

6. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Diego Vieira de Mattos¹

Cristiane Vieira Manso de Lima²

Diala de Carvalho Rodrigues Máximo³

Elisângela Euripedes Resende⁴

Maria Eliane Liégio Matão⁵

Nilza Alves Marques Almeida⁶

Valéria Costa Peres⁷

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

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

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 223/1999. Dispõe sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.

Resolução COFEN nº 339/2008. Normatiza a atuação e responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 358/2009. 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.

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.

Resolução COFEN nº 439/2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.

Resolução COFEN nº 0478/2015. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Resolução COFEN nº 516/2016 - Alterada pela Resolução COFEN nº 672/2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix 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 Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

¹ Enfermeiro Obstetra. Doutor. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás. Universidade Federal de Jataí (UFJ);

² Enfermeira Obstetra. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás;

³ Enfermeira Obstetra. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás;

⁴ Enfermeira. Obstetra. Doutora. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Goiás;

⁵ Enfermeira Obstetra. Doutora. Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO);

⁶ Enfermeira Obstetra. Doutora. Universidade Federal de Goiás (FEN/UFJ);

⁷ Enfermeira Obstetra. Mestre.

Resolução COFEN nº 672/2021. Altera a Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetiz 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 estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetiz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

1. INTRODUÇÃO

O parto representa uma transição importante na vida da mulher e da família, devendo ser garantido a eles o direito à assistência humanizada com qualidade, efetividade e segurança.

A inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional de atenção ao parto e nascimento assegura o cuidado humanizado e integral às mulheres e recém-nascidos (RNs). A relevância de sua participação ativa neste contexto está na garantia do cuidado intermitente e holístico e com o mínimo de intervenções.

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam a necessidade da adoção de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, baseadas em evidências científicas. Elas reforçam o parto como um evento natural, no qual a mulher é a protagonista, e necessita de cuidados que, na maioria das vezes, podem ser inteiramente proporcionados pelo profissional enfermeiro durante o acompanhamento do trabalho de parto, parto e nascimento.

Com essa perspectiva, este protocolo tem como objetivo nortear os profissionais de saúde, com ênfase na atuação dos enfermeiros para o cuidado e as ações de gestão dos serviços, a partir do conhecimento baseado em evidências científicas, para atenção ao parto e nascimento. Por isso, foi construído, de maneira prática e objetiva, com textos de rápido acesso e fácil utilização, para auxiliar na atuação do enfermeiro, de forma decisiva e correta, nas situações clínicas, no cotidiano de sua prática assistencial, no ensino ou na pesquisa.

2. ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

2.1. Primeiro Período do Parto – Trabalho de Parto

Este é marcado pelo apagamento e início da dilatação do colo do útero, e finaliza com a dilatação total da cérvix. Este período está dividido em fases para facilitar a comunicação da equipe assistencial entre si e com a gestante, bem como padronizar o acompanhamento pela equipe e facilitar a identificação e desvios de normalidade. A fase de latência consiste na fase inicial, não necessariamente contínua, com presença de contrações uterinas dolorosas e modificação cervical (apagamento e dilatação, de até 4 centímetros). A fase ativa, identificado pelo trabalho de parto estabelecido, inicia-se com a dilatação cervical progressiva, a partir de 4 centímetros e com presença de contrações uterinas regulares. Normalmente, a duração do trabalho de parto ativo em primíparas varia de 8 a 18 horas e das múltiparas de 5 a 12 horas (BRASIL, 2017).

Recomenda-se a admissão da gestante em trabalho de parto estabelecido, ou seja, com 4cm ou mais de dilatação cervical e contrações uterinas regulares (BRASIL, 2017). O primeiro atendimento da parturiente, antes da admissão, será realizado pelo enfermeiro, que promoverá o acolhimento e fará a classificação de risco obstétrico, conforme Fluxograma I (ver no final deste capítulo). Ao ser admitida no Centro de Parto Normal (CPN) ou no pré-parto, a parturiente será acompanhada e assistida pelo en-

fermeiro obstétrico. Neste período, recomenda-se registrar as contrações uterinas e pulso materno a cada 1 hora, temperatura e pressão arterial, a cada 4 horas, toque vaginal, a cada 4 horas ou, se houver alguma sugestão de alteração do progresso de parto ou até desejo da mulher, abertura do partograma, conforme recomendações da OMS ou equivalente, frequência da diurese e perdas vaginais. - Fluxograma II (ver no final deste capítulo) (BRASIL, 2017).

Técnicas não farmacológicas de alívio à dor da parturiente

As Técnicas Não Farmacológicas (TNF), ou tecnologias não invasivas do cuidado obstétrico têm como objetivo o alívio da dor da parturiente para garantia de sua participação como agente ativo no parto e, de sua satisfação no processo de parturição. Tem caráter não invasivo e a sua utilização depende de uma decisão compartilhada entre a parturiente e o profissional de saúde. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro conheça a aplicação das TNF, descritas abaixo, para a promoção de assistência humanizada na atenção ao manejo da dor do parto (HODNETT *et al.*, 2007; NASCIMENTO *et al.*, 2010; BRASIL, 2017).

- **Deambulação:** ativar o trabalho de parto e favorecer a descida e rotação do feto (HODNETT *et al.*, 2007; WHO, 2018);
- **Alternância de posição:** aliviar a fadiga, aumentar o conforto, favorecer a circulação sanguínea e a adaptação da parturiente as mudanças anatômicas e fisiológicas (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006; WHO, 2018);
- **Posição vertical:** melhorar o padrão das contrações uterinas e, com isso, as trocas materno-fetais e a descida do feto devido à ação da gravidade, e assim, reduzir o uso de fármacos (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006; DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008; WHO, 2018);
- **Posição lateral:** favorecer a circulação útero placentária, o padrão rítmico do BCF e o descanso a parturiente, quando ela não deseja andar (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002);
- **Bola Suíça:** Equipamento que estimula a posição de cócoras, facilitando a abertura do diâmetro pélvico, a rotação e descida fetal. Promove a posição vertical, movimentação, mobilidade pélvica, massagem perineal, descida e rotação do feto durante o trabalho de parto. Auxilia no conforto e alívio da dor (SILVA, 2010; WHO, 2018);
- **Bamboleio ou balanço pélvico:** ativar o trabalho de parto, favorecer a descida e rotação do feto e liberar endorfinas. Quando a mulher se deixa guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para trás, de um lado para o outro, ou em movimentos circulares (ODENT, 2000);
- **Massagens:** técnica de estimulação sensorial caracterizada pelo toque sistêmico. Tem o potencial de promover alívio da dor e relaxamento durante o contato físico com a parturiente, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (CHANG *et al.*, 2002);
- **Banho de imersão e chuveiro:** a água morna promove vasodilatação periférica com relaxamento muscular e alívio da dor, conforto e relaxamento com diminuição de adrenalina e aumento de ocitocina e endorfinas. É indicado na fase ativa do TP (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009; WHO, 2018).
- **Técnicas de respiração e de relaxamento:** visam promover melhor oxigenação para o útero e o feto e a redução dos desconfortos, da dor e do estresse da parturiente (ALMEIDA *et al.*, 2004; WHO, 2018);
- **Acompanhante:** familiar e/ou acompanhante qualificado (doula): respaldada pela Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005). Favorece suporte contínuo e precoce e a redução da necessidade de analgesia e parto operatório (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011);
- **Ambiente acolhedor, aromaterapia e musicoterapia:** promove maior grau de satisfação materna (HODNETT *et al.*, 2007; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

2.2. Segundo Período do Parto – Expulsão do Feto

O segundo período do parto deverá ser definido como fase inicial ou passiva: dilatação total do colo, sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e, a cabeça do feto, ainda relativamente, alta na pelve; fase ativa: dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo, após a confirmação da dilatação completa do colo do útero, na ausência das contrações de expulsão. Fluxograma III (ver no final deste capítulo) (BRASIL, 2017; REZENDE, 2017).

O tempo de expulsão do feto irá depender da eficiência da contratilidade uterina e da proporção cefalopélvica, caso a parturiente apresente dilatação total. No entanto, sem puxos voluntários, esta deverá ser reavaliada em 1 hora para identificação da fase do segundo período. A distribuição dos limites de tempo, encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto, é variável. Em primíparas: cerca de 30 minutos e 2,5 horas, sem peridural e, 1 e 3 horas, com peridural e, múltiparas: até 1 hora, sem peridural e 2 horas, com peridural (BRASIL, 2017).

Caso a fase ativa do segundo período do trabalho de parto ultrapasse a duração de 1 hora na nulípara e 30 minutos na múltipara, deve-se suspeitar de prolongamento deste período. Diante dessa suspeita, a vigilância materna e fetal deve ser realizada entre 15 e 30 minutos (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Recomenda-se estimular a parturiente a adotar posições verticais e que acharem mais confortáveis, incluindo as posições de cócoras, quatro apoios, lateral, entre outras, assim como movimentos que mobilizam a pelve, a fim de facilitar o progresso do período expulsivo (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Os puxos dirigidos devem ser evitados. Se os puxos espontâneos forem ineficazes, deve-se oferecer alternativas à mulher, tais como mudanças de posição, a prática de exercícios para estimulação do trabalho de parto, suporte emocional e encorajamento. A Manobra de Kristeller não deve ser realizada (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Em casos de prolongamento do segundo período, deve-se fornecer à parturiente apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia. Caso as contrações se mantenham ineficazes, deve-se solicitar a avaliação de um médico obstetra e considerar a realização de amniotomia, se as membranas estiverem íntegras, e/ou uso de ocitocina (BRASIL, 2017).

A massagem perineal não é recomendada. Considerar a aplicação de compressas mornas no períneo. Não se deve realizar a episiotomia de rotina, mas, se necessário, optar pela Episiotomia Médio Lateral Direita (EMLD), assegurando a analgesia efetiva antes do procedimento (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

2.3. Terceiro Período do Parto – Dequitação

O terceiro período é delimitado desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta e demais anexos. É necessário manter vigilância nesse período quanto aos sinais vitais, perda sanguínea, contração uterina e condição geral da mulher – aparente e relatada (BRASIL, 2017; REZENDE, 2017).

O manejo do terceiro período pode ocorrer de forma passiva (fisiológico), ou ativa (conduzido) Fluxograma IV (ver no final deste capítulo). Na primeira condição, deve acontecer a expulsão fisiológica da placenta, sem esforço materno; clampar o cordão em momento oportuno, exceto em casos de necessidade de reanimação neonatal; sem uso rotineiro de uterotônico. Na segunda condição, deve ser este o mais recomendado pela OMS. Após a expulsão da placenta e das membranas, deve-se verificar a sua integridade (BRASIL, 2017).

Em caso de hemorragia, retenção placentária ou qualquer outro fator de risco, deverá ser solicitado a presença do médico obstetra, providenciar acesso venoso calibroso e, informar puérpera e acompanhante sobre possíveis procedimentos que poderão ser realizados.

Em todos os casos, deve-se evitar a separação entre mãe e filho e, mediante evolução fisiológica, deve-se estimular o contato, pele a pele, logo após o parto e a amamentação, na primeira hora de vida.

2.4. Quarto Período do Parto – Período de Greenberg

Avaliar a presença, o grau (primeiro, segundo terceiro e quarto) e, a localização de laceração. Diante de laceração de primeiro grau, não é necessário realizar sutura, se as bordas estiverem próximas e sem sangramento. Caso seja necessário realizar a sutura, esclarecer à mulher que será preciso bloqueio anestésico local. Na existência de laceração no músculo perineal, realizar o exame retal. Solicitar à equipe assistencial que providencie posicionamento confortável e boa iluminação para visualização completa da região genital da mulher.

O profissional, que assiste ao parto e nascimento, deverá monitorar os sinais vitais a cada 30 minutos, o sangramento vaginal, a contração uterina fixa e as condições emocionais da puérpera. Caso haja sangramento aumentado, realizar a revisão completa do canal de parto para identificar possíveis lacerações e promover os cuidados no local. A seguir, descrever o parto, procedimentos realizados e prescrição de enfermagem no prontuário. Fluxograma V (ver no final deste capítulo) (BRASIL, 2017).

3. CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

A assistência imediata ao RN deverá ser prestada por profissional capacitado, preferencialmente por pediatra/neonatologista ou, por enfermeiro obstetra/neonatal, desde o início do trabalho de parto até o seu encaminhamento ao Alojamento Conjunto com a mãe ou à Unidade Neonatal (BRASIL, 2014).

A temperatura ambiente, ideal da sala de parto, deve estar a 26°C para melhor manutenção da temperatura corpórea do RN. O material necessário para reanimação neonatal deverá estar disponível na sala, em local de fácil acesso, e ser preparado e testado antes do nascimento (BRASIL, 2011; SBP, 2022).

Logo após o nascimento, estando o RN com boa vitalidade, colocá-lo em contato direto com a pele da mãe por, no mínimo, uma hora, em uma posição segura que permita respiração adequada, além de cobri-lo (cabeça, tronco e membros), com campo seco e aquecido para evitar hipotermia. Da mesma forma, a amamentação, na primeira hora de vida, deve ser estimulada como conduta favorável à manutenção do aleitamento materno e vínculo entre mãe-filho (BRASIL, 2011a).

Deve-se realizar o cálculo do índice de Apgar, no primeiro e no quinto minuto em todos os casos e, avaliar as condições do RN (frequência cardíaca, respiração e tônus); no entanto, estes não devem ser os únicos critérios para iniciar manobras de reanimação neonatal, mas sim para avaliação da resposta às manobras realizadas (SBP, 2022).

Recomenda-se evitar a aspiração orofaríngea e nasofaríngea de rotina em RNs saudáveis, devendo estar reservada apenas para casos de obstrução por acúmulo de secreção (SBP, 2022).

O clampeamento do cordão umbilical deverá ser realizado após cessar a pulsação ou, no mínimo, 3 minutos após o nascimento, exceto nos casos em que for avaliada a necessidade de reanimação (BRASIL, 2011b; 2016).

A assistência imediata, na sala de parto, deverá ser planejada e, no local, devem estar disponíveis recursos para ressuscitação cardíaca e transferência do RN, se necessário (BRASIL, 2011; SBP, 2022). Se houver mecônio, em quantidade significativa, e que comprometa a sua vitalidade, a reanimação deverá ser iniciada por profissional habilitado, conforme as Diretrizes de Reanimação Neonatal (BRASIL, 2011; SBP, 2022).

Qualquer intervenção a ser realizada com o RN deverá, primeiramente, ser informada aos pais. Recomenda-se que o banho não seja realizado nas primeiras horas de vida para manter a estabilidade térmica do neonato, exceto nos casos em que apresentar Líquido Amniótico Meconial, mãe diagnosticada com Hepatites virais e HIV, o banho deverá ser realizado, imediatamente, após o nascimento, em água corrente (BRASIL, 2011; SBP, 2022).

Prioriza-se a utilização, em todos os RNs, da profilaxia de oftalmia neonatal, considerando que o tempo de administração poderá ser ampliado por até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se que todos os RNs recebam a vitamina K, a fim de evitar a doença hemorrágica (BRASIL, 2016).

Em casos de RNs graves, todos os cuidados serão prestados após sua estabilização na sala de parto, sendo exigido reavaliação do RN pelo pediatra/neonatologista após o parto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção ao parto e nascimento requer atualização constante de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, para garantia de qualidade, efetividade e segurança à mulher, ao seu filho e à família.

Um dos instrumentos de aprimoramento importantes para atualização dos profissionais de saúde são os protocolos. Eles podem nortear os cuidados e as ações de gestão dos serviços de saúde e, ainda garantir a sistematização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M. *et al.* Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo de parturição. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 292-298, dez. 2004.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/10/portaria2068.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 320 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://goo.gl/ZhsG6p>. Acesso em: 25 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 25 mai. 2022.

CHANG, M. Y.; WANG, S. Y.; CHEN, C. H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, England, v. 38, n. 1, p. 68-73, abr. 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 0516/2016**. Normatiza a 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 outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 25 mai. 2022

DAVIM, R. M. B. *et al.* Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p.600-609, ago. 2008.

HODNETT E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007.

ICSI. Institute for Clinical Systems Improvement. Management of labor. **Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2007.** Disponível em: https://www.icsi.org/_asset/br063k/LaborMgmt.pdf. Acesso em: 25 mai. 2022

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MAZONI S. R.; FARIA D. G. S.; MANFREDO V. A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 40-44, jan./mar. 2009.

NASCIMENTO, N. M. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, set. 2010.

ODENT, M. A. **Cientificação do amor.** Tradução Talita Gevaerd de Souza. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.

REZENDE, M.; MONTENEGRO, K. **Obstetrícia fundamental**, 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

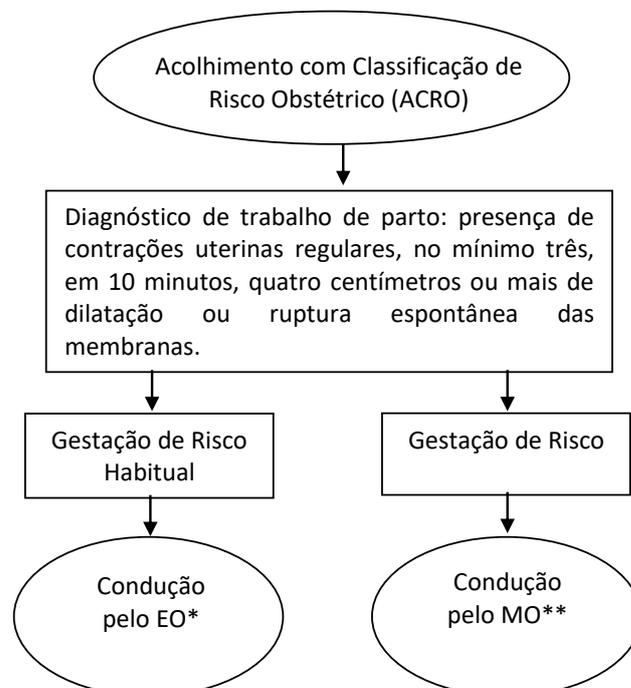
SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal [homepage on the Internet]. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: **Diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/junho/06/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNigualMaior34semanas-MAIO2022a.pdf. Acesso em: 16 mai. 2022.

SILVA L. M. **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos de São Paulo.** 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-87, jan./mar. 2011.

WHO - World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA-3D2?sequence=1>. Acesso em: 25 mai. 2022.

FLUXOGRAMA I. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO (ACRO)

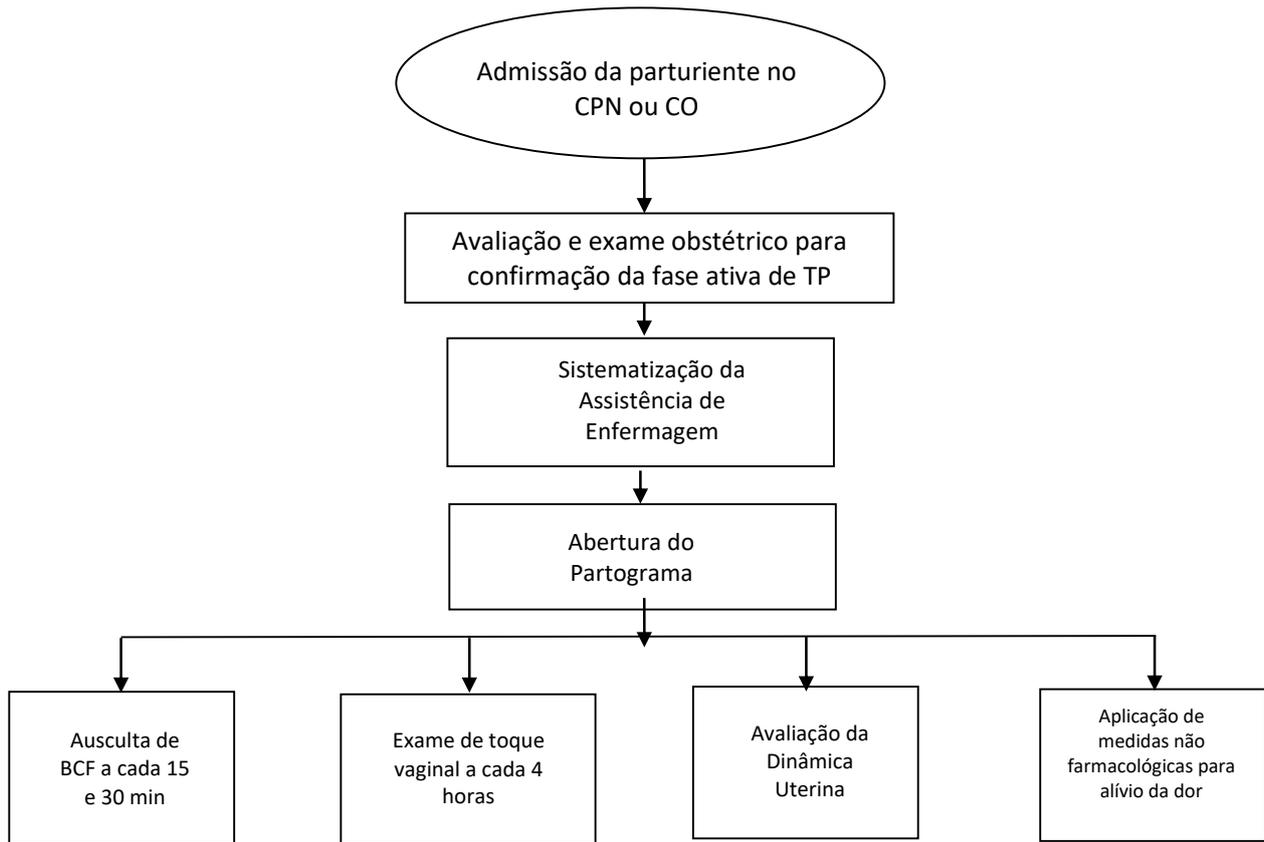


Fonte: Elaborado pelos autores (2017) e adaptado do ICSI (2007) e COREN-GO (2017).

*EO – Enfermeiro Obstétrico

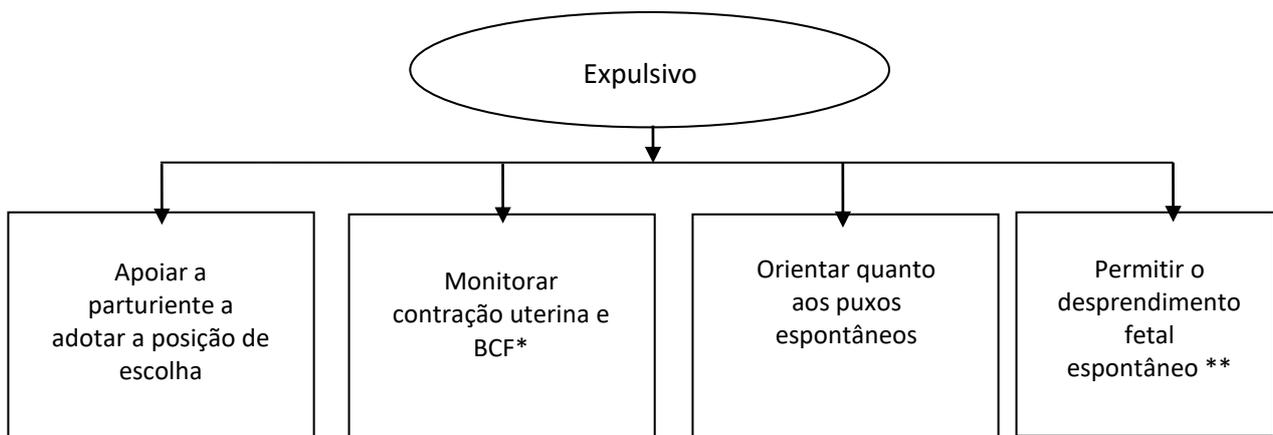
**MO – Médico Obstetra

FLUXOGRAMA II. ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO



Fonte: Elaborado pelos autores (2017), adaptado de COREN-GO (2017).

FLUXOGRAMA III. ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO – EXPULSIVO

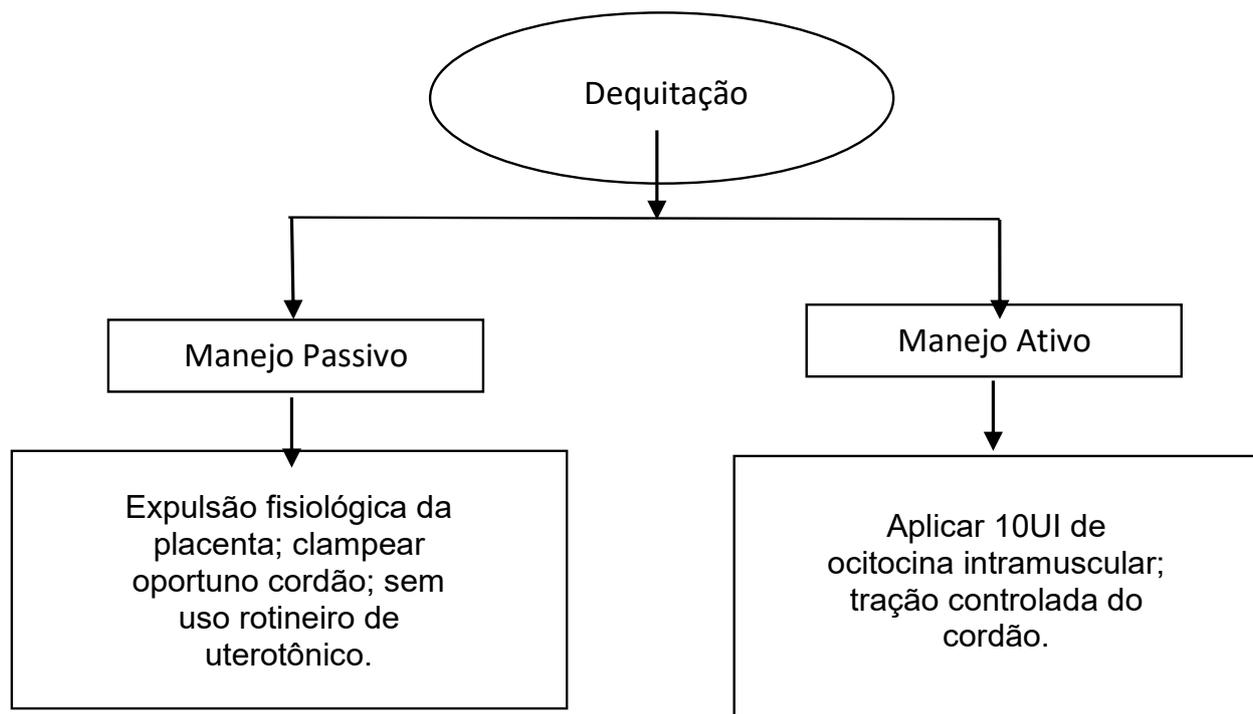


*Nesta fase, é recomendada ausculta do BCF a cada contração uterina;

**Em caso distocia, solicitar a presença do médico, e adotar manejo, de acordo com sua competência técnica.

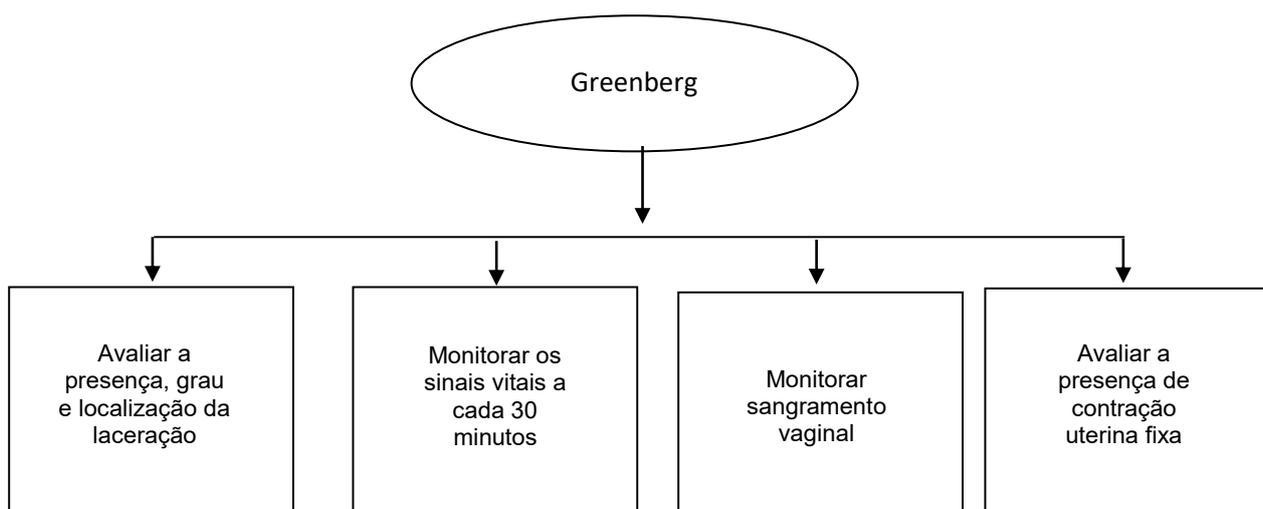
Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Brasil (2017); COREN-GO (2017).

FLUXOGRAMA IV. ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO – DEQUITAÇÃO



Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Brasil (2017); COREN-GO (2017).

FLUXOGRAMA V. ASSISTÊNCIA AO QUARTO PERÍODO DO PARTO – GREENBERG



Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Brasil (2017); COREN-GO (2017).