



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Atendimiento de la enfermería en el pre-parto en una maternidad de referencia: estudio transversal

Maria Tamires Barroso Lucas¹, Maria José Francalino Rocha¹,
Kleyianne Medeiros de Mendonça Costa¹, Gilmar Giles de Oliveira²,
Janille de Oliveira Melo³

1 Universidad Federal de Acre

2 Departamento de Salud del Estado de Acre

3 Servicio Social de Salud de Acre

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el atendimento que la enfermería le ofrece a la parturiente en el pre-parto de la maternidad de referencia de la Regional del Vale Juruá/AC, conforme los dictámenes de los indicadores de calidad asistencial propuesto por el Ministerio de la Salud. **Método:** Estudio transversal, descriptivo y de abordaje cuantitativo, cuyo método fue la observación participante. **Resultado:** No se restringieron los líquidos ni la permanencia de acompañante; métodos no farmacológicos fueron estimulados; se destacó la ausencia del uso del partograma (A); el enema, enterocisma y tricotomía son conductas eliminadas de la rutina (B); no se utilizaron algunas tecnologías de alivio del dolor sin evidencias suficientes (C); toque vaginal frecuente, cardiotocografía y administración de oxitócicos ocurrieron en más de 30% dos casos, considerando cada conducta. **Conclusión:** La excelencia en la asistencia al trabajo de parto exige la reflexión de los actores envueltos, además de la implementación y solidificación de las políticas públicas ya existentes para garantizar la integralidad del cuidado y del atendimento humanizado.

Descriptor: Parto Humanizado; Atención de Enfermería; Trabajo de Parto.

INTRODUCCIÓN

El proceso de parto representa una fase especial en el universo de la mujer y el de su pareja. Un momento lleno de significados distintos, ambivalentes, que necesitan ser interpretados y comprendidos, pues los episodios vivenciados por la mujer pueden reflejarse positiva o negativamente en ese momento⁽¹⁾.

Durante el trabajo de parto, la mujer necesita una atención exenta de traumas. La práctica humanizada colabora para que este transcurra de la mejor manera posible. La enfermería es esencial en este proceso, pues actúa en el acogimiento y defiende el cuidado no invasivo⁽²⁾.

La enfermería obstétrica tiene innúmeros desafíos, siendo que la minimización del sufrimiento materno está entre ellos. Estudios están siendo realizados para destacar las mejores conductas, pero a pesar de las evidencias científicas, aún es común la realización de prácticas que ya deberían haber sido eliminadas⁽³⁾.

Algunos hábitos de atención al parto y al nacimiento basados en evidencias han sido ampliamente divulgados en las más diversas esferas sociales. Sin embargo, son pocas las instituciones que están respetando la implantación de esas conductas, resistiendo a lo que hoy se considera seguro y benéfico en el proceso de parir⁽⁴⁾.

Los profesionales que atienden a la parturiente deben prepararse para atenderla, respetando todos los conceptos y significados que existen en este momento, pues la vivencia del parto es diferente para cada una de las pacientes y va a depender de las experiencias que cada una haya vivido durante el embarazo y de las idealizaciones que ellas tienen sobre el momento del nacimiento⁽⁵⁾.

Delante de esas consideraciones, este estudio tuvo por objetivo caracterizar el atendimento de enfermería dado a la mujer en el pre-parto, principalmente en el contexto de las

conductas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁶⁾ y el Ministerio de la Salud (MS)⁽⁷⁾, destacando los procedimientos y cuidados realizados por los profesionales en el primer período clínico del parto.

La importancia de esta investigación consistió en reconocer la asistencia prestada por el equipo de enfermería en el sector de pre-parto, enfocando los indicadores de calidad asistencial propuestos por la OMS⁽⁶⁾ y el MS⁽⁷⁾.

MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, de abordaje cuantitativo realizado por medio del método de observación participante realizado en el período de octubre de 2013 a febrero de 2014 en una maternidad de referencia en la ciudad de Cruzeiro del Sur, Acre.

En el municipio en estudio existe solamente una institución hospitalaria registrada en el Sistema Único de Salud que ofrece atendimento a la parturiente. Esta institución recibe embarazadas, parturientes, puérperas, clientes con patologías ginecológicas de la propia ciudad y de los municipios vecinos que no poseen servicios de salud especializados en la atención a la mujer.

La población del estudio se compuso por 23 profesionales del equipo de enfermería actuante en la asistencia a la mujer durante el primer período clínico del parto, que trabajaban en turnos de 12 por 60 y 12 por 36 horas, que realizaban un total de 10 o 14 guardias para desempeñar a carga horaria mensual.

Para describir las prácticas utilizadas durante el atendimento al trabajo de parto en la maternidad en estudio, se estructuraron tablas con distribución de las variables conforme la categorización de la OMS⁽⁶⁾, siendo:

Categoría A: ofrecimiento de líquidos; preservación de la privacidad de la parturiente;

permiso para que el acompañante permanezca en el lugar; ausculta de los latidos cardiorrespiratorios; uso de técnica aséptica durante el toque vaginal; encoraja el cambio de la posición a libre elección de la parturiente; uso del partograma; ofrecimiento de informaciones y explicaciones conforme el interés de la parturiente; estimula deambulación; orienta postura vertical; uso del caballo; estimula ejercicios en la bola suiza; ambiente acogedor libre de ruidos; disminución de la iluminación; enseña técnicas de respiración y relajamiento; manutención de la temperatura ambiente; empleo del toque físico. **Categoría B:** enema de rutina; tricotomía de rutina; infusión intravenosa de rutina. **Categoría C:** contacto con agua (hidroterapia); técnica de estimulación eléctrica transcutánea (EET); aromas tranquilizadores; crioterapia (compresas); cromoterapia; homeopatía; florales; técnicas de acupuntura. **Categoría D:** ofrecimiento de alimentos sólidos; cardiocografía; toques vaginales frecuentes; oxitocina.

El instrumento para recolectar los datos fue un cuestionario elaborado por los investigadores estructurado con cuestiones cerradas y abiertas, cuya construcción se direccionó por una guía práctica de asistencia al parto normal⁽⁶⁾ y por el manual parto, aborto y puerperio – asistencia humanizada a la mujer⁽⁵⁾.

Para objetivar el perfeccionamiento del instrumento de recolección de los datos, el cuestionario fue aplicado durante tres guardias de seis horas en los períodos de mañana, tarde y noche respectivamente. Fue posible observar 18 horas del atendimento dado a las mujeres en trabajo de parto. En esta etapa fue verificada la dificultad de rellenado, cuestiones interpretadas de manera equivocadas y la necesidad de introducir o suprimir cuestiones.

La recolección de los datos ocurrió en el período de octubre de 2013 a febrero de 2014. Tuvo la finalidad de contemplar las acciones

desarrolladas por el equipo de enfermería en el atendimento a la parturiente durante el primer período clínico del trabajo de parto. El interés no era el desempeño del propio individuo o profesional, sino verificar si los procedimientos preconizados por el MS y OMS estaban siendo adoptados en el atendimento a la parturiente. Entonces, para que no ocurriera el sesgo de informaciones, por el cambio comportamiento en la asistencia a la mujer, los investigadores no tuvieron acceso a instrumento de investigación. Se resalta que dos de los investigadores, hacían parte del universo estudiado, actuando en el sector de pre-parto. Se optó que los propios investigadores aplicaran el Guion de Observación, cuando no estuvieran realizando el atendimento, pues conocían el sector estudiado y tenían libre acceso y circulación local. Así siendo, no llamarían la atención de los investigados y ni dificultarían el cambio de conducta durante el atendimento a la parturiente.

Las observaciones fueron realizadas por los investigadores buscando obtener una muestra representativa de la realidad estudiada, observando las guardias de seis horas, siendo siete guardias matutinas, ocho vespertinas y veintidós nocturnas: un total de 37 guardias, totalizando 222 horas de observación. De esta forma, fue posible observar a todos los equipos de enfermería que prestaban asistencia a la mujer.

Para viabilizar la recolección de los datos, se solicitó la colaboración y la autorización de los gestores de la unidad hospitalaria. Tras la conclusión de la recolección de los datos, se les solicitó a los profesionales del equipo de enfermería que actuaba en el acompañamiento del pre-parto que firmaran el término de autorización para poder utilizar los datos recolectados.

Los aspectos éticos se basaron en las normas del Consejo Nacional de Salud, de la resolución 466⁽⁷⁾.

El proyecto de pesquisa fue sometido al Comité de Ética y Pesquisa (CEP) de la Universidad Federal de Acre con el protocolo nº 23107.015776/2011-01 y aprobado el día 14 de diciembre de 2011.

RESULTADOS

Las conductas y prácticas desarrolladas por los profesionales de enfermería de la unidad estudiada están presentadas en la Tabla 1, agrupadas de acuerdo con el grado de recomendación de la OMS. Se constató que el ofrecimiento de líquidos fue una práctica común en 59,5% de los casos; la privacidad de las parturientes fue preservada (97,6%), no fueron identificadas restricciones a la presencia del acompañante, los latidos cardiorrespiratorios fueron verificados en 100% de las parturientes; durante la práctica del toque vaginal el uso de la técnica aséptica fue prevalente (92,9%), el cambio de posición a libre elección de la parturiente fue orientada (47,6%) y el partograma fue aplicado en solo 2,4% de los casos.

Todas las parturientes fueron estimuladas en algún momento, a usar por lo menos un método no farmacológico de alivio del dolor siendo la deambulación empleada en (92,9%); fue estimulada la utilización de posturas verticales (83,3%), los ejercicios en el caballo (81,0%) y en menor frecuencia, en la bola suiza (16,7%). Algunas medidas de confort (como mantener el ambiente acogedor y libre de ruidos, estímulo de técnicas de respiración y relajamiento, mantenimiento de la temperatura ambiente y el empleo del toque físico) también fueron observadas, pero los porcentajes de cada una de esas conductas fueron inferiores a 35,0%, no configurando prácticas usuales y colectivas.

Concerniente a las conductas y/o prácticas consideradas perjudiciales que deben ser eli-

minadas – Categoría “B”, (Tabla 2), se evidenció que el enema (97,6%), la tricotomía (100,0%), el acceso venoso junto con la infusión de líquidos (92,9%) no fueron utilizadas rutinariamente en la unidad en estudio. Entre las conductas de la categoría “C” fue observado el uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor que no poseen evidencias suficientes para su indicación. Se constató que la hidroterapia fue empleada en 21,4% de los eventos, con destaque para el baño con ducha. Conductas como el uso de compresas (crioterapia), cromoterapia, utilización de la técnica de Estimulación Eléctrica Transcutánea (EET), de aromas tranquilizadoras, florales, técnicas de acupuntura y homeopáticas no son utilizadas en la institución. Cuanto a la categoría “D” que destaca algunas conductas que son utilizadas frecuentemente de modo inadecuado, se observa que alimentos sólidos fueron ofrecidos (54,8%); las parturientes fueron sometidas al procedimiento de cardiotocografía (33,3%) y no hubieron registros de toques vaginales frecuentes. Cuanto al uso y aumento de oxitócicos, esta fue una práctica más frecuente, siendo administrada en 35,7% de las mujeres en trabajo de parto.

Tabla 1 - Distribución de los procedimientos realizados en el atendimento de enfermería en el primer período clínico del parto según la categorización “A” de asistencia al parto de la OMS y el MS. Acre, 2013-2014.

Categoría	Procedimientos (N=42)	Sí		No	
		N	%	N	%
A*	Ofrecimiento de líquidos	25	59,5	17	40,5
	Preservación de la privacidad de la parturiente	41	97,6	1	2,4
	Permiso para la presencia del Acompañante	41	97,6	1	2,4

Verificación de los latidos cardíofetais	42	100	-	-
Uso de técnica aséptica durante toque vaginal	39	92,9	3	7,1
Encoraja el cambio de posición	20	47,6	22	52,4
hace uso del partograma	1	2,4	41	97,6
Ofrece informaciones y explicaciones conforme el interés de la parturiente	4	9,5	38	90,5
Estimula la deambulación	39	92,9	3	7,1
Orienta postura vertical	35	83,3	7	16,7
Uso del caballo	34	81	8	19
Estimula ejercicios en la bola suíza	7	16,7	35	83,3
Ambiente acogedor libre de ruidos.	14	33,3	28	66,7
Disminución de la iluminación	13	30,9	29	69,1
Enseña técnicas de respiración y relajamiento	14	33,3	28	66,7
Manutención de la temperatura ambiente	14	33,3	28	66,7
Empleo del toque físico	6	14,3	36	85,7

Fuente: Elaboración de los autores, 2014.

Nota: *Conductas que son claramente útiles y que deberían ser estimuladas

Tabla 2 - Distribución de los procedimientos realizados en el atendimento de la enfermería en el primer período clínico del parto según la categorización "B", "C" y "D" de asistencia al parto de la OMS. Acre, 2013-2014.

Categoría	Procedimientos (N=42)	Sí		No	
		N	%	N	%
B**	Enema de rutina	1	2,4	41	97,6
	Tricotomía de rutina	-	-	42	100
	Infusión intravenosa de rutina	3	7,1	39	92,9
C***	Contacto con agua (hidroterapia)	9	21,4	33	78,6
	Técnica de Estimulación Eléctrica Transcutánea (EET)	-	-	42	100

Aromas tranquilizadoras	-	-	42	100
Crioterapia (compresas)	-	-	42	100
Cromoterapia	-	-	42	100
Homeopatía	-	-	42	100
Florales	-	-	42	100
Técnicas de acupuntura	-	-	42	100
Oferta de alimentos sólidos	23	54,8	19	45,2
D**** Cardiotocografía	14	33,3	28	66,7
Toques Vaginales Frecuentes	-	-	42	100
Oxitocina	15	35,7	27	64,3

Fuente: Elaboración de los autores, 2014

Nota: **Conductas claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas. ***Conductas sin evidencia suficiente para dar una recomendación y que deberían usarse con precaución, mientras pesquias adicionales no las hagan evidentes. ****Conductas frecuentemente utilizadas de modo inadecuado.

DISCUSIÓN

Referente a las conductas útiles y que deberían ser encorajadas (A), no hubo restricciones de líquidos en la maternidad estudiada, pero a pesar de no haber limitación, no se les ofreció líquido a cerca de 40% de las parturientes, porcentual considerado alto y contrario a los es preconizado. El ofrecimiento de líquidos orales hace parte de las indicaciones de la OMS⁽⁶⁾ y el MS⁽⁷⁾ durante todo el proceso de parto y se caracteriza como una práctica humanizada, debiendo ser estimulada por el equipo de enfermería.

En un meta-análisis, autores concluyen que no hay justificativa para la restricción de líquidos en casos de bajo riesgo para cesarianas y uso de anestesia general, por tanto esto debe ser encorajado⁽⁸⁾.

La presente investigación evidenció que la elección del acompañante es del criterio de la parturiente. La práctica hace parte de la rutina hospitalaria durante el proceso de parto. Los porcentuales encontrados fueron superiores a

los verificados en Santa Catarina (RS), donde solamente el 54,8% de las instituciones públicas de salud permitían la presencia regular del acompañante⁽⁹⁾.

En estudios, varios autores proponen que los acompañantes deben ser inseridos en el contexto del embarazo desde el prenatal para que puedan apoderarse del conocimiento necesario para el buen atendimento de las necesidades de la mujer durante el trabajo de parto y parto⁽¹⁰⁾.

La presencia del acompañante contribuye para reducir los partos cesáreos y aumentar los partos vaginales, además de la disminución de analgesia, de la duración del trabajo de parto, recién nacidos con bajo apgar y de la idealización negativa del nacimiento⁽¹¹⁾.

La verificación de los latidos cardíofetales representa una conducta frecuente entre los profesionales de la institución investigada, siendo ofrecida a todas las embarazadas en trabajo de parto. En algunos casos, sin embargo, los intervalos fueron superiores a una hora. Todavía no existen evidencias suficientes para definir una frecuencia considerada óptima para ese acompañamiento, pero un estudio de revisión indica que la auscultación sea realizada de manera intermitente, preconizando el intervalo de 15 en 15 minutos o a cada 30 para el acompañamiento del trabajo de parto de bajo riesgo⁽³⁾.

El toque vaginal siguió los patrones establecidos.

Se resalta que el equipo de la institución estudiada hace poco uso del partograma. La baja frecuencia del uso de esta herramienta también fue evidenciada en otros trabajos^(3,12). Se destaca que la OMS hizo obligatorio el uso del partograma en las maternidades desde 1994⁽¹³⁾.

El soporte profesional y el ofrecimiento de informaciones conforme el interés de la parturiente no representó una conducta frecuente en el local. Uno de los principales factores de satisfacción con el atendimento se relaciona

a las orientaciones sobre los procedimientos realizados⁽¹⁴⁾.

Se verificó que la mayoría de los profesionales observados estimuló la deambulación en el trabajo de parto y en menor frecuencia, el uso de otros métodos de confort y de alivio del dolor.

Se debe encorajar a la parturiente a cambiar de posición. Se recomienda la deambulación y la posición vertical en la primera etapa del trabajo de parto⁽¹⁵⁾. Con relación a los ejercicios en el caballo, son pocos los estudios que mencionan esta técnica, no habiendo evidencias científicas suficientes para su discusión.

En solo 16,7 % de los casos se observó el estímulo a la realización de ejercicios en la bola. Estos datos contrastan con otro estudio en el que todas las mujeres usaron esta técnica. La bola puede ser utilizada como instrumento lúdico, sirviendo para la distracción de la parturiente, que, entretenida se queda menos ansiosa⁽¹⁶⁾.

Durante las observaciones, fue posible ver que el toque físico era una conducta ofrecida por los acompañantes y poco ofrecido por los profesionales. Este hecho corrobora con otro estudio de revisión sistemática de la literatura en el que los autores describen el frecuente involucramiento del acompañante en la realización y entrenamiento de masajes durante el trabajo de parto⁽¹⁷⁾.

Cuanto a las técnicas respiratorias, el estudio evidenció que fueron poco estimuladas (33,3%). Estos datos son contrarios a las indicaciones del MS y de la OMS. Demás de disminuir la sensación dolorosa, pesquisas revelan que los ejercicios respiratorios pueden mejorar la saturación sanguínea materna y consecuentemente, la circulación fetal, reduciendo la ansiedad y proporcionando el relajamiento de la gestante en trabajo de parto⁽¹⁸⁾.

Relativo a los cuidados con la temperatura ambiente, oferta de un ambiente tranquilo, libre de ruidos e iluminación, se observó que estas

prácticas no son comunes en la asistencia a la parturiente.

En los ambientes de pre-parto, en general, las nociones de confortabilidad como iluminación, reducción de ruidos, privacidad, no so cuidadas⁽⁴⁾.

Entre las prácticas categorizadas como conductas claramente perjudiciales o ineficaces y que deben ser eliminadas (B), la tricotomía, el enteroclisma y el acceso venoso de rutina con infusión de líquidos, son prácticas que fueron abolidas en la institución investigada. Las evidencias demuestran que esos hábitos aumentan el coste del atendimento, incomodan a la parturiente y no muestran diferencias en las tasas de infecciones^(3,19).

Concerniente a las técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor sin evidencias suficientes para su indicación, solamente el baño de aspersión con agua tibia fue ofrecido para 21,4% de las parturientes. La crioterapia, la cromoterapia, la utilización de la técnica de Estimulación Eléctrica Transcutánea (EET), los aromas tranquilizadores, los florales, las técnicas de acupuntura y homeopáticas no fueron proporcionadas a las mujeres.

La hidroterapia ha sido bastante estimulada en la atención obstétrica. Una investigación demostró que es bastante segura, mejora el bienestar de las parturientes y aumenta la sensación de relajamiento. Otros estudios apuntan la reducción del dolor en mujeres expuestas a la crioterapia⁽¹⁸⁾.

Cuanto a la aromaterapia, una revisión sistemática demostró que la técnica tiene mayor influencia sobre las nulíparas y reduce el dolor solamente en este grupo, pero la reducción de la ansiedad fue evidenciada independientemente de la paridad⁽¹⁷⁾.

El monitoreo fetal electrónico, normalmente realizado por medio de la cardiotocografía – aunque no es rutina en la unidad en estudio, fue verificado en más de 30% de los casos

observados. Algunos estudios relatan que la cardiografía presenta desventajas, ya que está asociada al aumento de los índices de cesáreas e intervenciones obstétricas e instrumentales aunque el parto sea vaginal; dificulta la locomoción materna; es difícil de ser interpretada dando espacio para diagnósticos falso-positivos, debiendo, por tanto, ser indicadas en embarazos con riesgo de muerte perinatal. Como rutina, esta práctica debe ser desestimulada⁽³⁾.

Referente al toque vaginal, no se identificaron contradicciones con lo preconizado, pues la recomendación es que sea realizado un toque en intervalo de dos horas. En este estudio, la mayoría de las parturientes recibió un toque en el intervalo observado, sin embargo, se observaron errores en la orientación, pues pocos profesionales explicaban la indicación de la práctica. Datos opuestos se encontraron en otras pesquisas, que evidenciaron la realización del toque en intervalos menores que una hora⁽¹²⁾.

Cuanto al uso de oxitocina, los datos encontrados fueron semejantes al de otros estudios, con ocurrencia 30,0 a 36,0%^(12,13).

De acuerdo con la OMS⁽⁶⁾, es perjudicial la administración de oxióticos a cualquier hora, antes del parto, de tal modo que el efecto no pueda ser controlado, debiendo ser evitado.

Referente a los indicadores de la calidad de la asistencia ofrecida por el equipo de enfermería, el equipo estudiado aplica las evidencias científicas disponibles, e varias conductas y tecnologías apropiadas son utilizadas frecuentemente en la asistencia a la parturiente.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación permitieron evaluar el atendimento de la enfermería por medio de los indicadores de calidad propuestos por la OMS y el MS ofrecidos a la parturiente

en la institución estudiada. Fue posible analizar las conductas e intervenciones realizadas por el equipo de enfermería junto a la parturiente.

Se concluyó que el equipo de la institución estudiada adopta las medidas preconizadas por el OMS y el MS para un parto humanizado, necesitando de evaluaciones constantes para mejorar los indicadores de la calidad asistencial.

No obstante, se identificaron carencias en el proceso asistencial relacionadas a la oferta o ausencia de algunas conductas/prácticas consideradas esenciales y de fácil implantación, como la ausencia del acompañamiento de trabajo de parto por medio del partograma y la oferta de orientaciones esenciales dadas a las parturientes.

A pesar del apoyo de algunas políticas públicas que se ocupan de dar un atendimento obstétrico de calidad, fue posible identificar conductas que aún no se adecuaron a las mejores evidencias.

De esta forma, todavía se hace necesario, modificaciones, principalmente en el cambio de comportamientos de los profesionales que hacen el atendimento, pues estos tienen el papel importante de hacer cumplir el desarrollo de las prácticas preconizadas, garantiendo el atendimento integral, seguro y de calidad.

Se nota que algunas deficiencias encontradas en este estudio pueden ser amenizadas con el desarrollo de estrategias de educación permanente a ser trabajadas con los equipos, para fortalecer la asistencia humanizada en el centro obstétrico.

Para llegar a un nivel de excelencia en la asistencia al trabajo de parto en la institución del estudio, se recomienda una reflexión por parte de los actores envueltos en la participación efectiva de los gestores para organizar el proceso de trabajo, calificar a los profesionales actuantes en el área para que ocurra el empoderamiento de las mejores evidencias científicas y el desarrollo de habilidades inherentes a la atención huma-

nizada al parto. Se hace necesario la implementación y la solidificación de las políticas públicas ya existentes con el fin de garantizar la integralidad de la producción de la salud con calidad.

CITAS

1. Oliveira LR. Diagnóstico e intervenções de enfermagem durante o trabalho de parto. In: Carvalho GM, Lula HM, Oliveira LR, organizadores. Diagnóstico e intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. São Caetano do Sul: Yendis; 2010.
2. Santos GS, Souza JLO, Almeida LS, Gusmão MH. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. *Diálogos Ciênc.* 2012 [cited 2013 nov 10];10(31):224-8. Available from: http://dialogos.ftc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=328&Itemid=1
3. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. *Femina.* 2010;38(10):527-37. Cited: 15 Fev. 2013. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf
4. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas Saúde Col* [internet]. 2010 [cited 15 nov 2013];4(4):105-17. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
5. 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.
6. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
7. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 jun 2013 [cited: 2013

- nov 10];1: 59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD003930.
 9. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski E. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2013 [cited 2014 Jan 26];17(3):432-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0432.pdf>
 10. Frutuoso LD, Bruggemann OM. Parturient women's companions knowledge of Law 11.108/2005 and their experience with the woman in the obstetric center. *Texto Contexto – enferm* [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 3];22(4):909-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>
 11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD003766.
 12. Giglio MR, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304.
 13. Silva FMB, Paixao TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031-8.
 14. Müller J, Collaço VS, Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. *Rev Cient CENSUPEG*. 2013 [cited 2013 apr 7];(2):78-88. Available from: <http://revistacientifica.censupeg.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/117>
 15. Oliveira AS, Damasceno AKC, Moraes JL, Moreira KAP, Teles LMR, Gomes LFS. Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2014 [cited 2013 nov 15];13(1):36-45. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4254>
 16. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Using the Swiss ball in labor. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2011 [cited 2014 Apr 10];24(5): 656-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/en_10v24n5.pdf
 17. Gayeski ME, Brüggemann, OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto -Enferm*. 2010 [cited 3 mar 2014];19(4):774-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
 18. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: integrative review. *J Nurs UFPE on line*. 2013 [cited 2013 Nov 15];7(5):4161-70. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2582>
 19. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):29-35.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 24/9/2014
Revisado: 23/12/2014
Aprobado: 23/12/2014