

MANUAL DE ENFERMAGEM

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto
Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio
Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@saude.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹

Emília Saito¹

Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à parturiente e ao recém-nascido na primeira hora de vida, identificar riscos maternos e fetais durante o trabalho de parto e o parto; e executar o parto sem distócia em situações de emergência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como parto normal aquele de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto,

permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O recém-nascido, geralmente em posição cefálica, tem entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Segundo a OMS, o parto normal é um processo natural e, conseqüentemente, não deve sofrer interferência no seu curso.

No Brasil, a grande maioria dos partos ocorre nos hospitais, mas a mortalidade materna representa, ainda, um problema na medida em que a taxa é de cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos.

Sinais e sintomas do trabalho de parto

Nome	Característica	Conduta
1. Período premonitório (antecede o verdadeiro trabalho de parto)	• mais nítido nas primíparas • ocorre entre a 38ª e 40ª semana • descida do fundo uterino, o que melhora a sensação de plenitude gástrica após as refeições • aumenta a compressão do baixo ventre, causando sensação de peso • polaciúria • disúria • dores lombares • eliminação de muco cervical mesclado de sangue	• repouso • idade gestacional (IG) > ou = a 37 semanas, aguardar o franco trabalho de parto • IG < que 37 semanas, encaminhar para o serviço, pois a mulher poderá entrar em trabalho de parto prematuro
2. Período de dilatação (trabalho de parto)	• início: presença de, no mínimo, duas contrações uterinas (dor de parto) em 10 minutos • término: ao exame físico, percebe-se no toque vaginal, o colo uterino completamente dilatado (10cm) • aumento gradativo da intensidade, duração e número das contrações uterinas em 10 minutos • formação da “bolsa das águas” ou há perda de líquido amniótico • dilatação e esvaecimento do colo uterino • progressão do feto pela pelve • duração menor em múltipara (média, 6 horas) em relação às primíparas (12 horas)	• encaminhar a parturiente a uma casa de parto ou maternidade referência, considerando a dilatação cervical, evolução do trabalho de parto, meio de transporte disponível, distância até a maternidade para determinar a urgência • IG < que 37 semanas, encaminhar com urgência ao hospital devido ao risco de nascimento prematuro • IG > ou = a 37 semanas e se não houver possibilidade de encaminhamento a serviços de saúde, adotar as condutas descritas a seguir

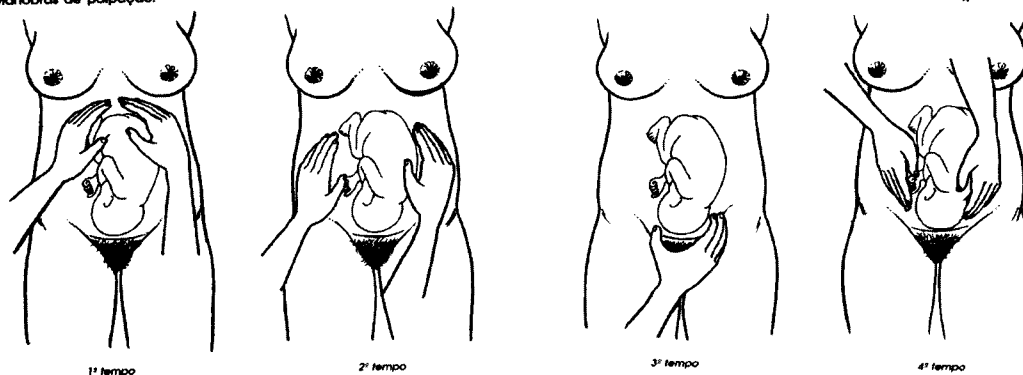
Assistência ao parto

Avaliar o *bem-estar físico fetal* durante todo o trabalho de parto, pela ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), cuja frequência normal é de 120 a 160 por minuto. A constatação de aceleração dos BCF geralmente indica um sinal de bem-estar; inversamente, as desacelerações podem refletir comprometimento fetal, exceto quando coincidir com a intensidade máxima da contração uterina. Na situação em que os BCF caem abaixo de 100 batimentos por minuto, a parturiente deve ser encaminhada a um serviço de referência - verificar *técnica de ausculta dos batimentos cardíacos fetais* preconizada pelo Ministério da Saúde, descrita no capítulo *Assistência e intervenção de enfermagem na gestação*.

Em relação ao *bem-estar físico materno*, verificar os sinais vitais, estimular a ingestão de líquidos e a micção espontânea, assim como observar as características da dor de parto. É aconselhável que a parturiente deambule e para o alívio da dor está indicado massagem na região lombar e, também, permanecer no banho de chuveiro.

A realização da palpação obstétrica também é imprescindível para identificar o tipo de apresentação fetal, que pode ser o pólo cefálico ou pélvico, localizado na região acima da sínfise púbica. Nas situações em que se diagnostica a apresentação pélvica, o encaminhamento para um serviço torna-se necessário para evitar complicações como a cabeça derradeira, que pode culminar com a morte do feto durante o expulsivo.

Manobras de palpação:

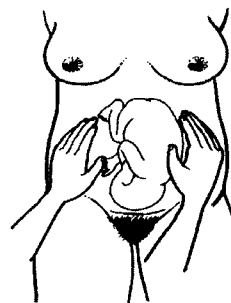


A **manobra de palpação** tem a finalidade de identificar a apresentação e a situação fetal, ou seja, os pólos cefálico (corpo volumoso de superfície regular, resistente e irreductível), pélvico (é um corpo mais volumoso, superfície irregular, resistente, mas redutível) e o dorso (superfície resistente, contínua, plana no sentido longitudinal).

Com relação à técnica (vide figuras acima): posicionar a gestante em decúbito dorsal (DD): 1º tempo: explorar o fundo uterino com ambas as mãos espalmadas, procurando identificar o pólo fetal; 2º tempo: investigar o lado materno em que se encontra o dorso fetal, também, com as mãos espalmadas ao longo da abdome da mulher; 3º tempo: procurar apreender com uma das mãos o pólo que se encontra na escava e verificar sua mobilidade; 4º tempo: o profissional deve estar de costas para a mulher,

investigando a escava para identificar o pólo, com as mãos espalmadas. Geralmente, o feto está em situação longitudinal (o maior eixo fetal coincide com o eixo longitudinal do útero).

Longitudinal



Nos casos em que ao toque vaginal, a dilatação do colo cervical é total (10 cm) e/ou quando não há tempo hábil para a transferência da parturiente e a apresentação é cefálica, preservar a bolsa amniótica íntegra (de preferência, até o nascimento da criança). Proceder da seguinte forma: preparar o ambiente e material mínimo para a assistência ao parto, e para recepção do recém-nascido (RN).

O **material mínimo** deve constar de sabão e escova para higienização das mãos, luvas estéreis (se possível); fraldas, toalhas ou panos, álcool iodado ou similar para anti-sepsia da região perineal; óleo; tesoura e material para laquear o cordão umbilical (cadarço, cordão ou similar); álcool à 70%; pêra de borracha ou seringa de 5 ml conectada a uma sonda para aspiração e balança.

Inicialmente, encaminhar a parturiente para um banho de chuveiro e orientá-la a realizar higiene rigorosa dos genitais. Enquanto isso, arrumar a cama, cobrindo-a com um forro plástico e os panos, acomodar a parturiente na posição que ela se sentir mais confortável. Em seguida, a enfermeira deve lavar, escovar as mãos e colocar as luvas. Neste período, a mulher pode contar com o apoio físico e emocional de alguém de suas relações de parentesco ou amizade.

A enfermeira deve realizar a anti-sepsia da região perineal utilizando gaze ou algodão e o álcool iodado; lubrificar a região da fúrcula com óleo, usando os dedos indicador e médio em movimento semicircular, visando reduzir o risco de trauma. Deve aguardar a visualização da cabeça fetal, orientando a parturiente para executar força gradativa durante a contração uterina. Enquanto isto, apreende-se a região perineal com a mão espalmada, tentando rebaixar essa região. Deixar a cabeça sair lentamente, a fim de evitar a descompressão brusca devido ao perigo de hemorragia cerebral.

Nos intervalos das contrações uterinas, orientar a mulher a respirar profunda e pausadamente, tentando relaxar. Após o desprendimento do pólo cefálico, sustentá-lo com as mãos, tomando o cuidado de não tracionar e aguardar que a própria criança realize o movimento de rotação da cabeça, que está exteriorizada. O restante do corpo do RN será expulso com maior facilidade mediante esforço materno. Considera-se que a duração do período expulsivo (dilatação cervical total até a saída do feto) é de, no máximo, uma hora em múltiparas e duas em primíparas.

Assistência imediata ao recém-nascido

Após a expulsão fetal, não colocar o RN na posição vertical com a cabeça para baixo, para evitar traumatismo cerebral. Envolvê-lo em panos para secá-lo e não haver perda de calor. Remover a secreção existente na cavidade bucal com um dedo envolvido em gaze ou através de aspiração por meio de uma pêra de borracha ou seringa conectada a uma sonda, mantendo a criança em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, evitando, assim, a aspiração em casos de vômito.

Observar o horário de nascimento da criança para efeito de registro oficial posteriormente. Colocar o RN sobre o abdome materno, estimulando a amamentação precoce, o contato pele-a-pele e a interação mãe-filho. Promover a laqueadura do cordão umbilical utilizando cadarço ou similar, com dois nós apertados cerca de 3cm e 5cm do abdome da criança e, em seguida, seccionar o cordão que fica entre os 2 nós e realizar o curativo da superfície cruenta com álcool a 70%. O coto umbilical deve ser deixado descoberto para secar e mumificar mais rapidamente. Finalizar os cuidados pesando o RN.

Os cuidados acima são recomendados para o RN saudável, que se apresenta corado (no máximo, com cianose de extremidade facilmente revertida com o aquecimento corporal), com frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto, choro vigoroso, que responde com careta à remoção de secreção da boca, e/ou apresenta flexão de membros ao estímulo tátil. Os casos em que a criança apresenta alterações desses parâmetros indicam que há algum comprometimento no processo de adaptação à vida extra-uterina, requerendo o seu encaminhamento para um serviço hospitalar para avaliação e conduta médica.

Assistência materna no pós-parto imediato

Controlar o tempo de duração da dequitação, que consiste desde o descolamento da placenta do local de implantação até a sua saída do corpo da mulher. A duração da dequitação varia de 5 a 20 minutos após a expulsão fetal, sendo considerado normal até 30 minutos. A conduta neste intervalo de tempo é expectante; portanto, não deve ser tracionado o cordão umbilical; solicitar à mulher que realize esforço semelhante ao do nascimento da criança para a exteriorização da placenta.

Consideram-se *sinais de descolamento placentário*, o sangramento vaginal em jorro ou contínuo, a progressão do cordão umbilical e a posição lateralizada e acima da cicatriz umbilical do fundo uterino. Ao se visualizar a placenta na vagina, sustentá-la com as mãos, sem tracionar, girando-a para um lado de forma contínua até que ela esteja completamente solta em suas mãos. Esta manobra não-invasiva objetiva reduzir a possibilidade de retenção de membranas amnióticas.

É indicado colocar o RN logo após o nascimento no seio materno, com o objetivo de promover o aleitamento precoce e porque também beneficia a mulher por facilitar a liberação de ocitocina, que auxilia na própria dequitação e aumenta a contratilidade uterina, evitando maiores perdas sangüíneas. Caso tenha decorrido o tempo preconizado sem o aparecimento dos sinais de dequitação, encaminhe a mulher para um serviço devido à possibilidade de intervenção cirúrgica.

A placenta apresenta-se como massa arredondada de cerca de 20cm de diâmetro e 3cm de espessura. Apresenta duas faces: a *face fetal*, lisa e sobre ela se insere o cordão umbilical, e a *face materna* é irregular e apresenta cotilédones arredondados, separados uns dos outros por sulcos e de sua borda prolongam-se as membranas, que envolvem o feto e o líquido amniótico. Ela deve ser examinada, verificando-se o número de vasos no cordão umbilical (normalmente, uma veia de maior calibre e duas artérias com calibre menor e paredes mais rígidas); na face materna, observar a falta de fragmento de cotilédone pela presença de sangramento ao enxugá-la e pela impossibilidade de reconstituição do tecido placentário; por último, examinar as membranas, constatando se as mesmas saíram completamente.

Após o exame da placenta, ainda, de luva e usando gazes, enxugue a região perineal e observe a existência de rotura da mucosa vaginal e/ou da musculatura perineal. Nos casos de rotura com ocorrência de sangramento ou não por esta solução de continuidade, encaminhar a puérpera para avaliação médica. Manter o local protegido com gaze; havendo o sangramento, pode-se colocar uma bolsa de gelo.

Após a constatação da integridade do assoalho pélvico, promover a higienização dessa região com água e sabão; trocar as roupas molhadas e oferecer calcinha e absorvente.

A primeira hora após a dequitação é denominada de *quarto período clínico do parto ou período de Greenberg*, durante o qual é necessário promover o conforto da mulher devido ao cansaço físico e emocional do trabalho de parto. Visando atingir este objetivo, deve-se mantê-la aquecida; oferecer líquido; verificar os sinais vitais, principalmente o pulso e a pressão arterial, devido à perda sangüínea; observar as características da perda vaginal, em especial, em relação à quantidade, e associar com o tônus uterino. O útero deve apresentar-se contraído, à palpação abdominal, com o fundo abaixo da cicatriz umbilical.

Intercorrências e complicações no parto

Entre as possíveis intercorrências e complicações do parto, há aquelas relacionadas ao cordão umbilical, como o **prolapso de cordão**, que consiste na sua exteriorização pela vagina. Este quadro é grave e mais comum nas situações em que a cabeça fetal está alta e móvel, quando há grande quantidade de líquido amniótico ou, então, quando o feto é pequeno e/ou o cordão umbilical é longo. Uma vez diagnosticado o prolapso, com presença de cordão pulsátil (RN vivo), a mulher deve ser mantida em posição genupeitoral e, simultaneamente, através do toque vaginal, elevar a cabeça fetal tentando impedir a compressão do cordão umbilical até a extração do concepto via vaginal ou abdominal, que deve ser o mais rápido possível. Caso não haja nenhuma complicação subjacente e o feto esteja morto (confirmar pela ausculta dos BCF), o parto poderá ser espontâneo.

O cordão umbilical pode, ainda, estar enrolado em partes do feto, geralmente o pescoço, e comprometer o seu bem-estar quando há compressão, dificultando a circulação. Assim, durante o parto, é necessário desenrolar ou seccionar o cordão umbilical rapidamente, evitando a tração excessiva.

A **rotura uterina** é a solução de continuidade que ocorre no útero durante o trabalho de parto, precedida geralmente por sinais de iminência de rotura, o que facilita sua prevenção. Esses sinais são presença de contrações uterinas intensas e dolorosas; distensão do segmento inferior com presença de anel de Bandl (provocado pelo estiramento exagerado do segmento no parto com desproporção céfalo-pélvica, caracterizado por um sulco na altura da cicatriz umbilical). Uma das causas mais frequentes da rotura

uterina é a cicatriz de cesárea anterior ou miomectomia. Nesta situação, é preciso o encaminhamento para um serviço, pois o tratamento é cirúrgico, havendo riscos materno e fetal.

A **hemorragia pós-parto** está relacionada às altas taxas de mortalidade materna, sendo as causas mais comuns a atonia uterina, a laceração do trajeto, a retenção de placenta, a rotura e a inversão uterina. Os fatores predisponentes da atonia uterina são: a prenhez múltipla, polidrâmnio (quantidade de líquido amniótico aumentado), a presença de mioma uterino, multiparidade, parto prolongado ou precipitado. Nestes casos, recomenda-se à paciente esvaziar a bexiga, pois a distensão vesical dificulta a involução uterina. Além de realizar massagem uterina e colocar um peso sobre o mesmo com a finalidade de manter o útero contraído. Administrar 20 unidades de ocitocina em 500ml de soro glicosado a 5% ou fisiológico, com 20 a 30 gotas por minuto ou 0,2mg de metilergonovina intramuscular se a mulher não apresentar pressão arterial diastólica igual ou maior a 90mmHg. Encaminhar a puérpera para a unidade hospitalar a fim de avaliar a necessidade de reposição de volume ou mesmo sangue.

A término da leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de:

- diferenciar o período premonitório do período de dilatação;
- identificar a conduta adequada para a gestante considerando o período em que se encontra e a idade gestacional;
- acompanhar o parto sem distócia;
- prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido saudável;
- citar os sinais e sintomas do prolapso de cordão, da rotura uterina e da hemorragia pós-parto e implementar a conduta apropriada para cada caso.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal. 3ª ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. 3ª ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Política de Saúde. Urgências e emergências maternas. Brasília, 2000.