

Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado¹

María Suárez-Cortés²

David Armero-Barranco³

Manuel Canteras-Jordana⁴

María Emilia Martínez-Roche³

Objetivos: conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento no contexto estudado, comparando o processo de parto e sua finalização entre as mulheres que apresentaram e as que não apresentaram um Plano de Parto e Nascimento. Método: estudo de coorte quantitativo, transversal, observacional descritivo comparativo, realizado durante um biênio. Foram selecionadas todas as mulheres que deram à luz no período estudado, incluindo 9303 mulheres. Resultados: o número de Planos de Parto e Nascimento apresentados no primeiro ano foi de 132, contra 108 no segundo. Entre as variáveis analisadas, foi encontrada uma diferença significativa para "contato pele a pele", "eleição de posição de dilatação e parto", "uso de enema", "ingestão de alimentos ou líquidos", "partos normais", "clampeamento tardio do cordão" e "depilação do períneo". Conclusões: os Planos de Parto y Nascimento influenciam positivamente o processo de parto e sua finalização. São necessárias políticas sanitárias para aumentar o número de Planos de Parto e Nascimento apresentados nos hospitais estudados.

Descritores: Parto Humanizado; Autonomia Pessoal; Tomada de Decisões.

¹ Apoio financeiro da Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

² Doutoranda, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

³ PhD, Professor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

⁴ PhD, Professor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

Introdução

O parto é um processo normal e natural, um período vulnerável para a saúde da mulher, em que o ambiente e as atividades sanitárias exercem grande influência. Na metade do século XX foi institucionalizado o processo de parto, passando dos partos em domicílio aos partos hospitalares. Quando o parto foi considerado um processo hospitalar, foram incluídas determinadas práticas rotineiras e protocolizadas, tais como a episiotomia, a depilação, os enemas, a indução do parto, sem que seu uso rotineiro fosse avaliado por evidências científicas. O parto foi incluído no modelo de saúde baseado em doenças⁽¹⁾, considerando a mulher como uma doente que necessita atenção médica⁽²⁾. Diante desta situação, em 1985, com as recomendações da OMS sobre o nascimento, iniciou-se um processo de "standardização do parto", os estados são incitados a revisar a tecnologia aplicada aos partos e admite-se que cada mulher deve eleger o tipo de parto que deseja, contribuindo assim para devolver o protagonismo à mulher⁽³⁾. Na Espanha, nos anos 90, grupos de profissionais e mulheres começam a considerar que a atenção ao parto é excessivamente intervencionista⁽⁴⁾ e, a partir de 1996, com a publicação do guia "Cuidados no parto normal: um guia prático" elaborado pela OMS em Genebra⁽⁵⁾, surgem vários documentos em defesa do parto normal^(4,6-7). Este é o início do empoderamento das mulheres, que alcança seu expoente máximo com o documento Plano de Parto e Nascimento.

O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi cunhado por Sheila Kitzinger em 1980 nos Estados Unidos⁽⁸⁾. Os países anglo-saxônicos ecoaram esse novo documento e começaram a usá-lo para exigir um parto o menos intervencionista possível.

Um Plano de Parto e Nascimento é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também a suas necessidades particulares, deve combinar com a parteira de Atenção Primária de Saúde e posteriormente com a parteira de Atenção hospitalar, quais alternativas, dentro da boa prática, prefere durante seu parto, sob condições normais. O Plano de Parto e Nascimento é o eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e a parteira, e deve servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo.

A importância dos Planos de Parto e Nascimento origina-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação⁽⁹⁾, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e diminuindo "os medos" da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas⁽¹⁰⁻¹⁵⁾; constituindo um processo de reflexão para as mulheres^(12,16).

As mulheres gestantes sempre têm sentido a necessidade de planejar e comunicar a suas famílias e profissionais de saúde o que é importante para elas, para assim poder sentir-se seguras e apoiadas durante o processo de parto⁽¹⁶⁾.

Além disso, não se deve esquecer que a gravidez e o parto são as etapas prévias da maternidade, constituindo o início da aquisição do papel maternal. Ramona T. Mercer, autora da teoria "Becoming a Mother", sustenta que a aquisição do papel maternal é o processo que demanda um trabalho psicológico, social e físico da parte da mulher⁽¹⁷⁾, em que ela deve ter consciência do seu papel como mãe de uma criatura que necessita dos seus cuidados e que depende dela. As decisões da mulher afetarão sua criatura a partir do próprio momento em que engravida, motivo pelo qual a mulher deve tomar as decisões após longos períodos de reflexão, considerando seus valores, crenças e expectativas.

O uso do Plano de Parto e Nascimento foi rapidamente generalizado em alguns países da Europa. Em 1993, na Inglaterra, era usado em 78% das salas de partos. Na Espanha, sua implantação é recente, em 2007. A *Estratégia de Atenção ao Parto Normal no Sistema Nacional de Saúde* (Ministério da Saúde e Consumo)⁽⁶⁾ e a *Iniciativa ao Parto Normal (FAME)*⁽⁴⁾ mencionam este documento, mas será apenas em fevereiro de 2012 que o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade publica um modelo de Plano de Parto e Nascimento.

O Plano de Parto e Nascimento representa na atualidade um dos itens de valorização da atenção ao parto no Sistema Nacional de Saúde da Espanha, estando incluído também no Programa Integral de Atenção à Mulher (PIAM)⁽¹⁸⁾ da Região de Murcia. Por esse motivo, é importante saber a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento nesse contexto. Quantas mulheres apresentam um Plano de Parto e Nascimento, e se há diferença no desenvolvimento e na finalização do parto entre as mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento e não.

O objetivo do presente estudo é conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e

Nascimento na Região de Murcia, e também comparar o desenvolvimento e a finalização do parto nas mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento com as que não apresentaram esse documento.

Método

Um estudo de coorte quantitativo, transversal, observacional, descritivo e comparativo foi realizado entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Todas as mulheres que deram à luz no período sob análise no Hospital Clínico Universitário Virgen de la Arrixaca de Murcia foram incluídas na amostra. O critério de inclusão foi dar à luz no Hospital Clínico Universitário Virgen de la Arrixaca de Murcia entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012 e não atender a nenhum dos critérios de exclusão.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Mulheres que tiveram cesárea programada.
 - Mulheres com parto inferior a 37 semanas de gestação.
 - Mulheres com feto morto antes do parto).
 - Partos múltiplos (dois ou mais fetos).
 - Falta de preenchimento correto do "Registro da Sala de Parto".
- No total, foram registrados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012 12.579 partos, dos quais 73,96% (9.303 partos) foram incluídos no estudo.
- Para a coleta de dados foi utilizado o "Registro da Sala de Parto" no programa Selene (Software utilizado em Hospitais do Sistema Nacional de Saúde). As variáveis estudadas foram:
 - Ano do parto: 2011 ou 2012.
 - Acompanhamento durante o parto: Acompanhamento durante o parto por uma pessoa elegida pela mulher, com exceção dos profissionais de saúde.
 - Acompanhamento durante a dilatação: Acompanhamento durante todo ou parte do período de dilatação por uma pessoa elegida pela mulher, com exceção dos profissionais de saúde.
 - Contato pele a pele: Ocorre imediatamente após o nascimento e se refere à colocação do recém-nascido em decúbito ventral em contato direto com sua mãe, o que favorece a regulação das funções vitais do primeiro.
 - Eleição da postura de dilatação e parto: A mulher escolhe em que posição ficará durante o período de dilatação e no período expulsivo.
 - Enema: Aplicação de um enema de evacuação durante ou antes do período ativo do parto, seu uso rotineiro é desaconselhado.
 - Episiotomia: Procedimento pelo qual os profissionais de saúde efetuam um corte na região perineal no momento da expulsão da cabeça, seu uso sistemático é desaconselhado, sendo indicado apenas a realização seletiva.
 - Finalização do parto: Esta variável abrange partos instrumentalizados, partos normais e cesárea intraparto.
 - Ingestão de alimentos ou líquidos: Referente a se a mulher ingeriu alimentos ou líquidos durante o período ativo do parto.
 - Início aleitamento materno durante na sala de parto: Se considera quando o recém-nascido inicia a amamentação no pós-parto imediato, durante as duas horas após o parto.
 - Monitoramento: O monitoramento fetal ou RCTG é o controle da frequência cardíaca fetal.
 - Oxitocina: Uso de oxitocina sintética durante o período de dilatação, expulsivo ou nascimento.
 - Partos induzidos: Procedimento que visa desencadear contrações uterinas em gestantes sem dinâmica efetiva.
 - Clampeamento tardio do cordão umbilical: Se considera que o clampeamento foi tardio quando o cordão é clampeado após o cessar do batimento do cordão ou um minuto após o nascimento.
 - Plano de Parto e Nascimento: A mulher apresentou antes do parto ou no momento do período ativo do parto um Plano de Parto e Nascimento por escrito.
 - Depilação do períneo: Depilação do períneo dentro do hospital.
 - Tipo de anestesia: Esta variável inclui epidural, anestesia general, local e nenhuma anestesia.
- A análise estatística dos dados foi desenvolvida com o uso do software SPSS.19. Em primeiro lugar foi efetuada uma análise descritiva da amostra com tabelas de frequências e porcentagens de todos os dados coletados. A seguir, para determinar quais variáveis estão relacionadas com o uso do Plano de Parto e Nascimento, foram calculadas tabelas de contingência com o teste χ^2 de Pearson, determinando um intervalo de confiança de 95%, e finalmente, no intuito de determinar quais variáveis são as mais influentes, foi realizada uma regressão logística.
- Para fins deste estudo foram solicitadas as autorizações necessárias ao Comitê de Ética e

Investigação do Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca e ao seu Administrador.

Resultados

Ao total, foram analisados 9.303 partos durante o biênio 2011-2012, dos quais 2.6% (240) apresentou um Plano de Parto e Nascimento.

Em 2011, em 2.8% (132) dos 4.618 partos registrados foi elaborado um Plano de Parto e Nascimento. Este número diminuiu para 2,3% (108) dos 4.685 partos em 2012 (Tabela 1).

Tabela 1 - Plano de Parto e Nascimento por Ano. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Espanha, 2011-2012

Plano de Parto e Nascimento	Ano		Total
	2011	2012	
Sim	132	108	240
Não	4486	4577	9063
Total	4618	4685	9303

A Tabela 2 mostra a distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional. Conforme se observa na tabela, a maior porcentagem da amostra se concentra na semana 40, 32,4% (34,1% e 28,78%).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Espanha, 2011-2012

Idade gestacional	Plano de Parto		Total
	Sim	Não	
37	15	593	608
38	39	1394	1433
39	60	2609	2669
40	82	2936	3018
41	41	1483	1524
42	3	48	51
Total	240	9063	9303

A análise das tabelas de contingência referente à comparação do processo do parto e sua finalização entre as mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento, revelou diferenças significativas em 7 variáveis ($p \leq 0,005$, frequência esperada ≥ 5 e ajuste residual ≥ 2). Para o "contato pele a pele", a porcentagem total foi de 27,4%, contra 60,41% nos partos em que foi apresentado um Plano de Parto e Nascimento. Na "eleição da posição de dilatação e parto", a porcentagem total foi de 48,1% contra 62,5%; no "uso de enema"

6,8% contra 10,4%; na "ingestão de alimentos ou líquidos" 33% contra 42%; nos "partos normais" 73,8% contra 81,66%; no "clameamento tardio do cordão" 63,1% contra 78,3%; e na "depilação do períneo" 12% contra 16,6%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 3 - Variáveis estudadas de acordo com a apresentação de um Plano do Parto e Nascimento. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Espanha, 2011-2012

Indicador	Padrão Ministério da Saúde e Consumo	% total parto	% total partos com plano de parto e nascimento	P
Plano de parto		2,6	100	
Acompanhamento no Parto		73,9	76,3	0,403
Acompanhamento na dilatação		87,7	83,3	0,036
Contato pele a pele	≥ 80	27,4	60,4	0,001*
Eleição de posição		48,1	62,5	0,001*
Enema		6,8	10,4	0,027*
Episiotomia		51,3	46,2	0,112
Finalização do parto				0,018*
Normal		73,8	81,6	
Instrumentados	5	23,9	16,2	
Cesáreas intraparto		2,3	2	
Ingestão de alimentos ou líquidos		33	42	0,002*
Início amamentação na sala de parto		90	91,1	0,412
Monitoramento contínuo		99	95	0,001
Oxitocina		86,5	83,7	0,199
Partos induzidos	10	28,7	20,8	0,1
Clameamento tardio do cordão		63,1	78,3	0,001*
Depilação do períneo		12	16,6	0,023*
Tipo de anestesia				0,295
Epidural	30-80	78,1	73,7	
Geral		0	0	
Local		12,7	16,6	
Sem anestesia		9,2	9,5	

* Significância estatística = $p \leq 0,005$, frequência esperada ≥ 5 e ajuste residual ≥ 2

Após a análise de regressão logística, determinou-se que as três variáveis mais influentes foram o "contato pele a pele" (OR=4,26), "eleição da posição de dilatação e parto" (OR=1,8) e "depilação do períneo" (OR=1,6).

Discussão

Em fevereiro de 2012, o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade publicou um modelo de Plano de Parto e Nascimento. Apesar disso, o número total

de Planos de Parto e Nascimento diminuiu em 0,5% no ano de 2012 com relação a 2011 no Hospital Clínico Universitário Virgen de la Arrixaca (Murcia, Espanha).

A EAPN (Estratégia de Atenção ao Parto Normal⁽⁶⁾) em suas recomendações e o Ministério da Saúde nos indicadores utilizados na Avaliação da Qualidade do Parto no ano de 2011 estabelecem como padrão de qualidade uma porcentagem igual ou superior a 80% para o "contato pele a pele" após o parto. Nos dados obtidos neste estudo, evidencia-se um aumento significativo em 33,01% (27,4 vs. 60,4; $p < 0,001$) no número de mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento com relação às mulheres que não apresentaram esse documento. Apesar do não superar os 80% recomendados, este aumento é importante, já que o contato pele a pele contribui para uma melhor adaptação aos câmbios fisiológicos na mãe e no recém-nascido⁽¹⁹⁾. Além disso e de acordo com o Ministério da Saúde, Política Social e Igualdade, aumentam os "benefícios para o amadurecimento psicomotor e emocional da criança, o que contribui positivamente para manter uma dinâmica hormonal e de comunicação mãe-recém nascido positiva para ambos, facilitando a pega e o início do aleitamento materno exclusivo", influenciando a dimensão de satisfação. Esta prática é recomendada por diversos organismos. Unicef a inclui no passo número 4 da iHan⁽²⁰⁾, e NICE a considera como uma prática recomendada em um dos seus guias⁽²¹⁾.

No que diz respeito à "eleição da posição na dilatação e no parto", a EAPN⁽⁶⁾ e o Ministério da Saúde sustentam que, durante o período expulsivo do trabalho de parto, a mulher deve adotar a posição de sua preferência e que considera mais confortável, influenciando a dimensão de segurança e satisfação; além disso, essa prática é avalizada por uma revisão Cochrane⁽²²⁾. No presente estudo, foram encontrados resultados satisfatórios e significativos, aumentando em 14,4% (48,1 contra 62,5; $p < 0,001$) a eleição da posição nas mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento.

A "ingestão de Líquidos" durante o parto é outra prática avalizada e recomendada pela EAPN⁽⁶⁾ e pelo Ministério da Saúde, revelando um aumento significativo em 9% (33 vs. 42; $p = 0,002$) entre as mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento.

Com relação ao "clampeamento tardio do cordão", foi observado um aumento de 15,2% (63,1 vs. 78,3; $p < 0,001$) na porcentagem. Apesar disso, o número de partos em que se aplica esta prática continua sendo insuficiente, já que a OMS recomenda seu uso em todos os parto, considerando que entre outros benefícios

aumenta as reservas de ferro do recém-nascido em mais de 50% aos 6 meses de vida⁽²³⁾.

Um dado importante obtido no presente estudo é que a taxa de "partos normais" aumenta de 73,8% para 81,66% ($p = 0,018$) no grupo de mulheres que apresentaram seu Plano de Parto e Nascimento, influenciando as dimensões de segurança e eficácia⁽⁶⁾. Com relação às "cesáreas intraparto", não foi observada uma diminuição significativa, de forma semelhante aos dados obtidos em estudos realizados no mesmo contexto⁽²⁴⁾. Apesar disso, estudos realizados em outros países encontraram diferenças significativas para esta variável⁽²⁵⁾.

No que diz respeito aos dados inesperados obtidos neste estudo, evidencia-se que a demanda por "enemas" pelas mulheres, além da "depilação do períneo", aumentam de forma surpreendente em 3,6% (6,8 vs. 10,4; $p = 0,027$) e 4,6% (12 vs. 16,6; $p = 0,023$), respectivamente, no grupo de mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento. O uso rotineiro destas duas práticas está em desuso, mas não causam prejuízos nem para a mulher nem para o feto, apenas influenciam o conforto e o pudor da mulher. Acredita-se que estes dados são devidos ao fato que as mulheres que apresentaram um Plano de Parto e Nascimento conhecem sua capacidade de escolha e preferem usar estas práticas por motivos de conforto e para evitar situações incômodas, tais como defecar durante o parto.

Encontramos como limitações do estudo a falta de preenchimento de formulários, que foram eliminados para minimizar possíveis vieses; além da ausência de alguns parâmetros interessantes do "Registro da Sala de Parto", que teriam ampliados a perspectiva do estudo, tais como a participação em aulas de preparação para o parto, duração da dilatação e parâmetros de bem-estar fetal.

Conclusão

Deve-se destacar a relação positiva entre o Plano de Parto e Nascimento e um aumento do "contato pele a pele", do "clampeamento tardio do cordão" e da taxa de "partos normais", práticas que direta e indiretamente diminuem os gastos da saúde e as hospitalizações, tanto da mulher como do recém-nascido. Além disso, reforça a autonomia das mulheres graças à "eleição da posição de dilatação e parto", "ingestão de alimentos ou líquidos" e inclusive com o uso de "enemas" e da "depilação do períneo".

Além disso, o Plano do Parto e Nascimento influencia positivamente o trabalho de parto e sua finalização, aumentando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento.

Pesquisas adicionais são necessárias para determinar a causa do baixo número de Planos de Parto e Nascimento no contexto analisado, além da criação de políticas de saúde para a difusão de esses documentos, e o estímulo ao uso dos Planos de Parto e Nascimento entre as gestantes da comunidade investigada. A enfermeira obstétrica na Atenção Primária é a profissional adequada para acompanhar a mulher na elaboração desse documento.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração da Sra. Concepción Martínez Romero e a ajuda recebida na coleta dos dados.

Referências

1. Maroto Navarro G, García Calvente MdM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:13-23.
2. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012;7(2):225-47.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. *Lancet.* 1985;2:436-7.
4. Federación de Asociación de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal [Internet]. Documento de Consenso; 2007 [acceso 12 jan 2013]. Disponible em: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra; 1996.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo (ES). Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
8. Hasenmiller R. Do Birth Plans influence Childbirth Satisfaction? [Student projects] Philadelphia: Philadelphia University; 2001.
9. Whitford H, Hillan E. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery.* 1998;14(4):248-53.
10. Peart K. Birth planning--is it beneficial to pregnant women?. *Aust J Midwifery.* 2004;17(1):27-9.
11. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ.* 2007;16(3):47-52.
12. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan?. *J Midwifery Womens Health.* 2003;48(5):322-8.
13. Perez P, Capitulo K. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(5):288-9.
14. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(2):295-303.
15. Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth.* 2007;34(1):49-51.
16. De Molina IF, Muñoz ES. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Profesión.* 2010;11(2):53-7.
17. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(5):649-51.
18. Servicio Murciano de Salud (ES). Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012.
19. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sánchez A, Garcia-Segura LM, Arévalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2014 Oct;35(4):459-72. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.007.
- (20) Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia Iniciativa. [acceso 20 nov 2014]. Disponible em: <http://www.ihan.es/index1.asp>
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies. NICE clinical guideline 37. 2006. [acceso 23 nov 2014] Disponible em: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>
22. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2004 [acceso 23 nov 2014];(1) Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2. Disponible em: <http://zenskekruhy.sk/wp-content/uploads/2012/11/CD002006.pdf>

23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. 2013. [acesso 21 nov 2014]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?ua=1
24. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013 May-Jun;38(3):150-6.
25. Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012 Oct;25(10):2055-7.