



Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência

Raquel Vieira Schusterⁱ 

Agnes Ludwig Neutzlingⁱⁱ 

Camila Borba da Luzⁱⁱⁱ 

Carolina de Castilhos Teixeira Canassa^{iv} 

Dinara Dornfeld^v 

Gregório Corrêa Patuzzi^{vi} 

Simone Konzen Ritter^{vii} 

RESUMO

Objetivo: descrever a implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras no modelo colaborativo em um hospital público de grande porte de Porto Alegre/RS. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado na implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeira obstetra em um hospital público. Observou-se os aspectos éticos em pesquisa, preservando o nome da instituição e dos participantes da experiência. **Descrição da experiência:** o protocolo assistencial foi criado em três etapas. Primeiro, organizou-se o fluxo de atendimento ao trabalho de parto e parto. Definiu-se que as parturientes em fase ativa do trabalho de parto, e com ausência de fatores de risco para o parto, serão distribuídas para assistência da equipe obstétrica de acordo com a proporção 1:1 (medicina:enfermagem obstétrica). Após, definiu-se os critérios que indicam fator de risco da gestante para o parto, a fim de delimitar os casos em que a assistência ao parto não deverá ser conduzida pela enfermeira obstetra. Ao final, validou-se o conteúdo do protocolo com a equipe multiprofissional do centro obstétrico da instituição. **Discussão:** o modelo colaborativo de assistência é uma recomendação das Boas Práticas do Parto e Nascimento e a implantação do protocolo reforça a visão integrativa e interdisciplinar do parto, assim como o protagonismo da mulher. **Conclusão:** sistematizar a distribuição da equipe obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual foi uma estratégia para garantir a atuação da enfermeira obstetra de acordo com uma realidade local. A implementação de protocolos assistenciais semelhantes em outras instituições pode contribuir para a qualificação do trabalho interdisciplinar e consolidar a atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto, proporcionando resultados benéficos para mulheres e recém-nascidos.

Palavras-chave: parto normal; protocolos clínicos; parto humanizado; enfermagem obstétrica.

Implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in the collaborative model: an experience report

ABSTRACT

Objective: To describe the implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in the collaborative model in a large public hospital in Porto Alegre/RS, Brazil. **Method:** This is a descriptive study of the experience report type based on the implementation of a protocol for vaginal delivery assistance by obstetric nurses in a public hospital. The research ethics aspects were observed, preserving the names of the institution and the participants in the experience. **Description of the experience:** The assistance protocol was created in three steps. First, the labor and delivery care flow was organized. It was defined that the parturients in the active phase of labor and with no risk factors for delivery will be distributed for the assistance of the obstetric team according to the 1:1 proportion (obstetric medicine:nursing). After, the criteria that indicate the risk factors of the pregnant women for delivery were defined to delimit the cases in which delivery assistance shall not be conducted by obstetric nurses. In the end, the protocol content was validated with the multidisciplinary team of the obstetric center of the institution. **Discussion:** The collaborative assistance model is a recommendation of the Best Practices in Delivery and Birth, and the implementation of the protocol reinforces the integrative and



interdisciplinary view of delivery, as well as the protagonism of women. Conclusion: Systematizing the distribution of the obstetric team in usual-risk vaginal delivery assistance was a strategy to guarantee the activity of obstetric nurses according to local reality. The implementation of similar assistance protocols in other institutions may contribute to the qualification of interdisciplinary work and consolidate the activity of obstetric nurses in delivery assistance, providing beneficial results for women and newborns.

Keywords: vaginal delivery; clinical protocols; humanized delivery; obstetric nursing.

1. INTRODUÇÃO

No contexto da assistência obstétrica, o modelo colaborativo consiste na incorporação da profissional Enfermeira Obstetra (EO)¹ à equipe de saúde durante a assistência ao trabalho de parto e parto (BRASIL, 2014). Em nível mundial, as discussões referentes ao modelo de assistência obstétrica têm como base a perspectiva da Prática Baseada em Evidências, expressa pelas recomendações das “Boas Práticas do Parto e Nascimento”. Tais recomendações são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e ratificadas em nível nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A inserção da EO nas equipes hospitalares de assistência obstétrica é uma das recomendações para a qualificação da assistência ao parto. Entende-se que a atuação desta profissional reduz o emprego de intervenções desnecessárias durante a cena do parto, promove o estímulo ao processo fisiológico da parturição, e ainda, proporciona uma maior satisfação das mulheres durante a experiência do parto (SANDALL *et al.*, 2016; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

Os dados do inquérito “Nascer no Brasil”, que acompanhou 23.984 mulheres das cinco regiões do país, demonstraram que apenas 5% das parturientes não tiveram intervenções assistenciais durante o seu trabalho de parto e parto, embora o parto seja considerado um evento fisiológico e que, na maioria das situações, não necessitaria de interferências (LEAL *et al.*, 2014). Dessa forma, corrobora-se o fato de que a assistência obstétrica no Brasil é fortemente intervencionista.

Frente a esse contexto assistencial predominante no país, o modelo colaborativo de assistência ao parto com atuação das enfermeiras obstetras mostra-se como um caminho para a atenção às mulheres, com respeito à fisiologia do parto e ao

¹ Optou-se por utilizar o termo enfermeira obstetra no feminino, visto que as mulheres representam o maior número na categoria profissional.



protagonismo da parturiente (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Assim, o modelo colaborativo tem sua importância reconhecida, já que proporciona assistência qualificada e menos intervencionista, além de melhores desfechos maternos e neonatais, demonstrando ter potencial para modificar o cenário brasileiro (FREIRE *et al.*, 2017; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Nesse intuito, o objetivo deste artigo é descrever a implantação de um protocolo para assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras no modelo colaborativo em um hospital público de grande porte de Porto Alegre/RS.

2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O cenário deste relato de experiência é um hospital público de grande porte localizado no município de Porto Alegre/RS, que presta 100% dos seus atendimentos através do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento do protocolo assistencial ao parto normal de risco habitual foi realizado pelas EO em parceria com médicos obstetras, lotados no centro obstétrico da instituição. O protocolo foi desenvolvido em 3 etapas: organização do fluxo de atendimentos, definição dos critérios de fatores de risco para o parto e validação do protocolo.

O presente relato de experiência observou os aspectos éticos em pesquisa, preservando o nome da instituição e dos participantes da experiência. Além disso, foi obtida a anuência da instituição hospitalar para o uso dos documentos, protocolos e indicadores institucionais.

Desenvolvimento da assistência ao parto na instituição

A inserção da EO na assistência ao parto vaginal na instituição iniciou de forma incipiente de 2010 até 2013. Nesse período, essa atuação ocorria, principalmente, durante os estágios práticos do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica de uma universidade privada. A partir de 2013, a presença da EO na assistência direta ao parto foi instituída formalmente com base nas Diretrizes da política pública da Rede Cegonha. Nesse mesmo ano, o colegiado de gestão da maternidade pactuou como meta da equipe que 5% dos partos vaginais seriam assistidos pelas EO. Após esse marco



institucional, houve crescimento significativo no percentual de partos vaginais assistidos por enfermeiras obstetras, atingindo a taxa de 35% nos anos de 2018 e 2019.

Essa transição no modelo de assistência ao parto, ocorreu de forma lenta e gradual, sendo influenciada por diversos fatores que contribuíram para a consolidação da assistência ao parto em modelo colaborativo. Dentre esses, destacamos: 1) a instituição tornou-se campo prático de estágio para diversos cursos de formação de EO; 2) as coordenações de enfermagem e médica (obstetrícia e pediatria) uniram esforços na busca da melhoria dos indicadores de boas práticas no parto e nascimento mediante a inserção da EO na assistência ao processo de parturição; 3) as enfermeiras obstetras do serviço realizaram cursos de aprimoramento profissional ofertados pelo Ministério da Saúde; 4) a coordenação de Enfermagem da maternidade definiu a especialização em Enfermagem Obstétrica como requisito para a seleção de enfermeiras do centro obstétrico; 5) o número de enfermeiras obstetras que compõem a equipe do centro obstétrico duplicou, passando de duas para quatro enfermeiras por turno, por conta da assistência ao parto em modelo colaborativo e da implantação do Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico. Além dos aspectos enumerados, a consolidação desse novo modelo também é marcada pelo constante aprimoramento de conhecimentos e habilidades das enfermeiras obstetras e pelo empenho destas profissionais em garantir a autonomia no exercício de sua profissão (MACIEL; DORNFELD, 2019).

Os indicadores de boas práticas no parto e nascimento referentes ao ano de 2019² mostraram que a instituição atendeu em média 300 nascimentos por mês. Verificou-se que 60,2% dos nascimentos ocorreram por parto vaginal, dos quais 95,1% das parturientes tiveram um acompanhante de sua escolha, 71,6% utilizaram tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, 71% receberam dieta durante o trabalho de parto, 85,5% assumiram posição não-litotômica para parir, e 23,4% tiveram dispositivo intrauterino (DIU) de cobre inserido no pós-parto imediato. Além disso, 92% dos bebês que nasceram por via vaginal tiveram clampeamento oportuno do cordão umbilical, 90% fizeram uma hora ou mais de contato pele a pele com suas mães, e 86,2% foram amamentados na primeira hora de vida.

² Os dados referentes aos indicadores assistenciais foram obtidos a partir do sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente da instituição em estudo.



Os indicadores demonstram, ainda, que houve laceração perineal em 49,6% dos partos vaginais classificados em: grau I (58,6%); grau II (39,8%); grau III (1,3%); e grau IV (0,1%). Quanto às práticas que requerem indicação criteriosa, a ocitocina sintética foi utilizada em 40,8% dos trabalhos de partos, enquanto 2,2% dos partos vaginais necessitou do uso de fórceps, 24,5% de amniotomia, 19,5% de analgesia de parto, e 9,4% de episiotomia.

Descrição do Protocolo Assistencial

Para o período de 2020/2021, a meta definida pelo colegiado de gestão da maternidade é de que, no mínimo, 35% dos partos vaginais sejam assistidos por EO no modelo colaborativo de assistência. Através das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o Ministério da Saúde recomenda aos gestores das instituições de saúde brasileiras que proporcionem condições para a implementação do modelo colaborativo (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016). Assim, para sistematizar a assistência ao trabalho de parto e parto, bem como o trabalho da equipe, criou-se o protocolo assistencial em três etapas que serão descritas a seguir.

A primeira etapa consistiu em organizar o fluxo de parturientes e do atendimento ao trabalho de parto e parto. Definiu-se que todas as parturientes que estiverem em fase ativa do trabalho de parto e com ausência de fatores de risco para o parto, serão distribuídas para assistência da equipe obstétrica de acordo com a proporção 1:1 (Quadro 1). Essa divisão de 1:1 foi definida a fim de oportunizar a consolidação da assistência prestada pelas EO no parto, além de favorecer o aprendizado de residentes que estão em formação neste hospital-escola.

Quadro 1 - Distribuição da assistência às parturientes por equipe

Parturientes	Equipe
1 ^a	Medicina
2 ^a	Enfermagem Obstétrica
3 ^a	Medicina
4 ^a	Enfermagem Obstétrica
5 ^a	Medicina



Fonte: elaborado pelos autores.

Nesse contexto, a enfermagem obstétrica realiza acompanhamento das parturientes com risco habitual para o parto, conforme será apresentado ao longo do texto. Nesta etapa, também elencou-se eventualidades que podem gerar alterações no fluxo de parturientes e na equipe responsável pela assistência ao trabalho de parto e parto: se uma parturiente acompanhada pela EO apresentar distócia e/ou situação de urgência, sua assistência será transferida para a equipe médica, e a próxima gestante a atingir a fase ativa terá a assistência direcionada à EO; se uma parturiente com risco habitual para o parto desejar a assistência pela EO, será encaminhada a esta profissional, independentemente da ordem de distribuição inicial, porém a próxima parturiente a atingir a fase ativa do trabalho de parto será direcionada à equipe médica. Essa situação foi descrita com a finalidade de garantir a autonomia das parturientes quanto à sua decisão de ter acompanhamento do parto realizado diretamente por EO.

A segunda etapa da construção do protocolo envolveu a definição dos critérios que indicam fator de risco da gestante para o parto. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco pode ser realizada por EO ou obstetrix (BRASIL, 2016). Diante disso, nesta etapa, incluiu-se no protocolo assistencial uma lista de condições clínicas que resultam em fator de risco para o parto (Quadro 2).

Quadro 2: Condições clínicas da gestante indicando fatores de risco para o parto.

DISTÚRBIOS	CONDIÇÃO CLÍNICA
Cardiovasculares	- Cardiopatia confirmada - Hipertensão prévia em uso de tratamento medicamentoso
Respiratórios	- Fibrose Cística
Hematológicos	- Hemoglobinopatias (ex.: anemia falciforme) - História de doença tromboembólica - Distúrbios plaquetários ou contagem de plaquetas < 100.000/mL - Doença de Von Willebrand - Distúrbio hemorrágico materno ou fetal



	- Anticorpos atípicos que carregam risco de doença hemolítica do recém-nascido
Endócrinos	- Diabetes tipo 1 ou 2 - Hipertireoidismo/Hipotireoidismo sem adesão ao tratamento
Infeciosos	- Hepatite B/C com testes de função hepática anormais - Toxoplasmose (doença ativa) - Varicela/Rubéola/Herpes genital atual na mãe ou feto - Tuberculose (doença ativa)
Imunológicos	- Lúpus eritematoso sistêmico
Renais	- Função renal anormal - Nefropatia necessitando supervisão de especialista
Neurológicos	- Epilepsia - Miastenia Gravis - Acidente vascular cerebral prévio
Gastrointestinais	- Hepatopatia com testes de função hepática anormais
Ginecológicos	- Miomectomia
da Gravidez Atual	- IG < 37 semanas ou > 42 semanas - Gestação múltipla - Placenta prévia - Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia - Hipertensão gestacional em uso de medicamentos - Descolamento prematuro de placenta - Anemia (hemoglobina < 8,5 g/dL no início do trabalho de parto) - Diabetes gestacional em uso de tratamento medicamentoso - Feto pequeno para a idade gestacional (< percentil 5 ou velocidade de crescimento reduzida ao ultrassom) - Frequência cardíaca fetal anormal/Alteração fetal em ultrassom Doppler - Oligodrâmnio/polidrâmnio ao ultrassom

Fonte: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016) - adaptado.

Portanto, pactuou-se que, para que o parto seja classificado como de risco habitual e possa ser assistido pela EO, a parturiente não pode apresentar tais condições clínicas. Destaca-se que, apesar das parturientes que apresentam fatores de risco para o



parto terem seu trabalho de parto e parto assistidos pela equipe médica, a equipe de enfermeiras obstetras também participa desta assistência através do emprego das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. No entanto, definiu-se que em casos específicos (ex.: período expulsivo iminente sem profissional médico presente no ambiente) a EO terá respaldo para assistência ao parto de gestantes com algum fator de risco para o parto.

A última etapa consistiu em validar o conteúdo do protocolo com a equipe multiprofissional que exerce suas atividades no centro obstétrico da instituição. A validação ocorreu em reunião específica, onde estavam presentes mais de 70% dos médicos e enfermeiras obstetras integrantes da equipe assistencial do centro obstétrico. Além disso, também estavam presentes representantes da gestão, enfermeiras e médicos da maternidade. Nesta etapa final, realizou-se a apresentação do novo protocolo assistencial para os profissionais presentes na reunião, e após houve um momento destinado para contribuições, sugestões de adequações e questionamentos. Ao final desta etapa, o protocolo foi considerado validado pela equipe e teve sua implementação concretizada como novo modelo assistencial a ser praticado no centro obstétrico da instituição.

3. DISCUSSÃO

A iniciativa da implantação do referido protocolo contempla o tripé conceitual da humanização do nascimento que inclui a visão integrativa e interdisciplinar do parto, além do protagonismo da mulher e da Prática Baseada em Evidências. O modelo colaborativo de assistência é uma das recomendações entre as boas práticas para atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) que direciona para o resgate da humanização do nascimento, na medida em que eleva o nascimento a “evento humano” e não apenas a “evento biológico”, considerando que nesse momento estão envolvidos aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a inserção da EO no atendimento ao parto tem potencial para o alcance de experiências maternas mais satisfatórias. Essas profissionais têm buscado se



qualificar com base na Prática Baseada em Evidências, dentro de uma linha de maior liberdade de expressão do corpo feminino e da sua fisiologia de forma humanizada e menos intervencionista (SANDALL *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2017). A assistência das enfermeiras obstetras transmite segurança e apoio à parturiente, reforçando o protagonismo da mulher, e promovendo desfechos maternos e neonatais favoráveis (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

Contudo, sabe-se que, historicamente, a obstetrícia foi marcada por uma hegemonia médica. No Brasil, ainda se observa uma dificuldade de integração entre a equipe multiprofissional nesse campo de atuação, visto que o reconhecimento das competências e da autonomia da EO na assistência ao parto permanece pouco expressivo. Essa realidade favorece um ambiente de enfrentamentos e conflitos, tornando necessárias estratégias de gestão que favoreçam a assistência compartilhada ao parto, como a criação de espaços de discussão sobre práticas de cuidado e de protocolos assistenciais. Tais estratégias são identificadas como recurso fundamental para o aumento da autonomia profissional da EO e para organização do serviço (MACIEL; DORNFELD, 2019).

A experiência relatada neste trabalho segue esse contexto, visto que a criação do protocolo para assistência ao parto normal por EO ocorreu como resultado da busca pela organização do cuidado prestado na instituição, bem como para garantir a autonomia profissional das enfermeiras obstetras. Além disso, a partir de espaços de discussão e integração da equipe, desenvolveu-se um trabalho interdisciplinar em todas as etapas da construção e validação do protocolo.

De forma complementar, é relevante discutir que a inserção da EO, sustentada pela implantação do protocolo assistencial supracitado, foi gradualmente conferindo transformações nos processos de trabalho relacionados à assistência ao parto e nascimento. As práticas recomendadas para assistência segura ao parto e nascimento (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), identificadas com frequência em estudos que investigaram a atuação da EO nesse cenário (FREIRE *et al.*, 2017; RITTER;



GONÇALVES; GOUVEIA, 2020), estão em processo de consolidação no cotidiano assistencial da instituição em estudo. Estudos nacionais demonstram que mulheres em trabalho de parto acompanhadas por EO apresentaram maior probabilidade de receberem dieta, de movimentarem-se livremente, de terem acesso a tecnologias não invasivas de cuidado e de serem avaliadas com o uso de partograma (GAMA *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2017; ALVES *et al.*, 2019; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Esses estudos também relataram que algumas intervenções foram utilizadas com menor frequência (ex.: anestesia, posição litotômica e episiotomia) e que a incidência de cesariana foi menor. Em consonância com essas evidências, a utilização do protocolo desenvolvido contribui para a redução de práticas controversas através do avanço da inserção da EO na assistência ao parto.

Ainda, percebe-se que a consolidação do protocolo de assistência ao parto no modelo colaborativo na instituição sofre alguns entraves de ordem gerencial, de recursos humanos e também de relações interpessoais. A rotatividade de funcionários é frequente, e a alternância de profissionais na equipe prejudica a adesão ao protocolo, interferindo na manutenção das pactuações estabelecidas.

No entanto, a nova organização do processo de trabalho favoreceu uma melhor compreensão, por parte da equipe multiprofissional do centro obstétrico, sobre o papel da enfermeira obstetra e sobre sua importante contribuição para desfechos favoráveis na assistência. Assim, essa experiência teve implicações positivas para a promoção do trabalho interdisciplinar entre a equipe multiprofissional e para a afirmação da identidade da EO enquanto profissional que atua na assistência ao processo de parto e nascimento.

A implantação do protocolo para sistematizar a distribuição da equipe obstétrica no atendimento ao parto normal de risco habitual aqui descrita visa atingir uma curva de desenvolvimento adequada à competência de cada profissão. Ainda, traz contribuições para os seguintes fatores: garantir a obtenção da meta anual proposta pela equipe da instituição (35% de partos vaginais assistidos pela EO); qualificar o trabalho interprofissional, diminuindo tensões relacionais entre integrantes da equipe



assistencial; e favorecer a assistência qualificada e humanizada às parturientes, conforme preconizado pela OMS e Ministério da Saúde.

As equipes de enfermagem obstétrica e de médicos obstetras devem manter um trabalho interdisciplinar com o objetivo de prestar assistência ao parto baseada em evidências científicas, visto que a soma das competências dessas equipes é capaz de produzir resultados ainda mais satisfatórios. Além disso, esse modelo é capaz de produzir um nível maior de aprendizado aos profissionais que estão realizando suas atividades práticas de formação na instituição. Nesse modelo, é esperado que médicos contribuam no ensino de especializandas/residentes de Enfermagem Obstétrica, e que enfermeiras obstetras também participem do ensino de residentes médicos de Obstetrícia.

Como limitação dessa experiência, é possível citar a necessidade de aprimorar a comunicação efetiva entre os profissionais da equipe. Nesse aspecto, observa-se que falhas de comunicação entre a equipe e conflitos interpessoais interferem na execução da assistência ao trabalho de parto e ao parto de acordo com o definido pelo protocolo assistencial implantado. Em complemento, percebe-se que a ausência de um registro da distribuição do fluxo de parturientes sem risco para o parto nos diferentes turnos de trabalho, por vezes, é responsável pela falha de seguimento do protocolo de forma contínua. Destaca-se que ferramentas de comunicação entre a equipe interprofissional podem ser melhoradas visando a transição e a continuidade do cuidado.

4. CONCLUSÃO

A relevância deste relato centra-se na proposta de sistematizar a distribuição da equipe obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual na proporção de 1:1 (medicina: enfermagem obstétrica) como uma estratégia para garantir a atuação da Enfermagem Obstétrica em uma realidade local/regional na qual o modelo biomédico apresenta grande hegemonia. Por meio do compartilhamento de uma experiência bem sucedida, almeja-se contribuir para o fortalecimento da autonomia das enfermeiras obstetras no exercício de sua profissão, bem como fornecer subsídios para a inserção dessas profissionais na assistência ao parto em outras maternidades brasileiras.



A partir dos resultados dessa experiência, sugere-se a implementação, em outras instituições, de protocolos assistenciais semelhantes ao apresentado, a fim de favorecer a inserção de EO na assistência direta ao parto e de proporcionar resultados benéficos para mulheres e recém-nascidos. Em suma, esse modelo de assistência tem importante potencial de transformação da prática obstétrica vigente no país.

5. REFERÊNCIAS

ALVES TCM, *et al.* Contribuições da Enfermagem Obstétrica para as Boas Prática no Trabalho de Parto e Parto Vaginal. *Enferm Foco* [Internet], v. 10, n. 4, p. 54–60, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do Parto e do Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

FREIRE HSS, *et al.* Parto Normal Assistido por Enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. v. 11, n. 6, p. 2357–67, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19057>. Acesso em: 03 ago. 2021.

GAMA SGN, *et al.* Labor and Birth Care by Nurse with Midwifery Skills in Brazil. *Reprod Health* [Internet]. v. 13, n. 1, p. 226–65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>. Acesso em: 03 ago. 2021.

LEAL MC, *et al.* Intervenções Obstétricas durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 30, n. Suppl 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Intervenções%20obstétricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

MACIEL VS; DORNFELD D. A Inserção da Enfermeira Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. *Enferm Foco* [Internet]. v. 10, n. 4, p. 148–52, 2019. Disponível



em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/979/618>. Acesso em: 03 ago. 2021.

RITTER SK; GONÇALVES ADC; GOUVEIA HG. Práticas Assistenciais em Partos de Risco Habitual. *Acta Paulista de Enfermagem* [online], São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20180284.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

SANDALL J; SOLTANI H; GATES S; SHENNAN A; DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 03 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 03 ago. 2021.

Raquel Vieira Schusterⁱ

Mestre em enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Enfermeira Obstetra e preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Professora da Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8021-1443>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1894147570278083>
E-mail: enfschuster@gmail.com

Agnes Ludwig Neutzlingⁱⁱ

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. Professora da Escola de Saúde da UNISINOS.
Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6796-4750>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4681707470441759>
E-mail: ati.ludwig@gmail.com

Camila Borba da Luzⁱⁱⁱ

Mestre em enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.
Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2922-2232>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4742988105411839>
E-mail: milaborb@gmail.com

Carolina de Castilhos Teixeira Canassa^{iv}

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição.



Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6412-9661>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2429837262920105>

E-mail: carolina_castilhos@hotmail.com

Dinara Dornfeld^v

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Supervisora dos Programas Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica da Residência Multiprofissional em Saúde GHC.

Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7566-4966>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2666072122885531>

E-mail: dinara@ghc.com.br

Gregório Corrêa Patuzzi^{vi}

Especialista em Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia pela Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Enfermeiro Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Contribuição de autoria: Concepção do estudo, análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5358-0916>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8409763430943677>

E-mail: gregorio.patuzzi@hotmail.com

Simone Konzen Ritter^{vii}

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enfermeira Obstetra no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC.

Contribuição de autoria: Análise e discussão e revisão final do manuscrito.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7623-6461>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7065424345282956>

E-mail: siritter@icloud.com

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 13 de agosto de 2021.

Aceito em 24 de setembro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SCHUSTER, Raquel Vieira; NEUTZLING, Agnes Ludwig; LUZ, Camila Borba da; *et al.* Implantação de protocolo de assistência ao parto normal por enfermeiras obstetras em modelo colaborativo: relato de experiência. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 146-159, 2021.