



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

PARECER COREN-SP 036/2014 – CT

PRCI n° 002112/2014

Ticket n° 374.954

Ementa: Atuação do Enfermeiro quanto à adoção das Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.

1. Do fato

Ministério Público Federal requer informações sobre as recomendações atuais no que tange a atuação de Médicos e Enfermeiros quanto à adoção de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ratificadas pelo Ministério da Saúde na publicação denominada Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher. Em especial requer informação quanto à realização dos seguintes procedimentos, bem como sobre a orientação de obter o consentimento informado das pacientes antes da realização dos mesmos: administração de soro intravenoso de forma obrigatória durante o trabalho de parto; indução ou aceleração do parto mediante uso de ocitócitos; realização de tricotomia e enema de forma rotineira; realização de manobra de Kristeller; realização de episiotomia de forma rotineira; privação de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto; exames de toque de forma repetida e frequente, especialmente por mais de um prestador de serviço; rompimento da bolsa sem necessidade efetiva; obrigar a mulher a permanecer na posição de litotomia na hora do parto; realização de exame retal, lavagem uterina após o parto e clampeamento precoce do cordão umbilical de forma rotineira; separação precoce do bebê e da mãe logo após o nascimento, em desestímulo à amamentação na primeira hora de vida e ao contato pele a pele após o nascimento.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

2. Da fundamentação e análise

O Sistema COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) / CORENs (Conselhos Regionais de Enfermagem) atuam na fiscalização do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Obstetizes, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, deste modo o parecer restringe-se a analisar os atos dos Enfermeiros quanto à adoção de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ratificadas pelo Ministério da Saúde, sendo de responsabilidade dos Conselhos Federal/Regional de Medicina o posicionamento quanto à atuação do profissional Médico.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002).

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no seu



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

cuidado (BRASIL, 2003).

A publicação do Ministério da Saúde, Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, apresenta práticas baseadas em evidências científicas realizadas durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001). Mais atualizada, a publicação do Ministério da Saúde, Caderno HumanizaSUS, volume 4, traz várias evidências científicas demonstrando que muitas práticas correntes na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados. Também a introdução de novas práticas e tecnologias sofisticadas na assistência, com a esperança de se obter resultados melhores, não foi acompanhada dos resultados esperados. O uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado (ex.: enema e episiotomia de rotina, entre outras). Apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível devem ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias (BRASIL, 2014).

Segundo Rattner, (2009), a maior parte das práticas no atendimento ao parto foram adotadas à medida que iam sendo criadas, não havia critérios para sua avaliação. Nos anos noventa do século passado, intensificou-se um movimento na Medicina que foi denominado Medicina Baseada em Evidências, e que tem sido muito difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua origem deve-se à proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica, sendo que se verificou, após anos de uso, que muitas eram inefetivas, ou mesmo provocavam problemas maiores do que os que se destinavam a tratar. No campo da atenção perinatal, foi criada a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS que, em parceria com a Cochrane, estudou as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos, publicando um manual em que as classifica em quatro grupos: Grupo A, das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, de práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas e, finalmente, o Grupo D, de práticas ainda que benéficas, frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada (Organização Mundial da Saúde, 1996).



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

No Brasil, foi interessante constatar que muitas das práticas adotadas pelos profissionais que preconizavam o modelo de atenção humanizada eram referendadas pelas evidências científicas e estavam classificadas no Grupo A. Por exemplo, hoje em dia, reconhece-se que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto (HODNETT *et al.*, 2007). Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005). Por outro lado, muitas das práticas adotadas rotineiramente nas maternidades foram classificadas no Grupo B, como: a raspagem de pelos, a lavagem intestinal, o jejum, ou colocar soro de rotina, ou manter a mulher deitada durante o trabalho de parto. Finalmente, a cesariana e a episiotomia, por exemplo, foram classificadas no Grupo D (ENKIN *et al.*, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) (RATTNER, 2009).

No Caderno HumanizaSUS, encontramos citação de estudos sobre as práticas de assistência no primeiro estágio do parto:

[...]

Dieta

A prática comum de se proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. O risco, entretanto, está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações (SCHEEPERS; ESSED; BROUNS, 1998; SCRUTTON *et al.*, 1999; SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012).

Enema

O enema evacuante de rotina no início do trabalho de parto ainda é prática comum em muitas maternidades, com a alegação de que traria benefícios tais como: aceleração do trabalho de parto, diminuição da contaminação do períneo e consequentemente redução dos índices de infecção materna e neonatal. Uma revisão sistemática da literatura, envolvendo um total de 1.917 mulheres, demonstrou que o



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

uso do enema não levou à redução significativa de infecção puerperal e neonatal (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2012). Em publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o enema é classificado como uma prática claramente danosa ou ineficaz que deveria ser evitada (OMS, 1996). É importante que a mulher seja informada desses resultados e possa optar, de acordo com suas preferências, pela realização ou não do enema.

Tricotomia dos pelos pubianos

A tricotomia é outro procedimento comum, realizado com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. Muitas mulheres não gostam do procedimento e relatam desconforto durante o período de crescimento dos pelos. Uma metanálise de estudos aleatorizados controlados, envolvendo um total de 1.039 mulheres, concluiu não haver evidências que apoie o uso rotineiro da tricotomia no parto e, tendo em vista o potencial de complicações, os autores sugerem que ela não faça parte das rotinas (BASEVI; LAVENDER, 2012). Na Inglaterra, essa prática foi abandonada desde o final dos anos 70.

[...]

Posição e movimentação da mulher

Na maioria das maternidades, a mulher ainda é obrigada a permanecer deitada, em decúbito lateral esquerdo, durante o trabalho de parto. Embora esta posição possa permitir uma melhor oxigenação fetal em comparação com o decúbito lateral direito e a posição supina, a permissão para que ela escolha a posição que melhor lhe convier, seja deambulando ou outras posições verticais, não oferece maior risco, proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia (LAWRENCE *et al.*, 2012).

[...]

Manejo da dor

A necessidade de uma mulher em trabalho de parto utilizar algum método de alívio da dor pode ser influenciada por muitos fatores, incluindo suas expectativas, a complexidade do seu trabalho de parto e a intensidade da sua dor. Para muitas, alguma forma de alívio pode ser necessária. Expectativas flexíveis e a preparação para o parto podem influenciar o bem-estar emocional da mulher após o parto. A dor extrema pode resultar em trauma psicológico para algumas, enquanto para outras os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos de controle podem influenciar negativamente na experiência do nascimento. O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam reconhecidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação, devendo-se estar alerta para as mudanças de comportamento durante o trabalho de parto, notadamente para sinais graves de estresse, o que pode indicar a necessidade de utilização de um método efetivo de alívio da dor. Para muitas mulheres, tal alívio pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional também devem ser utilizadas para alívio da dor. Quando for constatada a necessidade ou houver solicitação da mulher, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados. A analgesia peridural



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, após se obter o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto.

Posição para o parto

Posições verticais no parto sempre foram utilizadas, ocorrendo uma drástica mudança a partir do momento em que o parto passou a ser assistido por médicos e, principalmente, no ambiente hospitalar. A posição de cócoras geralmente é a preferida pelas mulheres quando lhes oferecem a liberdade de escolha. Entretanto, argumenta-se que para a mulher ocidental, não acostumada a adotar tal posição em suas atividades cotidianas, isso poderia resultar em maior trauma perineal. Em metanálise envolvendo 22 estudos randomizados controlados, com 7.280 mulheres, o uso de qualquer posição vertical ou lateral comparado com a posição supina no segundo estágio do parto, esteve associado à redução da duração e do relato de dor grave nesse estágio e na taxa de episiotomia, pequena redução no número de partos assistidos instrumentalmente, e menos anormalidades nos padrões de frequência cardíaca fetal, embora tenha sido encontrado pequeno aumento na incidência de lacerações perineais de segundo grau e aumento no risco estimado de perda sanguínea maior que 500 ml. O uso de uma almofada para a posição de cócoras, comparada à posição de litotomia ou supina, esteve associado à redução considerável na duração do segundo estágio, menos partos assistidos, menor incidência de lacerações perineais de segundo grau e taxa de episiotomia e incidência de sangramento estimado maior que 500 ml foram similares (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012). As evidências indicam que as mulheres devem ser encorajadas a adotarem a posição que acharem mais confortável durante o período da expulsão.

Episiotomia

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo inteiro, com a alegação de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfíxia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. Por outro lado, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual. No Brasil, acredita-se que quase a totalidade das nulíparas seja submetida a uma episiotomia. Em uma metanálise de estudos randomizados controlados envolvendo 5.541 mulheres, o uso restritivo da episiotomia, comparado com o uso rotineiro, esteve associado a menor incidência de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. No grupo de uso restritivo houve maior incidência de trauma anterior. Não houve diferenças nas medidas de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária, medidas de dor, baixos índices de Apgar e admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais. Nessa mesma revisão, um dos autores faz uma estimativa de economia, para o setor público, de cerca de 15 a 30 milhões de dólares com o uso restritivo da episiotomia (CARROLI; MIGNINI, 2012). Baseado em uma filosofia de cuidados que deve enfatizar o uso de práticas baseadas em



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

evidências científicas e custo-efetivas, a episiotomia de rotina deve ser abandonada da prática obstétrica atual. O seu uso pode ser considerado, mas não mandatório, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior.

Assistência ao recém-nascido (RN)

Importante ressaltar que o clameamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas, além das outras já mencionadas, irá contribuir, a curto e longo prazo, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê, e prevenir a morbidade e a mortalidade materna e neonatal.

[...] (BRASIL, 2014, p.41 – 42).

A publicação do Ministério da Saúde, Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, cita a Manobra de Kristeller ou similar: “pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo”, como claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada (BRASIL, 2001).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências, determina em seu Anexo I:

[...]

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

[...]

II - ATENÇÃO AO PARTO - Ações e procedimentos:

1. Acolher e examinar a parturiente.
2. Chamar a gestante pelo nome e identificar os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.
3. Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas.
4. Desenvolver atividades educativas visando à preparação das gestantes para o parto, amamentação do RN e contracepção pós-parto.
5. Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário.
6. Garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher.

[...]

11. Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto:
- utilizar partograma para registro da evolução do trabalho de parto;



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

- realizar teste rápido anti-HIV, com consentimento verbal da mulher, quando o teste anti-HIV não tiver sido realizado no pré-natal;
 - oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto;
 - respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto;
 - respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
 - fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
 - permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
 - estimular posições não-supinas durante o trabalho de parto;
 - oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto;
 - executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente;
 - promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa);
 - implementar manejo ativo do terceiro período do parto com administração profilática de ocitocina;
 - verificar contratilidade uterina;
 - examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares;
 - avaliar o canal de parto: sangramento, lacerações;
- [...]
12. Assistência qualificada ao recém-nascido.
- [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

As Portarias citadas corroboram a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 36, de 3 de julho de 2008, da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal públicos e privados:

- [...]
- 5.6 Processos Operacionais Assistenciais
- 5.6.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- 5.6.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.
- 5.6.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e base científica comprovada.
- 5.6.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.
- 5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:
- 5.6.5.1 ambiente confortável para espera;
- 5.6.5.2 que toda mulher receba atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;
- [...]
- 5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:
- 5.6.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;
- 5.6.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;
- 5.6.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

5.6.6.6 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

[...]

5.6.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

[...] (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008).

Observamos que não faltam referências técnicas sobre os procedimentos necessários à humanização do atendimento à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido publicadas pelo Ministério da Saúde, competente no aspecto legal¹ em relação à sua aplicação nos serviços de saúde públicos e privados.

No que diz respeito à competência e respaldo legal do Enfermeiro para o acompanhamento do trabalho de parto e realização do parto normal sem distócia, o Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, estabelece:

[...]

Art. 8º Ao enfermeiro incumbe:

I privativamente:

[...]

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II como integrante da equipe de saúde:

[...]

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém nascido;

¹ SILVA, De Plácido e. Vocabulário jurídico. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Priscila Pereira Vasques Gomes. 30 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013. p. 831, 1061, 1222. [...]LEI. No conceito jurídico, dentro de seu sentido originário, é a regra jurídica escrita, instituída pelo legislador, no cumprimento de um mandato, que lhe é outorgado pelo povo.[...] Corresponde a esse sentido a perfeita definição do insigne Clóvis Beviláqua: "A ordem geral obrigatória que, emanando de uma autoridade competente reconhecida, é imposta coativamente à obediência de todos". [...] Portaria. Na linguagem do Direito Administrativo, assim se denomina todo documento expedido pelos chefes ou superiores hierárquicos de um estabelecimento ou repartição, para que por ele transmita a seus subordinados as ordens de serviço ou determinações, que sejam de sua competência. [...] A função e o valor das portarias são estritos à competência da autoridade administrativa que a expede. [...] Resolução. No conceito do Direito Administrativo, é a deliberação ou a determinação. Indica, assim, o ato pelo qual a autoridade pública ou o Poder Público toma uma decisão, impõe uma ordem ou estabelece uma medida.[...] nesta razão, as resoluções entendem-se sempre atos de autoridade. E, em regra, dizem respeito a questões de ordem administrativa ou regulamentar.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

[...]

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

Art 9º Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetiz 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 providências até a chegada do médico;

III realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária [...] (BRASIL, 1986; 1987).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN nº 223, de 03 de dezembro de 1999, dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal:

[...]

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem Distocia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetiz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetiz, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência a Saúde da Mulher, além das atividades constantes do artigo 2º, compete ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;

c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;

d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98;

e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta [...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999).

A Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o procedimento "parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra" e tem como finalidade principal reconhecer a



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Ministério da Saúde oferece suporte à atuação da Enfermeira Obstétrica, para o atendimento ao parto normal nos Centros de Parto Normal (CPN), por meio da Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece como dever do profissional na Seção I, no Art. 12, assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. No Art. 13, avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O Enfermeiro deve oferecer apoio físico e empático, realizando abordagem não farmacológica para alívio da dor, colocando o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da gestante e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos. As(os) enfermeiras(os) obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, na empatia, na intersubjetividade, no envolvimento, no vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

3. Da Conclusão

Neste sentido, a atuação de Enfermeiros quanto à adoção de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), corroboradas pelo Ministério da Saúde, são determinadas por Leis, por Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde, assim como pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Resolução do Conselho Federal de Enfermagem.

O Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde na assistência integral à mulher, deve usar seu conhecimento técnico-científico atrelado aos preceitos éticos de compromisso com a profissão e com a vida humana, proporcionando assistência digna e com qualidade, além da qualificação do profissional.

Cabe ressaltar que a atuação do Enfermeiro está diretamente vinculada à Instituição, que deve aderir as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento provendo rotinas, instalações e equipamentos que favoreçam o cuidado e ofereçam condições para que os profissionais de saúde efetivem essa assistência humanizada.

É o parecer.

Referências

BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. N. CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.

BRASIL. Lei nº 7.498, 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/leis/1986/l7498.htm>>



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde. 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico do pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde,



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2815 de 29 de maio de 1998. Incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o procedimento parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 985 de 5 agosto de 1999. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-570.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.067 – GM, de 4 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2014.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 223 de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf >. Acesso em: 22 jul. 2014.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. N. CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. N. CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.l.], v.13, p. 595 - 602, 2009.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 7, 2012. Art. N. CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.

SCHEEPERS, H. C.; ESSED, G. G.; BROUNS, F. Aspects of food and fluid intake during labor. Policies of midwives and obstetricians in the netherlands. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Amsterdam, v. 78, n. 1, p. 37-40, may. 1998.

SILVA, De Plácido e. Vocabulário jurídico. Atualizadores: Nagib Slaibi Filho e Priscila Pereira Vasques Gomes. 30 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, issue 2, 2012. Art. No. CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.

São Paulo, 31 de Julho de 2014.

Câmara Técnica de Atenção à Saúde



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Relatora
Ms. Simone Oliveira Sierra
Enfermeira
COREN-SP 55.603

Revisor
Dr. Alessandro Lopes Andrighetto
Enfermeiro
COREN-SP 73.104

Aprovado em 29 de outubro de 2014 na 50ª Reunião da Câmara Técnica.

Homologado pelo Plenário do COREN-SP na 904ª Reunião Plenária Ordinária.