

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LAURA OLIVEIRA SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
OBSTÉTRICAS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PENEDO**

MACEIO-AL

2015

LAURA OLIVEIRA SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
OBSTÉTRICAS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PENEDO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Ms Maria Elisângela Torres de Lima Sanches

Co-Orientador: Prof. Dr^a. Jovânia Marques de Oliveira Silva

MACEIÓ-AL

2015

LAURA OLIVEIRA SANTOS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
OBSTÉTRICAS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PENEDO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Alagoas em convênio com a Universidade Federal de Minas Gerais. Como requisito parcial para conclusão do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO e obtenção do título de especialista.

APROVADE EM: 26 de Novembro de 2015

Prof. Ms Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
Orientadora

Prof. Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Banca Examinadora

Prof. Dr^a Mariana Santos Filisbino Mendes - UFMG
Banca Examinadora

RESUMO

O nascimento é historicamente um evento natural. A princípio, a mulher se isolava para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado. Com o tempo o parto passou a ser assistido por mulheres reconhecidas como parteiras que se traduziam na mulher que atende partos domiciliares, mas que não tem saber científico. No século XVII ocorreu uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto. Daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico. Por anos foi questionado esse modelo hegemônico e discutido o retorno ao parto natural humanizado e com o protagonismo da mulher, tendo nas evidências científicas o embasamento para as políticas públicas, resultando na rede cegonha. Hoje, no Brasil, a enfermeira obstetra vem crescendo como profissional, por ser uma atividade legal e respaldada pela legislação brasileira, sendo uma estratégia para mudar essa realidade. Dessa forma, a enfermagem vem conquistando o espaço no atendimento ao parto. Teve como objetivo geral: Implantar boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras, mediante a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto. E Objetivos específicos: Reduzir a taxa de episiotomia; Implantar o contato pele a pele; Elevar a taxa de clampeamento oportuno de cordão umbilical. Metodologia: Reunião com a equipe de EO; Reunião com gestores; Sensibilização da equipe para a adoção das boas práticas; Avaliação mensal dos indicadores das boas práticas. Teve como resultados: A taxa de episiotomia foi reduzida em 99%; o contato pele a pele e o clampeamento tardio do cordão umbilical teve suas taxas elevadas em 100% nos parto normais realizados por enfermeiras obstetras. Conclui-se que com a implantação de boas práticas, mudanças no cenário do parto, reduziu consideravelmente a taxa de episiotomia. O aumento do contato pele a pele e o clampeamento tardio do cordão umbilical demonstrou o fortalecimento do vínculo entre o binômio na 1ª hora de vida.

Descritores: Assistência de enfermagem. Enfermagem obstétrica. Parto humanizado.

ABSTRACT

Birth is historically a natural event. At first, the woman isolated her to give birth, usually without any assistance or care. Over time the delivery came to be seen by women as midwives recognized that translated the woman who attends home births, but that has no scientific knowledge. In the seventeenth century there was a major transformation in obstetrics: the introduction of surgeons in the deliveries. Hence, the changes related to childbirth would eventually characterize it as a medical event. For years it was asked this hegemonic model and discussed the return to humanized natural birth and the role of women, taking on scientific evidence the foundation for public policies, resulting in the stork network. Today, in Brazil, the midwife has been growing as a professional, as a legal activity and supported by Brazilian law, being a strategy to change this reality. Thus, nursing has gained space in delivery care. We aimed to: Deploy good obstetric practices based on scientific evidence incorporated and developed by nurses, through the implementation of humanized model of childbirth care. And Specific objectives: Reduce the episiotomy rate; Deploy skin contact; Raise the clamping fee opportune umbilical cord. Methodology: Meeting with the team of EO; Meeting with managers; Staff awareness of the adoption of best practices; Monthly assessment of the indicators of good practice. Had the results: The episiotomy rate was reduced by 99%; skin-to-skin and umbilical cord late clamping had its high rates of 100% in normal labor performed by midwives. It is concluded that with the implementation of good practices, changes in the birth scene, greatly reduced the episiotomy rate. The increase in skin to skin contact and late cord clamping has been shown to strengthen the link between the binomial in the 1st hour of life.

Keywords: Nursing care. Midwifery. Humanized birth.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. CENÁRIO DE INTERVEÇÃO.....	11
3. JUSTIFICATIVA.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
4.1 OBJETIVO GERAL.....	13
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
5. METODOLOGIA.....	14
6. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	18
8. CONCLUSÃO.....	21
REFERENCIAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida. Antigamente, os homens viviam conforme seus “instintos naturais”.

A princípio, a mulher se isolava para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas, apenas seguia o seu instinto. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico. A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Dessa forma, começa-se a agregar valores aos conhecimentos acerca do processo de nascimento entre as próprias mulheres, e o parto passa a se tornar um evento mais importante na vida das mulheres que participam do mesmo.

Então uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente era reconhecida como parteira – essa parteira se traduz na figura da mulher que atende partos domiciliares, mas que não tem nenhum saber científico. Seus conhecimentos são embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração.

No século XVII ocorreu uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto, pois ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica.

Quando apareciam situações inusitadas ou complicadas e perigosas às parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem. A presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal. Mais tarde, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto.

Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou então a ser visto como um ato cirúrgico qualquer e a mulher em trabalho de parto sendo chamada “paciente”, sendo tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica. Iniciou-se a era do parto

médico, no qual a mãe deixa de ser a figura mais importante da sala, cedendo seu lugar à equipe médica.

Os papéis se invertem e o obstetra passa a ser o centro da cena, obrigando a mulher a se deitar numa posição desconfortável, sendo impedida de adotar a posição que achar mais confortável. Não podendo opinar em seu direito básico de escolha e participação ativa no nascimento do próprio filho. As posições verticais, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, lhes são negadas pelo obstetra.

Em torno de 1880 os médicos apresentavam uma melhor aceitação da sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e gradualmente considerá-la mais segura do que o domicílio.

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais, iniciando assim as atividades de cunho profissional à mulher, bem como a formação de pessoal para a assistência ao parto.

Porém as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, agora, sobre os olhares e controle médico. A formação oferecida era essencialmente prática, mantendo as decisões e o raciocínio clínico para os médicos. As parteiras agora eram treinadas para seguir o modelo médico, repetindo as técnicas e seguindo a “nova” tecnologia de atenção ao parto, sob os olhares da medicina moderna.

Se antes o parto e os cuidados posteriores com a mãe e o bebê transcorriam em família, embanhados em fortes vínculos, hoje, estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a serem meros contatos superficiais.

A história da enfermagem obstétrica no Brasil surge em 1931, quando uma disciplina da faculdade de medicina incorporou o curso de partos, introduzindo uma disciplina de prática de enfermagem nesse curso e, conferindo o título de enfermeira obstetra.

Até 1949 toda a legislação do ensino de enfermagem obstétrica estava contida na de medicina, quando então as escolas de enfermagem se adaptaram

para o ensino da especialização em obstetrícia. Esse meio tempo foi perturbado com discussões acerca da melhor forma de se estabelecer a profissão.

A Portaria MS/GM 2:815, de 29 de maio de 1998 inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado pela enfermeira obstetra” e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto.

O Conselho Federal de Enfermagem também procura regulamentar e normatizar a assistência prestada pelas enfermeiras obstetras. De acordo com a Legislação sobre o exercício de Enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem Santa Catarina confere que:

Art. 9º – Às profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetrix ou de Enfermeira Obstetra, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

- I – prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II – identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III – realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Hoje, no Brasil, a enfermeira obstetra vem crescendo como profissional, por esta ser uma atividade legal e respaldada pela legislação brasileira, sendo uma estratégia para mudar essa realidade. Dessa forma, a enfermagem vem conquistando o espaço no atendimento ao parto.

Por anos foi questionado esse modelo hegemônico e discutido o retorno ao parto natural humanizado e com o protagonismo da mulher, tendo nas evidências científicas o embasamento para as políticas públicas, resultando recentemente na rede cegonha.

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação.

2. CENARIO DE INTERVENÇÃO

A Santa Casa de Misericórdia de Penedo, funciona com serviços de internamentos em clinica médica, cirúrgica, pediátrica, UCIN e serviços obstétricos com capacidade para 26 leitos. Sua infraestrutura permite realização de partos cirúrgicos de risco habitual e partos normais não distócicos.

A maternidade não tinha implantado de forma efetiva as boas práticas obstétricas e mantinha rotinas classificadas como desnecessárias, sem evidências que a sustentasse e que deveriam ser abolidas;

3. JUSTIFICATIVA

Justifica-se com essa pesquisa, a adoção e concepção de que a atenção humanizada durante o trabalho de parto e parto dependerá que o profissional de saúde respeite a fisiologia do parto sem a realização de condutas invasivas desnecessárias, mudando o cenário atual da Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Penedo.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Implantar boas as práticas obstétricas baseadas em evidências científicas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras, mediante a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reduzir a taxa de episiotomia;
- Implantar o contato pele a pele;
- Elevar a taxa de clampeamento oportuno de cordão umbilical.

5. METODOLOGIA

- Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, com dados coletados em evoluções de enfermagem nos prontuários dos partos normais e planilhas com indicadores preenchidas após o parto;
- A implantação das boas práticas deu-se através de cinco enfermeiras assistenciais e obstetras com o intuito de minimizar as técnicas invasivas durante o trabalho de parto e parto.
- O projeto de intervenção ocorreu entre os períodos de janeiro a outubro de 2015, onde a análise de dados deu-se 5 meses antes e 5 meses depois da implantação das boas práticas.
- Reunião com a equipe de EO;
- Reunião com os gestores;
- Sensibilização da equipe para a adoção das boas práticas
- Avaliação mensal dos indicadores das boas práticas;

6. REFERENCIAL TEÓRICO

A episiotomia consiste na incisão do períneo para ampliar o canal de parto, e sua prática foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, modernamente conhecida como *episiotomia médio-lateral*. No entanto, o procedimento não ganhou popularidade no século XIX, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção.

A finalidade da episiotomia, de acordo com os postulados de DeLee, seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de Obstetrícia em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança. Deve-se salientar que o uso desse procedimento se tornou bem mais frequente com a adoção do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps de alívio, requerendo "espaço extra" para a manipulação vaginal.

Baseando-se em resultados da revisão sistemática, bem como nas conclusões de diversos outros estudos randomizados já publicados, podemos afirmar que:

- Não há diferença nos resultados perinatais nem redução da incidência de asfixia nos partos com episiotomia seletiva e episiotomia de rotina;
- Não há proteção do assoalho pélvico materno: a episiotomia de rotina não protege contra incontinência urinária ou fecal, e tampouco contra o prolapso genital, associando-se com redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas;
- A perda sanguínea é menor, há menor necessidade de sutura e há menor frequência de dor perineal quando não se realiza episiotomia de rotina;
- A episiotomia é parece uma laceração perineal de segundo grau, e quando ela não é realizada pode não ocorrer nenhuma laceração ou surgirem lacerações anteriores, de primeiro ou segundo graus, mas de melhor prognóstico. Verifica-se

importante redução de trauma posterior quando não se realiza episiotomia de rotina;

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, admitindo-se que em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada no ensaio clínico randomizado inglês, sem associação com riscos maternos ou neonatais.

A promoção do contato pele-a-pele entre mãe-filho tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido. A mesma deve ser estimulada desde os primeiros minutos de vida, necessita ser respeitado na sua individualidade e magia, que envolve o binômio mãe-filho neste momento.

Após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada *inatividade alerta*, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina, em recém-nascido de baixo risco. Nesta fase, o contato mãe-filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o reconhecimento das partes, ocorrendo à exploração do corpo da mãe pelo bebê.

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe. (Matos, Thaís Alves, et al).

Por outro lado, casos são descritos em que o contato precoce não pode ser realizado imediatamente após o processo de parir, quando a vitalidade do bebê encontra-se prejudicada e/ou momentos de fragilidade da mulher. O contato deve ser retomado assim que mãe-filho estiver em condições físicas e emocionais adequadas e deve ser prolongado até que seja suficiente para ambas as partes (SCIELO 2012).

Os profissionais de saúde possuem um papel determinante na realização do contato precoce pele a pele. Podem estimular e facilitar o contato com a prorrogação

dos cuidados de rotina e suporte profissional ou trazer prejuízos pelo desrespeito aos mecanismos fisiológicos do recém-nascido e as evidências científicas sobre o aleitamento materno. Deficiência de ferro e anemia ferropriva são considerados problemas graves de saúde pública em todo o mundo. Dependendo da região estudada, sua prevalência pode chegar a até 26% das crianças na fase de crescimento. O ferro é essencial para o desenvolvimento neurológico e sua carência pode acarretar distúrbios afetivos e cognitivos, além de prejudicar o desenvolvimento motor da criança.

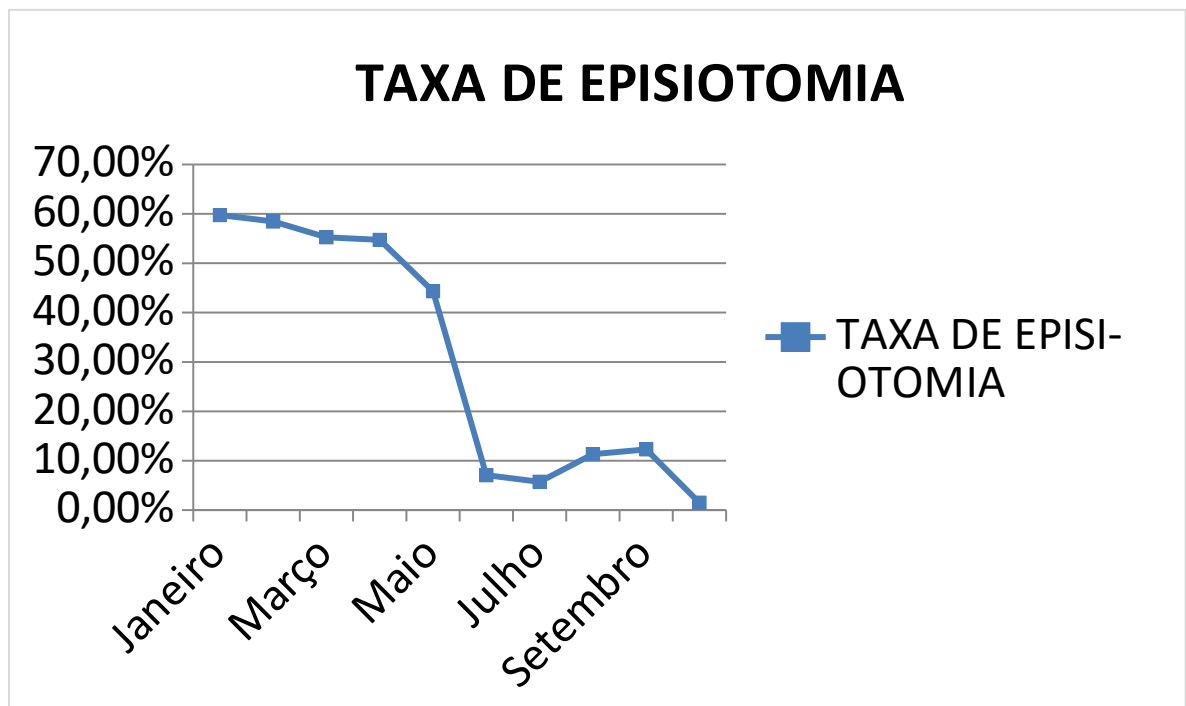
Durante os primeiros minutos de vida, por meio de medidas simples, o recém-nascido pode receber uma quantidade substancial de sangue diretamente da placenta. O clampeamento tardio do cordão umbilical, definido como de 2 a 3 minutos após o nascimento ou quando a pulsação para, pode aumentar o volume sanguíneo fetal em até 36%, elevando assim a quantidade sérica de ferro. Estudos recentes que avaliaram o potencial terapêutico do clampeamento tardio do cordão umbilical demonstraram real benefício em termos de aumento dos níveis de ferritina até mesmo além do período neonatal (3 a 6 meses de vida) No entanto, alguns autores alegam que esta prática pode ter efeitos neonatais adversos, como aumento do risco de problemas respiratórios, policitemia, hiperbilirrubinemia e necessidade de fototerapia.

O clampeamento tardio do cordão umbilical resulta em maiores estoques de ferro nas crianças de quatro meses de idade e menor prevalência de anemia neonatal, sem efeitos adversos importantes. Como a carência de ferro pode acarretar problemas significativos no desenvolvimento neurológico, a simples realização da ligadura tardia do cordão no momento do parto pode beneficiar milhares de crianças em fase de crescimento tanto em regiões de alta como de baixa prevalência da deficiência do mineral. (Favero, Tatiana Pfiffer,2012)

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nos períodos entre o mês de janeiro e fevereiro não existia uma rotina respeitada dos indicadores de boas práticas obstétricas. Existia o controle através de preenchimento de planilhas e evolução do parto quando esses indicadores eram realizados.

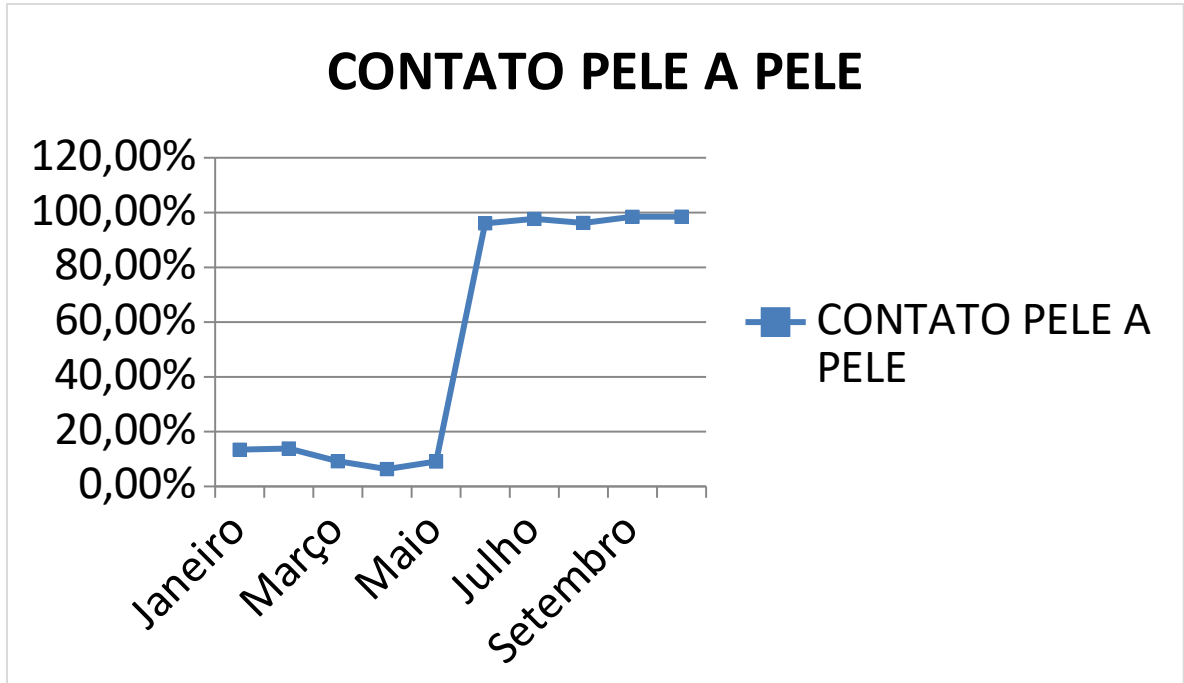
No início do mês de junho foi instituídos protocolos de boas práticas obstétricas, onde entrou na rotina do hospital o uso dos indicadores para humanização do parto. Dentre eles foi observado o seguinte:



A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, admitindo-se que em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar.

Com as intervenções desse projeto, o índice de episiotomia no mês de janeiro de 59,75%, em maio de 44,31% e outubro de 1,49%.

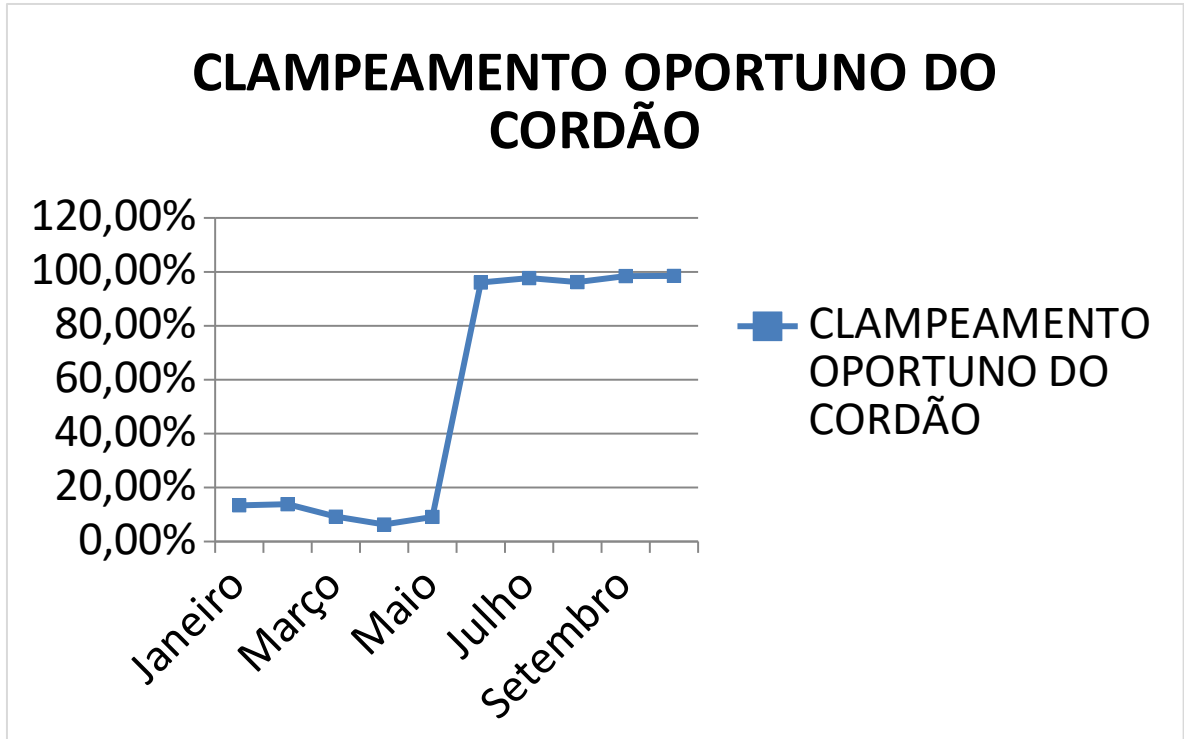
Percebido o engajamento



Segundo a UNICEF/OMS, em sua atual interpretação sobre o quarto passo dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", os bebês devem ser colocados junto à mãe de forma contínua, nos primeiros minutos de vida, encorajar as mães no reconhecimento de seus bebês quanto à amamentação, sendo preconizado o contato continuado por pelo menos uma hora

A promoção do contato pele-a-pele entre mãe-filho tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido. O contato pele a pele não antes da adesão as boas práticas obstétricas não era uma rotina na instituição citada, o indicador era realizado esporadicamente.

Após a implantação dessas boas práticas o contato pele a pele dos partos normais realizados por enfermeiras obstetras, passou de 13,4% em janeiro, para 9,09% em maio e 98,50% em outubro de 2015.



Segundo Ministério da Saúde o clampeamento tardio do cordão umbilical resulta em maiores estoques de ferro nas crianças de quatro meses de idade e menor prevalência de anemia neonatal, sem efeitos adversos importantes.

Da mesma forma o clampeamento tardio do cordão umbilical não era uma rotina, sendo realizado em poucos partos. Hoje os resultados são visivelmente satisfatórios, respondendo aos objetivos propostos com uma taxa de 100% dos partos normais realizados por enfermeiras obstetras.

8. CONCLUSÃO

Conclui-se que com a implantação de intervenções não invasivas, mudanças na posição do parto, reduziu consideravelmente a taxa de episiotomia. O aumento do contato pele a pele e o clampeamento tardio de cordão umbilical demonstrou o fortalecimento do vínculo entre o binômio na 1ª hora de vida.

Com a adesão de boas práticas obstétricas, foi possível aumentar a autonomia dos enfermeiros na assistência ao parto normal humanizado, a satisfação das mães e da equipe envolvida, mediante dados observados e comprovados.

A mudança começa quando o trabalho em equipe se instala e ela é possível, para melhorar a qualidade da assistência prestada. Diante dos resultados dos três indicadores, a pretensão da equipe de enfermeiras obstétricas da Santa Casa de Misericórdia de Penedo será instituir protocolos de inserção de outros indicadores no que diz respeito a humanização do parto.

REFERENCIAS

- BRASIL, 1986. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. [Acesso 2006 Jan 10] Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal>, acesso em 22 de novembro de 2015.
- ANS. Parto normal: Movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias. Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto de Lei nº 94.406/87. Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/legislação/r223> , acesso e 23 de novembro de 2015.
- BRASIL. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: MS; 2012.
- TORNQUIST C.S. Armadilha da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev Estud Fem.** [online]. 2002 Jul/Dez; 10(2): 483-92. [citado 14 Out 2005]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= , acesso em 23 de novembro de 2015.
- REZENDE; MONTENEGRO. Obstetrícia fundamental. 9º edição Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan 2003.
- CAPURCILLO, et. al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(4): 478-84.
- **Estrutura da Santa Casa de Misericórdia de Penedo.** Disponível em: www.santacasademisericódiadepenedo.com.br. Acesso em 24 de novembro de 2015
- **Estudo da episiotomia.** Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>. Acesso em: 26 de novembro de 2015.

- **Contato pele a pele precoce.** Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci_arttext. Acesso em 26 de novembro de 2015.
- **Clampeamento tardio de cordão umbilical.** Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/4641/efeitos_neonatais_do_clampeamento_mais_tardio_do_cordao_umbilical_no_momento_do_parto.htm. Acesso em 26 de novembro de 2015. O nascimento é historicamente um evento natural
- Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. **As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):331-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>.
- MATOS, Thaís Alves et al . **Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 6, p. 998-1004, dez. 2010 . Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020> .