



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**  
Rua Floriano Peixoto, nº 2021 – José Bonifácio – CEP: 60.025-131 Fortaleza – Ceará  
Fone: (85) 3230-3080- Fax: (85) 3221.6929  
E-mail: cremec@cremec.org.br

## **PARECER CREMEC N.º 11/2015**

23/11/2015

**PROCESSO-CONSULTA** Protocolo CREMEC nº 5118/2015

**ASSUNTO:** Interface Enfermagem e Obstetra na Assistência ao Parto Normal

**INTERESSADO:** Grupo de Médicos do Corpo Clínico de um Hospital do Município de Fortaleza

**PARECERISTA:** Cons. Helvécio Neves Feitosa

**EMENTA:** De acordo com a legislação pátria, o(a) enfermeiro(a) pode prestar assistência ao parto enquanto integrante de uma equipe de saúde, e não privativamente, o que pressupõe a supervisão do médico. Na ausência do médico no momento do parto, os profissionais com diploma de enfermeiro(a) obstétrico(a) ou certificado de obstetrix deverão estar habilitados à identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico. A assistência ao parto deve ser norteadas pelas melhores evidências científicas. Conflitos entre profissionais devem ser resolvidos em âmbito administrativo. Na assistência ao parto, que pode ser compartilhada entre médicos e enfermeiros(as), cada profissional responderá junto às instâncias competentes pelo que fez ou deixou de fazer.

### **DA CONSULTA**

Um grupo de médicos do Corpo Clínico de um hospital do município de Fortaleza protocolizou solicitação de Parecer deste egrégio Conselho Regional de Medicina, sob nº 5118/2015, nos seguintes termos:

*“Nós Médicos do Corpo Clínico do Hospital (...) nos dirigimos a este Conselho, para solicitar Parecer quanto à responsabilidade do profissional Médico e do profissional de Enfermagem, perante a Assistência ao Parto no Hospital. Desejamos saber também se com a ausência do Médico Obstetra a “Enfermeira Obstetra” pode assumir o controle da Sala de Parto. Desde que o Governo vem estimulando a todo custo o Parto Normal e a implantação do Projeto Rede Cegonha em nosso Serviço, as Enfermeiras Obstetras têm se comportado de maneira não usual, gerando conflitos e desconfortos com a equipe Médica. Citamos como exemplo: desobediência de*



*ordem verbal e escrita, questionar conduta médica diante de paciente, realização de partos e não comunicação ao plantonista, não chamar a Neonatologista para assistência ao recém-nascido; retirada das pernas da mesa de parto (conduta unilateral) prejudicando exame ginecológico de pacientes que chegam à emergência, e necessitam de avaliação, e na própria assistência ao parto na posição de litotomia. Portanto, para que fiquem mais bem esclarecidas as responsabilidades de cada profissional, e que volte a reinar a harmonia na equipe, pedimos que nos respondam o mais breve possível. (...)*

## **DO PARECER**

A Lei Federal nº 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, estabelece que:

*Art. 6º São enfermeiros:*

*(...)*

*II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;*

*III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;*

*(...)*

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

*I - privativamente:*

*(...)*

*II - como integrante da equipe de saúde:*

*(...)*

*g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;*

*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.*

A Lei Federal nº 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, estabelece que:

*(...)*

*Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.*

*Art. 4º São atividades privativas do médico:*

*(...)*

*II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;*

*(...)*



§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

(...)

Art. 5º São privativos de médico:

(...)

II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;

Outro aspecto a ser abordado diz respeito à assistência ao parto, com base nas melhores evidências científicas, o que tem mudado alguns paradigmas do passado. A assistência humanizada ao parto foi motivo de consenso, em 1995, entre entidades nacionais e internacionais: FEBRASGO, UNICEF, OPAS e Ministério da Saúde. De acordo com os novos conceitos de assistência ao parto, os profissionais da área necessitam de capacitação e reciclagem constantes. Por seu turno, as instituições deverão disponibilizar condições adequadas para que essas parturientes e seus familiares tenham uma assistência dentro do que se nomina de humanização, ou seja, num ambiente acolhedor, com estabelecimento de empatia entre a equipe assistencial e a parturiente/família. Nesta perspectiva, prioriza-se a necessidade de contato humano (assistência humanizada), informação, competência técnica baseada na melhor evidência disponível, segurança e participação da paciente nas decisões sobre as medidas diagnósticas e terapêuticas que lhe dizem respeito, possibilitando aos profissionais da área da saúde refletirem sobre essas práticas.

No contexto das melhores evidências científicas, vejamos algumas das novas orientações com relação ao primeiro período do parto (dilatação):

1. Dieta: na assistência ao parto normal, o jejum não é recomendado nas parturientes de baixo risco; nas de alto risco, não há evidências suficientes também para a sua recomendação (Grau de Recomendação A)
2. O enema e a tricotomia não são recomendados (A);
3. Deambulação: deve ser encorajada, mesmo na analgesia de parto. A mulher deve procurar a posição mais confortável (A);
4. Punção venosa e infusão de líquidos: não recomendado (A);
5. Partograma: recomendado, particularmente em países de baixa renda (A);
6. Monitorização da vitalidade fetal: ausculta fetal intermitente é recomendada, enquanto a cardiotocografia intraparto deve ser desencorajada (A). Recomenda-se uma ausculta intermitente nas parturientes de baixo risco a cada 15 a 30 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo (D);
7. Manejo ativo do trabalho de parto: não deve ser realizado de rotina (A);
8. Alívio da dor:
  - a) métodos não farmacológicos: hipnose, acupuntura e imersão em água podem ser utilizados para alívio da dor no trabalho de parto (A). Audioanalgesia, aromaterapia, massagem e relaxamento: não há evidências para sua recomendação (A). Biofeedback: não há evidências para sua recomendação (D).



Serviço Público Federal

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**

Rua Floriano Peixoto, nº 2021 – José Bonifácio – CEP: 60.025-131 Fortaleza – Ceará

Fone: (85) 3230-3080- Fax: (85) 3221.6929

E-mail: cremec@cremec.org.br

- b) métodos farmacológicos: analgesia peridural e a técnica combinada são eficazes no alívio da dor no trabalho de parto, sem efeitos desfavoráveis para a mãe e o neonato (A).
- 9. Suporte contínuo no trabalho de parto: recomendado (A).
- 10. Avaliação do risco do parto: avaliar o risco da gestante pelo médico, enfermeira ou parteira, no início e durante todo o trabalho de parto (D).
- 11. O parto na sala PPP (pré-parto, parto e pós-parto) associa-se à redução de intervenções médicas e maior taxa de satisfação materna.

Com relação à assistência ao segundo período do parto (expulsivo), a conduta ideal a ser adotada deve ter por base o balanço entre a probabilidade de ter um parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados (B). A duração normal do período expulsivo está para ser determinada. Aceita-se, atualmente, como sendo de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em múltíparas com analgesia e uma hora em múltípara sem analgesia (D). Estudos bem desenhados para validar estes pontos de corte, que representam mudança de paradigma, ainda não estão disponíveis. Estudos observacionais demonstraram que a duração do período expulsivo não se associou com aumento do risco neonatal em primíparas. Porém, a duração igual ou superior a três horas elevou a morbidade materna (corioamnionite, endometrite, lacerações perineais e hemorragia pós-parto), além do risco de cesariana e parto instrumental (B). Em múltíparas, houve aumento tanto da morbidade materna como das complicações neonatais (B).

Ainda no segundo período do parto, as posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se com redução da duração do referido período, redução das anormalidades da frequência cardíaca fetal, redução de relatos de dor de grande intensidade e de episiotomias. Ocorreu, entretanto, maior perda de sangue estimada, mas sem repercussões clínicas significativas. A recomendação atual é que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências favorecendo as posturas não-supinas (A). A imersão em água durante o período expulsivo do trabalho de parto aumentou o registro de satisfação por parte das pacientes no que diz respeito aos puxos (A). Há necessidade de avaliar a morbidade materna e neonatal associada à imersão em água.

Os esforços expulsivos maternos (puxos) podem ser orientados ou não. Os puxos podem ser precoces (ao se completar a dilatação) ou tardios (quando a parturiente sente vontade de fazer força). A orientação dos puxos precoces reduz a duração do período expulsivo, porém aumenta os riscos de parto instrumental e podem acarretar lesão do assoalho pélvico.

A avaliação da vitalidade fetal no segundo período do parto deve ser feita pela ausculta intermitente durante e após uma contração, por pelo menos um minuto, a cada cinco minutos (D).

Há evidências científicas de que a episiotomia de rotina não é necessária (A) e que pode ser prejudicial. A episiotomia seletiva (com indicação precisa) associa-se a menos trauma perineal grave, menor necessidade de



Serviço Público Federal

**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC**

Rua Floriano Peixoto, nº 2021 – José Bonifácio – CEP: 60.025-131 Fortaleza – Ceará

Fone: (85) 3230-3080- Fax: (85) 3221.6929

E-mail: cremec@cremec.org.br

suturas, menos complicações na cicatrização e menos trauma perineal anterior. Um ensaio clínico randomizado inglês orientou que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, não havendo associação com riscos maternos ou neonatais (D). A episiotomia tem o seu papel em indicações maternas ou fetais, como evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis.

Com relação à proteção perineal, várias técnicas têm sido propostas, incluindo massagem intraparto, técnica de flexão, manobra de Ritgen, uso de compressas mornas, dentre outras. Sugere-se que a técnica de flexão e a manobra de Ritgen não devem ser usadas porque agem contra o mecanismo normal do trabalho de parto (D). Revisão sistemática não evidenciou qual a melhor manobra para prevenir o trauma perineal. A recomendação é que a decisão de se usar ou não essas técnicas deve ser tomada de forma compartilhada entre as mulheres e seus obstetras. Evitar a episiotomia desnecessária e o parto instrumental são fatores contribuintes para a integridade perineal.

Diversas pesquisas têm demonstrado os benefícios do clameamento tardio do cordão umbilical. A espera de pelo menos dois minutos promove uma transferência adicional de 20 a 30mL/Kg de sangue da placenta para o recém-nascido e associa-se com benefícios perinatais, extensivos à infância: melhora do hematócrito e da concentração de ferritina, com redução do risco de anemia.

O terceiro período do parto (que se inicia com o nascimento e finda com o delivramento placentário) é considerado prolongado se não se completar com 30 minutos, ao se adotar conduta ativa, e 60 minutos com conduta expectante (D). A drenagem espontânea do cordão umbilical (não clampear a extremidade materna) associa-se com a redução do terceiro estágio em torno de seis minutos e significativa redução de retenção placentária (A). O uso de ocitocina é efetivo em reduzir a hemorragia pós-parto maior que 500ml (A). Administrar 10 UI de ocitocina após o nascimento ou delivramento em partos hospitalares e/ou com fatores de risco para hipotonia uterina e hemorragia pós-parto.

Não há evidências de efeitos benéficos da revisão manual da cavidade uterina pós-parto, mesmo em casos de cesárea prévia (C). A revisão da cavidade e do trajeto devem ser realizadas com indicações específicas, como no caso de hemorragia não relacionada à hipotonia uterina. Fazer revisão da placenta e membranas para afastar a possibilidade de restos dos anexos (D).

## **PARTE CONCLUSIVA**

Temos o entendimento de que os conflitos envolvendo os profissionais médicos e de enfermagem são de natureza puramente administrativa, a serem resolvidos no âmbito da instituição, não cabendo a este Conselho Regional de Medicina intromissão em questões de tal jaez.



Conforme entendimento anterior, manifestado no Parecer CREMEC nº 03/2013 (disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2013/par0313.pdf>, acesso em 10/10/2015), da lavra deste parecerista:

*“A Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 (que a regulamenta), estabelecem que a(o) enfermeira(o) pode prestar assistência ao parto **como integrante da equipe de saúde**, e não privativamente. Temos o entendimento, portanto, que há a necessidade do médico na equipe de saúde para que a(o) enfermeira(o) possa desempenhar tal atividade. Apesar da lei e do decreto não especificarem os componentes da equipe de saúde, qual outro profissional de saúde supriria a ausência do médico em tal circunstância? Como a hermenêutica legal deve ser no sentido de dar maior proteção à mãe, ao nascituro e ao recém-nascido, o médico na equipe de saúde é insubstituível neste mister. Na ausência do médico no momento do parto, as profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira(o) Obstétrica(o) deverão estar habilitadas à identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico”.*

A assistência ao parto normal deve ser norteadas pelas melhores evidências científicas, a serem observadas tanto pelos médicos obstetras quanto pelos profissionais de enfermagem.

Devemos lembrar que o Código de Ética Médica, em seu Princípio Fundamental XVII, estabelece que “As relações do médico com os demais profissionais de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente”.

Vale lembrar também que cada profissional tem sua parcela de responsabilidade no atendimento à clientela, que no caso da assistência ao parto, pode ser compartilhada. Em casos de desfecho desfavorável, cada profissional responderá junto às instâncias competentes (hospital, conselhos de Medicina ou de Enfermagem, Justiça) pelo que fez ou deixou de fazer. A apuração de responsabilidades será feita na medida da participação de cada um.

Este é o Parecer, s.m.j.

Fortaleza, 23 de novembro de 2015

Helvécio Neves Feitosa  
Cons. Parecerista

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M.A.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n.11, p.583-91, 2010.

PORTO, A.M.F; AMORIM, M.M.R; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n.10, p.527-37, 2010.