero e riscos de prolapso de cordão umbilical ou de membros⁽³⁾.

Quanto à utilização da ocitocina, os protocolos desenvolvidos internamente e baseados nas evidências científicas norteiam a conduta em ambas as instituições. Houve um menor agrupamento de sua utilização no CPN extra-hospitalar.

A escolha do medicamento uterotônico e de sua via de administração (parenteral, oral ou retal) requer maiores estudos⁽⁹⁻¹⁴⁾. Os efeitos adversos da ocitocina⁽⁹⁻¹⁰⁾ - tido hoje como o ocitócico de escolha na maior parte das maternidades - são bastante conhecidos (vômitos, náuseas, cefaleia, intoxicação hídrica), porém se comparada à ergometrina (maior de elevação dos índices pressóricos) seus danos maternos e fetais podem ser menores^(6,15). Com uma alta dosagem ou tempo não controlado de infusão intravenosa, o uso de ocitocina no trabalho de parto também pode levar ao aumento de estresse fetal através da hiperestimulação uterina⁽¹⁰⁾. Assim sendo, sua utilização deve ter uma indicação precisa, além dos cuidados pertinentes à sua administração⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Os agrupamentos referentes ao tempo de permanência materno e neonatal nas instituições estudadas (Figura 1) indicaram maior proximidade do período de internação superior a 48 horas pós-parto no CPN intra-hospitalar e inferior a 48 horas pós-parto, no CPN extra-hospitalar. Devem ser considerados os protocolos assistenciais das instituições em estudo e da internação de parturientes com diferentes riscos obstétricos no CPN intra-hospitalar.

A Sociedade Brasileira de Pediatria alerta para os possíveis riscos da alta precoce, ou seja, aquela inferior a 48 horas de vida do neonato, considerando a avaliação e exame físico que, dentro deste período, podem identificar ou prevenir problemas relacionados à amamentação, aos resultados de exames laboratoriais (como sorologia materna para sífilis, HIV, hepatite B, tipagem sanguínea, Coombs materno e do bebê, dentre outros), presença de eliminações fisiológicas, testes de triagem, entre outros⁽¹⁶⁾. A Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia indicam o tempo médio de permanência para o parto normal não complicado de 48 horas⁽¹⁶⁾.

A duração da amamentação, assim como as práticas de ensino relacionadas a seu manejo são um dos principais motivos que apoiam a alta hospitalar em período superior a 48 horas, pois é freqüentemente observada a diminuição de sua manutenção na alta considerada precoce⁽¹⁷⁾.

Os agrupamentos relacionados à ocorrência de complicações do parto e puerpério apareceram distante dos dois locais. As complicações existentes foram relacionadas a dificuldades no desprendimento fetal em razão do períneo rígido, circular de cordão umbilical e sofrimento fetal agudo. Edema perineal, parto taquitócico, parada de progressão do parto, distocia de acrômio e retenção placentária também foram descritos, porém, em menor frequência.

As complicações no puerpério, tais como curagem, mastite, trombose venosa profunda e necessidade de reinternação no puerpério tardio aproximaram-se mais da unidade intra-hospitalar. As complicações puerperais registradas na unidade extra-hospitalar foram: sangramento vaginal aumentado, curagem e transferência para a unidade hospitalar de referência.

A maior frequência de intervenções e procedimentos de indução ao parto podem estar relacionadas ao aumento das taxas de parto cesárea⁽¹⁸⁾. Em um estudo de coorte realizado com 122 mulheres que tiveram indução eletiva e 122 com evolução espontânea do parto, concluíram que o aumento das intervenções, como infusão venosa, administração de analgésicos, uso de ocitocina e amniotomia, elevaram as taxas de cesárea⁽¹⁸⁾.

Esses resultados indicaram que as condutas tomadas determinam não só o desfecho do nascimento, mas também o prognóstico materno e neonatal.

Em um estudo comparativo da atenção obstétrica realizada em sistemas hospitalares e extra-hospitalares no México, foi observado que as complicações obstétricas não foram associadas ao local do parto, mas às condutas e recursos utilizados⁽¹⁹⁾.

Quanto aos resultados neonatais, houve maior proximidade do agrupamento de Apgar no primeiro minuto, variando entre os valores 4-7 no CPN intra-hospitalar, e a ocorrência entre 8-10 semelhante nos dois locais.

Em um estudo sobre os tipos de parto e seus impactos na mortalidade neonatal, não foi constatada a associação com o aumento das taxas de cesárea, entretanto houve uma relação direta com a qualidade do atendimento neonatal⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Outros estudos também confirmam que, a ocorrência de Apgar baixo (0-6) não está associada ao tipo de parto, mas com o atendimento neonatal prestado e com as condutas realizadas durante o nascimento⁽²¹⁻²²⁾.

Vale ressaltar que, mesmo na instituição hospitalar, onde houve a internação de gestantes com maior risco obstétrico, o agrupamento correspondente ao Apgar 4-7 permaneceu distante, caracterizando assim uma baixa frequência de complicações neonatais.

São várias as iniciativas e movimentos em prol da melhoria da qualidade dos serviços e do atendimento obstétrico e neonatal⁽²¹⁾. Os índices elevados de mortalidade por causas maternas constituem-se em um dos grandes desafios para os sistemas de saúde, visto que refletem a qualidade do atendimento prestado, assim como representam um importante indicador do desenvolvimento de um país^(20,23). Isto implica, entretanto, na quebra de alguns paradigmas existentes e na reflexão sobre as práticas que estão sendo utilizadas, conceitos estes norteadores dos Centros de Parto Normal.

CONCLUSÃO

As práticas obstétricas pouco diferiram, comparando-se os dois tipos de Centros de Parto Normal; ambos seguem as recomendações da Organização Mundial de Saúde e aplicam as intervenções somente nos casos indicados, obtendo assim melhores resultados maternos e neonatais.

AGRADECIMENTO

Trabalho subvencionado pelo CNPq – Processo nº 302556/2005-2

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação e regulamentação dos Centros de Parto Normal [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1999 Ago 05 [citado 2006 Jan 13]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/45.pdf>.
2. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2007;23(6):1349-59.
3. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide (report of a technical working group). Geneva: World Health Organization; 1996.
4. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2 ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.
5. Pereira JC. Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: USP-FAESP; 2001.
6. Enkin MW, Keirse MJ, Neilson JP, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e parto. 3a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 199p.
8. Davidson K, Jacoby S, Brown MS. Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000;29(5):474-9.
9. Chong YS, Su LL, Arulkumaran S. Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004;16(2):143-50. Review.
10. den Hertog CE, de Groot AN, van Dongen PW. History and use of oxytocics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;94(1):8-12. Review.
11. Brucker MC. Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(6):381-92. Review.
12. Huh WK, Chelmow D, Malone FD. A double-blinded, randomized controlled trial of oxytocin at the beginning versus the end of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage. *Gynecol Obstet Invest*. 2004;58(2):72-6.
13. Miller S, Lester F, Hensleigh P. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: new advances for low-resource settings. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(4):283-92. Review.
14. Vivio D, Williams D. Active management of the third stage of labor: why is it controversial? *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(1):2-3. Comment on: *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(1):76-7.
15. World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78(8):742-6.
16. Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Mitos obstétricos. In: Basile ALO, Pinheiro MSB, Miyashita NT. Centro de parto normal: o futuro no presente. São Paulo: Jica; 2004. p. 43-6.
17. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. *Birth*. 2003;30(3):153-9. Comment in: *Birth*. 2004;31(1):77; author reply 77-8.
18. van Gemund N, Hardeman A, Scherjon SA, Kanhai HH. Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with a spontaneous onset. A matched cohort study. *Gynecol Obstet Invest*. 2003;56(3):133-8.
19. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Publica Méx*. 2002;44(2):129-36.
20. Duarte G, Coltro PS, Bedone RV, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2004;38(3):379-84.
21. Fernandes K. Práticas assistenciais no atendimento imediato ao recém-nascido em Centro de Parto Normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
22. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2007;23(8):1886-92.
23. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75 Suppl 1:S3-4.