

**HRJ**

**v.3 n.15 (2022)**

**Recebido: 01/12/2021**

**Aceito: 10/01/2022**

**Partos atendidos pela enfermagem obstétrica em um hospital público de saúde: análise de dados**

**Kamanda Sabino Batista<sup>1</sup>**

**Débora Cristina Charallo Carvalho<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Enfermeira residente em Enfermagem Obstétrica na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde. SMHN 03-conjunto A- bloco 1. Edifício FEPECS. CEP: 70701-907.

[kamandasabino@hotmail.com](mailto:kamandasabino@hotmail.com)

(61) 9 8592-8081

<sup>2</sup>Enfermeira em Hospital Regional de Taguatinga. Supervisora/Preceptora em Residência em Enfermagem Obstétrica. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde. SMHN 03-conjunto A- bloco 1. Edifício FEPECS. CEP: 70701-907.

[deboracharallo@yahoo.com.br](mailto:deboracharallo@yahoo.com.br)

(61) 9 9188-3169

**RESUMO**

O objetivo desse estudo consiste em descrever o perfil de partos assistidos por enfermeiros obstetras no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Ceilândia-DF. Estudo descritivo, retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa. Constitui sua amostra 370 partos registrados no Livro de Partos da Enfermagem Obstétrica, entre março de 2020 a março de 2021. Obteve-se que 88,4% estavam entre 18 a 35 anos de idade, 91,6% entre 37 a 41 semanas gestacionais, 49,8% entre 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> gestação 78,6% com 6 ou mais consultas pré-natais, 45,9% apresentavam um ou mais fatores de risco gestacional. 74,3% usaram técnicas não farmacológicas para alívio de dor, 41% acompanhadas por partograma, ocitocina no período expulsivo em 31%. 56,58% pariram em posição semissentada, 66,4% tiveram grau I ou II de laceração. Conclui-se que foram realizadas variadas práticas de humanização no trabalho de parto e nascimento e que não usaram condutas intervencionistas sem indicação clínica para esse fim.

**Palavras-chaves:** parto normal, enfermagem, enfermeiro obstetra.

**Births attended by obstetric nursing in a public health hospital: data analysis**

**ABSTRACT**

The aim of this study is to describe the profile of births attended by obstetric nurses at the Obstetric Center of the Hospital Regional da Ceilândia-DF. Descriptive, retrospective and documentary study, with a quantitative approach. The sample consisted of 370 births registered in the Birth Book of Obstetric Nursing, between March 2020 and March 2021. It was found that 88.4% were between 18 to 35 years of age, 91.6% between 37 to 41 gestational weeks, 49.8% between 2nd and 3rd pregnancy 78.6% with 6 or more prenatal consultations, 45.9% had one or more gestational risk factors. 74.3% used non-

pharmacological techniques for pain relief, 41% followed by partograph, oxytocin in the expulsive period in 31%. 56.58% gave birth in a semi-sitting position, 66.4% had grade I or II laceration. It is concluded that several humanization practices were carried out in labor and birth and that they did not use interventionist approaches without clinical indication for this purpose.

**Keywords:** normal delivery, nursing, obstetrician nurse.

## INTRODUÇÃO

Entende-se por parto normal ou parto natural aquele que acontece de forma espontânea, no qual o corpo da gestante atua no nascimento do bebê, que passa pelo canal vaginal, sem a intervenção cirúrgica. De modo geral, é a via de parto mais indicada para as mulheres, desde que em condições de saúde favoráveis para tal<sup>1</sup>.

Nos períodos mais antigos, os partos aconteciam nas residências e sua assistência era vista como atividade feminina, na qual mulheres ajudavam outras mulheres nesse processo. Sendo assim, era comum a participação das parteiras: mulheres sem conhecimento científico, mas dotadas de muitas práticas e habilidades<sup>2</sup>.

Na década de 40, os partos passaram a ser realizados dentro dos hospitais, iniciando um processo de institucionalização. A partir disso, enfermeiros (homens e mulheres), médicos, anestesistas, dentre outros profissionais passaram a fazer parte nesse processo<sup>3</sup>. Essa institucionalização no Brasil ocasionou no uso de tecnologias invasivas, episiotomias, maior frequência de indução com ocitócico, misoprostol, e outras condutas consideradas desnecessárias<sup>4</sup>.

Como forma de reduzir as práticas intervencionistas, o Ministério da Saúde criou em 1998 uma política de apoio financeiro às universidades federais, secretarias estaduais e municipais de saúde para a realização de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em todo o território nacional, intencionando que o parto normal, sem distócia, passasse a ser de competência de enfermeiros obstetras<sup>5</sup>.

A enfermagem obstétrica possui inúmeros desafios, dentre eles destaca-se a minimização do sofrimento materno, desde o pré até o pós-parto, que caracteriza sua importância nesse período clínico<sup>6</sup>. Portanto, o enfermeiro obstetra atua visando transformar a realidade da assistência ao parto, propondo um modelo humanizado, que respeita a fisiologia da mulher, diferente do biomédico, onde há conflitos e fatores desestimulantes ao trabalho de parto no ambiente hospitalar<sup>7</sup>.

Tendo em vista a importância desse profissional na equipe de saúde e sua recente inclusão nos serviços públicos, surgiu o seguinte questionamento: qual o perfil dos partos atendidos por esses profissionais em hospitais?

Considerando a escassez de estudos realizados sobre partos atendidos por enfermeiros obstetras no Sistema Público de Saúde, norteou o objetivo principal desta pesquisa que consiste em descrever o perfil de partos assistidos por enfermeiros obstetras no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Ceilândia-DF.

Espera-se que os resultados oriundos desse plano sirvam para dar reconhecimento a esses profissionais e as suas estratégias de cuidado, com a finalidade de melhorar no atendimento às mulheres grávidas no sistema público.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa.

Constitui sua amostra 370 partos registrados no Livro de Partos da Enfermagem Obstétrica, entre os meses de março de 2020 a março de 2021. Para obtenção da amostra, foram usados os seguintes critérios de inclusão: todos os partos acompanhados somente por enfermeiros obstetras. E de exclusão: dados de partos preenchidos com letras ilegíveis, dados incompletos e dados de pacientes menores de idade.

A pesquisa se deu no Centro Obstétrico do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), localizada no município de Ceilândia-DF, por ser ambiente de atuação de uma das pesquisadoras.

Utilizou-se para coleta de dados um formulário elaborado pelos pesquisadores para esse fim, com base nas mesmas variáveis usadas no Livro de Registros. Constituem as variáveis: faixa etária das pacientes (<35 anos e >35 anos), paridade (número gestações, partos normais, abortos e cesáreas anteriores), idade gestacional (a termo e pós-termo), número de consultas de pré-natal (<6 consultas ou >6), fatores de riscos gestacionais, tempo de bolsa rota (<18 horas ou >18), técnicas não farmacológicas para alívio de dor (sim ou não), partograma (sim ou não), amniotomia (sim ou não), oclóitos (sim ou não), tempo de período expulsivo (> 2 horas ou < 2 horas), posição da mulher no momento do parto, laceração perineal, clampeamento do cordão umbilical (oportuno ou precoce), contato pele a pele na primeira hora de vida do RN (sim ou não), estímulo à amamentação na primeira hora de vida do RN (sim ou não), APGAR no 1º minuto de vida e no 2º minuto de vida (<7 ou >7).

A análise dos dados se deu através de estatística descritiva, por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. A partir da análise de todas as variáveis do estudo, foram construídas tabelas e gráficos sendo obtidos percentuais correspondentes a cada um.

Seguindo as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com número do parecer 5.111.672, CAAE: 47538821.4.0000.5553.

A fim de cumprir a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP)<sup>8</sup>, foram observados em todas as etapas do estudo os aspectos éticos direcionados a pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerando-se os benefícios deste estudo, destaca-se o maior conhecimento sobre os partos atendidos por enfermeiros obstetras, que poderá implicar em mudanças na assistência ou até mesmo nos protocolos utilizados por estes, com a possibilidade de servir de alicerce para subsidiar a humanização no atendimento a partos normais.

## **RESULTADOS**

No período de março de 2020 a março de 2021, foram assistidos 414 partos por enfermeiros obstetras. Desses, somente 370 se enquadraram dentro dos critérios de inclusão estabelecidos pelos pesquisadores.

A distribuição da amostra segundo a idade materna mostrou a seguinte perspectiva: 88,4% dos partos foram de mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos e 11,6% acima de 35 anos de idade.

Sobre a história da gestação atual, 91,6% estavam entre 37 a 41 semanas de gestação, 6,6% com mais de 41 semanas gestacionais e 1,8% abaixo de 37 semanas; 78,6% da amostra realizou mais de 6 consultas de pré-natal, 19,1% realizou menos de 6 e 2,3% não realizou pré-natal. Quanto à paridade: 36,5% eram nulíparas, 49,8% estavam entre a segunda ou terceira gestação, 13,7% com 4 gestações ou mais e, do total, 5,9% dessas pacientes já tiveram uma cesárea anterior. De todas as mulheres, 45,9% apresentavam um ou mais fatores de risco gestacional, dentre esses: pré-natal incompleto ou não realizado, idade gestacional acima de 41 semanas, Doença Hipertensiva Específica da Gestação, Diabetes Mellitus Gestacional, infecção por Sífilis ou Toxoplasmose.

No que se refere à história do parto: 23,5% estavam com menos de 18 horas de bolsa rota espontânea e 2,2% com mais de 18 horas de bolsa rota; foram usadas técnicas não farmacológicas para alívio de dor em 74,3% dessas mulheres; o partograma foi usado com somente 41% das pacientes; apenas 1,08% tiveram fase expulsiva prolongada; das intervenções usadas 31% teve uso de ocitocina no período expulsivo e 30% teve ruptura

artificial de membranas. Das posições adotadas para trabalho de parto, apenas 0,5% foram litotômicas, demais posições corresponderam às verticalizadas: 56,58% semissentada, 20,3% lateralizada, 15,9% banqueta, 5,1% Gaskin, 1,35% em pé e 0,27% cócoras. Em relação ao períneo vaginal após parto, 30% tiveram períneo íntegro, 66,4% com grau I ou II, 0,5% tiveram laceração grau III e 3% foram usadas episiotomia.

Tendo em vista os cuidados ao recém-nascido logo após o nascimento, viu-se que 90,8% tiveram clampeamento do cordão umbilical de modo oportuno, 79,1% permaneceram em contato pele a pele por uma hora, 75,1% foram estimulados à amamentação precoce na primeira hora de vida, apenas 4,5% tiveram índice APGAR menor que 7 no primeiro minuto de vida e 100% obtiveram APGAR acima de 7 no quinto minuto.

## **DISCUSSÃO**

Conforme Resolução COFEN N° 516/2016<sup>9</sup>, o enfermeiro obstetra possui competência para realizar o parto normal sem distócias, esse compreendido como parto de gestante de risco habitual com idade gestacional entre 37 a 41 semanas e 6 dias, com apresentação cefálica fletida. Já o risco habitual é caracterizado por ausência de fatores de risco individual, sociodemográfico e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez<sup>10</sup>.

Relacionado a faixa etária da população pesquisada, a maior parte da amostra está dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde (18-35 anos) e considerada de baixo risco. Gravidez em mulheres acima de 35 anos é considerada de alto risco por apresentarem maior chance de desenvolverem complicações, a exemplo do diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, complicações durante trabalho de parto e índice APGAR baixo<sup>11</sup>. Todavia, 11,6% que compôs essa pesquisa possuíam idade superior a 35 anos e tiveram desfecho favorável em toda evolução e parto.

Considerando a paridade, o maior número de mulheres do estudo é multíparas, seguido daquelas que nunca haviam tido parto via vaginal anterior. Isso pressupõe a boa percepção e aceitação desse tipo de parto por parte das mulheres. Em uma pesquisa realizada em 2017, de 190 gestantes entrevistadas, 68,9% desejavam parto normal. A preferência se deu pelos seguintes motivos: recuperação materna mais rápida, o parto mais natural e saudável para mãe e recém-nascido, dor momentânea no parto, procedimentos mais rápidos, maior facilidade no aleitamento e experiência anterior de parto normal. Esse estudo apontou que a maioria das gestantes entrevistadas relatou preferência pelo parto normal<sup>12</sup>.

Destaca-se também o atendimento ao parto de mulheres com fatores de riscos que chegaram a quase metade da população estudada (45,9%). Desses, 41,7% possuem pré-natal incompleto, 16% Doença Hipertensiva Específica da Gestação e 8,3% Diabetes Mellitus Gestacional. Esses fatores podem estar presentes antes da gestação ou surgirem após essa, oferecendo maior risco à saúde e à vida da mãe e do feto<sup>10</sup>. Esses fatores merecem maiores destaques por ser evitável, o que deixa implícito sobre o acompanhamento dessas mulheres durante pré-natal de forma precária e o descuido por parte da gestante em relação a sua saúde. Apesar de serem fatores que proibem o atendimento ao parto pelo enfermeiro obstetra, o desfecho do atendimento se deu de forma positiva.

As técnicas não farmacológicas de alívio de dor durante trabalho de parto são características que diferenciam os profissionais enfermeiros obstetras de demais profissionais. Nesse estudo, constatou-se que, na maior parte dos atendimentos, essas foram realizadas. A massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e práticas alternativas podem favorecer o conforto físico<sup>2</sup>. A técnica mais utilizada pelas pacientes desse estudo foi o banho quente. Esse achado corrobora com o de Santana<sup>13</sup> que evidenciou o uso da técnica por 81,6%. Noutro estudo, de 120 puérperas entrevistadas município de Sorocaba-SP em 2018, 64 citaram o banho de chuveiro como o preferido e resolutivo<sup>12</sup>.

Foi percebido também que 99,5% das pacientes assumiram posições verticalizadas durante seu trabalho de parto, das quais 56,58% foram de forma semissentada. Estudo de Hickey & Savage<sup>14</sup> mostrou que essas posições tendem a diminuir o período expulsivo, existindo menos intervenções, bem como menos relatos de dor e maior satisfação. Além disso, foi visto que estão associadas a uma maior qualidade das contrações, maior facilidade da descida fetal e a diminuição do trauma perineal. Outro realizado com 102 gestantes mostrou que todas elas puderam assumir livre posição durante o parto e que 57,2% pariram na posição semissentada<sup>13</sup>.

De acordo com Medeiros<sup>15</sup>, a taxa de laceração perineal tornou-se menor após implementação de condutas humanizadas durante o trabalho de parto, a exemplo das técnicas não farmacológicas de alívio da dor, aceleração do parto (sem o uso de ocitocina e de amniotomia) e o posicionamento vertical na fase expulsiva do parto. Porém, no presente estudo, 66,9% das participantes tiveram algum tipo de laceração perineal. Uma revisão sistemática com meta-análise de 22 artigos publicados entre os anos 1970 e 2015 posição vertical não determinou um resultado significativo em relação aos traumas perineais (integridade perineal, laceração de grau 1, 2 e 3), porém são eficazes na diminuição da episiotomia<sup>16</sup>. No estudo de Peppe et al<sup>17</sup>, das 151 mulheres que adotaram posição verticalizada, 63 mostraram períneo íntegro enquanto 87 apresentaram lacerações de grau 1 e 2. Contudo, estes resultados foram similares com as mulheres que adotaram a posição horizontal.

É importante destacar o uso de intervenções que foram usados no trabalho de parto em fase expulsiva, correspondentes a 61% do total de mulheres. A amniotomia foi usada em 30% da amostra desse estudo, corroborando com o estudo de Alvares et al<sup>18</sup> em que a realização da amniotomia aconteceu em 39,4%. É indicada quando a bolsa amniótica prolapsa para dentro da vagina, não permitindo a evolução do TP e impedindo a descida da apresentação, devendo

ser realizada quando a apresentação cefálica se encontre no terceiro nível do plano de Hodge, para prevenir o prolapso do cordão umbilical, redução transitória do fluxo sanguíneo fetal, alterações no padrão da frequência cardíaca fetal e redução do líquido amniótico<sup>19</sup>. Já o uso de Ocitocina injetável 5UI 1ml junto ao Soro Glicosado 5%, conforme Portaria SES-DF N° 993/19<sup>20</sup>, é justificado no período expulsivo quando há falha na dinâmica uterina. Essa intercorrência deverá ser comunicada à equipe médica, sem prejuízo da assistência por enfermeiro obstetra, desde que vigência de condições de normalidade para mãe e feto.

A pesquisa evidenciou que o partograma foi usado somente com 41% pacientes, o que indica uma porcentagem muito baixa quando comparado a outros estudos. Em São Paulo, em um centro de parto normal, identificou-se que o partograma foi utilizado em 295 (98,3%) dos 300 partos assistidos por enfermeiros obstetras<sup>21</sup> Lucena, Santos e Morais<sup>22</sup> em seu estudo mostra que de todos os partogramas analisados, 62,8% dos foram preenchidos por enfermeiros.

O partograma é de uso obrigatório nas maternidades, é uma importante tecnologia que o profissional usa para monitorar o bem-estar materno e fetal e identificar riscos para desfechos adversos<sup>23</sup>. Além disso, é um facilitador na passagem de plantão do pré-parto, na utilização racional de fármacos, no diagnóstico prévio de distócias, ajudando na tomada imediata de decisões. Assim, melhora a qualidade da assistência prestada e diminui as taxas de morbimortalidade materna e neonatal<sup>24</sup>.

Porcentagens significativamente altas foram as correspondentes às boas práticas de assistência ao nascimento: clampeamento oportuno de cordão, contato pele a pele durante primeira hora de vida e estímulo à amamentação precoce. Corroborou-se assim com outro estudo envolvendo enfermeiros obstetras na assistência ao parto, no qual o clampeamento do cordão umbilical foi oportuno em 76% dos casos, o contato pele a pele mãe e filho foi propiciado em 70,2% e em 86,5% houve incentivo ao aleitamento materno na primeira hora

de vida. O contato pele a pele e o incentivo ao aleitamento proporcionaram ao recém-nascido, respectivamente, 5,293 e 1,072 vezes mais chances de apresentar bem-estar<sup>18</sup>. Um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2015 evidenciou que 82% dos partos atendidos por enfermeiros obstetras incentivaram o aleitamento materno logo após o nascimento, mostrando que a enfermagem obedece às recomendações mundiais e se preocupa em oferecer o melhor cuidado possível ao binômio mãe-bebê<sup>25</sup>.

O clampeamento tardio do cordão umbilical beneficia o RN de risco habitual – boa vitalidade ao nascer, independente do líquido amniótico –, pois aumenta em até 50% as reservas de ferro até os seis meses de idade. Além disso, em RNs prematuros, reduz os riscos de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e chances de transfusão sanguínea<sup>26-28</sup>. O contato pele a pele logo após o nascimento propicia a estabilização térmica do RN que ainda não consegue regular a temperatura eficientemente. A amamentação imediata, além de promover o vínculo entre o binômio, promove a liberação de ocitocina e contribui para contração uterina, expulsão da placenta e prevenção contra hemorragia<sup>15</sup>.

Consideravelmente, uma porcentagem pequena de recém-nascidos atingiu valor de APGAR menor que 7 no primeiro minuto de vida e a totalidade deles conseguiram alcançar um valor maior ou igual a 7 no quinto minuto. Esse índice reflete a qualidade da assistência prestada pelo profissional ao binômio. O mesmo foi visto no estudo de Castro et al<sup>29</sup>, em que todos os 147 recém-nascidos de partos assistidos por enfermeiros obstetras obtiveram APGAR no quinto minuto igual ou maior que sete e 93,2% deles foram colocados em contato pele a pele com a mãe.

## **CONCLUSÃO**

Essa pesquisa contribui para sustentar políticas de atendimento ao parto por enfermeiros obstetras e para protocolos clínicos que subsidiam o parto. Também é uma

colaboração científica para a instituição onde se proferiu a pesquisa, para demais hospitais materno-infantis e para profissionais e estudantes da área obstétrica.

O presente estudo reflete a realidade da assistência prestada por enfermeiros obstetras em um hospital do Distrito Federal, que realizam variadas práticas de humanização no trabalho de parto e nascimento e que não usam condutas intervencionistas sem indicação clínica para esse fim.

Por se tratar de pesquisa em apenas um hospital, orienta-se que mais estudos sejam realizados no próprio estado e em demais estados do país, para analisar a implementação das práticas preconizadas pelas políticas de atenção à saúde da mulher. Além disso, os resultados da prática daquilo que é preconizado refletem o quanto estão adequados ou as mudanças e estratégias que precisam ocorrer para alcançar um resultado positivo.

## **REFERÊNCIAS**

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN. Parto natural [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 1]. Available from: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto\\_natural.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf)
2. Moura FM de JSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça R de CM, de Araújo OD, da Rocha SS. Humanization and nursing assistance to normal childbirth. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):452–5.
3. Nilsen E, Sabatino H, de Moraes Lopes MHB. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev da Esc Enferm.* 2011;45(3):557–65.
4. Souza KRF de, Dias MD. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):493–9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Vol. 13, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 199 p.

6. Gomes ML et al. *Enfermagem Obstétrica: Diretrizes Assistenciais*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 168 p.
7. Barros LM, Silva RM da. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. *Texto Context - Enferm*. 2004;13(3):376–82.
8. Brasil. Conselho Nacional da Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 516, de 23 de junho de 2016 [Internet]. [cited 2021 Nov 1]. Available from:[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 2013. 190 p.
11. Aldrighi JD, Ribeiro SDS, Wall ML, Züge SS, Souza SRRK, Piler AA. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em idade materna avançada. *Rev Enferm da UFSM*. 2018;8(3):423.
12. Silva ACL, Félix HCR, Ferreira MBG, Wysocki AD, Contim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2017;19(1):1–11.
13. Santana AT de, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2019;19(1):135–44.
14. Hickey L, Savage J. Effect of Peanut Ball and Position Changes in Women Laboring With an Epidural. *Nurs Womens Health*. 2019;23(3):245–52.
15. Martins DP, Medeiros RMK, Corrêa AC de P, Alvares AS, Nicolini AB, Teixeira RC. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1091–8.

16. Palareti G, Legnani C, Cosmi B, Antonucci E, Erba N, Poli D, et al. Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. *Int J Lab Hematol.* 2016;38(1):42–9.
17. Peppe MV, Stefanello J, Infante BF, Kobayashi MT, De Oliveira Baraldi C, Brito LGO. Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 2018;40(7):379–83.
18. Alvares AS, Corrêa AC de P, Nakagawa JTT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RMK. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2020;54:1–9.
19. Fatia A, Tinoco L. Trabalho de parto. *Enferm saúde Matern e Obs.* 2016;308–20.
20. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N<sup>o</sup> 993 de 02 de dezembro de 2019 [Internet]. [cited 2021 Nov 1]. Available from: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2019/12\\_Dezembro/DODF\\_232\\_06-12-2019/DODF\\_232\\_06-12-2019\\_INTEGRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2019/12_Dezembro/DODF_232_06-12-2019/DODF_232_06-12-2019_INTEGRA.pdf)
21. Freitas JM dos S, Narchi NZ, Fernandes RAQ. Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. *Esc Anna Nery.* 2019;23(4):1–7.
22. Lucena TS de, Morais RJL de, Santos AAP dos. Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019;11(1):222–7.
23. World Health Organization - WHO. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, Switzerland: WHO; 2018. 212 p.
24. Moraes Filho IM, Barreto DP de O, dos Santos OP, Félix KC, Santos CCTS, Oliveira ACD. A Eficácia da Implementação do Partograma na Assistência a Parturiente. *Rev Iniciação Cient e Extensão.* 2018;1:288–93.

25. Antunes Ramos WM, Costa Aguiar BG, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2018;10(1):173–9.
26. Vitral GL, Reis ZSN, Gaspar J de S, Souza IMF de, Aguiar RALP de. Clampeamento oportuno de cordão umbilical e suas repercussões na concentração de hemoglobina neonatal. *SaBios-Revista Saúde e Biol*. 2017;12(1):35–41.
27. World Health Organization - WHO. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva, Switzerland: WHO; 2014. 28 p.
28. Andersson O, Hellström-Westas L, Domellöf M. Elective caesarean: Does delay in cord clamping for 30 s ensure sufficient iron stores at 4 months of age? A historical cohort control study. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012995.
29. Christina Moura Barbosa Castro R, Mendes de Freitas C, Kelve de Castro Damasceno A, Gomes Escoto Esteche C, da Silva Coelho T, de Freitas Brilhante A. Resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos. *Rev enferm UFPE line*. 2018;12(4):832–9.