

## **Assistência de enfermagem e implantação dos protocolos de assistência para gestantes de baixo risco no pré-parto**

**Nursing care and implementation of care protocols for low-risk pregnant women in prepartum**

**Atención de enfermería e implementación de protocolos de atención a la gestante de bajo riesgo en el preparto**

Recebido: 06/04/2022 | Revisado: 14/04/2022 | Aceito: 22/04/2022 | Publicado: 26/04/2022

### **Alice Fonseca Pontes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3291-5964>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [alicepontes136@gmail.com](mailto:alicepontes136@gmail.com)

### **Rebecca Silva Gonçalves dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5359-0791>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [rebeccasgs@outlook.com](mailto:rebeccasgs@outlook.com)

### **Mirela Ferreira Pessoa Deodoro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9571-3828>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [mireladeodoro@gmail.com](mailto:mireladeodoro@gmail.com)

### **Thaís Guilherme Santiago Moreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1040-3642>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [thaisgsmoreira@gmail.com](mailto:thaisgsmoreira@gmail.com)

### **Rayanne Menezes Tavares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0507-7766>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [rayanne.menezes@upe.br](mailto:rayanne.menezes@upe.br)

### **Pietra Harrop de Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2218-7182>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [pietraharrop@hotmail.com](mailto:pietraharrop@hotmail.com)

### **Maria Clara Interaminense de Lucena**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0995-5121>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [clarainteraminense@gmail.com](mailto:clarainteraminense@gmail.com)

### **Iane Manuele de Torres Bandeira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4324-0675>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [iane.bandeira@upe.br](mailto:iane.bandeira@upe.br)

### **Emilly Roberta Gonçalves da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3801-0824>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [emilly.roberta@upe.br](mailto:emilly.roberta@upe.br)

### **Ângela Roberta Lessa de Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7753-675X>  
Universidade de Pernambuco, Brasil  
E-mail: [angelalessadeandrade@yahoo.com.br](mailto:angelalessadeandrade@yahoo.com.br)

### **Resumo**

**Objetivo:** identificar na literatura, informações referentes aos protocolos de assistência de enfermagem para gestantes de baixo risco no pré-parto. **Método:** pesquisa bibliográfica de revisão, qualitativa, exploratória, com leitura seletiva, analítica e interpretativa. Com a aplicação dos critérios de inclusão foram encontrados 969 artigos. Com a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 850 destes, por não atender ao tema proposto. Após análise completa dos 119 restantes, 19 artigos foram selecionados para compor esse estudo. **Resultados:** foram encontradas etapas no processo de sistematização da assistência em enfermagem visando atendimento humanizado e autonomia no pré-parto. **Conclusão:** Classificar nossa prática clínica, superando a ideia de enfermagem medicalizada e técnica, são desafios que devem ser enfrentados para que possamos cada vez mais garantir a oferta de cuidados de saúde qualificados.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Obstetrícia; Saúde da mulher.

### **Abstract**

**Objective:** to identify in the literature, information regarding the protocols of nursing care for low-risk pregnant women in prepartum. **Method:** literature review, qualitative, exploratory, with selective, analytical and interpretive reading. With the application of the inclusion criteria, 969 articles were found. After reading the titles and abstracts, 850 of them were excluded, as they did not meet the proposed theme. After a complete analysis of the remaining 119, 19 articles were selected to compose this study. **Results:** steps were found in the process of systematization of nursing care aiming at humanized care and autonomy in pre-delivery. **Conclusion:** Classifying our clinical practice, overcoming the idea of medicalized and technical nursing, are challenges that must be faced so that we can increasingly guarantee the provision of qualified health care.

**Keywords:** Nursing diagnosis; Nursing care; Obstetrics; Women's health.

### **Resumen**

**Objetivo:** identificar en la literatura información sobre los protocolos de los cuidados de enfermería a la gestante de bajo riesgo en el parto. **Método:** revisión de literatura, cualitativa, exploratoria, con lectura selectiva, analítica e interpretativa. Con la aplicación de los criterios de inclusión se encontraron 969 artículos. Después de la lectura de los títulos y resúmenes, 850 de ellos fueron excluidos, por no cumplir con el tema propuesto. Después de un análisis completo de los 119 restantes, se seleccionaron 19 artículos para componer este estudio. **Resultados:** se encontraron pasos en el proceso de sistematización del cuidado de enfermería con el objetivo de humanizar el cuidado y la autonomía en el parto. **Conclusión:** Clasificar nuestra práctica clínica, superando la idea de enfermería medicalizada y tecnificada, son desafíos que deben ser enfrentados para que podamos garantizar cada vez más la prestación de cuidados de salud calificados.

**Palabras clave:** Diagnóstico de enfermería; Cuidado de enfermera; Obstetricia; La salud de la mujer.

## **1. Introdução**

A assistência à mulher no puerpério ainda tem reflexos de uma prática biomédica fragmentada e interventiva, com a mulher alheia a participar de todo o processo (Cheffer et al., 2021). Esse fato se reflete no número excessivo de partos cesáreos que trazem benefícios aos hospitais e médicos, aumentam o volume de negócios, além de serem mais rápidos e previsíveis, ao contrário do que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). 15% do total de partos de um país são partos operatórios, correspondendo a partos presenciais com qualquer distocia. O Brasil continua sendo o país que registra o maior percentual de cesarianas, que correspondem a 52% em 2010, a rede privada chega a 87% e a pública 37%, valores muito acima do recomendado.

A consequência dessa tecnocracia tem refletido negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal que ainda permeiam nossas maternidades (Guerra, 2021). Além disso, o parto é uma experiência única de importância psicológica, que pode deixar marcas positivas ou negativas, dependendo da situação em que a mulher vive. É um processo, além de fisiológico, cheio de significados onde você deve ser o protagonista deste evento.

Nesse contexto, a parteira é um importante mediador para prestar serviços de saúde às gestantes, puérperas, puérperas, bebês e famílias, para promover e preservar a normalidade do processo de parto, a satisfação dos aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais das mulheres. É tal assistência no parto natural que obriga, criando condições mais favoráveis ao parto, viva a ciência, a natureza e a ética e promovendo mudanças de comportamento de acordo com as respostas das mulheres, ou seja, ao parir, pode-se alcançar o maior grau de satisfação (Lima et al., 2021). É importante entender que, no cotidiano, os manuais constituem instrumentos administrativos que objetivam propiciar a dinâmica do trabalho e da prática de enfermagem, administrativo ou operacional, favorecendo a junção de termos.

A prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), novamente a autonomia da profissão, valoriza a implementação de uma assistência metodológica, permite ao enfermeiro desenvolver o seu potencial intelectual, que expressa o momento em que permite ampliar o mecanismo de ação de realização na avaliação do paciente, na tomada de decisões sobre a assistência prestada e no estabelecimento dos parâmetros de qualidade dos resultados. Ao mesmo tempo, o compromisso com a humanização da assistência e uma prática que trabalha com os problemas de saúde da população ocorre por meio da inserção

dos profissionais em seu papel social. Ainda assim, devido à incidência de danos gerados ao paciente durante o processo de assistência à saúde, a OMS e o sistema de saúde buscam melhorar a segurança ao paciente integralmente por meio de protocolos guiando o cuidado ao paciente (Brasil, 2014; Brasil, 2017).

Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem executam funções fundamentais na consulta da gestante no pré-natal, assim como, a indicação das orientações mediante a importância da consulta e exames necessários na gestação. Mediante o exposto, o profissional da enfermagem deve realizar medidas eficazes, resguardando a gestante de negligências, imperícias e imprudências, atuando de forma ética e responsável, para assegurar o nascimento da criança saudável (Lima et al., 2021). Nesse contexto, esse estudo tem como objetivo identificar na literatura, informações referentes aos protocolos de assistência de enfermagem para gestantes de baixo risco no pré-parto.

## 2. Metodologia

Pesquisa de revisão integrativa, qualitativa, exploratória, com leitura seletiva, analítica e interpretativa.

A revisão é um método de pesquisa adequado para investigar amplamente a desenvoltura de um tema. De acordo com Souza et al., (2017) a revisão facilita a integração de estudos experimentais e não experimentais para que seja compreendido o fenômeno estudado. A metodologia tem a finalidade de guiar como os resultados foram adquiridos nas pesquisas sobre determinado tema, de forma clara e ordenada, fornecendo informações amplas (Andrade et al., 2017).

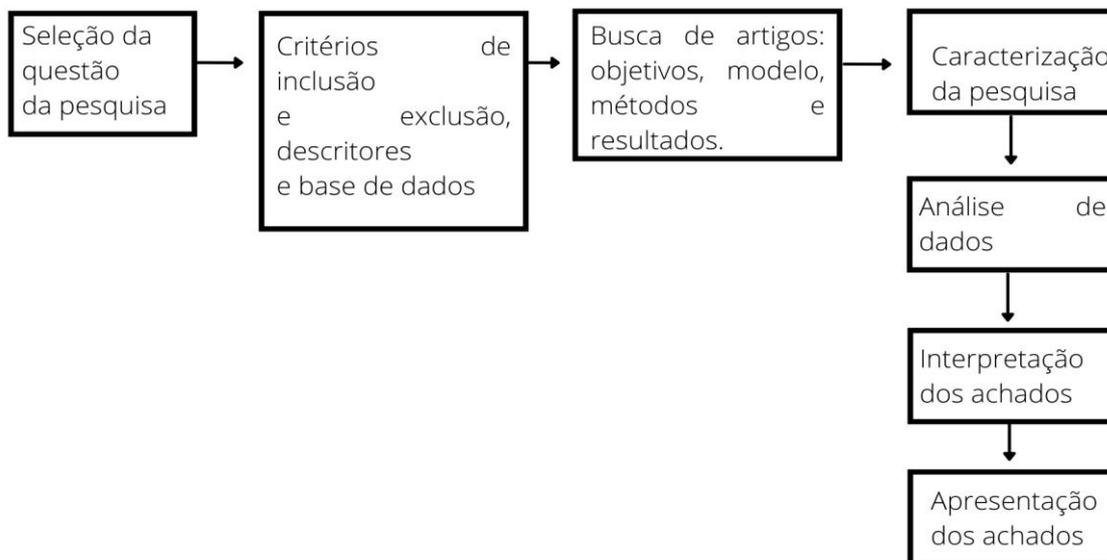
Foi realizado um levantamento de documentos científicos já elaborados, compostos por livros, teses, dissertações e artigos. As buscas foram realizadas nas bases de dados online Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os descritores em saúde: “Diagnóstico de enfermagem”, “Cuidados de enfermagem” e “Obstetrícia”, por meio dos booleanos *AND* e *OR*.

Foram utilizados como critérios de inclusão artigos que estivessem disponíveis no idioma Português, Inglês e Espanhol, datados nos últimos quinze anos e que abordassem a proposta de protocolo de enfermagem para implantação em pacientes de baixo risco. Também houve pesquisa nos manuais técnicos do Ministério da Saúde e nos livros relacionados ao assunto, com o intuito de complementar o material estudado.

Com a aplicação dos critérios de inclusão foram encontrados 969 artigos. Com a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 850 destes, por não atender ao tema proposto. Após análise completa dos 119 restantes, 19 artigos foram selecionados para compor esse estudo.

Após a seleção do texto com o estudo exploratório, realizou-se uma leitura seletiva que significa retornar ao material com finalidades diferentes, mais aprofundadas. Em seguida, foram feitas leituras analíticas e interpretativas a fim de organizar as informações, facilitando a busca de respostas para o problema proposto. Em seguida, abaixo contém a composição de um fluxograma mediante percurso metodológico (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma mediante percurso metodológico utilizado na revisão. Recife, Pernambuco, Brasil.



Fonte: Pontes, et al., (2022).

### 3. Resultados e Discussão

#### Legislação favorável

De acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, prestar assistência à gestante, puérpera e puérpera. Além disso, a evolução e o trabalho de parto e execução do parto sem distocia são monitorados. O obstetra ou parteira responsável pela assistência à mulher e parto vaginal, identificação de distocia obstétrica e adoção de medidas até a chegada do médico e episiotomias e episiorrafia cênica com aplicação de anestesia local.

A resolução nº. 223/99 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece que é de responsabilidade da enfermeira obstetra, além das atividades previstas na lei do exercício profissional, a emissão do laudo de enfermagem para internação hospitalar e a supervisão de clientes em seus cuidados hospitalares até a alta. A Resolução nº 358/99 do COFEN reafirmou que “o processo de enfermagem deve ser realizado de forma deliberada e sistemática em todos os ambientes, públicos ou privados, ou seja, o cuidado profissional de enfermagem”.

#### Trabalho e Entrega

O diagnóstico de trabalho de parto deve ser feito no primeiro contato da paciente e sua família com o serviço de saúde do hospital, para determinar o grau de dilatação e a presença de atividade uterina. Deve-se procurar uma dilatação de 3 cm ou mais e contrações uterinas com frequência de pelo menos três a cada 10 minutos. Segundo Freitas 9, esse é um método diagnóstico presuntivo do trabalho de parto, e traz muita incerteza no período inicial, pois marca o fim da fase latente e o início da fase ativa do trabalho de parto. As fases clínicas do parto são divididas em quatro períodos: dilatação, expulsão, expulsão placentária e primeira hora após o parto.

O parto é o momento da gravidez e do parto em que ocorrem as mudanças orgânicas, físicas e emocionais mais intensas em um curto período de tempo. As visualizações da evolução materna, fetal e do trabalho de parto são feitas por meio de avaliações dos sinais vitais, frequência cardíaca fetal do útero, inspeção dinâmica do períneo e do anel vaginal - a evolução do

colo do útero. O enfermeiro deve estar apto a realizar esse trabalho em todas as suas fases, por outro lado, deve cuidar de um ambiente seguro, ou seja, quando os seguintes requisitos como gravidez de baixo risco, avaliação adequada no curso da evolução do trabalho, a presença de materiais transdisciplinares de rede adequados e a localização pré-definida para encaminhamentos (Cheffer et al., 2021).

### **Classificação de risco e critérios de admissão baixo risco**

Na admissão, deve-se buscar além do diagnóstico de trabalho de parto, identificar possíveis casos de risco materno e perinatal. Portanto, se necessário, pertence a uma avaliação clínica completa, com o histórico detalhado e parâmetros clínicos e laboratoriais, bem como a avaliação obstétrica com o resultado da gravidez com os parâmetros obstétricos e a vitalidade e maturidade do feto (Lima et al., 2021).

A gravidez de alto risco é aquela em que a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido são mais prováveis de serem alcançadas do que a média da população em questão.

Embora existam muitos esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação para discriminar gestantes de alto risco de gestantes de baixo risco, não existem resultados que tenham curado esse problema, além do fato de que existem fatores de risco que devem ser identificadas em gestantes, sendo possível reduzir o aparecimento de fatores complicadores (Lima et al., 2021).

### **Revisão de Riscos dos formulários**

Para a correta realização desta forma, é necessário o arcabouço do conhecimento.

Orientado pelo Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (2012), alguns fatores podem ser identificados e classificados, vale ressaltar que a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de características clínicas preliminares com tecnologia mais avançada, mas indicam na maioria dos casos maior atenção da equipe de saúde dessas gestantes.

Os marcadores e fatores de risco da gravidez presentes na gestação: É importante que a rede de transferência seja por defeito, ou seja, a organização da rede de atenção obstétrica, que abrange todos os níveis de complexidade. Essas ações são recomendadas pelo Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) desde 2000. Os municípios devem estabelecer seu próprio fluxo, incluindo descarte, encaminhamentos, transporte, parto e atendimento continuado às gestantes em qualquer complicação. Possuem unidades de saúde que devem definir sua linha de atendimento à gestante, estratificação de risco, incluindo a especificidade da gestação de alto risco.

### **Processo de enfermagem e SAE**

Os protocolos clínicos são padronizações utilizadas no atendimento a pacientes de risco e/ou agravos, que levam em consideração conhecimentos científicos e técnicos e incluem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e prevenção a serem respeitadas no processo assistencial.

A SAE é um modelo que identifica as necessidades do usuário, planejando e efetivando o atendimento e visualizando a evolução e avaliação do atendimento, o que favorece o controle de qualidade.

A execução da SAE exige que os profissionais de enfermagem redescubram seu papel junto ao paciente. O interesse em realizar ações com compromisso ético, moral e responsabilidade, independentemente dos desafios que o cotidiano impõe à atividade profissional, contribui para uma prática autônoma. A enfermeira muitas vezes se depara com uma prática voltada para

a burocracia em seu cotidiano, a incorporação de atividades mecanizadas, com a perda de estímulo e motivação, o que a torna vulnerável.

O processo de enfermagem deve ser composto por 5 etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que são: história da enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; Implementação e avaliação da enfermagem. (COFEN, Res. 358/2009). A história da enfermagem tem como objetivo obter informações sobre a pessoa, família ou comunidade humana e suas respostas em um determinado momento do processo saúde-doença; consiste em: Análise de prontuários, entrevista e exame físico geral e obstétrico. Diagnóstico de enfermagem é o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados de decisões sobre diagnósticos de enfermagem com o qual se propõe alcançar os resultados esperados baseados em decisões. O planejamento de enfermagem é a determinação dos resultados que se deseja alcançar e a exposição das ações e intervenções que são realizadas com base nos diagnósticos de enfermagem. O cuidado de enfermagem é a realização de determinadas ações ou intervenções na etapa de planejamento de enfermagem. A avaliação de enfermagem é verificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

### **Histórico de enfermagem**

O Histórico de Enfermagem corresponde a primeira etapa do PE e consiste na coleta de dados acerca do paciente, seus aspectos familiares e biopsicossociais. Trata-se de um processo integral, que requer abrangência em sua execução, uma vez que serve de base para fundamentar as demais etapas (Fraga et al., 2018).

Ademais, referente à primeira fase do PE, ressalta-se a importância da documentação de todos os dados obtidos, para fins de sistematização da assistência e registro legal no que tange às atividades profissionais do enfermeiro (Azevedo et al., 2019).

No tocante ao contexto obstétrico, o Histórico de Enfermagem apresenta-se como uma ferramenta capaz de detectar as vulnerabilidades individuais de cada gestante, proporcionando diagnósticos e planejamento específicos e cuidados de saúde individualizados (Fraga et al., 2018).

### **Exame físico e obstétrico**

A assistência prestada ao binômio materno-infantil deve ser baseada em evidências científicas de modo que proporcione intervenções pertinentes a fim de garantir a saúde da mãe e da criança. Ademais, os serviços ofertados aos mesmos devem assegurar uma atenção integral e de qualidade através do cumprimento dos protocolos estabelecidos. Sendo assim, torna-se necessário a realização do exame obstétrico por meio de técnicas para o rastreio precoce de complicações que podem acarretar no aumento da mortalidade materna. (Machado et al., 2016).

Desde a primeira consulta do pré-natal, deve ser realizado na paciente o exame físico de forma geral e completa com ênfase nos aspectos obstétricos e ginecológicos. A gestante deve ser avaliada e constatado se existem alterações no estado geral, no peso, na pressão arterial ou se existe alguma anormalidade na glândula tireóide. Além disso, também é importante realizar a ausculta cardíaca e pulmonar, inspecionar a pele e palpar o abdome da gestante. Para mais, de forma mais específica, o exame obstétrico inclui a medida da altura uterina, para detectar se existem alterações no crescimento do feto, ausculta dos batimentos cardíacos com o auxílio do sonar Doppler na 9 a 12 semanas de gestação e a palpação obstétrica realizada para reconhecer a situação, posição, apresentação e insinuação fetal (Amorim et al., 2018).

### **Partograma**

Na tentativa de evitar práticas iatrogênicas durante o parto, a OMS recomenda o uso do partograma para acompanhamento do trabalho de parto em instituições públicas e privadas. Esse instrumento é a representação gráfica da força

de trabalho por meio de um trajeto feito no início da fase ativa do trabalho, chamando a linha de alerta, e outro acerto, quatro horas após o primeiro, para determinar o curso da ação. Isso facilitou a avaliação do trabalho de parto em condições eutócicas ou obstruídas, uma vez que são avaliadas dilatações cervicais, descida da apresentação, além de permitir o registro da frequência cardíaca fetal, dinâmica uterina, medicações administradas, entre outros (Azevedo et al., 2019).

### **Escolta**

Para garantir a presença de um parceiro nos hospitais brasileiros, em 2005 foi publicada a Lei nº 11.108, conhecida como "lei do acompanhamento", a partir de agora todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a rede própria ou contratada fica obrigada permitir a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e imediatamente após o parto.

A última revisão sistemática publicada na Cochrane Library, que avaliou os benefícios do apoio do parceiro durante o trabalho de parto, incluindo: aumento do número de partos vaginais espontâneos, redução do uso de analgesia durante o trabalho de parto, diminuição da percepção da recusa da mulher sobre a experiência do parto, redução da duração do trabalho de parto, reduzindo o número de cesarianas, diminuindo o número de partos vaginais instrumentais, reduzindo o uso de analgesia regional e diminuindo o número de recém-nascidos com Apgar menor que cinco.

Estudiosos da área também revelam que apoiar a mulher tem quatro dimensões: emocional - através da presença contínua de uma pessoa que pode encorajar, elogiar e tranquilizar a mãe; conforto físico - auxiliar no banho, mudança de decúbito, realização de massagens, oferta de líquidos/alimentos e redução da dor; Informacional - explicação/orientação sobre o que está acontecendo e, por fim, intermediação - quando o provedor de apoio interpreta os desejos da mulher e começa a negociá-los com os profissionais (Amorim et al., 2018).

A presença de uma doula treinada para acompanhar todo o trabalho é útil para ajudar e dar confiança e coragem à mãe, incentivando-a a participar mais da satisfação do nascimento do bebê. Ajuda a mãe a encontrar posições mais confortáveis, orienta as formas de respiração e formas naturais que podem aliviar o desconforto. Uma doula não substitui a presença dos pais ou acompanhantes, mas pode se mostrar útil (Cheffer et al., 2021).

### **Medicalização e métodos não farmacológicos de enfrentamento da dor**

A medicalização do parto normal baseia-se no acompanhamento da evolução do parto na fase ativa do partograma, limitando-se à correção da dilatação e dinâmica uterina, sempre reavaliando a provável distância que este possa apresentar. Freitas afirma que a amniotomia deve ser feita se após a abertura do partograma na primeira avaliação ocorreu duas horas depois, a expansão for inferior a 1 cm/h, que o procedimento deve ser feito para aumentar a força e a frequência das contrações. Após as próximas revisões, a evolução do trabalho de parto continua lenta e após todos os sinais de desproporção cefalopélvica terem diminuído ou o estado do feto não ser tranquilizador, inicia-se a ocitocina para correção dinâmica.

Uma das finalidades da enfermeira obstétrica é proporcionar um ambiente tranquilo que reduza a ansiedade e o medo da mulher em trabalho de parto, além de oferecer técnicas para aliviar a dor lombar como massagem, atividades como caminhada, posturas diversas durante o parto e parto, hidratação, nutrição, métodos respiratórios para minimizar o desconforto do parto, banho de imersão, parto na água, terapias alternativas como aromaterapia, musicoterapia, acupuntura. Todos esses fatores são alternativas ao conforto materno que podem aliviar a dor sem interferir na progressão do trabalho de parto.

A existência de um cuidado integral e menos técnico pode favorecer uma vivência menos traumática, promovendo-se maior conforto físico e emocional.

## A humanização do cuidado

A humanização do cuidado, referente ao parto, não se resume apenas ao momento de saída do feto. Quando há o intuito de prestar uma assistência humanizada, é mister que haja uma amplitude no conjunto de medidas que se dão desde o pré-natal até o puerpério, objetivando propiciar à gestante o máximo de conforto, segurança, saúde e autonomia possível. (Silva et al., 2021).

Intervenções tais quais: promover privacidade à mulher, visto que concerne a um momento íntimo e vulnerável; garantir a presença de um acompanhante conforme o desejo da gestante, dado que trata-se de um direito dela; administrar analgesia em momentos oportunos, para que não haja negligência e nem sofrimento desnecessário da mãe; proceder de maneira calma e tranquila para transmitir segurança e diminuir o estresse materno, não agindo de forma violenta tanto verbalmente quanto fisicamente; por fim, é imprescindível atentar-se para a posição mais confortável para a mulher. (Monteiro et al., 2020).

Outrossim, é indispensável que suceda-se desde o pré-natal um acompanhamento eficaz por parte da enfermagem com a propagação de informações úteis e confiáveis para que a gestante decida-se quanto ao tipo de parto o mais sabiamente possível. (Monteiro et al., 2020).

Por conseguinte, reitera-se que o monitoramento do parto normal de baixo risco necessita de observações cuidadosas para detectar sinais precoces de complicações e ressalta que não é obrigatória a intervenção, no entanto o incentivo, o apoio e o cuidado são essenciais.

## 4. Conclusão

A elaboração de um protocolo de enfermagem é de extrema importância, visto que, tal sistematização visa promover a autonomia do enfermeiro, por intermédio de uma assistência metodológica, através de mecanismos de avaliação pautados em padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico. Além disso, essa protocolização tem papel fundamental no processo assistencial, posto que visa promover e preservar a integralidade da assistência, reiterar a perspectiva biopsicossocial econômica diante da atuação assistencial, prevenir complicações maternas e perinatais, atenuar a morbimortalidade motivada pelo número excessivo de partos cesáreos, garantir a segurança emocional, física e psicológica do atendimento, além de fomentar condições mais favoráveis ao parto.

Desse modo, este modelo de protocolo deve ser depreendido como uma referência à implementação da SAE, complementando neste, as individualidades concernentes a cada usuário do sistema, a fim de romper a perspectiva de uma prática assistencial apenas biomédica e técnica medicalizada, garantindo a oferta de cuidados de saúde qualificados.

No entanto, a partir deste levantamento, notou-se a extrema necessidade da elaboração de estudos mais aprofundados referentes ao protocolo de enfermagem em pacientes de baixo risco no pré-parto, a fim de que se possa alcançar as germinantes consequências descritas dessa protocolização do atendimento assistencial.

## Referências

- Alves, M. C., Bampi, R. R., Godinho, V. G. (2013). Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. *J. res.: fundam. care*, v. 3, p. 153-164.
- Amorim, R. P., Oliveira, J. S., Machado, A. L. M., Machado, J.N.C., Mota, A. M. (2018). Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante. Belém - PA: EDUEPA.
- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O Estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), p. 1-12.
- Aquino, O. S., Rogerio, R. F., Silva, S. F., Pinheiro, A. K. B. Damasceno, A. K. C. (2011) Análise da produção científica sobre enfermagem obstétrica na base de dados Scielo. *Rev Rene*, 12(1), p. 198-205.

- Azevedo, O. A., Guedes, E. S., Araújo, S. A. N., Maia, M. M., Cruz, D. A. L. M. (2019). Documentation of the nursing process in public health institutions. *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, p. 1-8.
- Baston, H., Hall, J. (2010) *Enfermagem obstétrica essencial: uma abordagem humanizada, v3: O parto*. Tradução Maria Inês Correia Nascimento. Rio de Janeiro, Elsevier.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. (2017). *Segurança do paciente*. Brasília - DF.
- Brasil. Lei nº. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. (1986). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Gabinete presidencial, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014) Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012) *Gestação de alto risco: Manual técnico*. 5 ed. Brasília, 302p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília.
- Cabral, F. B., Hirt, L. M., Van der Sand, I.C.P. (2013) Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*, 47(2), p. 281-7.
- Camacho, K. G. (2010). A enfermeira obstétrica frente às transformações de sua prática consequente ao movimento de humanização do campo obstétrico hospitalar. Tese de Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Cheffer, M. H.; Nenevê, D. A.; Oliveira, B. P. (2021). Assistência de enfermagem frente às mudanças biopsicossociais da mulher no puerpério: Uma revisão da literatura. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, 6(2), p. 157-164.
- Costa, A. A. N. M. C., Schirmer, J. (2012). A atuação dos enfermeiros egressos do curso de especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil – Da proposta à operacionalização. *Esc Anna Nery*, 16 (2), p. 332- 339.
- Fraga, T.F, Matos, E., Costa, R., Salum, N.C, Maliska, I.C.A. (2018). Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*, 27(3), p. 1-10.
- Frank, T.C., Pelloso, S.M. (2013). A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(1), p. 22-29.
- Franzen, E., Scain S.F., Záchia, A. S., Schmidt, M.L., Rabin, E.G., Rosa, N.G., Menegon, D.B., Santos, L. B., Heldet, E. (2012). Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. *Rev Gaúcha Enferm*. 33(3), p. 42-51.
- Freitas, F., Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A. (2011). Rotinas em obstetrícia. *Artmed*, 6º edição, 904 p., Porto Alegre.
- Gomes, M.L., Moura, M. A. V. (2012). Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: Evidências na produção científica. *Rev. enferm. UERJ*, 20(2), p. 248-53.
- Guerra, V. S. (2021). Assistência de Enfermagem ao pré-natal de baixo risco no combate a complicações gestacionais: Revisão integrativa. Monografia, Centro Universitário AGES, Paripiranga, Bahia, Brasil.
- Koetker, J.G., Bruggemann, O. M., Oth, R. M. D. (2013). Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*, 47(1), p. 15-21
- Lago, T. C. K. Lavras, C. (2010). Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera. / organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher.– São Paulo: SES/SP.
- Leister, N., Riesco, M. L. G. (2013). Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto Contexto Enferm*, 22(1), p.166-74.
- Lima, S. C., Queiroz, P. S. S., Veras, A. S., Gama, J. A. G., Júnior, F. A. L., Tourinho, E. F. (2021) Assistência ao pré-natal de baixo risco: avaliação da qualidade das consultas de enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(15), p. 1-11.
- Lins, E. S. F. (2011). Protocolo para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no pré-natal de baixo risco. Tese de dissertação de residência de Enfermagem em Saúde da Mulher. IMIP, Recife, Pernambuco, Brasil.
- Machado, M. A., Santos, A. A. P., Oliveira e Silva, J. M., Sanches, M. E. T. L. (2016). EXAME OBSTÉTRICO REALIZADO PELA ENFERMEIRA: DA TEORIA À PRÁTICA. *Enferm. Foco*, [S. 1.], p. 67-71.
- Medeiros, A. L., Santos S. R., Cabral R. W. L. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(3), p. 174-181.
- Menezes, S. R. T., Priel, M. R., Pereira, L. L. (2011). Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 45(4), p. 953-8.
- Monteiro, A. S., Martins, E. M., Pereira, L. C., Freitas, J. C., Silva, R. M., Jorge, H. M. F. (2020). Prática de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado em maternidade de alto risco. *Rev. Rene*, v. 21, p. 1-8.
- Monteiro, M. S. S., Barro, M. J. G., Soares, P. F. B., Nunes, R. L. (2020). Importância da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(4), p. 51-58.
- Mujica, M. T. V., Torres, C. U., Mejías A. C. (2011). Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm*, 20(4).

- Narchi, N. Z., Cruz, E. F., Gonçalves, R. (2013). O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), p. 1059-1068.
- Pereira, A. L. F., Lima T. R. L., Schroeter, M. S., Gouveia, M. S. F., Nascimento, S. D. (2013). Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery*, 7(1), p.17-23.
- Progiati, J. M., Porfírio, A. B., Pereira, A. L. F. (2013). Capacitação de enfermeiras no Japão: Contribuição para a implantação da Casa de parto no Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm*, Jan-Mar; 22(1), p. 193-200.
- Resolução nº. 223/99 COFEN, de 03 de dezembro de 1999. (1999). Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na Assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.
- Resolução COFEN nº 358/09, de 15 de outubro de 2009. (2009). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados.
- Rico Venegas, R. M., Ramos Frausto, V. M., Martínez, P. C. (2012). Control Prenatal VS resultado obstétrico perinatal. *Enfermeria Global*, n.27, pag. 397.
- Santos, R. B., Ramos, K. S. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico, *Rev Bras Enferm*, 65(1), p. 13-8.
- Seibert, S. L. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados. Tese de dissertação de mestrado. Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Silva, A. F., Nóbrega, M. M. L., Macedo, W. C. M. (2012). Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf*, 14(2), p. 267-76.
- Silva, E. L., Andrade, M. E. A., Carvalho, S. S. L., Leonhardt, V., Bezerra, M. L. R. (2021). Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. *Research, Society and Development*, 10(15), p. 1-10.
- Sodré, T. M., Lacerda, R. A. (2007). O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *RevEscEnferm USP*, 41(1), p. 82-9.
- Sousa, L. M. M., Marques-Viera, C. M. A., Severino, S. S. P., Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Rev. Investigação em Enf*, 2(21), p.17-26.
- Vieira, F., Bachion, M. M., Salge, A. K. M., Munari, D.B. (2010). Diagnósticos de enfermagem da NANDA. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), p. 83-89.
- Yuri, N. E., Tronchin, D. M. R. (2010). Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros, *RevEscEnferm USP*, 44(2), p. 331-8.