

Práticas de Nascimento Saudáveis

de Lamaze® International

#4: Evitar intervenções de rotina

Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

Uma grávida numa classe Lamaze questiona o seu educador para o nascimento, “Na Televisão, parece que a maior parte de mulheres em trabalho de parto estão deitadas e presas a máquinas como a que monitoriza os batimentos cardíacos do bebé. O nascimento não é mais seguro com toda a tecnologia actual?”

Os avanços nos cuidados médicos tornaram o nascimento mais seguro para as mulheres com gravidezes de alto risco, e a moderna tecnologia é capaz de salvar a vida de bebés pré-termo. O nascimento para a maioria das mulheres é mais seguro na actualidade do que há 100 anos atrás, não por causa da tecnologia, mas pela melhoria de condições básicas de saúde e higiene e o acesso a antibióticos (Rooks, 1999). Em muitos hospitais, intervenções obstétricas como restrição de alimentos e/ou líquidos, soros, monitorização fetal contínua, aceleração do trabalho de parto, e analgesia epidural são usadas de forma rotineira em todas as mulheres, mesmo sem uma razão clínica específica, porque “pode ser necessário”. As mulheres podem sentir-se muito incomodadas quando ligadas a fios e máquinas durante o trabalho de parto e parto; mais importante, estas intervenções quando usadas de forma rotineira, têm consequências inesperadas que em última análise aumentam o risco para mães e bebés. O uso rotineiro destas intervenções, de facto, não torna o parto mais seguro para a mãe e bebé, a não ser que exista uma razão médica clara para o uso da tecnologia ou outras intervenções, interferir no processo natural do trabalho de parto e parto não só não beneficia o nascimento como aumenta a probabilidade de causar dano. É mais seguro e saudável permitir que o trabalho de parto e parto se desenvolva, e não interferir, de forma alguma, com o processo natural, a não ser que exista uma indicação clínica muito clara para o fazer.

Restrição de alimentos e bebidas Comer e beber permite fornecer a energia necessária para levar a cabo o trabalho de parto. Poucas pessoas conseguem suportar não poder comer e beber para além de algumas horas, por isso não é surpreendente que nos ambientes de nascimento onde se permite a ingestão de alimentos e líquidos as mulheres escolham fazê-lo. No entanto, numa pesquisa recente realizada nos Estados Unidos junto de mulheres que pariram em 2005, apenas 15% destas comeram algo durante o trabalho de parto (Declercq, Sakala, Corry, & Applebaum, 2006). A restrição de alimentos e líquidos iniciou-se, nos hospitais, há cerca de 60 anos, quando as mulheres eram fortemente medicadas durante o seu trabalho de parto e com frequência pariam sobre o efeito de anestesia geral e sem as suas vias aéreas protegidas. Nessa altura, os médicos acreditavam que o jejum reduzia a hipótese do conteúdo gástrico ser aspirado para os pulmões, se a mulher vomitasse durante a anestesia geral. Também nessa altura, as pneumonias de aspiração eram a principal causa de morte nos Estados Unidos, mas as coisas mudaram dramaticamente desde então (Rooks, 1999). As técnicas de anestesia melhoraram substancialmente nos últimos 60 anos. Na Obstetria moderna, a anestesia geral passou a ser raramente utilizada, assim como, a aspiração de conteúdo gástrico passou a ser uma ocorrência raríssima na Anestesia. Hoje sabe-se que nenhum período de jejum garante um estômago vazio e que os líquidos aquosos (claros) ingeridos são eliminados do estômago quase imediatamente. Apesar deste conhecimento, muitos prestadores de cuidados continuam a restringir a ingestão de alimentos e bebidas durante o trabalho de parto.

Numa revisão de investigação sobre este tema concluiu-se que não existe qualquer evidência em restringir alimentos e bebidas em trabalho de parto. (Goer, Leslie, & Romano, 2007). Num estudo recente, a ingestão de alimentos não aumentou a incidência dos vômitos, intervenções médicas durante o trabalho de parto, ou resultados de parto adversos, apesar do tempo de trabalho de parto ter sido ligeiramente mais longos (Parsons, Bidewell, & Griffiths, 2007). A pesquisa recente demonstra que comer e beber em trabalho de parto é seguro (Goer et al., 2007; Kubli, Scrutton, Seed, & O’Sullivan, 2002; Scrutton, Metcalfe, Lowy, Seed, & O’Sullivan, 1999; Tranmer, Hodnett, Hannah, & Stevens, 2005) e, portanto, não deveriam ser restringidos de forma rotineira durante o trabalho de parto.

O que dizem os peritos? A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) e o Colégio Americano de Obstetria e Ginecologia (ACOG) recomendam que os líquidos aquosos (claros) sejam dados a mulheres de baixo risco durante o trabalho de parto (ACOG, 2002; American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia, 2007). O Colégio Americano de Enfermeiras Parto (The American College of Nurse-Midwives, 2008) recomenda que os alimentos e líquidos não devem ser restringidos de forma rotineira em trabalho de parto e que sejam as mulheres saudáveis com trabalhos de parto normais a decidir por si, se assim o desejarem, o que comer ou beber. O Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, uma respeitada fonte de informação acerca de cuidados baseados na evidência, recomenda a ingestão de líquidos e alimentos facilmente digeríveis durante o trabalho de parto. (Enkin et al., 2000). Você ficará mais apta a lidar com o trabalho de parto, e provavelmente sentir-se-á melhor, se comer quando têm fome e beber quando têm sede durante o trabalho de parto.

Usos de líquidos intravenosos

A terapêutica intravenosa (IV) tem sido usada de forma rotineira para prevenir a desidratação nas parturientes que estão proibidas de comer ou beber e para manter um acesso venoso acessível em caso de uma emergência. No entanto, os investigadores têm questionado a necessidade de manter acessos venosos em todas as parturientes (Begum, Sengupta, Chattopadhyay, Thornton, & Sengupta, 1999; Goer et al., 2007). As emergências que ameaçam a vida são raras em parturientes de baixo risco. Os soros não fornecem nem a nutrição nem a energia que oferecem os alimentos e líquidos. Algumas mulheres consideram que ter um soro é doloroso, stressante, e dificulta a mudança de posição e livre deambulação. Existe uma preocupação crescente que a utilização de soros possa contribuir para uma sobrecarga hídrica que é prejudicial tanto para a mãe como para o bebé (Ophir, Solt, Odeh, & Bornstein, 2007). Investigação recente sugere ainda que os soros podem abrandar o ritmo do trabalho de parto, prolongar o segundo estágio do parto, aumentar o risco de parto vaginal instrumentado (requerendo fórceps ou ventosas) e de cesarianas (Moen, Brudin, Rundgren, & Irestedt, 2009). De acordo com o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, o uso rotineiro de soros não parece ser benéfico (Enkin et al., 2000). Nenhum estudo demonstra que colocar de forma rotineira um soro em parturientes de baixo risco previne maus resultados (Enkin et al., 2000; Goer et al., 2007). Se o seu parto for induzido ou acelerado, se tiver uma analgesia epidural, se necessita de medicação intravenosa (antibiótico por exemplo), ou se por qualquer outra razão não puder comer ou beber irá necessitar de ter um soro. Caso contrário, é desnecessário.

Monitorização electrónica continua do feto

Independentemente, de quem seja o seu prestador de cuidados ou onde ocorra o parto, a frequência cardíaca fetal será monitorizada com frequência. A frequência cardíaca do seu bebé pode ser ouvida por auscultação com um Doppler, estetoscópio ou através de dispositivos de monitorização fetal electrónica. A monitorização fetal electrónica (MFE) pode ser realizada intermitentemente (de forma programada) ou continuamente (permanentemente). Um exemplo de MFE intermitente é quando fica ligada ao monitor durante 20 minutos em cada hora, durante o trabalho de parto e permanece não ligada ao equipamento o restante tempo. Enquanto está desligada do aparelho é livre para se mover, deambular, usar medidas de conforto como o banho de imersão ou o duche. A MFE contínua restringe a sua capacidade para se mover, deambular e alterar posições; em muitos hospitais pode-lhe ser exigido que permaneça na cama. O acesso a uma larga variedade de medidas de conforto como o uso do duche, banho, bola de nascimento pode ser limitada quando está com MFE contínua. Para muitas mulheres, ouvir e olhar para o monitor perturba a sua focalização no parto e cria ansiedade. (Munro et al. (2002) constataram que a MFE interfere na relação entre parteiras e parturientes e com frequência constitui o ponto de partida para o início de uma cascata de intervenções. Walsh (2007) descreve, com frequência, a MFE como geradora de uma estranha “sobreposição de tranquilidade e ansiedade” (p. 75).

A monitorização fetal electrónica introduziu-se nos cuidados na maternidade nos anos 70 quando não existia qualquer investigação sobre a sua utilidade. Desde então, os estudos que comparam a auscultação intermitente com a MFE constataram que a MFE aumenta o número de intervenções no trabalho de parto e aumenta o risco de cesarianas e partos vaginais instrumentais. Sendo importante realçar que a investigação indica que bebés nascidos após monitorização contínua não são mais saudáveis do que os que nascem após auscultação intermitente. (Goer et al., 2007; Thacker, Stroup, & Chang, 2001).

É por estas razões que a Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2009) e o American College of Nurse-Midwives (2007) defendem que a auscultação intermitente, em parturientes de baixo risco, é o método de vigilância fetal preferível. O American College of Obstetricians and Gynecologists (2005) refere que mulheres saudáveis sem complicações podem ser monitorizadas com auscultação dos batimentos cardíacos fetais intermitentes ou com monitorização contínua dos mesmos. De facto, a ACOG (2000) sugere usar auscultação intermitente em vez de monitorização fetal contínua, como um meio para diminuir com segurança a taxa de cesarianas. A auscultação intermitente (ouvir) com Doppler é o método menos restritivo de monitorizar os batimentos cardíacos fetais e seguro em trabalhos de parto sem complicações associadas ou razões clínicas para o uso da monitorização fetal contínua. Com a auscultação intermitente, a enfermeira ou parteira ouve os batimentos cardíacos fetais por breves períodos de tempo permitindo-lhe adoptar a posição que desejar durante o trabalho de parto. Na maior parte dos partos, a enfermeira ou parteira ouve os batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos durante a fase activa do parto e a cada 15 minutos durante o período expulsivo; num parto de risco ou se existir indicação médica, a enfermeira ou parteira ouvirão os batimentos cardíacos fetais mais frequentemente. (ACOG, 2005).

Em muitos hospitais, as mulheres de baixo risco que são vigiadas com auscultação intermitente, ao serem admitidas realizam 20 minutos de MFE contínua. Este traçado cardiotocográfico, na admissão, é considerado uma intervenção sem risco que ajuda a tranquilizar a equipa hospitalar, que com frequência, se sente mais confortável com a monitorização fetal contínua, do que as mulheres que são efectivamente de baixo risco. À semelhança da MFE, o traçado cardiotocográfico na admissão tornou-se uma prática corrente, antes de quaisquer estudos terem sido conduzidos para demonstrar a sua eficácia clínica. À semelhança da monitorização fetal electrónica, o traçado cardiotocográfico na admissão não antecipa benefícios e em vez disso pode ser prejudicial (conduzindo a partos cirúrgicos) (Gourounti & Sandall, 2007). Converse com o seu prestador de cuidados sobre a utilização da auscultação intermitente em vez da monitorização electrónica contínua. Você será capaz de se mover livremente, relaxar entre as contrações e evitar a ansiedade associada ao estar presa a uma máquina. Contudo, se tiver uma complicação médica, se o seu trabalho de parto for induzido ou aumentado artificialmente, se tiver uma analgesia epidural, ou se desenvolver qualquer complicação durante o trabalho de parto, você necessitará de monitorização contínua dos batimentos cardíacos fetais. Caso contrário, é seguro e mais saudável ser assistidos com auscultação intermitente.

Acelerar o trabalho de parto: Ruptura artificial de membranas e aceleração artificial do trabalho de parto

Acelerar o trabalho de parto torna-se convidativo, mas interferir com o ritmo e duração do trabalho de parto, sem uma razão médica, não é benéfico (Enkin et al., 2000). Cada trabalho de parto é único e influenciado por vários factores, incluindo o tamanho e posição do bebé, a capacidade da parturiente se mover livremente, o sentimento de confiança da mulher, e o apoio que ela recebe durante o trabalho de parto.

Pensava-se que a ruptura artificial da bolsa de águas (ruptura de membranas) encurtava o trabalho de parto, mas as últimas revisões de investigação na *Cochrane Database of Systematic Reviews* sugerem que não é assim (Smyth, Alldred, & Markham, 2007). Mesmo que a ruptura de membranas encurte o parto, mães e bebés só beneficiam de um trabalho de parto encurtado se isso prevenir maus resultados do parto, reduzir a necessidade de cesarianas ou outras intervenções potencialmente perigosas ou desconfortáveis. A amniotomia de rotina (ruptura artificial de membranas) não produz nenhuma destas vantagens. Pelo contrário, as revisões sistemáticas realizadas por Goer et al. (2007) e Smyth et al. (2007) levantam a forte possibilidade de que a amniotomia aumenta o recurso à cesariana. Smyth et al. (2007) recomendam a realização de mais pesquisas para explorar a relação entre amniotomia e complicações clínicas significativas, assim como a satisfação das mulheres. Entretanto, é importante saber que romper as membranas não oferece benefícios consideráveis mas pode ser prejudicial (Fraser, Marcoux, Moutquin, & Christen, 1993; Goer et al., 2007; Smyth et al., 2007).

A bolsa das águas à volta do bebé protege-o da infecção e da pressão ao longo da sua descida no canal de parto. Se for efectuada rotura artificial de membranas na fase inicial do parto, a investigação sugere que a probabilidade de a mulher realizar uma cesariana aumenta (Fraser, Turcot, Krauss, & Brisson-Carrol, 1999; Smyth et al., 2007). A rotura prolongada de membranas está associada com um aumento do risco de infecção quer para a mãe quer para o bebé pelo que, num sentido muito real, a contagem decrescente para o parto inicia-se com a rotura de membranas. Se o trabalho de parto não progride depois da rotura de membranas, é provável que se use a ocitocina artificial (Pitocin) para acelerar o parto.

Num parto natural, fisiológico a ocitocina é libertada pelo cérebro da mãe. A ocitocina é a hormona que estimula as contrações uterinas durante o parto. Quanto mais fortes as contrações, também mais dolorosas se tornam (e mais efectivas). Quando, naturalmente, a ocitocina atinge um nível elevado, são libertadas endorfinas. As endorfinas são hormonas que ajudam de forma natural a reduzir a dor, ajudando a mulher a lidar melhor com a dor. A ocitocina artificial, fornecida através de perfusões endovenosas, não atinge o cérebro não dando origem à libertação das endorfinas, o que torna o trabalho de parto mais difícil.

A ocitocina artificial altera o trabalho de parto também de outras formas. As contrações são mais fortes, duram mais tempo e são com frequência mais dolorosas. Com contrações mais fortes e prolongadas, induzidas pela ocitocina artificial, o músculo uterino não relaxa completamente entre contrações, o que torna as contrações um estímulo mais stressante quer para o útero e bebé quer para si. Como resultado quando a ocitocina artificial é usada, as mulheres necessitam de outras intervenções, incluindo soros e monitorização fetal contínua, estão restringidas à cama, frequentemente, sem o conforto de se poderem mobilizar livremente ou usar um banho quente ou duche. Contrações mais fortes, perda de endorfinas e a incapacidade para usar medidas de conforto aumentam a probabilidade de realizar uma analgesia epidural.

De acordo com o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, permitir que as mulheres deambularem, se alimentem e bebam líquidos à medida da sua necessidade pode ser mais eficaz e certamente mais agradável para uma percentagem considerável de mulheres em alternativa à aceleração do parto com ocitocina artificial (Enkin et al., 2000, p. 237). A rotura de membranas e utilização de ocitocina artificial deve ser reservada para mulheres com trabalhos de parto de evolução desviante do normal (Fraser et al., 1999). Nenhuma intervenção deve ser usada rotineiramente ou sem indicação clínica. Seja paciente com o seu trabalho de parto. Trabalhos de parto que se desenrolam ao seu próprio ritmo, mesmo que seja lento, são frequentemente mais fáceis de gerir a nível do desconforto das contrações, são mais saudáveis e seguros para si e para o seu bebé.

Analgesia Epidural

A maioria das mulheres recebem a dor de trabalho de parto e parto e ficam desejosas de usar medicação para as dores, especialmente quando é tão eficaz quanto as epidurais no alívio da dor ou quando as restrições hospitalares tornam difícil a gestão das contrações sem medicação. Em alguns hospitais mais de 90% das parturientes são sujeitas a analgesia epidural. Num estudo recente, de mães nos Estados Unidos, 76% das mulheres que tinham tido um parto vaginal referiram ter sido submetidas a analgesia epidural (Declercq et al., 2006). Num estudo mais recente, cerca de 41% das mães que tinham realizado analgesia epidural desconheciam os possíveis efeitos secundários do procedimento (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Risher, 2002).

Com uma epidural, e porque os músculos perineais relaxam, pode demorar mais a realização da rotação interna e descida do bebé através do canal de parto, e é mais provável que o bebé se fixe numa posição (variedade posterior) que aumenta a probabilidade de cesariana (Lieberman, Davidson, Lee-Parritz, & Shearer, 2005). A ausência de dor pode interferir com a libertação natural de ocitocina conduzindo à necessidade de administração de ocitocina artificial. A medicação usada na analgesia epidural pode causar uma quebra da pressão arterial, pelo que necessita de administração de líquidos endovenosos (soros) antes e durante a analgesia epidural. A pressão arterial baixa pode causar a diminuição de aporte de sangue e oxigénio ao seu bebé, por isso irá necessitar de monitorização contínua dos batimentos cardíacos fetais. Algumas mulheres com analgesia epidural não sentem necessidade de urinar e por isso necessitam de cateterização vesical (algália) para eliminar a urina.

As alterações na forma como o trabalho de parto e parto se desenrolam e as intervenções necessárias para observar, prevenir, e controlar efeitos secundários durante uma analgesia epidural conduzem a possíveis problemas. Os estudos mostram que as analgesias epidurais estão associadas a uma diminuição da taxa de partos vaginais espontâneos, uma taxa mais elevada de partos instrumentados (fórceps e ventosa), a trabalhos de parto prolongados

particularmente nas primíparas. Os estudos também demonstram que a mulheres com analgesia epidural têm uma frequência mais elevada de febre intraparto, e como resultado, o seu bebé pode ter necessidade de ser separado da mãe depois do nascimento para ser avaliado e tratado por possíveis infeções (Lieberman & O'Donoghue, 2002). Algumas evidências sugerem que o uso de analgesia epidural, especialmente em primíparas, pode aumentar a probabilidade de cesariana (Anim-Somuah, Smyth, & Howell, 2005; Lieberman & O'Donoghue, 2002).

A medicação usada na analgesia epidural também afecta o bebé. Os recém-nascidos, de mulheres que recebem determinados tipos de analgesia epidural (o que inclui drogas narcóticas) manifestam mais problemas na amamentação nas primeiras horas, dias e semanas depois do nascimento (Beilin et al., 2005; Jordan, Emery, Bradshaw, Watkins, & Friswell, 2005; Lieberman & O'Donoghue, 2002; Radzynski, 2003, 2005; Torvaldsen, Roberts, Simpson, Thompson, & Ellwood, 2006). Este facto pode tornar a amamentação um desafio maior para si e para o seu bebé.

Faz sentido, pesar cuidadosamente os riscos e benefícios da analgesia epidural antes de tomar a sua decisão. Cada trabalho de parto é único. Se o seu trabalho de parto for particularmente longo e está muito cansada, a analgesia epidural pode proporcionar-lhe descanso, e ser benéfica. Podem existir também razões médicas para fazer uma analgesia epidural (p. ex se necessitar de fazer cesariana). Se tiver liberdade para andar e for encorajada a encontrar conforto de diversas formas, é menos provável que necessite de fazer analgesia epidural particularmente numa fase muito inicial do trabalho de parto ou de necessitar de demasiada medicação. Usando menos doses de medicação para a analgesia epidural, ou fazê-la numa fase mais tardia do trabalho de parto pode reduzir a probabilidade de aparecimento de efeitos secundários. Deixar que o trabalho de parto se inicie por si só, mover-se livremente, dispondo de uma larga variedade de medidas de conforto, tendo apoio contínuo de excelência ao longo do trabalho de parto, permitir-lhe-á usar a analgesia epidural, se e quando precisar, em vez de ser a primeira (ou única) estratégia de lidar com a dor do trabalho de parto. Esta é uma abordagem mais saudável e segura para si e para o seu bebé.

Episiotomia

Até recentemente, a Episiotomia (corte cirúrgico da área entre a vagina e o ânus, chamada períneo, de forma a alargar a abertura vaginal durante o período expulsivo) era executada de forma rotineira nos Estados Unidos. Neste país, em vinte cinco por cento das mulheres que deram à luz em 2005 foi-lhe executada uma episiotomia, o que significa uma considerável diminuição na última década (Declercq et al., 2006.) Esta diminuição deve-se ao facto da investigação sobre a matéria ter sugerido que a episiotomia de rotina ou frequente era uma prática prejudicial. Contudo, a taxa ainda é mais alta do que deveria, especialmente nas primíparas. Não existe qualquer evidência de que a episiotomia reduz o risco de lesões no períneo, melhora a cicatrização do períneo, previna danos nos recém-nascidos, ou reduza o risco de incontinência (perda involuntária de urina ou fezes) no futuro - todas razões apontadas para a utilização rotineira da episiotomia nos Estados Unidos. De facto, a episiotomia está associada a mais dor, problemas sexuais e incontinência após o parto (Goer et al., 2007; Hartmann et al., 2005; Klein et al., 1994; Renfrew, Hannah, Albers, & Floyd, 1998). Também, as episiotomias realizadas para "prevenir" lacerações ou rasgaduras que o prestador de cuidados pensa que possam ocorrer na realidade provocam mais rasgaduras (Dannecker et al., 2004). A taxa de episiotomia pode com segurança ser reduzida para cerca de 10% ou mesmo menos (Goer et al., 2007). Se não tiver uma episiotomia, não só se sentirá mais confortável depois do parto como é menos provável que venha a longo termo, ter problemas do assoalhado pélvico.

Recomendações do Lamaze International

Lamaze International recomenda que as restrições de ingestão de alimentos ou bebidas, o uso de perfusões endovenosas (soros), a monitorização fetal electrónica contínua, a rotura artificial de membranas, o aumento artificial do ritmo do trabalho de parto, a analgesia epidural e episiotomias sejam utilizadas apenas quando são necessárias por razões clínicas. Quando um profissional de saúde intervém no processo natural, fisiológico do trabalho de parto e parto, deve existir sempre evidência de que essa intervenção tem mais benefícios que probabilidade de causar danos. Lamaze International encoraja a ter confiança na sua habilidade de dar à luz sem intervenções de rotina ou restrições. Lamaze International vai mais longe encorajando-a a escolher um profissional de saúde e um local de nascimento que lhe ofereça um vasto leque de escolhas para os seus cuidados e use intervenções apenas quando necessário do ponto de vista clínico.

Para aprender mais sobre partos seguros e saudáveis, leia *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian & DeVries, 2005), visite o website do Lamaze Internacional (www.lamaze.org) e inscreva-se para receber os e-mails "Lamaze...Building Confidence Week by Week"

Última revisão Julho 2009

Referências

- American College of Nurse-Midwives. (2007). Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 314-319.
- American College of Nurse-Midwives. (2008). Providing oral nutrition for women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(3), 276-283.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: Author.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2002). ACOG practice bulletin #36: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics and Gynecology*, 100(1), 177-191.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). ACOG practice bulletin #70: Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1453-1460.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. (2007). Practice guidelines for obstetric anesthesia: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*, 104(4), 843-863.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R., & Howell, C. (2005). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000331.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2009). *Fetal heart rate monitoring: Principles and practices* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Begum, M., Sengupta, B., Chattopadhyay, S., Thornton, J., & Sengupta, P. (1999). Fluid management in labour. In P. Sengupta (Ed.), *Obstetrics for postgraduates and practitioners* (pp. 442-451). New Delhi, India: BI Churchill Livingstone Pvt. Ltd.
- Beilin, Y., Bodian, C., Weiser, J., Hossain, S., Arnold, I., Feirman, D., et al. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*, 103(6), 1211-1217.
- Dannecker, C., Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Hepp, H., & Anthuber, C. (2004). Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: Randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(4), 364-368.

- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association (now, Childbirth Connection).
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
- Fraser, W., Marcoux, S., Moutquin, J., & Christen, A. (1993). Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women: The Canadian early amniotomy study group. *New England Journal of Medicine*, 328(16), 1145-1149.
- Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD000015.
- Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 32S-64S.
- Gourounti, K., & Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery—A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1029-1035.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.
- Jordan, S., Emery, S., Bradshaw, C., Watkins, A., & Friswell, W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(7), 927-934.
- Klein, M., Gauthier, R., Robbins, J., Kaczorowski, J., Jorgensen, S., Franco, E., et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591-598.
- Kubli, M., Scrutton, M. J., Seed, P. T., & O'Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic "sports drinks" during labor. *Anesthesia and Analgesia*, 94(2), 404-408.
- Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., & Shearer, E. (2005). Changes in fetal position during labor and their association with epidural analgesia. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5, Part 1), 974-982.
- Lieberman, E., & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S31-S68.
- Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minneapolis, MN: Meadowbrook Press.
- Moen, V., Brudin, L., Rundgren, M., & Irestedt, L. (2009). Hyponatremia complicating labour—Rare or unrecognized? A prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116 (4), 552-561.
- Munro, J., Ford, H., Scott, A., Furnival, E., Andrews, S., & Grayson, A. (2002). Action research project responding to midwives' views of different methods of fetal monitoring in labour. *MIDIRS - Midwifery Digest*, 12(4), 492-495 .
- Ophir, E., Solt, I., Odeh, M., & Bornstein, J. (2007). Water intoxication—A dangerous condition in labor and delivery rooms. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62 (11), 731-738
- Parsons, M., Bidewell, J., & Griffiths, R. (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*, 23 (2), 131-138.
- Radzyminski, S. (2003). The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(3), 322-331.
- Radzyminski, S. (2005). Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 335-341.
- Renfrew, M., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. *Birth*, 25(3), 143-160.
- Rooks, J. (1999). *Midwifery and childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Scrutton, M. J., Metcalfe, G. A., Lowy, C., Seed, P., & O'Sullivan, G. (1999). Eating in labour: A randomized controlled trial assessing the risk and benefits. *Anesthesia*, 54(4), 329-334.
- Smyth, R., Alldred, S., & Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD006167.
- Thacker, S. B., Stroup, D., & Chang, M. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No.: CD000063.
- Torvaldsen, S., Roberts, C. L., Simpson, J. M., Thompson, J. F., & Ellwood, D. A. (2006). Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 1:24. Retrieved May 31, 2007, from <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/24>

Tranmer, J. E., Hodnett, E. D., Hannah, M. E., & Stevens, B. J. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(3), 319-328.

Walsh, D. (2007). Evidence-based care for normal labour and birth. New York: Routledge.

Agradecimentos

Esta prática de nascimento saudável foi revista e atualizada por: Judith A. Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE.

As seis práticas saudáveis de nascimento foram originalmente escritas em 2003 por Lamaze International como as "6 Care Practice Papers."