

PARECER TÉCNICO Nº 003/2020 COREN-AL
INTERESSADO: PRESIDENTE DO COREN-AL
REFERÊNCIA: PAD/COREN-AL Nº 060/2020

Solicitação de que o COREN-AL emita Parecer Técnico para saber sobre as atribuições do Enfermeiro Obstétrico no atendimento à mulher e ao recém-nascido no parto normal, bem como admissão, acompanhamento e alta hospitalar e seus cuidados em CPN (Centro de Parto Normal).

I RELATÓRIO:

Trata-se de encaminhamento de documento em epígrafe, de solicitação do Presidente desta egrégia autarquia, de emissão de Parecer Técnico pelo parecerista nomeado pela Portaria COREN-AL Nº 249/2019, de 16 de dezembro de 2019, sobre a consulta formulada pelo Rildo Bezerra – COREN-AL Nº 193.296-ENF. A mesma solicita Parecer Técnico para saber: *sobre as atribuições do Enfermeiro Obstétrico no atendimento à mulher e ao recém-nascido no parto normal, bem como admissão, acompanhamento e alta hospitalar e seus cuidados em CPN (Centro de Parto Normal).*

II FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE CONCLUSIVA:

CONSIDERANDO a Lei Nº 5.905/73, DE 12 DE JULHO DE 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. O Presidente da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1º - São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Conforme o artigo 15 – Compete aos Conselhos Regionais de Enfermagem:

(...)

II – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;

III – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;

(...)

CONSIDERANDO a Lei Nº 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências; define que:

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- (...)
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;(grifo nosso)
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;(grifo nosso)

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
- (...)

CONSIDERANDO o Decreto Nº 94.406/1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;
- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;**
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

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

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

(...)

Dessa forma, levando em consideração a Lei do Exercício Profissional Nº 7.498/86 e o Decreto 94.406/87, o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei, está amparado legalmente há atribuições que o enfermeiro generalista não possui, tais como: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

CONSIDERANDO a Portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar;

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria.

§ 1º Os CPN são classificados em:

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I;

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade locorregional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA

Seção I

Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 5º;

II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos dos art. 6º;

III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 7º;

IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º;

V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico;

VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;

VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;

IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;

X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;

XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;

XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo II;

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004.

Parágrafo único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN.

Art. 5º A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no anexo I e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente e ao disposto no anexo III, quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado.

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;
- b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e
- c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II - CPNi Tipo II:

- a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III - CPNp:

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos desta Portaria.

§ 3º O CPN poderá ser composto por:

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado**, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz** com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

c) 1 (um) **técnico de enfermagem** com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) **auxiliar de serviços gerais** com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado**, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz** com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 2 (dois) **técnicos de enfermagem** com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) **auxiliar de serviços gerais**, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado**, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24** (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas:

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a";

c) 1 (um) **técnico de enfermagem com cobertura 24** (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) **auxiliar de serviços gerais**, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) **enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado**, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 2 (dois) **enfermeiros obstétricos ou obstetrizes com cobertura 24** (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) **técnico de enfermagem com cobertura 24** (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

d) 1 (um) **auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24** (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal.

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência.

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos saudáveis.

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher.

Art. 8º Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesiologista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN.

Parágrafo único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput".

(...)

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0581/2018 que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 516/2016, que dispõe da normatização da atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 2º Para os fins determinados no artigo anterior, são considerados Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, unidades destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencente ou não ao estabelecimento hospitalar. Quando pertencente a rede hospitalar pode



Coren^{AL}
Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas

2018-2020

UM NOVO TEMPO

ser intra-hospitalar ou peri-hospitalar; quando não pertencente a rede hospitalar pode ser comunitária ou autônoma;

Parágrafo único. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz, da admissão até a alta. Deverão atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes.

Art. 3º Ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência compete:

I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;

II – Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;

III – Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;

VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX – Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X – Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI – Emitir a Declaração de Nascido Vivo - DNV, conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo.

XII – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII – Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV – Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV – Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI – Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII – Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII – Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua;

Parágrafo único. Aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:

a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

c) Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Cabe ao enfermeiro o ato de cuidar e quando especialista em alguma área tem a obrigação de apresentar a comprovação que seguiu os caminhos direcionados por uma formação pós-graduação *Stricto* ou *Lato Sensu* ou na modalidade residência para poder ampliar suas habilidades e, conseqüentemente, responsabilidades nos cuidados prestados à mulher e à criança até os dois anos de vida (RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016). Aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) o enfermeiro obstétrico poderá atuar com respaldo legal, técnico e científico em diversos ambientes: domicílio, clínica, consultório,

hospital e centro de parto normal (CPN) intra-, peri- ou extra-hospitalar. A Resolução COFEN Nº 516/2016, foi alterada pela Resolução COFEN Nº 524/2016.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico, conforme o artigo 1º:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN Nº 0545/2017, que dispõe sobre anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais, conforme o art. 5º:

Art. 5º - Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

- em recibos relativos a percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;
- em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e,
- em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O Ministério da Saúde descreve as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal na Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, que:

1. Profissional que assiste o parto:

“(10) A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetritz. (11) É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres” (BRASIL, 2017).

2. Sobre os cuidados gerais durante o trabalho de parto:

“(12) Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. (13) Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem: cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada; manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem; bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo; perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa; - se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas; verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português; avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela; encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades; solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação; mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar; envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão. (14) Durante o pré-natal informar as mulheres sobre os seguintes assuntos: riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.); a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento que a mulher; estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos); organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas; os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas” (BRASIL, 2017).

3. Apoio físico e emocional:

“(15) Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar. (16) O apoio

por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital. (17) Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação” (BRASIL, 2017).

4. Dieta durante do trabalho de parto:

“(19) Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. (20) Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve. (21) Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto. (22) As mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos” (BRASIL, 2017).

5. Medidas de assepsia durante o parto vaginal:

“(23) A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal. (24) Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais” (BRASIL, 2017).

6. Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto:

“(27) Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto. (29) Se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha. (30) Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada. (31) A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto. (32) A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido. (33) A acupuntura pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal. (34) Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto. (35) A hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado para tal. (36) Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto. (37) Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos” (BRASIL, 2017).

7. Ruptura prematura de membranas no termo:

“(79) Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente. (80) Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações. (81) Explicar às mulheres com ruptura precoce de membranas no termo que: o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas; 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrará em trabalho de parto dentro de 24 horas; a indução do trabalho de parto é apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas. (82) Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas: aconselhar a mulher a aguardar em ambiente hospitalar; medir a temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e observar qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais; se a mulher optar por aguardar no domicílio manter as mesmas recomendações anteriores e informá-la que tomar banho não está associado com um aumento da infecção, mas ter relações sexuais pode estar. (83) Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais. (84) Se o trabalho de parto não se iniciar dentro de 24 horas após a ruptura precoce das membranas, a mulher deve ser aconselhada a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, com serviço de neonatologia” (BRASIL, 2017).

8. Assistência ao primeiro período do parto:

“(89) Incluir o seguinte quando da avaliação precoce ou triagem de trabalho de parto em qualquer local de assistência: indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações; indagar sobre os movimentos da criança, incluindo qualquer mudança nos mesmos; oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor; oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência; estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente; oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher. (90) Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar: • **E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):** - ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição; - oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário; - encorajar e aconselhar a mulher a



permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco deste acontecer sem assistência. • **Estar em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical):** - Admitir para assistência. (93) Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto: - frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora; - pulso de 1 em 1 hora; - temperatura e PA de 4 em 4 horas; - frequência da diurese; - exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais). (94) Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente. (95) Transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital ou solicitar assistência de médico obstetra, se o mesmo não for o profissional assistente, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios. (96) Se mecônio significativo (verde escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos) estiver presente assegurar que: - profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal estejam presentes no momento do parto. (97) Se mecônio significativo estiver presente, transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital de forma segura desde que seja improvável que o parto ocorra antes da transferência se completar. **Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto:** (98) O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto. (99) A tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto. (100) A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. (101) As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. **Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto:** (102) Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto levar em consideração: - o ambiente onde a mulher está sendo assistida; - a atitude da mulher, se postura mais ativa ou não; - estado emocional da mulher; - o tipo de apoio e suporte físico e emocional que a mulher estiver recebendo; - paridade; - dilatação e mudanças cervicais; - contrações uterinas; - altura e posição da apresentação; - necessidade de referência ou solicitação de assistência profissional apropriada. (103) Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo: - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas; - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltiparas; - descida e rotação do pólo cefálico; - mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. (104) Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as

membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento e avisar que o mesmo irá diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações. (105) Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm. (106) Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto: - A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. O mesmo deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina. - Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos. (107) Se as membranas estiverem íntegras e o diagnóstico de falha de progresso for confirmado, aconselhar à mulher a ser submetida a uma amniotomia e repetir o exame vaginal 2 horas após, independente do estado das membranas. (108) Oferecer apoio e controle efetivo da dor a todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto. (109) Informar às mulheres que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a criança deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência. (110) Oferecer analgesia peridural, se disponível, se for indicado o uso de ocitocina. (111) Se a ocitocina for utilizada assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos. (112) Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina: - se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana; - Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, continuar observação do progresso do parto”(BRASIL, 2017).

9. Assistência no segundo período do parto:

Ambiente de assistência, posições e imersão em água: (113) Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. (114) Informar às mulheres que há insuficiência de evidências de alta qualidade, tanto para apoiar como para desencorajar o parto na água. (115) Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. (116) Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento. (117) Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser adiado por pelo



menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível. Após 1 hora a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações. (118) A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto. (120) Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação mais aprofundada deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período. (121) A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte: • primíparas: cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural. • multíparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural. 122 Para a conduta na falha de progresso do segundo período deve-se considerar a paridade, da seguinte maneira: • Nulíparas: - na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período; - a confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas e a mulher deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente. • Multíparas: - na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período; - A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora e a mulher deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente. (123) Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia. (124) Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional. (125) Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas. (126) Para as multíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas. (127) Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina. (128) Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos. (129) Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período. (130) Reconhecer que, em algumas ocasiões, a necessidade de ajuda por parte da mulher no segundo estágio pode ser uma indicação para o parto vaginal assistido quando o apoio falhar. (135) Orientar a mulher e realizar uma cesariana se o parto vaginal não for possível. Cuidados com o períneo (136)

Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto. (137) Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo período do parto. (138) Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto. (139) Tanto a técnica de ‘mãos sobre’ (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de ‘mãos prontas’ (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo. (140) Se a técnica de ‘mãos sobre’ for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento. (141) Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. (142) Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus. (143) Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia” (BRASIL, 2017).

10. Assistência no terceiro período do parto:

(144) Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho. (145) Para efeito destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições: O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. • A conduta ativa no terceiro período envolve um conjunto de intervenções com os seguintes componentes: - uso rotineiro de substâncias uterotônicas; - clampeamento e secção precoce do cordão umbilical; e - tração controlada do cordão após sinais de separação placentária. • A conduta fisiológica no terceiro período do parto envolve um conjunto de cuidados que inclui os seguintes componentes: - sem uso rotineiro de uterotônicos; - clampamento do cordão após parar a pulsação; - expulsão da placenta por esforço materno. (146) Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos. (147) Manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações: - condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar; - perda sanguínea. (148) Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher: - solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso, se este não for o profissional assistente no momento; - instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos; - se o parto ocorreu em domicílio ou unidade de parto extra ou peri-hospitalar, a puérpera deve ser transferida imediatamente para uma maternidade baseada em hospital. (149) Explicar à mulher, antes do parto, as opções de conduta no terceiro período, com os riscos



e benefícios de cada uma. (150) Explicar à mulher que a conduta ativa: - encurta o terceiro período em comparação com a conduta fisiológica; - está associado a náusea e vômitos em cerca de 100 mulheres em 1.000; - está associado com um risco aproximado de 13 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e - está associada com um risco aproximado de 14 em 1.000 de uma transfusão de sangue. (151) Explicar à mulher que a conduta fisiológica: - está associada a náusea e vômitos em cerca de 50 mulheres em 1.000; - está associada com um risco aproximado de 29 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e - está associada com um risco aproximado de 40 mulheres em 1.000 de uma transfusão de sangue. (152) A conduta ativa é recomendada na assistência ao terceiro período do parto pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea. (153) Se uma mulher com baixo risco de hemorragia pós-parto solicitar conduta expectante, apoiá-la em sua escolha. (154) Para a conduta ativa, **administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão.** A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina. (155) Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão. • Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal. • Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte da conduta ativa. • Se uma mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha. (156) Após a secção do cordão realizar tração controlada do mesmo. (157) A tração controlada do cordão, como parte da conduta ativa, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta. (158) Documentar o momento do clampeamento do cordão tanto na conduta ativa quanto na conduta expectante. (159) Mudar da conduta expectante para a conduta ativa se ocorrer: - hemorragia; - a placenta não dequitou 1 hora após o parto. (160) Oferecer a conduta ativa, quando a mulher prefere encurtar o terceiro estágio do trabalho de parto. (161) Não usar injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente. (162) As mulheres que apresentarem fatores de risco para hemorragia pós-parto devem ser orientadas a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, onde existem mais opções de tratamentos emergenciais; (163) Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado. **Retenção placentária** (164) Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários. (165) Providenciar um acesso venoso calibroso. (166) Não usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta. (167) Usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta, se houver hemorragia. (168) Realizar exame vaginal minucioso. Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se

a mulher demandar. (169) Providenciar transferência antes da exploração uterina, se o parto ocorreu em uma modalidade extra-hospitalar. (170) Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada” (BRASIL, 2017).

11. Cuidados maternos imediatamente após o parto:

Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto (171)

Realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto: - temperatura, pulso e pressão arterial; - lóquios e contrações uterinas; - examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais; - avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto; - micção bem sucedida. - Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra, se este não for o profissional responsável, se qualquer das seguintes situações forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios: - pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - PA sistólica ≥ 160 mmHg OU PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida; - PA sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo; - proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg; - temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo; - bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto; - emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno; - placenta retida ou incompleta; - lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado. **Cuidados com o períneo (172)** O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira: • Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas • Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal • Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal: - 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal - 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal - 3c – laceração do esfíncter anal interno. • Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal. (173) Antes de avaliar o trauma genital: - explicar à mulher o que será realizado e o porquê; - ofereça analgesia adequada; - assegurar boa iluminação; - posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais. (174) Realizar o exame inicial de maneira gentil e sensível. Isto pode ser feito imediatamente após o parto. (175) Se for identificado trauma perineal, uma avaliação sistemática do mesmo deve ser realizada. (176) Na avaliação sistemática do trauma genital: - explicar novamente o que será realizado e porque; - providenciar analgesia local ou regional efetiva; - avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as



estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento; - na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal, realizar exame retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno. (177) Assegurar que o momento para essa avaliação sistemática não interfira na relação mãe-filho exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência. (178) Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo. Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser assistida por médico obstetra, se esse não for o profissional que assistiu o parto. Se o parto ocorreu fora do hospital, a mesma deverá ser transferida para uma maternidade baseada em hospital. (179) Solicitar avaliação de um profissional mais experiente se houver incerteza quanto à natureza e extensão do trauma. Transferir a mulher (com a criança) para uma maternidade baseada em hospital, se o parto ocorreu fora da mesma e se o reparo necessitar de avaliação cirúrgica ou anestésica especializada. (180) Documentar a avaliação sistemática e os seus resultados. (181) Tanto as enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, como os médicos obstetras envolvidos na assistência ao parto devem estar adequadamente treinados na avaliação e reparo do trauma genital, certificando-se que essas habilidades sejam mantidas. (182) Aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas. (183) Aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização. (184) Durante o reparo perineal: - assegurar analgesia efetiva com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equivalente ou; - realizar nova dose de anestésico peridural se a mulher estiver com catéter, ou realizar uma anestesia espinal. (185) Se a mulher relatar alívio inadequado da dor, a qualquer momento, levar isso em consideração imediatamente e providenciar método mais eficaz de alívio. (186) Não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se apõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia. (187) Se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua. (188) Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo. (189) Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo. (190) Observar os princípios básicos seguintes ao realizar reparos perineais. - Realize a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas. - Verifique os equipamentos e conte as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento. - Uma boa iluminação é essencial para identificar as estruturas envolvidas. - O trauma de difícil reparação deve ser reparado por um médico experiente sob anestesia local ou geral. - Inserir um cateter vesical permanente por 24 horas para evitar retenção urinária. - Certifique-se de que um bom alinhamento anatômico da ferida foi alcançado e que se dê atenção aos resultados estéticos. - Realizar

exame retal após a conclusão do reparo em casos de trauma de difícil abordagem ou de 3o ou 4o graus, para garantir que o material de sutura não foi acidentalmente inserido através da mucosa retal. - Após a conclusão do reparo, documentar detalhadamente a extensão do trauma, o método de reparação e os materiais usados. - Dar a informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico. (191) Recomenda-se oferecer supositórios retais de anti-inflamatórios não esteróides rotineiramente após o reparo do trauma perineal de primeiro e de segundo grau, desde que esses medicamentos não sejam contraindicados” (BRASIL, 2017).

12. Assistência ao recém-nascido imediatamente após o parto:

(192) O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetriz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. (193) É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal. (194) Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal. (195) Os estabelecimentos de saúde que mantenham profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal no momento do parto, deverá possuir em sua equipe de retaguarda, durante 24 horas, ao menos um médico que tenha realizado treinamento teórico-prático em reanimação neonatal. (196) Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente. (197) Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas, tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal. (198) Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável. (199) Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável. (200) Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal. (201) A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. (202) O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. (203) Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como



alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina. (204) Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. (205) A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. (206) Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. (207) A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia. (208) Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena. (209) Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido – especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus – no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal. (210) Todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal. (211) Em todas os locais de parto: - planejar o cuidado e ter em mente que pode ser necessário chamar por ajuda se o recém-nascido precisar de ressuscitação; - assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário; - desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário. (212) Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente. (213) Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas. (214) Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais o mesmo deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta. (215) Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, a mesma deve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas. (216) Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido com 1 e 2 horas de vida em todos os locais de parto. (217) Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado por um neonatologista/pediatra (o recém-nascido e a mãe devem ser transferidos se não estiverem em uma maternidade): - frequência respiratória > 60 ipm; - presença de gemidos; - frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm; - enchimento capilar acima de 3 segundos; - temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - saturação de oxigênio <

95% (a medida da saturação de oxigênio é opcional após mecônio não significativo); - presença de cianose central confirmada pela oximetria de pulso se disponível. (218) Explicar os achados para a mulher e informá-la sobre o que procurar e com quem falar se tiver qualquer preocupação. (219) Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento. (220) Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele. (221) Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido. (222) Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida. (223) Registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso após a primeira hora de vida. (224) Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência. (225) Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento” (BRASIL, 2017).

Após o parto e nascimento faz-se necessário realizar vigilância por algumas horas e, em seguida, o binômio e acompanhante podem ser transferidos para outro ambiente destinado aos cuidados em Alojamento Conjunto, caso não tenha disponível quarto PPP, e o enfermeiro obstétrico deve seguir as orientações descritas na Portaria Ministerial 2.068, de 21 de outubro de 2016, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido, nos ”serviços de saúde, públicos e privados, inclusive das Forças Armadas, de hospitais universitários e de ensino (BRASIL, 2016): “I - avaliar as puérperas diariamente, com atenção aos sinais de alerta para complicações no período pós-parto, tais como sangramento vaginal aumentado, febre, dor exacerbada, edema assimétrico de extremidades, sinais inflamatórios de ferida cirúrgica, sinais de sofrimento psíquico e depressão pós-parto; II - promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades de acordo com suas necessidades específicas e respeitando suas características individuais; III - garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua livre escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores; IV - estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor sócio-afetivo; V - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista, destacando que, nesses casos, deverá ser oferecido,

preferencialmente, leite humano pasteurizado de Banco de Leite Humano; VI - oferecer à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ou chupetas ao recém-nascido; VII - oferecer à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada amamentar outro recém-nascido que não seja o próprio filho, e da proibição desta prática no Alojamento Conjunto; VIII - apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido, bem como de outros familiares, de acordo com o desejo dos pais da criança; IX - orientar e estimular o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de recém-nascido com peso inferior a 2500g; X - realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai; XI - realizar o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira e assegurar a limpeza e a desinfecção entre o uso de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar das respectivas maternidades. Durante o banho, orientar os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando a participação materna e paterna ou de outro acompanhante; XII - avaliar o peso do recém-nascido de acordo com necessidades individuais; XIII - adotar técnicas não farmacológicas de prevenção/redução da dor para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos. Recomenda-se a sucção ao seio materno previamente, durante a realização de procedimentos; XIV - identificar e enfatizar os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para atendimento continuado das mulheres e das crianças, referindo-as ou agendando-as para acompanhamento no serviço de saúde na primeira semana após o parto; XV - realizar atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de: a) ampliar o autocuidado das mulheres e de cuidados com os recém-nascidos; b) desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; e c) oferecer orientações quanto aos cuidados de saúde, nutrição, higiene, saúde sexual e reprodutiva, destacando o direito a uma vida sexual livre, prazerosa e segura e o direito à escolha sobre a reprodução se, quando e quantas vezes engravidar, com esclarecimento sobre métodos contraceptivos disponíveis e importância do uso do preservativo masculino ou feminino. XVI - ofertar a inserção de método contraceptivo de longa duração e alta eficácia antes da alta, caso seja escolha da mulher. Parágrafo único. A equipe de saúde deverá conferir atenção ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o recém-nascido, a riscos e a

vulnerabilidades particulares, bem como manter observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher nesse período” (BRASIL, 2016).

Aos cuidados para alta hospitalar temos descrito na mesma portaria citada acima: “A alta da mulher e do recém-nascido deverá ser realizada mediante elaboração de projeto terapêutico singular, considerando-se, para o tempo de alta, as necessidades individuais. Parágrafo único. Recomenda-se a permanência mínima de 24 horas em Alojamento Conjunto, momento a partir do qual a alta pode ser considerada, desde que preenchidos os critérios abaixo listados: I - puérpera: (i) em bom estado geral, com exame físico normal, sem sinais de infecção puerperal/sítio cirúrgico, com loquiação fisiológica; (ii) sem intercorrências mamárias como fissura, escoriação, ingurgitamento ou sinais de mastite, e orientada nas práticas de massagem circular e ordenha do leite materno; (iii) com recuperação adequada, comodidades compensadas ou com encaminhamento assegurado para seguimento ambulatorial de acordo com as necessidades; (iv) bem orientada para continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar e referenciada para Unidade Básica de Saúde (retorno assegurado até o 7º dia após o parto); (v) estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê; (vi) com encaminhamento para unidade de referência para acesso a ações de saúde sexual e reprodutiva e escolha de método anticoncepcional, caso a mulher não receba alta já em uso de algum método contraceptivo, ou para seguimento pela atenção básica da prescrição ou inserção de método pela equipe da maternidade; II - recém-nascido: (i) a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comodidades e com exame físico normal. (ii) com ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida; (iii) com avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea, e utilização do normograma de Bhutani para avaliar a necessidade de acompanhamento dos níveis de bilirrubina quando necessário; (iv) apresentando diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado; (v) com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno; (vi) em uso de substituto do leite humano/formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada de acordo com atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite". III - revisão das sorologias da mulher realizadas durante a gestação ou no momento da internação para o parto, assim como investigação de infecções congênitas no recém-nascido, conforme necessidade. Entre as sorologias, merecem destaque: sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatite B. Outras doenças infectocontagiosas, como citomegalovírus, herpes simplex e infecções por arbovírus deverão

ser investigadas se houver história sugestiva durante a gestação e/ou sinais clínicos sugestivos no recém-nascido; IV - realização de tipagem sanguínea, Coombs da mãe e do recém-nascido, quando indicado; V - oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) e Triagem Ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizados; Triagem Auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e Triagem Biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida; VI - avaliação e vigilância adequadas dos recém-nascidos para sepse neonatal precoce com base nos fatores de risco da mãe e de acordo com as diretrizes atuais do Ministério da Saúde para a prevenção de infecção pelo estreptococo do grupo B; VII - a mãe, o pai e outros cuidadores devem ter conhecimento e habilidade para dispensar cuidados adequados ao recém-nascido, e reconhecer situações de risco como a ingestão inadequada de alimento, o agravamento da icterícia e eventual desidratação nos primeiros sete dias de vida; VIII - avaliação do serviço social para os fatores de risco psíquicos, sociais e ambientais, como o uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, antecedentes de negligência, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social; IX - agenda com a Atenção Básica, o retorno da mulher e do recém-nascido entre o terceiro e o quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral); e X - preenchimento de todos os dados na Caderneta da Gestante e na Caderneta de Saúde da Criança. Art. 10. No momento da alta, a equipe multiprofissional fornecerá à mulher as seguintes orientações: I - procurar a Unidade Básica de Saúde ou o pronto-atendimento caso a mulher apresente sinais de infecção (febre, secreção purulenta vaginal, por ferida operatória ou nas mamas), sangramento com odor fétido ou com volume aumentado, edema assimétrico de extremidades, dor refratária a analgésicos, sofrimento emocional, astenia exacerbada ou outros desconfortos; II - procurar a Unidade Básica de Saúde se o recém-nascido apresentar problemas com aleitamento materno, icterícia ou qualquer outra alteração; III - em caso de intercorrências com as mamas, os Bancos de Leite Humano poderão oferecer a assistência referente às boas práticas da amamentação, e orientações sobre a doação de leite humano; V - higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido; VI - evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado; VII - prevenir a morte súbita do recém-nascido por meio dos seguintes cuidados: deixar a criança em posição supina, manter a amamentação ao seio e evitar o tabagismo materno ou outra forma de exposição da criança ao fumo; VIII - transportar o recém-nascido de forma segura e prevenir acidentes domésticos; e IX - para crianças filhos de mães cuja amamentação é contra indicada de acordo com razões

médicas aceitáveis/OMS/2009, orientar o preparo correto da formula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento” (BRASIL, 2016).

III CONCLUSÃO:

Diante do exposto, as **atribuições do Enfermeiro Obstétrico no atendimento à mulher e ao recém-nascido no parto normal** são inúmeras, citadas na “fundamentação e análise conclusiva” deste parecer, e estão amparadas pela Legislação Profissional, em especial a Lei Nº 7.498/86, Decreto Nº 94.406/87, Resolução COFEN Nº 516/2016, alterada pela Resolução COFEN Nº 524/2016, Resolução COFEN Nº 358/2009 e Resolução COFEN Nº 564/2017. Além disso, o Enfermeiro Obstétrico ou Obstetriz deve ter ciência da Portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), bem como das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal publicadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017.

A **admissão** é um registro de enfermagem que deverá ser realizado neste caso do CPN pelo Enfermeiro Obstétrico ou Obstetriz, visando assim implementar todas as etapas da Resolução COFEN Nº 0358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Sabe-se ainda que conforme a Resolução COFEN Nº 0429/12, “Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência”.

Segundo a **Portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA**, Seção I - Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha, Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN: III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 7º; VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais; XIII - **possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de**

parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz.

Vale ressaltar que essa equipe mínima não apresenta a figura do médico, mas fala da obrigatoriedade do enfermeiro obstétrico ou obstetriz, logo precisa-se que a rede esteja bem articulada para que os protocolos de admissão, manejo, prescrição de medicamentos e cuidados de enfermagem a mulher e ao neonato sejam implantados com muita autonomia, respeitando a legislação profissional vigente, bem como a elaboração de protocolos.

É importante que o profissional antes de registrar em prontuário conheça a Resolução N° 0514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. E a Resolução COFEN N° 0545/2017, que dispõe sobre anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais.

Recomenda-se que o **acompanhamento do Enfermeiro Obstétrico no atendimento à mulher e ao recém-nascido no parto normal** deve ser baseada na implementação da Consulta de Enfermagem. O Enfermeiro realiza a Consulta de Enfermagem, baseado nas recomendações da Resolução N° 358/2009, institua a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Conforme o Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); II – Diagnóstico de Enfermagem; III – Planejamento de Enfermagem; IV – Implementação; V – Avaliação de Enfermagem. Entende-se que esse tipo de avaliação é privativo do enfermeiro, visto que na própria Resolução, aponta-se no Art. 4º que cabe “ao enfermeiro, (...), privativamente, o diagnóstico de enfermagem (...), bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas”.

É extremamente necessário que o enfermeiro obstétrico permaneça se atualizando em boas práticas obstétricas e neonatais, visando atender o binômio de forma holística, científica e humanizada. Assim, o Ministério da Saúde descreve as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal na Portaria N° 353, de 14 de fevereiro de 2017, que deve ser expandida, utilizada e atualizada frequentemente.

E em relação a alta hospitalar e seus cuidados em um CPN (Centro de Parto Normal), a Resolução COFEN N° 516/2016, que dispõe da normatização da atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes,

parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto (...), aponta que **aos Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes além das atividades dispostas, compete: “d) Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta”.**

Ainda corroborando com esse contexto de alta da puérpera e recém nascido, a mesma pode ser efetivada pelo Enfermeiro obstétrico/obstetriz no CPN, segundo a **Portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA, Seção I - Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha, Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN: IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º; V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico; IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde.** E reafirma quando descreve § 3º o enfermeiro obstétrico ou obstetrix deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos sadios.

Aproveitamos o ensejo para apontar que o Enfermeiro encontra-se respaldado no que se concerne a prescrição de medicamentos, visto que a Lei Nº 7.498/86 e Decreto Nº 94.406/87, II - como integrante de equipe de saúde: ***“prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.*** Para isso, é extremamente necessário que existam protocolos institucionais, visando padronizar condutas e ampliar os respaldos legais do Enfermeiro.

Diante de tantas responsabilidades o Enfermeiro Obstétrico/Obstetrix tem a obrigação de estar atualizado e acompanhando as normativas no Ministério da Saúde e regulamentações da profissão, sempre orientado em especial aos princípios da Rede Cegonha. Não assegurar o dimensionamento adequado, de acordo com o tipo de serviço, pode ocasionar em consequências graves para mulher e seu filho(a). No contexto da assistência respeitosa as intervenções devem ser mínimas e fundamentadas pelas evidências científicas, do contrário estará exercendo a profissão de maneira insegura para a parturiente, puérpera e neonato.

Recomenda-se a participação em programas de atualização de forma regular e anual, tendo em vista o fluxo alto de informações novas, principalmente em temas relacionados aos cuidados de urgência e emergências obstétricas e neonatais (foco em reanimação neonatal). O profissional que propõe a cuidar de mulheres e recém nascidos devem estar cientes do conceito de Violência Obstétrica e das punições cabíveis descritas no Novo Código de Ética da Enfermagem, evitando assim condutas inadequadas e inseguras.

A assistência do Enfermeiro Obstétrico deve fomentar o protagonismo feminino, promoção à saúde e proteção a fisiologia do parto, nascimento e adaptações puerperais e neonatais, principalmente em um Centro de Parto Normal (CPN), onde as boas práticas obstétricas e neonatais são essenciais.

Segundo o Decreto Nº 94.406/1987 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Uma das atribuições do Enfermeiro é “II - como integrante de equipe de saúde: **p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. A Portaria Nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), Seção I - Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha, Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN: IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º.**

Assim, o enfermeiro obstétrico/obstetriz deve ficar atento/vigilante frente a uma necessidade imediata de um encaminhamento ou um referenciamento do binômio (mãe e filho), assegurando um transporte seguro e respeitando os graus de habilitação profissional. Por isso, se faz necessário a elaboração de protocolos para esse transporte e articulação com a rede sobre a regulação via: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e/ou ambulância do serviço de saúde, a depender das condições e repercussões hemodinâmicas dos pacientes.

É o parecer, salvo melhor juízo.

Maceió, 07 de fevereiro de 2020.

Hilca Mariana Costa Gomes 1
COREN-AL Nº 134.965-ENF

Wbiratan de Lima Souza

Wbiratan de Lima Souza²
COREN-AL Nº 214.302-ENF

¹ Enfermeira. Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (2005). Concluiu o Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher na Maternidade Escola Santa Mônica - MESM pela Universidade de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas – UNCISAL (2009). cursou o Programa de Residência de Enfermagem em Neonatologia na Maternidade Escola Santa Mônica – MESM. Coordena a Câmara Técnica de Atenção à Saúde da Mulher de Enfermagem de Alagoas (COREN-AL).

² Enfermeiro. Doutorando em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pelo Centro Universitário Tiradentes - UNIT-AL, Mestre em Enfermagem (MPEA) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialista em Emergência Geral (Modalidade Residência) pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Especialista em Obstetrícia pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), Especialista em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), Especialista em Neonatologia e Pediatria pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX), Especialista em Saúde Pública pelo Centro de Ensino Superior Archanjo Mikael de Arapiraca (CESAMA), Pós-graduando em Enfermagem Forense pela Faculdade Unyleya, Presidente da Comissão de Gerenciamento das Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Alagoas – COREN/AL.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **LEI Nº 5.905/73, DE 12 DE JULHO DE 1973.** Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI 7.498/1986, DE 25 DE JUNHO DE 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.html>. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. **DECRETO Nº 94.406 DE 08 DE JUNHO DE 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-norma-pe.html>. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0509/2016.** Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html>. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0564/2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0581/2018.** Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 429/2012.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 514/2016.** Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0545/2017.** Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 516/2016.** Normatização da atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.068, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016.** Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 07 de fevereiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.