

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Nos dias de hoje, e sobretudo em saúde, é fundamental que sejam adotadas as melhores práticas e sejam seguidas as recomendações internacionais pelos profissionais que trabalham nesta área. O presente livro, organizado em 12 capítulos que integram 52 procedimentos sobre a prática clínica em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, vem colmatar uma lacuna na bibliografia existente. Aborda procedimentos diversos, estruturados de forma sequencial, acompanhados com imagens e escritos de acordo com as recomendações nacionais e internacionais e a evidência científica atual.

Integrando autores de diferentes instituições de saúde e de ensino do país, este livro é útil para todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para os enfermeiros que trabalham nesta área e para os estudantes de Enfermagem.

Conteúdos:

- Consulta de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica: Pré-Conceção, Pré-Natal de Baixo Risco e Pós-Parto
- Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica na Urgência de Obstetria
- Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica no Trabalho de Parto, no Parto e ao Recém-Nascido
- Assistência em Situação de Emergência Obstétrica: Parto
- Vigilância no Puerpério de Baixo Risco
- Aleitamento Materno
- Aleitamento Artificial
- Preparação para a Alta do Recém-Nascido



ISBN 978-989-752-416-5



9 789897 524165



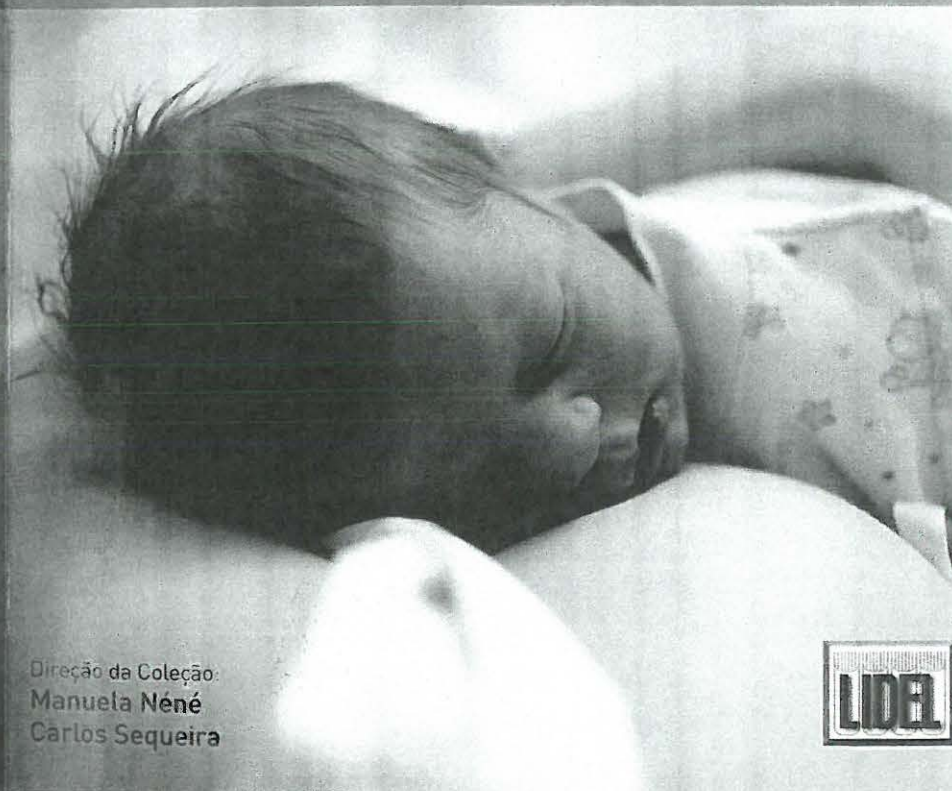
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Coordenação:

Albina Sequeira | Olga Pousa | Catarina Freitas Amaral



Direção da Coleção:
Manuela Néné
Carlos Sequeira



Edição e Distribuição
Lidel – Edições Técnicas, Lda
Rua D. Estefânia, 183, r/c Dto – 1049-057 Lisboa
Tel: +351 213 511 448
lidel@lidel.pt
Projetos de edição: editoriais@lidel.pt
www.lidel.pt

Livraria
Av. Praia da Vitória, 14 A – 1000-247 Lisboa
Tel.: +351 213 511 488
livraria@lidel.pt

Copyright © 2020, Lidel – Edições Técnicas, Lda.
ISBN edição impressa: 978-989-752-416-5
1.ª edição impressa: junho 2020

Paginação: Tipografia Lousanense, Lda. – Lousã
Impressão e acabamento: Realbase – Sistemas Informáticos, Lda. – Albergaria-a-Velha
Dep. Legal n.º 470644/20

Ilustrações: António Carlos Amaral

Capa: José Manuel Reis
Foto da capa: © Haveseen

Direção da coleção: Manuela Néné e Carlos Sequeira

Todos os nossos livros passam por um rigoroso controlo de qualidade, no entanto aconselhamos a consulta periódica do nosso *site* (www.lidel.pt) para fazer download de eventuais correções.

Não nos responsabilizamos por desatualizações das hiperligações presentes nesta obra, que foram verificadas à data de publicação da mesma. Os nomes comerciais referenciados neste livro têm patente registada.



Reservados todos os direitos. Esta publicação não pode ser reproduzida, nem transmitida, no todo ou em parte, por qualquer processo eletrónico, mecânico, fotocópia, digitalização, gravação, sistema de armazenamento e disponibilização de informação, *sítio Web*, *blogue* ou outros, sem prévia autorização escrita da Editora, exceto o permitido pelo CDADC, em termos de cópia privada pela AGECOP – Associação para a Gestão, através do pagamento das respetivas taxas.

5.8 Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação)	162
<i>Albina Sequeira, Ana Paula Prata, Teresa Isaltina Correia, Carolina Miguel G. Henriques e Maria João Monteiro</i>	
6. ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: PARTO	171
6.1 Distócia de ombros	171
<i>Carlos Mascarenhas, Maria José Lemos e Catarina Freitas Amaral</i>	
6.2 Hemorragia pós-parto/Atonia uterina	178
<i>Carlos Mascarenhas, Catarina Freitas Amaral, Albina Sequeira e Marília Rua</i>	
7. VIGILÂNCIA NO PUERPÉRIO DE BAIXO RISCO.....	187
7.1 Assistência no puerpério imediato.....	187
<i>Maria José Santos, Albina Sequeira, Conceição Freitas, Ana Paula Prata e Susana Lopes</i>	
7.2 Avaliação do estado das mamas	192
<i>Teresa Isaltina Correia, Maria José Santos, Conceição Freitas, Susana Lopes e Ângela Lages Pinto</i>	
7.3 Avaliação da involução uterina	195
<i>Albina Sequeira, Maria José Santos, Conceição Freitas, Ana Paula Prata e Susana Lopes</i>	
7.4 Avaliação do estado do períneo	200
<i>Maria José Santos, Susana Lopes, Ana Paula Prata, Albina Sequeira, Conceição Freitas e Mónica Maciel Carvalho</i>	
7.5 Avaliação dos lóquios.....	205
<i>Maria José Santos, Teresa Isaltina Correia, Ana Paula Prata, Albina Sequeira, Susana Lopes e Conceição Freitas</i>	
8. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA AO RECÉM-NASCIDO	209
8.1 Cuidados imediatos ao recém-nascido	209
<i>Marília Rua, Mónica Maciel Carvalho, Maria José Santos e Catarina Freitas Amaral</i>	
8.2 Reanimação neonatal	215
<i>Mónica Maciel Carvalho, Márcia Gonçalves, Marília Rua, Maria José Santos e Catarina Freitas Amaral</i>	
8.3 Avaliação cefalocaudal do recém-nascido	222
<i>Maria José Santos, Albina Sequeira, Raquel Marcolino, Olga Pousa e Vera Moura</i>	
8.4 Colheita de sangue por punção capilar no recém-nascido	244
<i>Olga Pousa, Alexandra Seabra, Teresa Isaltina Correia, Albina Sequeira e Maria José Santos</i>	
8.5 Execução da técnica dos 5 S para acalmar o recém-nascido.....	252
<i>Albina Sequeira, Olga Pousa, Alexandrina Barros, Conceição Freitas e Iza Oliveira</i>	
8.6 Banho do recém-nascido	260
<i>Albina Sequeira, Dolores Sardo, Teresa Isaltina Correia, Olga Pousa, Conceição Freitas, Alexandra Seabra e Alexandrina Barros</i>	

Raquel Marcolino

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia – Serviço de Obstetrícia – Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

Rui Camelo

Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica – Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

Sara Carracha

Enfermeira Mestre/Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Sofia Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – USF Viriato. Enfermeira do Conselho Técnico da USF Viriato. Enfermeira responsável pelo Curso de Preparação para o Parto do Centro de Saúde Viseu 3 ACES Dão Lafões. Mestre em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Pós-graduada em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde.

Sónia Barbosa da Rocha

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia – ARS Norte – UCC Cuidar Penafiel.

Sónia Brandão

Professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Susana Lopes

Enfermeira Especialista e mestre em Saúde Materna e Obstétrica a exercer funções na UCC Póvoa de Varzim. Conselheira em Aleitamento Materno.

Teresa Isaltina Correia

Doutora em Biologia Humana. Mestre em Ciências de Enfermagem e especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Professora e investigadora – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Vera Cardoso

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Colaboradora no projeto-piloto *Parto verticalizado* – Bloco de partos do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Vera Moura

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia – Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E.

Vítor Varela

Enfermeiro Gestor/Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Membro da Comissão de Ética e do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Mestre em Comportamento Organizacional.

5.8 Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação)

Albina Sequeira, Ana Paula Prata, Teresa Isaltina Correia, Carolina Miguel G. Henriques e Maria João Monteiro

NOTA INTRODUTÓRIA

O terceiro estágio do trabalho de parto corresponde à dequitação e decorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta – um processo que consiste num mecanismo fisiológico. O descolamento e expulsão da placenta ocorrem como resultado da interação de fatores mecânicos e hemostáticos. Há uma súbita diminuição das dimensões uterinas e das contrações após a saída do feto, o que leva a uma redução significativa da área de implantação da placenta. Estas mudanças conduzem a uma tensão que provoca a rotura de inúmeras vilosidades fibrosas, com a formação do hematoma retroplacentar (o sangue abre caminho entre a placenta e a camada decidual do plano basal do endométrio, completando a separação), acelerando todo o processo de descolamento do revestimento basal e levando à expulsão da placenta. As primeiras contrações, que surgem 5 a 7 minutos após a saída do feto, também ajudam, fisiologicamente, a desprender a placenta do plano basal. Neste período, o útero continua a contrair-se, o que favorece a separação da placenta e todo o processo de hemóstase que deve ocorrer nesta fase, para que não aconteça risco de hemorragia. O terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação) é variável, podendo durar entre 5 minutos e 1 hora. Estes *timings* são considerados dentro dos limites fisiológicos, isto se as perdas de sangue não forem excessivas (Graça, 2010).

Os profissionais de saúde devem ter uma atitude expectante neste terceiro estágio do trabalho de parto, respeitando o tempo fisiológico e estando atentos aos sinais de separação da placenta:

- ▶ Hemorragia de separação (repentina perda de sangue escuro oriunda do introito vaginal);
- ▶ Elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo;
- ▶ Contrações uterinas;
- ▶ Prolongamento evidente do cordão umbilical (quando a placenta se aproxima do introito vaginal);
- ▶ O útero passa de uma forma discoide para ovoide (com a passagem da placenta para o segmento uterino inferior).

De acordo com Fatia e Tinoco (2016), a expulsão da placenta ocorre em dois tempos: no primeiro, dá-se a separação da placenta da parede uterina e a descida para o segmento uterino inferior e/ou vagina; no segundo tempo, ocorre a expulsão através do canal de parto.

São descritos dois mecanismos de descolamento:

- ▶ Schultz (Figura 5.8.1) – Surge a superfície fetal (brilhante) da placenta em primeiro lugar (face lisa). Como a separação da placenta se inicia pela zona central, a maior quantidade de sangue, proveniente da formação do hematoma retroplacentar, só se exterioriza após a expulsão da placenta. Este mecanismo de descolamento da placenta corresponde a 75% dos casos;

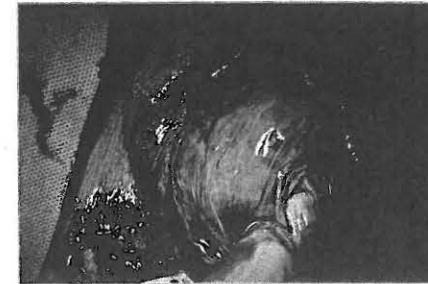


FIGURA 5.8.1 Mecanismo de Schultz. Fonte: Fatia & Tinoco (2016).

- ▶ Duncam (Figura 5.8.2) – Surge em primeiro lugar a face rugosa, correspondente à superfície materna. O descolamento da placenta inicia-se pela periferia, fazendo com que a placenta deslize lateralmente até à vagina. Acompanha a descida um discreto e contínuo sangramento.



FIGURA 5.8.2 Mecanismo de Duncam. Fonte: Fatia & Tinoco (2016).

É extremamente importante a observação da placenta e do cordão, para que os profissionais antecipem e minimizem as principais complicações:

- ▶ Retenção de fragmentos placentares;
- ▶ HPP;
- ▶ Atonia uterina;
- ▶ Placenta retida;
- ▶ Inversão uterina;
- ▶ Coagulopatia.

Devem sempre ser tidos em conta fatores de risco para HPP:

- ▶ Útero aumentado;
- ▶ Macrossomia fetal;
- ▶ Trabalho de parto e nascimento precipitados;
- ▶ Primeiro e segundo estádios do trabalho de parto muito prolongados;
- ▶ Manipulação cervical;
- ▶ Anemia materna;
- ▶ Multiparidade;

- ▶ Patologias associadas;
- ▶ Antecedentes de HPP.

PROCEDIMENTO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

DESCOLTA DEQUITE DA PLACENTA

1. Assegurar privacidade/Gerir ambiente (calmo e aquecido).
2. Informar a mulher sobre o procedimento, para obter consentimento e cooperação (Tharpe, Farley & Jordan, 2013).
3. Posicionar a mulher em semi-fowler (45 graus).
4. Monitorizar sinais vitais.
5. Avaliar estado geral da parturiente (coloração da pele e mucosas, estado de consciência).
6. Respeitar o tempo fisiológico (10 minutos a 1 hora).
7. Manter atitude expectante ou fisiológica:
 - 7.1 Palpar o fundo uterino e observar se o útero está bem contraído; nenhuma manobra deve ser feita até que uma contração forte seja palpável (OMS, 2014; NICE, 2014).
 - 7.2 Observar sinais objetivos de descolamento da placenta (NICE, 2014).
 - 7.2.1 Observar a passagem do útero de discoide para ovoide (isto acontece com o descolamento da placenta para o segmento uterino inferior).
 - 7.2.2 Observar uma repentina perda de sangue escuro pelo introito vaginal.
 - 7.2.3 Observar um alongamento do cordão umbilical (isto acontece quando a placenta se aproxima do introito vaginal).
 - 7.2.4 Efetuar manobra de Kustner: colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, e fazer a correção da anteversão do útero (se o cordão retraí, ainda não se deu o descolamento; se o cordão se mantém estático, é sinal de que se deu o descolamento).
8. Massajar delicadamente o fundo uterino.
9. Se gestão ativa (OMS, 2014; NICE, 2014):
 - 9.1 Administrar fármacos uterotônicos (estimulam a contração do músculo liso do útero, com o objetivo de diminuir o risco de HPP), preferencialmente ocitocina 10 IU intravenoso/intramuscular.
 - 9.2 Efetuar manobra de Brandt-Andrews (tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical): após se ter verificado o descolamento da placenta, com uma mão efetuar pressão moderada suprapúbica sobre o útero, empurrando a placenta para baixo (com o objetivo de prevenir a inversão uterina); com a outra, fazer a tração controlada do cordão (Figura 5.8.3).



FIGURA 5.8.3 Manobra de Brandt-Andrews.

(continua)

(continuação)

10. Orientar a mulher para fazer esforços expulsivos, a fim de ajudar a expulsar a placenta descolada.
11. Segurar/Apoiar a placenta durante a sua exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas frágeis, usando o seu peso e a força da gravidade para facilitar a saída completa das membranas (Figuras 5.8.4 e 5.8.5).



FIGURA 5.8.4 Plano 1 - Exteriorização da placenta.



FIGURA 5.8.5 Plano 2 - Exteriorização da placenta.

12. Executar manobra de Dublin: fazer movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar na exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas (Figuras 5.8.6, 5.8.7 e 5.8.8).



FIGURA 5.8.6 Plano 1 - Manobra de Dublin.



FIGURA 5.8.7 Plano 2 - Manobra de Dublin.



FIGURA 5.8.8 Plano 3 - Manobra de Dublin.

13. Palpar o fundo uterino e observar se está bem contraído (verificar o globo de segurança de Pinard).
14. Observar perdas sanguíneas vaginais.
15. Observar rigorosa e minuciosamente a placenta (face materna e face fetal), com o objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias (NICE, 2014):
 - 15.1 Colocar a placenta na mesa de partos para observação (Figuras 5.8.9 e 5.8.10).



FIGURA 5.8.9 Face fetal da placenta.

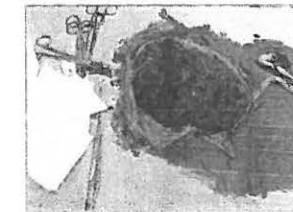


FIGURA 5.8.10 Face materna da placenta.

- 15.2 Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo sangue e coágulos, de forma a assegurar que não ficou retido qualquer fragmento da placenta ou secção de cotilédone (Figura 5.8.11).
- 15.3 Observar a forma, o tamanho e os bordos da placenta, para detetar vasos ou cotilédones aberrantes; verificar a inserção da placenta através do ponto de ruptura nas membranas (cerca de 10 cm do bordo) (Figura 5.8.12).

(continua)

(continuação)



FIGURA 5.8.11 Remoção de sangue e coágulos da face materna da placenta.

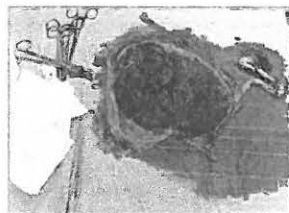


FIGURA 5.8.12 Placenta.

- 15.4 Observar as membranas fetais, reconstituindo a câmara amniótica, com o objetivo de verificar se nenhum fragmento de membranas ficou retido na cavidade uterina (Figuras 5.8.13 e 5.8.14).



FIGURA 5.8.13 Observação das membranas fetais.



FIGURA 5.8.14 Reconstituição da câmara amniótica.

- 15.5 Observar a inserção e as características do cordão umbilical (número de vasos sanguíneos, duas artérias e uma veia, presença de anomalias, comprimento, local de inserção e geleia de Wharton) (Figuras 5.8.15 e 5.8.16).



FIGURA 5.8.15 Observação da inserção do cordão umbilical.



FIGURA 5.8.16 Observação das características do cordão umbilical.

16. Massajar delicadamente o fundo uterino (assegurar a firmeza do fundo uterino nos pós-dequite).
 17. Fazer expressão uterina, de forma a promover a saída de qualquer coágulo do útero (quando necessário).
 18. Observar cuidadosamente o perineo e o canal de parto.
 19. Limpar o perineo (com soro fisiológico e compressas esterilizadas) e deixar a mulher confortável.
 20. Acondicionar devidamente a placenta, para seguir para incineração ou para Anatomia Patológica.
 21. Efetuar registos nos sistemas de informação relativamente ao terceiro estágio do trabalho de parto (todos os achados, hora da saída da placenta, peso da placenta, se o dequite foi espontâneo e completo, integridade da placenta e membranas, características do cordão umbilical).

MATERIAL

- ▶ Luvas esterilizadas;
- ▶ Compressas esterilizadas;
- ▶ Soro fisiológico;
- ▶ Ocitocina (10 IU, intravenoso/intramuscular).

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

De acordo com alguns autores (Tharpe et al., 2013), a expulsão da placenta pode provocar uma perda acentuada de sangue antes ou após a sua saída, levando a um aumento da morbidade da puérpera. O terceiro estágio do trabalho de parto pode demorar entre 3 e 30 minutos, se for realizada uma gestão ativa (Tharpe et al., 2013), e entre 10 minutos e 1 hora numa gestão expectante (Begley, 1990, citado por Marshall & Raynor, 2014).

De acordo com a OMS (2014), Gülmezoglu et al. (2012) e Aflaifel e Weeks (2012), o terceiro estágio do trabalho de parto requer uma gestão ativa, que consiste na administração de uterotónicos, preferencialmente ocitocina (10 IU, intravenoso/intramuscular), iniciada após a exteriorização do feto e antes da clampagem do cordão umbilical (esta intervenção é considerada, por todos os autores referenciados, a intervenção-chave na prevenção da HPP); na tração controlada do cordão umbilical (esta intervenção não deve ser executada nos partos que se realizam em ambiente domiciliário), efetuada quando há sinais de descolamento da placenta e interesse em diminuir o tempo do terceiro estágio do trabalho de parto e a perda sanguínea (os mesmos autores indicam que não há evidência que sustente esta prática em parturientes que iniciaram a profilaxia uterotónica); e na massagem do fundo uterino após a saída da placenta [não precisa de ser efetuada, segundo a OMS (2014), em parturientes que iniciaram a prevenção da HPP com uterotónicos].

A gestão expectante ou fisiológica do terceiro estágio do trabalho de parto envolve a não administração de uterotónicos, não clampar e cortar o cordão umbilical até à expulsão da placenta e facilitar a saída da placenta, coordenando a gravidade com os esforços maternos. Begley, Gyte, Devane, McGuire e Weeks (2011) e Marshall e Raynor (2014) referem oito boas práticas:

- ▶ Manter a calma, um ambiente calmo e aquecido e o recém-nascido em contacto pele a pele (Begley et al., 2011; Marin et al., 2010; Fahy, 2009; Mercer, Erickson-Owens, Graves & Haley, 2007);
- ▶ Manter a mulher posicionada em semi-fowler (45 graus);
- ▶ Não interferir com o processo fisiológico;
- ▶ Observar o comportamento da mulher e a perda sanguínea e esperar;
- ▶ Observar os sinais de separação da placenta;
- ▶ Observar sinais de descida da placenta;
- ▶ Facilitar a expulsão da placenta e clampar o cordão quando deixar de pulsar ou após a saída da placenta;
- ▶ Se necessário, após a saída da placenta, administrar um uterotónico.

A clampagem e o corte do cordão umbilical, segundo as orientações da OMS (2014) e de Tharpe et al. (2013), devem ser efetuados o mais tardiamente possível (aproximadamente 3 minutos após o nascimento do feto) ou quando o cordão deixar de pulsar, não sendo esta prática impeditiva da gestão ativa do terceiro estágio do trabalho de parto.

A OMS (2014) e Tharpe et al. (2013) consideram ser necessário efetuar a todas as puérperas uma avaliação do tónus uterino de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas após o dequite, com o objetivo de detetar precocemente sinais de complicações.

OBSERVAÇÕES

Neste procedimento, os profissionais de saúde devem ter uma atitude expectante, para permitir que as alterações fisiológicas ocorram dentro do útero, no parto e no pós-parto.

No terceiro estágio do trabalho de parto, com a saída da placenta, a perda de sangue materno é inferior a 500 ml, ou seja, menos de 1% do peso corporal (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002).

A vigilância é crucial e quanto mais tempo a placenta demorar a descolar, maior é o risco de hemorragia, pelo facto de o útero não contrair completamente enquanto a placenta estiver *in situ*.

Na manobra de Brandt-Andrews, antes do descolamento da placenta, não se deve fazer tração, sem critério e excessivamente, no cordão umbilical, pois pode levar ao rompimento do cordão, descolamento incompleto da placenta ou inversão uterina.

Se a manobra de Brandt-Andrews não for bem-sucedida, deve efetuar-se uma pausa, esperar que as contrações uterinas sejam novamente palpáveis e só depois reiniciar a manobra.

Após dequitação deve ocorrer uma avaliação cuidada e atenta da placenta (face materna e face fetal), pesquisando sinais de fragmentação placentar, vasos sanguíneos rasgados, membranas placentares incompletas, podendo indicar retenção placentar (Tharpe et al., 2013).

Caso haja suspeita de a placenta ou as membranas estarem incompletas, deve ser feita uma revisão manual pormenorizada do útero.

Para alguns autores, o “nascimento” da placenta significa o fim do trabalho de parto e do nascimento, iniciando o pós-parto (Tharpe et al., 2013). Pode ocorrer significativa perda sanguínea antes, durante e após o dequite. Intervenções durante este período pretendem diminuir essa perda sanguínea. De acordo com McDonald, citado por Tharpe et al. (2013), a estratégia-chave para reduzir a perda sanguínea é a administração profilática de substâncias uterotónicas, como a ocitocina sintética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aflaifel, N., & Weeks, A. D. (2012). Active management of the third stage of labour. *BMJ*, 345, e4546. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.e4546>.
- Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 11, Art. N.º CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub3.
- Fahy, K. M. (2009). Third stage of labour care for women at low risk of postpartum haemorrhage. *J Midwifery Womens Health*, 54(5), 380-6.
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Coords.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 308-23). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina materno-fetal* (4.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Gülmezoglu, A. M., Lumbiganon, P., Landoulsi, S., Widmer, M., Abdel-Aleem, H., Festin, M., ... Elbourne, D. (2012). Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 379(9827), 1721-7. doi:10.1016/S0140-6736(12)60206-2.
- Lowdermilk D., Perry, S., & Bobak, I. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marin, G. M. A., Llana, M. I., Lopez, E. A., Fernandez, V. E., Romero, B. I., & Touza, P. P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr*, 99(11), 1630-4.

- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2014). *Myles textbook for midwives* (16th ed.). London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*, 52(3), 262-72.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies – A clinical guideline. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;jsessionid=103EFB5F5FAB84A11F8F68F4A47CE8C2?sequence=12.
- Tharpe, N., Farley, C. L., & Jordan, R. G. (2013). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health* (4th ed.). Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.