

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
**LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**  
SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE



**MÓDULO VII: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA: PARTO E NASCIMENTO.**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff  
**Ministro da Saúde** Alexandre Padilha  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**  
**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**  
**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel  
**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco  
**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro  
**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas  
**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Chefe do Departamento** Vera Radünz  
**Subchefe do Departamento** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Coordenadora** Vânia Marli Schubert Backes  
**Subcoordenadora** Odaléa Maria Brüggemann

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização** Vânia Marli Shubert Backes  
**Coordenadora Didático-Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz  
**Coordenadora de Tutoria** Lúcia Nazareth Amante  
**Coordenadora de EaD** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso  
**Coordenadora de TCC** Flávia Regina Souza Ramos  
**Coordenadoras Pólos** Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

## EQUIPE DE APOIO

**Secretaria:** Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier  
**Tecnologia da Informação:** Fábio Schmidt Reibnitz

## AUTORAS

Jane Cristina Anders,  
Juliana Cristina dos Santos Monteiro  
Maria Cândida de Carvalho Furtado  
Vitória Regina Petters Gregório  
Alecassandra F. S. Viduedo  
Cinara Porto Pierezan  
Danielle Monteiro Vilela Dias

## REVISÃO TÉCNICA

Juliana Stefanello

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

### **M7 - Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança: Parto e Nascimento**

A544c ANDERS, Jane Critina

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: parto e nascimento / Jane Cristina Anders; Juliana Cristina dos Santos Monteiro; Maria Cândida de Carvalho Furtado; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

113 p.

ISBN: 978-85-88612-51-5

1. Obstetrícia. 2. Parto. 3. Saúde da Mulher.

CDU – 618,3

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Isabela C. G. de Oliveira

**Revisão Textual** Deise Joelen Tarouco de Freitas

**Coordenação de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

**Design de Capa** Rafaella Volkmann Paschoal

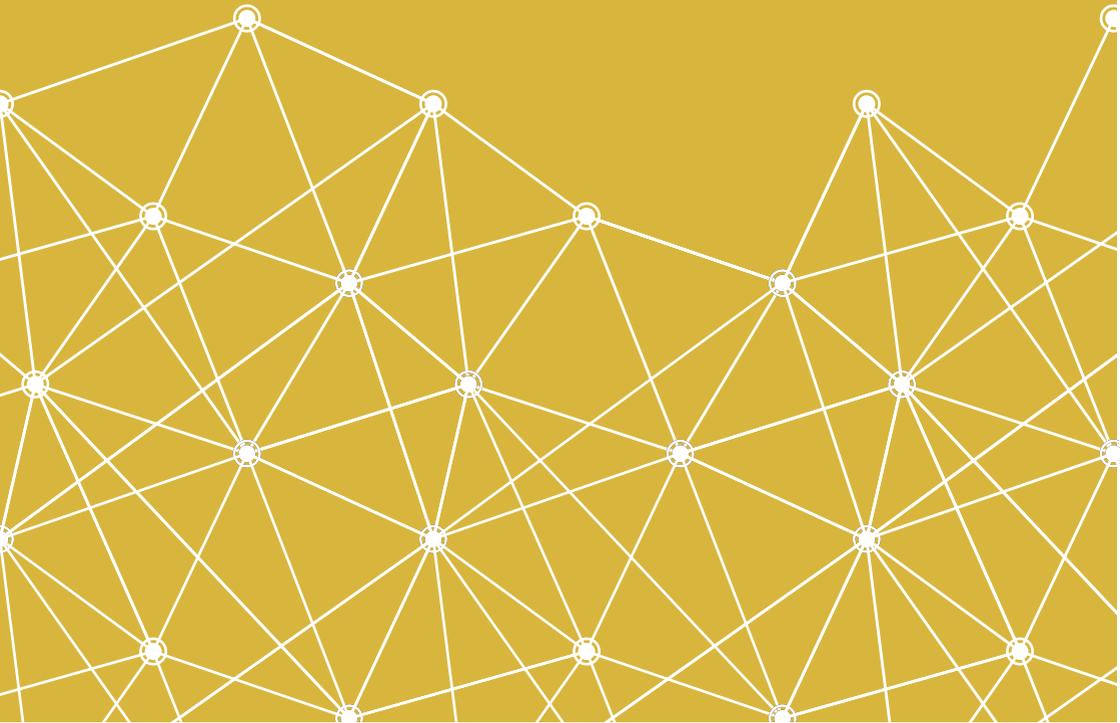
**Projeto Editorial** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## MÓDULO VII

ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER  
E DA CRIANÇA: PARTO E NASCIMENTO.



FLORIANÓPOLIS  
2013

## CARTA DO AUTOR

Caro aluno, nesse momento você inicia o Módulo VII, que tem como foco a assistência à mulher e à criança no momento do parto e nascimento.

No decorrer deste módulo, você aprofundará conhecimentos referentes ao cuidado de enfermagem dirigido à mulher e à criança em um momento especial da vida de ambos: o parto e o nascimento. Nesse sentido, abordaremos conteúdos essenciais como a humanização do cuidado, a importância da inserção da família, como também a atuação do profissional enfermeiro junto à mulher e à criança, quer seja na evolução fisiológica desse processo como também frente às intercorrências.

Em alguns momentos, você será remetido a conteúdos que já vivenciou no decorrer do curso. A ideia é que os módulos pelos quais você já passou e os outros que virão possuem interligação de conhecimentos, habilidades e atitudes que você busca aprimorar para atender a clientela materno-infantil.

Acreditamos que o momento do parto e do nascimento envolve aspectos que transcendem as questões biológicas do cuidado sendo necessário um olhar atento, ampliado para que se viabilize atenção com qualidade, com inclusão de abordagem social, emocional, entre outras. As ações aqui discutidas intencionam fazer com que você reconheça as necessidades iminentes nesse momento de vida da mulher e da criança e faça com que você, mediante intervenções adequadas, possa contribuir para a redução da morbimortalidade materno-fetal e neonatal.

Desejamos que no decorrer deste você possa refletir criticamente acerca do papel do enfermeiro nesse contexto de cuidado e oferecer, a cada dia de atuação em sua prática profissional, uma assistência de enfermagem qualificada, embasada cientificamente, como diferencial para a saúde materna e do neonato.

Bom trabalho!

Jane Cristina Anders, Profa. Dra.  
Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Profa. Dra.  
Maria Cândida de Carvalho Furtado, Profa. Dra.  
Vitória Regina Petters Gregório, Profa. Dra.  
Alecssandra F. S. Viduedo, Profa. Ms.  
Cinara Porto Pievezan, Profa. Ms.  
Danielle Monteiro Vilela Dias, Profa. Ms.

*Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,  
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.*  
Francisco Cândido Xavier

## OBJETIVO GERAL

Desenvolver o processo de cuidado em enfermagem à mulher, à criança e à família no decorrer do trabalho de parto, parto e nascimento.

## CARGA HORÁRIA

45 horas.

## UNIDADE 1 — O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO HUMANIZADO DA MULHER, DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO ..... 11

1.1 Introdução.....	11
1.2 Humanização da assistência obstétrica .....	12
1.2.1 Acolhimento.....	12
1.2.2 Medidas de conforto e alívio da dor.....	13
1.2.3 Defesa dos direitos das mulheres .....	15
1.2.4 Apoio à família.....	15
1.3 Resumo .....	16
1.4 Fechamento .....	16
1.5 Recomendação de leitura complementar .....	17

## UNIDADE 2 — AVALIAÇÃO MATERNO-FETAL E NEONATAL ..... 19

2.1 Introdução.....	19
2.2 Avaliação clínica.....	19
2.2.1 Avaliação materno-fetal .....	21
2.2.2 Exame físico .....	25
2.3 Avaliação do recém-nascido.....	35
2.3.1 Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.....	35
2.3.2 Exame físico do recém-nascido .....	41
2.4 Resumo .....	46
2.5 Fechamento .....	46
2.6 Recomendação de leitura complementar .....	47

## UNIDADE 3 — CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER E À CRIANÇA NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO ..... 49

3.1 Introdução .....	49
3.2 Atenção e Cuidados iniciais no parto.....	49
3.3 Cuidado de Enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto.....	52
3.3.1 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de dilatação.....	53
3.3.2 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de expulsão.....	56
3.3.3 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de dequitação .....	57
3.3.4 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de Greenberg.....	58
3.4 Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido.....	59
3.4.1 Cuidados imediatos .....	59
3.4.2 Cuidados mediatos .....	64
3.4 Resumo .....	70
3.5 Fechamento .....	71
3.6 Recomendação de leitura complementar .....	71

## UNIDADE 4 — INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS.....73

4.1 Introdução .....	73
4.2 Intercorrências obstétricas (Distócias) .....	73
4.2.1 Distócias maternas .....	74
4.2.2 Distócias fetais .....	76
4.2.3 Distócia feto-anexial .....	78
4.3 Cuidados de enfermagem .....	79
4.4 Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação .....	80
4.4.1 Rotura uterina .....	80
4.5 Descolamento prematuro de placenta .....	81
4.6 Placenta prévia .....	85
4.6.1 Considerações importantes .....	87
4.6.2 Vasa prévia .....	87
4.6.3 Rotura prematura de membranas .....	88
4.7 Intercorrências neonatais .....	89
4.8 Resumo .....	100
4.9 Fechamento .....	100
4.10 Recomendação de leitura complementar .....	100

## UNIDADE 5 — SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ..... 103

5.1 Introdução .....	103
5.2 Processo de Enfermagem .....	103
5.2.1 Coleta de dados .....	103
5.2.2 Diagnóstico de Enfermagem .....	104
5.2.3 Planejamento de Enfermagem .....	105
5.2.4 Implementação .....	106
5.3 Avaliação .....	106
5.4 Resumo .....	107
5.5 Fechamento .....	107
5.6 Recomendação de leitura complementar .....	108

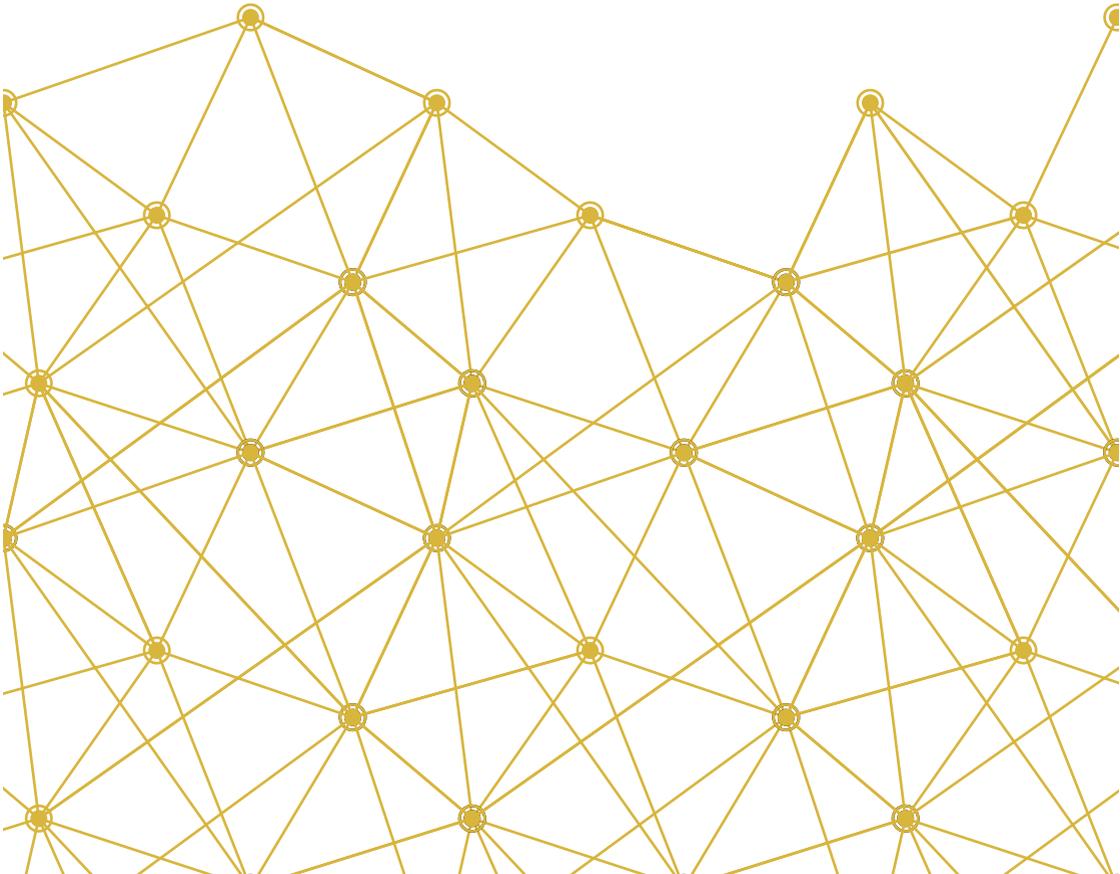
## ENCERRAMENTO DO MÓDULO ..... 109

## REFERÊNCIAS ..... 110

## MINICURRÍCULO DAS AUTORAS..... 114



# UNIDADE 1



# Unidade 1 – O papel da enfermagem no cuidado humanizado da mulher, da criança e da família durante o trabalho de parto, parto e nascimento

Nesta unidade você deverá reconhecer e relacionar o papel do enfermeiro no cuidado humanizado à mulher, ao neonato e à família durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

## 1.1 Introdução

O nascimento constitui-se em um momento especial para a mulher, o neonato e a família. A forma como serão assistidos neste momento poderá influenciar o modo do nascimento e a maneira como a mulher vivenciará esta experiência. Os profissionais de saúde atuam como coadjuvantes. E, neste contexto, o enfermeiro tem um papel preponderante, devendo assistir à mulher, ao neonato e à família com competência técnico-científica e sensível. Respeitando a sua cultura, as suas necessidades e direitos, prestando um cuidado de qualidade, individualizado e integral. Ao prestar este tipo de cuidado, o enfermeiro estará oferecendo um atendimento humanizado, reconhecendo o papel da mulher como sujeito ativo no parto e nascimento, e a família como um suporte necessário e benéfico (BRASIL, 2006a).

A humanização compreende uma série de conhecimentos, práticas e atitudes, que objetivam a promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. E este cuidado deve iniciar com os primeiros preparativos que envolvem o pré-natal, momento em que são estabelecidas as primeiras relações, baseadas em princípios éticos, preservando a privacidade e autonomia da mulher, evitando-se intervenções desnecessárias por parte da equipe de saúde. Sendo garantido à mulher e à família o compartilhamento das decisões sobre as condutas a serem adotadas, bem como a realização de procedimentos comprovadamente benéficos (BRASIL, 2001).

---

Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar uma nova sociedade em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento (BRASIL, 2001).

---

## 1.2 Humanização da assistência obstétrica

O trabalho de parto, parto e nascimento constituem-se como eventos que transformam a vida de todos os envolvidos neste processo. Como já vimos, o enfermeiro deve se mostrar disponível e atento, respeitando, apoiando e encorajando a mulher e a família.

Entre as ações desenvolvidas pela Enfermagem, evidenciaremos:

1. O acolhimento.
2. As medidas de conforto e alívio da dor.
3. A defesa dos direitos das mulheres.
4. O apoio à família.



### *Palavra do profissional*

É importante que os enfermeiros revejam sua prática e abandonem posturas arraigadas, implementando abordagem humanizada no cuidado de enfermagem. Mas, o que fazer, na prática, para implementar a abordagem humanizada?

As normas ou manuais, por si só, não dão conta de provocar as mudanças propostas. Torna-se necessário estar em sintonia com novos conhecimentos e com as evidências científicas que não consideram a gravidez como doença. A mulher é a protagonista do seu parto. Cabe ao profissional de enfermagem ter atitudes éticas, estabelecer uma relação de confiança e respeito com a mulher e sua família. É necessário reconhecer o papel da família como apoiadora e integrante deste momento.

Na sequência, abordaremos detalhes das ações humanizantes que devem ser desenvolvidas pelo profissional de enfermagem no trabalho de parto, parto e nascimento.

### 1.2.1 Acolhimento

Entende-se acolhimento como um ato de aproximação e de inclusão da mulher e da família no serviço de saúde (BRASIL, 2006b).

No final da gestação, as mulheres podem sentir-se mais vulneráveis, cultivando incertezas e medos em relação ao parto e ao nascimento, podendo ser este o seu primeiro contato com o hospital e com a internação. Por esta

razão, o enfermeiro deve recebê-la juntamente com a sua família de forma acolhedora, propiciando a expressão de seus temores, para que se sintam apoiados, seguros e tranquilos. É importante que a mulher seja chamada pelo nome; que seja informada sobre os procedimentos que serão realizados; que esteja em um ambiente acolhedor, limpo, confortável, sem barulho; e que seja respeitada a sua privacidade e intimidade. Os membros da equipe devem estar uniformizados e devidamente identificados (BRASIL, 2006b; ENKIN et al., 2005).

## 1.2.2 Medidas de conforto e alívio da dor

Os enfermeiros devem conhecer as evidências científicas sobre as medidas de conforto que contribuem para o alívio da dor no trabalho de parto e parto, para que possam aplicá-las e orientar as mulheres e família, assegurando uma assistência de qualidade.

Estas medidas incluem métodos farmacológicos e não farmacológicos; no entanto, abordaremos, nesta unidade, apenas os métodos não farmacológicos.

---

As medidas não farmacológicas incluem: Apoio contínuo durante todo o trabalho de parto e parto, deambulação e mudanças de posição materna, hidroterapia, massagens, focalização da atenção e distração e técnicas de respiração (RICCI, 2008; ENKIN et al., 2005).

---

O apoio durante o trabalho de parto e parto consiste em ficar ao lado da mulher conversando, ouvindo-a, oferecendo apoio emocional, aplicando medidas de conforto. O familiar de escolha da mulher é a pessoa indicada para colaborar com este tipo de apoio.

A dor também pode ser aliviada quando a mulher realiza mudança de posição frequentemente, seja sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, ficando de quatro e usando a bola de parto ou o cavalinho. A mudança de posição ajuda na aceleração do trabalho de parto, pois altera as relações de gravidade. Ao estimular que a mulher procure uma posição confortável, o enfermeiro facilita a descida e a rotação fetal. A mulher deve ser orientada para evitar a posição dorsal, pois esta posição pode diminuir o fluxo sanguíneo para o feto pela compressão da veia cava (RICCI, 2008; ENKIN et al., 2005).

Em relação à hidroterapia, esta pode ser realizada em banheiras comuns, banheiras de hidromassagem e chuveiros, combinados com pouca iluminação e música. O efeito relaxante da água pode diminuir a utilização de métodos farmacológicos. Sua utilização pode diminuir o tempo de trabalho de parto, diminuir a pressão arterial, evitar ou diminuir as lacerações do períneo, proporcionando um nascimento tranquilo e prazeroso. Alguns cuidados devem ser observados (RICCI, 2008; ENKIN et al., 2005):

- A mulher deve estar em trabalho de parto ativo (mais do que cinco cm de dilatação).
- A temperatura da água deve ser igual ou menor à temperatura corporal.
- O neonato não deve ficar submerso, devendo ser trazido à superfície logo após o nascimento.
- A mulher deve ser encorajada a permanecer em hidroterapia, enquanto se sentir confortável.

O toque e as massagens também contribuem para o alívio da dor, para o relaxamento e para aumentar a produção de endorfinas. As mulheres devem ser conscientizadas sobre a produção natural da analgesia por meio da liberação de endorfinas. Nos casos de erupções cutâneas, veias varicosas, equimoses ou infecções as massagens estão contraindicadas (RICCI, 2008).

Em relação à focalização da atenção, algumas atividades são utilizadas para que a mulher não se concentre na dor, são elas: atenção ao treinamento verbal, visualização e auto-hipnose, realização de tarefas domésticas, concentração em algum estímulo visual, auditivo, tátil e respiração padronizada.

O profissional de enfermagem deve conhecer as técnicas de respiração que a mulher pode utilizar durante o trabalho de parto e parto, sendo que as mesmas são importantes para a distração da atenção e redução da dor. No início do trabalho de parto, a mulher deve utilizar a inspiração profunda, focando sua atenção em um ponto específico, expirando lenta e profundamente. Com o aumento das contrações, a respiração torácica pode ser mais curta (RICCI, 2008; ENKIN et al., 2005; BRASIL, 2001).



### Palavra do profissional

Deve-se estar atento aos casos em que a mulher realiza respiração rápida e por longo período, pois esta pode ser responsável por hiperventilação, levando a diminuição do nível de pCO<sub>2</sub> no sangue.

## 1.2.3 Defesa dos direitos das mulheres

As mulheres e famílias devem ser alertadas sobre os seus direitos no trabalho de parto, parto e nascimento, a saber:

- Todas as gestantes têm direito a um acompanhante de sua escolha em todas as etapas do nascimento, sendo que este direito é assegurado pela Lei n. 11.108 (BRASIL, 2005).
- A analgesia obstétrica também se consolida como um direito assegurado pela Portaria n. 572/GM, de 1º de junho de 2000.
- Com vistas a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, a mulher também tem o direito de amamentar seu filho na primeira meia hora após o parto, de acordo com os dez passos para o Sucesso de Aleitamento Materno, por meio da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

## 1.2.4 Apoio à família

A família tem papel preponderante junto à mulher e ao neonato. Por esta razão, o enfermeiro deve apoiar e integrar a família em todos os momentos do nascimento, visto que será ela que dará continuidade ao cuidado no domicílio, influenciando os comportamentos e o funcionamento do sistema familiar.

É importante salientar que não só o casal passa por transformações, mas toda a família acompanha estas mudanças, sendo que cada um tem um novo papel a ser exercido, de avó, tia, tio, entre outros.

Para finalizar, ressaltamos alguns conceitos fundamentais em relação ao cuidado de enfermagem à mulher que vivencia o pré-parto, parto e nascimento (RICCI, 2008):

- O enfermeiro deve proporcionar apoio físico e emocional à mulher, ao neonato e à família durante o trabalho de parto, parto e nascimento.
- O enfermeiro deve subsidiar e apoiar a mulher e família na tomada de decisões sobre os cuidados prestados.
- A mulher deve ser reconhecida como sujeito de direitos e protagonista do momento do parto e nascimento.

## 1.3 Resumo

O cuidado humanizado à mulher, ao recém-nascido e à família envolve uma série de ações do enfermeiro que podem favorecer a evolução do trabalho de parto e um nascimento saudável.

Abordamos nesta unidade o cuidado humanizado à mulher, ao neonato e à família, apontando ações humanizantes desenvolvidas pelo enfermeiro, como: acolhimento, medidas de conforto e alívio da dor, defesa dos direitos das mulheres e apoio à família.

## 1.4 Fechamento

Igualmente discutimos sobre o cuidado humanizado à mulher, ao neonato e à família que vivenciam o trabalho de parto, parto e nascimento; e como são oferecidos subsídios para que o enfermeiro possa prestar uma assistência qualificada, nesse momento tão especial na vida da mulher e do neonato, baseada em evidências científicas.

## 1.5 Recomendação de leitura complementar

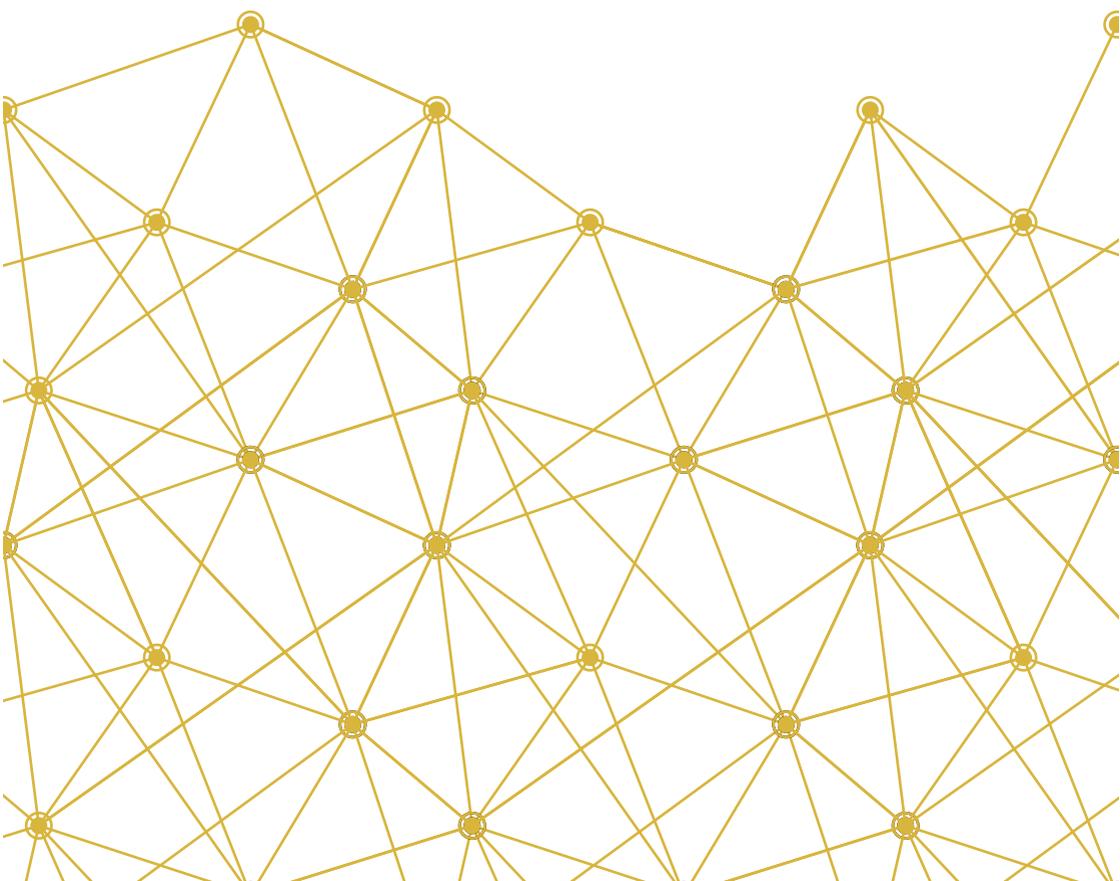
ALCÂNTARA, N. N. et al. Influência da hidroterapia nas variáveis cardiorrespiratórias na gestação. **Rev. Neurocienc.**, in press, p. 1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/inpress/635%20original.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 24, p. 436-437, 1985.

# UNIDADE 2



## Unidade 2 – Avaliação materno-fetal e neonatal

Ao final desta unidade, você estará habilitado para identificar os períodos clínicos do parto, realizar a avaliação clínica da mulher, do feto e da criança; e para planejar, implementar e avaliar as ações de enfermagem no trabalho de parto, parto e nascimento.

### 2.1 Introdução

Esta unidade apresenta tópicos essenciais para a realização da avaliação da mulher, do feto e do recém-nascido, com vistas a qualificar a assistência de enfermagem prestada durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

### 2.2 Avaliação clínica

Esta avaliação clínica permite a identificação real das necessidades da mulher e da criança nesse momento da vida, sendo um dos instrumentos do profissional de enfermagem para o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado ofertado.

É importante que o profissional esteja atento não somente aos aspectos biológicos, como também psicoemocionais da mulher e da criança. Os achados clínicos nortearão o plano de cuidado biológico; e os aspectos emocionais irão auxiliar a assistência voltada para a promoção da humanização e da atenção à mulher e à criança. Para um planejamento adequado do cuidado a ser prestado, o enfermeiro lançará mão de recursos como a entrevista e o exame físico.

A coleta de dados inicia com a entrevista da mulher admitida na maternidade, nesse momento o enfermeiro busca informações que o auxiliem na individualização do cuidado. Outra parte da coleta inclui o exame físico. Para a sua realização, deve-se respeitar o momento que a mulher vivencia, o momento do nascimento da criança e a sua adaptação à vida extrauterina, como também as individualidades e particularidades da mulher, do feto e do recém-nascido.

O exame físico é considerado um instrumento que enriquece a informação a ser obtida e fundamenta a assistência de enfermagem. Ele consiste em uma avaliação que procura evidências físicas e capacidades ou incapacidades funcionais (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

---

Desse modo, conhecer tanto a semiologia da mulher e do recém-nascido como a semiotécnica é subsídio fundamental para o enfermeiro na elaboração do plano de cuidado no trabalho de parto, no parto e no nascimento.

Para tanto, é preciso que sejam seguidas algumas diretrizes. O local deve ter iluminação e aquecimento adequados. Preferencialmente o exame físico deve ter o sentido céfalo-caudal, uma vez que esta sequência permite facilmente a identificação e memorização de achados e alterações, como também evita o esquecimento de algum detalhe encontrado. Entretanto, respeitam-se também as condições clínicas da mulher e do recém-nascido durante a realização do exame físico.

O exame físico envolve o emprego dos sentidos do examinador, a fim de obter informações acerca da estrutura e função da área que está sendo avaliada.

Na execução do exame físico são requeridas habilidades para as quatro técnicas básicas: inspeção, palpação, percussão e ausculta, a saber:

- A inspeção é considerada a observação atenta, precisa e detalhada do comportamento e da aparência do indivíduo como um todo. Portanto, esta observação deverá ser realizada de modo cuidadoso em relação às características específicas, como cor, textura, posição, tamanho, sinais vitais, tipo e grau de movimento (JARVIS, 2002). As condições ótimas para a realização da inspeção são a exposição plena da área e iluminação adequada (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
- A palpação possui como finalidade a avaliação da textura, temperatura, umidade, localização e tamanho dos órgãos, como também a detecção de aumento de volume, presença de nódulos ou massas, pulsação, aumento ou diminuição da sensibilidade, edema, espasmo ou rigidez muscular (JARVIS, 2002). Para o conforto do paciente, as mãos do examinador devem estar previamente aquecidas, devendo o toque ser suave e respeitoso (CRAVEN; HIRNLE, 2006).
- A percussão consiste na avaliação de estruturas adjacentes quanto à localização, tamanho e densidade. O tipo de som emitido é determinado pela densidade do meio através do qual o som está viajando.

do (CRAVEN; HIRNLE, 2006). Esta técnica é utilizada para delinear o tamanho de um órgão como bexiga ou fígado; também empregada para determinar se uma estrutura está cheia de ar ou líquido ou se é sólida - achados importantes na percussão dos pulmões e abdômen (CRAVEN; HIRNLE, 2006). Permite identificar sons produzidos pelos órgãos do corpo, com vistas à detecção de modificações, bem como desvios de suas características (JARVIS, 2002).

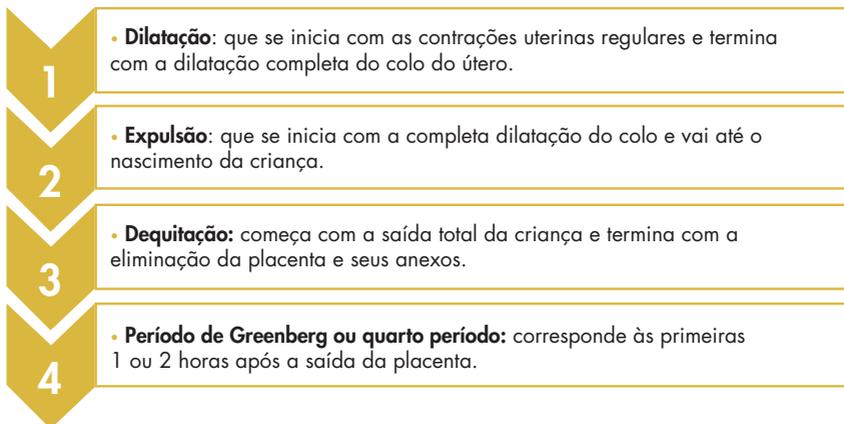
- A ausculta é a audição, mediante uso de estetoscópio, dos sons dos movimentos internos do corpo, onde coração e vasos sanguíneos, pulmões e abdômen são auscultados para identificação dos movimentos do sangue, ar e conteúdo gastrintestinais, respectivamente (CRAVEN; HIRNLE, 2006).

A seguir, apresentamos as avaliações da mulher, do feto e do recém-nascido em itens didaticamente elencados, de modo que você, enfermeiro, possa compreender cada etapa da avaliação que deverá ser realizada com a mulher, o feto e o recém-nascido.

Uma vez que a aprendizagem que você está desenvolvendo neste módulo possui articulação com os demais, haverá momentos em que remeteremos você a conteúdos já vivenciados/estudados, como forma de integrar seus conhecimentos.

## 2.2.1 Avaliação materno-fetal

Para realização da avaliação materno-fetal de maneira adequada, torna-se fundamental a compreensão de que quatro períodos são reconhecidos na evolução clínica do parto (BRASIL, 2001; LOWDERMILK, 2002):



Cada período apresenta características específicas e a parturiente (mulher em trabalho de parto e parto) necessita de assistência técnica qualificada e apoio emocional, independentemente da idade ou paridade a preocupação com o parto e com o bebê é de grande importância para todos os envolvidos.

A seguir, discutiremos sobre cada período clínico do parto, com o intuito de compreender quais são as necessidades da mulher em cada período para prestar a melhor assistência.

## Dilatação: primeiro período clínico do parto

O primeiro período clínico do parto começa com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero. Normalmente este período é mais longo que o segundo e o terceiro juntos. Em primigestas (mulheres na primeira gestação) este período pode levar de 10 a 20 horas e em multíparas (mulheres que já tiveram partos anteriormente), de 6 a 10 horas. Porém, não existem valores absolutos para a duração normal do período e as variações dependem de diversos fatores, representando as diferenças na população e a prática clínica (LOWDERMILK, 2002).

A avaliação no período de dilatação deve ser iniciada no primeiro contato com a mulher que procura o serviço de saúde, sendo que o enfermeiro deve ter uma atitude atenciosa, o que encoraja a mulher a verbalizar suas preocupações. O período de dilatação divide-se em três fases: fase latente, fase ativa e fase de transição (MAMEDE et al., 2009).

- **Na fase latente**

A dilatação do colo uterino vai até 3 a 4 cm e as contrações uterinas têm fraca intensidade e curta duração. Esta fase é mais demorada, porém não proporciona desconforto doloroso intenso; a mulher não precisa estar hospitalizada e deve ser estimulada quanto à deambulação, à hidratação e à ingestão de dieta leve.

- **Na fase ativa**

As contrações aumentam de intensidade, frequência e duração gradativamente e a dilatação uterina apresenta de 4 a 8 cm. A parturiente torna-se mais queixosa de dor, devido ao aumento da intensidade das contrações. É normalmente nesta fase que a mulher procura o serviço de saúde para o acompanhamento do trabalho de parto e parto.

- **Na fase de transição**

As contrações se intensificam até a dilatação completa (10 cm) e a apresentação do feto desce mais no canal vaginal da mulher. É comum que a parturiente possa ter medo e apresentar dor intensa.

No período, é observado também o início dos fenômenos mecânicos do parto. Trata-se do conjunto de fenômenos que o feto apresenta durante a passagem pelo canal vaginal. Durante a dilatação podem ocorrer a descida e rotação da cabeça fetal (nos casos de apresentação cefálica – a cabeça do feto se apresenta primeiro no canal do parto).

A observação das manifestações clínicas e do comportamento da parturiente permite uma adequada avaliação da fase do trabalho de parto e melhor assistência as suas necessidades.

Para a admissão da parturiente no serviço de saúde (maternidade), o enfermeiro deve realizar uma avaliação para obter informações importantes sobre a parturiente. Esta avaliação deve incluir: revisão do registro de pré-natal, entrevista inicial, exame físico, exames laboratoriais (se forem necessários), fatores culturais e psicossociais relatados e confirmação do período clínico do parto (PIOTROWSKI, 2002).

A revisão do registro de pré-natal (a história obstétrica pregressa e atual da mulher) fornece subsídios importantes para identificar as necessidades e os riscos individuais identificados durante este acompanhamento; é necessário também calcular a data provável do parto e a idade gestacional.

---

Em caso de dúvidas acerca das informações sobre o acompanhamento pré-natal, reveja o “Módulo VI- Enfermagem na atenção materno-fetal: pré-natal”, que tratou da atenção à saúde materno-fetal.

---

Além disso, é importante registrar os dados antropométricos atuais (medidas de peso e altura), pois um ganho de peso muito aumentado pode ser fator de risco para desproporção céfalo-pélvica e para parto cesárea. Se alguma informação não foi encontrada no registro de pré-natal ou se a mulher não realizou pré-natal, as informações devem ser solicitadas no momento da admissão.

Durante a entrevista inicial, determina-se a principal queixa da mulher ou o motivo para a sua ida até a maternidade. As principais queixas podem ser contrações uterinas e rompimento da bolsa amniótica (bolsa de água) com ou sem contrações; as mulheres podem também queixar-se de sangramento vaginal ou diminuição da movimentação do feto.



## Palavra do profissional

Outros fatores importantes a serem avaliados durante a entrevista são: o estado geral da mulher, condições de saúde atual, alergias, procedimentos cirúrgicos anteriores, uso de medicações ou outras drogas.

---

O exame físico inicial deve ser céfalo-caudal e geral, com atenção às especificidades obstétricas: realização dos quatro tempos da manobra de palpação obstétrica para determinar a apresentação fetal (parte do feto que se apresenta primeiramente no canal de parto), a posição fetal e o dorso fetal (ponto de maior intensidade para ausculta da Frequência Cárdio-Fetal - FCF); avaliação do estado do feto através da FCF e movimentação fetal, por exemplo: avaliação das contrações uterinas (dinâmica uterina); e o toque vaginal.

---

O exame físico inicial deve confirmar o estabelecimento do trabalho de parto e os achados do exame fornecem subsídios para avaliar a evolução do trabalho de parto a partir da admissão da mulher na instituição. O exame físico inicial será tratado de forma mais detalhada posteriormente.

---

Os exames laboratoriais variam de acordo com o protocolo de cada maternidade. No entanto, o tipo sanguíneo e fator Rh da mulher devem ser verificados se ela não apresentar estes resultados.

Quanto aos fatores culturais e psicossociais, a aparência e o comportamento da mulher em trabalho de parto podem indicar a sua necessidade com relação ao apoio durante este período. É importante que a enfermeira reconheça que estes aspectos variam de acordo com as fases do trabalho de parto e os períodos clínicos do parto. A enfermeira deve responder às perguntas da parturiente e prestar apoio emocional a ela e a sua família.

## 2.2.2 Exame físico

A avaliação completa e exata da parturiente fundamenta a admissão e a assistência a ser prestada. Todo o procedimento de avaliação, os equipamentos utilizados, as ações de enfermagem e a justificativa para cada procedimento devem ser compartilhados com a mulher e seu acompanhante, se for o caso. É importante salientar que, no Brasil, de acordo com a “Lei do Acompanhante”, os serviços de saúde do SUS devem permitir a presença junto à parturiente de um acompanhante indicado por ela durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.



### *Saiba mais*

A Lei n. 11.108/2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>.

O enfermeiro deve lavar as mãos antes e depois de realizar qualquer procedimento ou exame; os registros devem ser feitos logo que possível, após a realização do exame; a anotação cuidadosa dos achados e a hora da realização devem ser feitos na folha de registros que o enfermeiro inicia no exame de admissão.

O exame físico geral, ainda que sumário, deve incluir verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura), avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, a ausculta cardíaca e pulmonar e a presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores (BRASIL, 2001).

O exame obstétrico inclui procedimentos obrigatórios na admissão da parturiente que são (PIOTROWSKI, 2002):

- **Palpação abdominal ou palpação obstétrica**

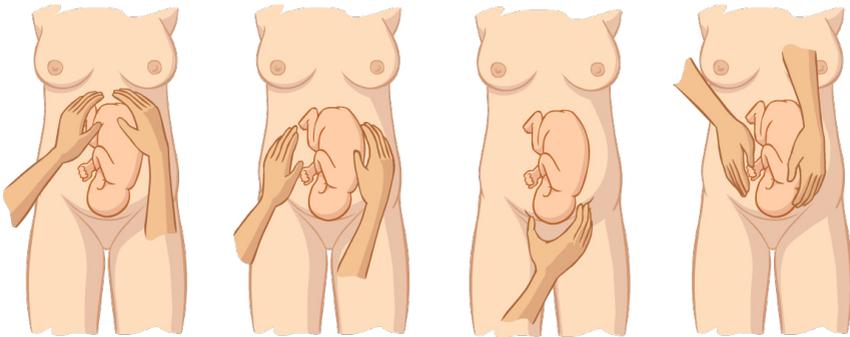
**Procedimento usado** - para determinar a situação, posição, apresentação e insinuação fetal - Para realizar a palpação abdominal, são realizadas as quatro manobras de palpação obstétrica, com a mulher em decúbito dorsal por um breve período.

Conforme a figura abaixo, as manobras permitem a identificação: da localização do fundo uterino, do número de fetos, situação fetal (se o feto está longitudinal, transverso ou oblíquo) e apresentação fetal (parte fetal que se encaixa primeiro na bacia materna).

*Na obstetrícia, as manobras de Leopold são um método comum e sistemático de se determinar a posição de um feto dentro do útero de uma mulher. Elas recebem este nome em homenagem ao ginecologista Christian Gerhard Leopold.*

Atitude fetal (relação das diversas partes do feto entre si), localização esperada do ponto de intensidade máxima da FCF no abdome da mulher (DORSO FETAL), e o encaixe do feto na pelve.

Figura 1: Manobras de palpação (Leopold-Zweifel)



Fonte: Brasil (2006)

- **Ausculda da Frequência Cardíaca Fetal (FCF)**

O ponto de intensidade máxima da FCF é o local em que a FCF é mais bem auscultada no abdome da mulher e geralmente se localiza diretamente sobre o dorso do feto. Este ponto também auxilia a determinação da apresentação fetal e da posição fetal. Na apresentação cefálica (a parte do feto que se apresenta primeiro no canal vaginal é a cabeça) a FCF é normalmente auscultada abaixo do umbigo da mulher, no quadrante inferior direito ou esquerdo do abdômen. Na apresentação pélvica (a parte do feto que se apresenta primeiro no canal vaginal é a nádega), a FCF é auscultada acima do umbigo da mulher, no quadrante superior direito ou esquerdo do abdome. A auscultação intermitente da FCF pode ser realizada com estetoscópio fetal (Pinard) e sonar Doppler manual.

Quadro 1: Interpretação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF)

FCF BASAL (ENTRE CONDIÇÕES):	
Normal	Entre 120-160 bat./min
Alerta (hipóxia leve)	Entre 110 - <120 bat./min (bradicardia)
Anormal (hipóxia)	FCF < 110 bat./min (bradicardia)
FCF ASSOCIADA ÀS CONTRAÇÕES:	
Normal	Sem variação significativa e com presença de acelerações transitórias. Desaceleração precoce sincrônica com a contração uterina.
Alerta	Presença de desacelerações de duração, amplitude e momento de começo viável (possível patologia de cordão).
Anormal (possível hipóxia)	Desacelerações de início tardio em relação a CU e recuperação depois que esta já terminou. Seu valor mínimo é alcançado entre 20 a 60 segundos depois do acme da contração. Bradicardia persistente. Desaceleração iniciada com a contração que não se recupera uma vez iniciada esta.

Fonte: Hospital Sofia Feldman (2009)



### Palavra do profissional

A ausculta da FCF deve ser realizada antes, durante e após a contração uterina; portanto, para melhor acompanhamento da vitalidade fetal, a ausculta deve ser realizada juntamente com a avaliação das contrações uterinas. A FCF também deve ser avaliada imediatamente após o rompimento da bolsa amniótica, após qualquer modificação no padrão das contrações ou no estado materno e antes e depois de medicar a mulher ou de realizar algum procedimento.

- **Avaliação das contrações uterinas**

As contrações uterinas agem, involuntariamente, para dilatar o colo do útero, expelir o feto e a placenta do útero, além de ter importante papel durante toda gravidez na perfusão uterina e no pós-parto na hemostasia e involução uterina. As contrações são descritas de acordo com as seguintes características:

- Frequência (determinada em um período de tempo).
- Intensidade (a força da contração em seu pico).
- Duração (tempo entre o início e o fim de cada contração).
- Podem ser avaliadas pela cronometragem das contrações por um profissional de saúde através da palpação do fundo do útero e pela monitorização eletrônica. A palpação é mais subjetiva e pode ser menos precisa.
- A monitorização eletrônica fornece informações sobre a força relativa das contrações uterinas. Na admissão da mulher na maternidade, geralmente deve ser feita uma monitorização basal das contrações e da FCF durante 10 a 20 minutos. A monitorização das contrações uterinas é importante para determinar se elas são potentes e frequentes o bastante para expelir o feto e a placenta.



### *Palavra do profissional*

A monitoração eletrônica é importante, mas é imprescindível que o enfermeiro que presta assistência à parturiente desenvolva a habilidade de avaliar as contrações uterinas por meio da palpação.

---

- **Exame vaginal**

Realiza-se na admissão, caso haja atividade uterina significativa, e se a mulher perceber pressão perineal ou urgência para empurrar, se houver rompimento das membranas amnióticas ou quando forem notadas desacelerações da FCF. Durante o exame vaginal (toque), realizado pelo médico obstetra ou enfermeiro obstetra, são avaliados:

- Dilatação, apagamento e consistência do colo uterino.
- Apresentação, posição e descida fetal; membranas amnióticas e líquido da bolsa; proporcionalidade feto-pélvica.
- Presença de fezes no reto. Trata-se de um exame desconfortável, e

a explicação de sua realização e necessidade é importante para a redução do estresse e ansiedade da mulher.

---

Os toques vaginais subsequentes ao da admissão na maternidade podem ser adiados até a fase ativa do trabalho de parto e devem ser utilizados com parcimônia quando há suspeita ou confirmação de amniorrexe prematura (bolsa amniótica que se rompe antes do início do trabalho de parto). Quando existe sangramento vaginal, o toque deve ser realizado de forma controlada, pois pode se tratar de placenta prévia, condição em que o toque pode provocar piora do sangramento, com possíveis repercussões maternas e fetais (BRASIL, 2001).

---

O controle rigoroso da FCF durante o trabalho de parto assegura, na maioria dos casos, a adoção de medidas apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições. O controle periódico da FCF, mesmo na gestação de baixo risco, é imprescindível. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, esse controle deve ser feito a cada 60 minutos. Este intervalo deve ser reduzido para 30 minutos de acordo com a progressão da fase ativa do trabalho de parto.

---

Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da FCF pode limitar a movimentação da parturiente e gerar intervenções desnecessárias. Casos de excesso de contratilidade uterina (taquissístolia, hipertonia) espontânea ou iatrogênica podem levar ao sofrimento fetal agudo que se instala em poucos minutos, o que exige a vigilância contínua da FCF até que o quadro seja revertido. Nestes casos, é desejável o uso de monitores fetais na vigilância contínua da FCF, mas estes podem ser substituídos pela presença do profissional de saúde ao lado da parturiente e sua avaliação, com a vantagem de que essa presença pode contribuir para a tranquilização da parturiente e, conseqüentemente, a resolução mais rápida da hipercontratilidade uterina (BRASIL, 2001).

---

## Expulsão: segundo período clínico do parto

O segundo período clínico do parto inicia-se com a dilatação completa do colo do útero (10 cm) e termina com a expulsão fetal. Em primíparas, este período dura em média 60 minutos e, em múltíparas, cerca de 20 minutos, no entanto, este tempo varia dependendo de fatores fetais, maternos, ambientais e psicológicos.

O período expulsivo pode ser acompanhado de esforços involuntários que são chamados de puxos (VONTADE DE FAZER FORÇA). Os puxos decorrem da compressão das paredes da vagina, do reto e da bexiga pela apresentação fetal insinuada e baixa, que causa a distensão do assoalho pélvico.

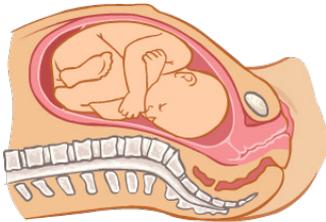
Além disso, outros sinais clínicos e sintomas indicam a eminência da expulsão fetal:

- Aumento da intensidade e duração das contrações uterinas, aumento da perda de muco e sangue causado pela ruptura de vasos capilares do colo e segmento inferior do útero.
- Abaulamento perineal, desejo de evacuar, anus proeminente ou entreaberto,
- Ruptura espontânea das membranas, sudorese facial, tremores de extremidade. Pode ocorrer o início repentino das desacelerações precoces da FCF, devido à compressão do polo cefálico durante a descida para dentro do canal do parto.
- A parturiente normalmente apresenta mudança de comportamento, devido à intensificação das contrações uterinas, podendo ocorrer agitação, gemidos e pedidos de ajuda. É papel do profissional tranquilizar a parturiente e permanecer com ela, pois o parto pode ocorrer a qualquer instante (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).

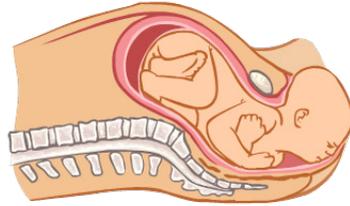
Neste período ocorre o aumento dos riscos fetais, devido à compressão do polo cefálico na passagem pelo canal de parto, associada à diminuição da circulação uteroplacentária, pelas contrações uterinas mais intensas e frequentes, favorecendo a hipóxia e a acidose fetal. Portanto, a monitorização efetiva do bem-estar fetal deve ser realizada pela ausculta da FCF de forma intermitente, com o uso do estetoscópio fetal ou sonar Doppler (BRASIL, 2001). A avaliação pode indicar sofrimento fetal – quando a FCF é menor que 100 batimentos por minuto (bpm) em três contrações consecutivas ou quando há taquicardia fetal com FCF superior a 160 bpm (NEME, 2000; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).

Com relação aos fenômenos mecânicos do parto, no período expulsivo ocorrem à descida e rotação da cabeça (que acontecem tanto no período de dilatação quanto no período expulsivo), além do desprendimento da apresentação e demais partes do feto, conforme mostrado na figura abaixo.

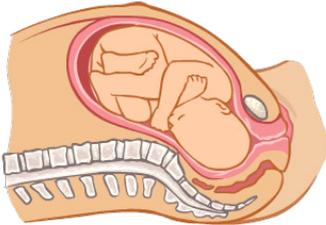
Figura 2: Fenômenos mecânicos do parto



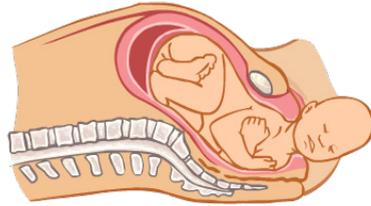
1. Cabeça não insinuada



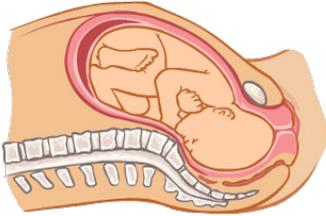
5. Extensão completa



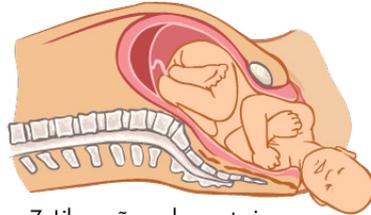
2. Insinuação, descida, flexão



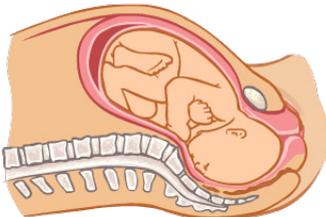
6. Rotação externa



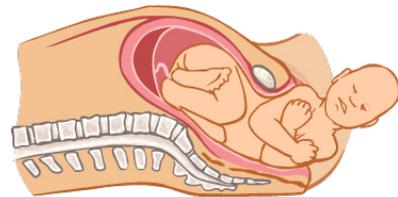
3. Rotação interna



7. Liberação ombro anterior



4. Rotação completa, início extensão



8. Liberação ombro posterior

Fonte: Brasil (2001)

## Dequitação: terceiro período clínico do parto

O período de dequitação, também chamado de secundamento ou de livreamento, se inicia após a expulsão total do feto e termina com a saída completa da placenta e seus anexos. Este período tem duração média de 5 a 20 minutos após a expulsão fetal e, quando ultrapassa 30 minutos, é considerada prolongada. A dequitação é acompanhada de contrações uterinas indolores, de baixa frequência e alta intensidade e duração.

A placenta constitui-se em uma massa esponjosa achatada, arredondada, medindo de 15 a 20 cm de diâmetro e 2 a 3 cm de espessura na região central, se achatando nas margens. A superfície que fica aderida no útero (superfície materna) tem aspecto irregular e cor vermelha escura e é formada por cotilédones; a superfície fetal é lisa e brilhante, nela se insere o cordão umbilical e se visualizam os vasos placentários.

O descolamento da placenta ocorre devido à brusca diminuição da cavidade uterina (saída fetal e contração da musculatura do útero). Esta diminuição acarreta a redução da área de fixação da placenta no útero, formando um encolhimento neste local, que leva ao descolamento. Os sinais de ocorrência do descolamento placentário são: útero globoso e hipertônico à palpação com elevação do fundo, descida do cordão umbilical que se exterioriza pela vagina, sangramento vaginal em jorro ou contínuo. Normalmente, a placenta descolada é visualizada na vagina, migrando até a fenda vulvar (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006; MAMEDE et al., 2009).

---

Após o descolamento e descida da placenta, se a mulher estiver em posição dorsal, haverá dificuldade para ocorrer à expulsão da placenta de forma espontânea. A mulher pode ser orientada a fazer força para auxiliar na expulsão da placenta (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).

---

Neste período, o principal risco para a mulher é a hemorragia durante ou após a dequitação, causada pela hipotonia uterina ou pela retenção de restos placentários. A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade materna e sua incidência aumenta frente a alguns fatores predisponentes, como gestação múltipla, polidrâmnio, trabalho de parto complicado, parto vaginal operatório, antecedentes prévios dessas intercorrências. Mesmo em gestações de baixo risco e partos de evolução normal, podem-se observar hemorragias severas e retenção placentária.

Portanto, o exame da mulher deve ser realizado com vistas a avaliar a involução, contratilidade uterina e avaliação do sangramento (sinal de que a placenta está descolando). O exame da placenta, cordão umbilical e membranas, imediatamente após a expulsão, é prática indispensável, principalmente para verificar a integridade, certificando-se de que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina (BRASIL, 2001).

## Greenberg: Quarto período clínico do parto

O período de Greenberg refere-se ao pós-parto imediato, após a dequitação da placenta, sendo que não há consenso na literatura científica sobre a sua duração exata. Inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras 1 ou 2 horas após o parto. É um período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina. (Normalmente neste período inicia-se a integração familiar entre a mãe, o bebê e a família, a atenção da mulher centra-se no bebê e muitas vezes ela apresenta-se cansada, sonolenta e com fome).

Após a expulsão da placenta deve ser realizada a verificação da integridade dos cotilédones e membranas, a revisão imediata do canal de parto (colo, vagina e períneo) e a episiorrafia (quando houver episiotomia) devem ser realizadas pelo profissional que realizou a assistência ao parto.

Neste período é fundamental avaliar o tônus e o volume uterinos. Esta avaliação deve ser realizada por meio da palpação abdominal, com leve expressão/compressão do fundo uterino. O útero, geralmente, apresenta-se como uma massa arredondada e firme, na altura ou abaixo da cicatriz umbilical, com perda sanguínea pequena, o que demonstra que há ocorrência da hemostasia dos vasos da ferida placentária (local onde a placenta estava inserida) pela retração uterina persistente (globo de segurança de Pinard). A presença do globo de segurança demonstra que houve a oclusão dos vasos na porção muscular, constituindo as ligaduras vivas de Pinard. Concomitantemente, ocorre o tamponamento trombótico dos vasos útero placentário (BRASIL, 2001).

A complicação mais comum neste período é a hemorragia puerperal por hipotonia ou atonia uterina, decorrente da falha no mecanismo da hemostasia fisiológica da ferida placentária.



## Palavra do profissional

A hemorragia pós-parto pode ser prevenida por meio da estimulação da amamentação precoce, se a mulher e o recém-nascido estiverem em boas condições.

Na eventualidade de sangramento vaginal anormal, a observação deve redobrar, controlando-se a retração uterina, a perda sanguínea e o estado geral. Na ocorrência da hemorragia, o útero apresenta-se hipotônico e acima da cicatriz umbilical, com acúmulo de coágulos em sua cavidade. Nestes casos, deve-se estimular o esvaziamento vesical, realizar massagem abdominal (com compressão suave do fundo do útero em direção ao canal vaginal), colocar peso sobre o fundo do útero (saco de areia), providenciar uma via de acesso venoso periférico para infusão de reposição volêmica ou administração de ocitocina, se forem necessários (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006).

Neste período, a verificação dos sinais vitais a cada 15 minutos faz parte da avaliação da mulher, tendo em vista a perda sanguínea no período que, se for excessiva, resulta na diminuição da pressão arterial e no aumento do pulso.

O controle da retração uterina e do sangramento deve ser praticamente contínuo, com o intuito de favorecer o diagnóstico precoce das alterações que devem receber intervenção da equipe de saúde. Portanto, considerar que o parto acabou após o nascimento da criança e a dequitação placentária é uma atitude perigosa e inadequada (BRASIL, 2001).

A puérpera deverá ser encaminhada para a sala de recuperação (quando necessário) ou para a enfermaria de alojamento conjunto somente após o término do período de Greenberg.

Ao finalizar este breve, mas importante, quarto período do parto e após sanar as eventuais dificuldades e complicações ocorridas na sala de parto, a mulher poderá ser encaminhada, juntamente com seu filho, para o alojamento conjunto.

## 2.3 Avaliação do recém-nascido

A avaliação clínica do recém-nascido em sala de parto é de extrema importância para a identificação das necessidades iminentes no momento do nascimento e nos primeiros minutos de vida. Para tanto, é preciso que seja realizado o exame físico do recém-nascido, além de identificar, na história da gestação, situações que possam influenciar a adaptação do bebê à vida extrauterina.

### 2.3.1 Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

O termo adaptação à vida extrauterina diz respeito às modificações cardiorrespiratórias que ocorrem ao nascimento e que permitem ao recém-nascido a autonomia para exercer funções vitais fora do ambiente uterino.

Tais alterações envolvem a transição da circulação fetal ou placentária para uma respiração independente. Com o clampamento e secção do cordão umbilical, o recém-nascido perde a conexão com a placenta, o que significa ausência de suporte metabólico, em especial o oxigênio, além da não retirada de dióxido de carbono de seu organismo (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

Tanto o trabalho de parto, quanto o próprio parto produzem estresse, com alterações do padrão de trocas gasosas na placenta, além do equilíbrio acidobásico no sangue e da atividade cardiovascular do recém-nascido.

A adaptação à vida extrauterina será afetada por fatores que interferem tanto na transição normal desse momento da vida ou que aumentam a asfria fetal, como por exemplo, a hipóxia, acidose e hipercapnia.

Para a oferta de um cuidado qualificado no momento do nascimento, é preciso que o enfermeiro compreenda a fisiologia pulmonar do recém-nascido e seja capaz de identificar as diferenças entre a circulação fetal e a circulação extrauterina. Desse modo, a partir de agora iremos revisar como ocorre à circulação do feto e as alterações esperadas ao nascimento.

No útero, a placenta age como uma via circulatória de baixa resistência para a troca de gases. Nesse sentido, o sangue flui das áreas de alta pressão para as de baixa pressão. Os pulmões do feto não oxigenam os tecidos, nem excretam gás carbônico; estão cheios de líquidos (secreções oriundas do epitélio alveolar) e não de ar. Os vasos sanguíneos que fazem a perfusão dos pulmões do feto são altamente comprimidos (ORSHAN, 2010).

No coração do feto existem dois desvios que são essenciais para a circulação: o forame oval e o ducto arterioso. Ambos desviam o sangue oxigenado

dos pulmões do feto até o cérebro, além de outros órgãos vitais. A existência do forame oval permite que o sangue seja bombeado diretamente do ventrículo direito para o esquerdo. Já o ducto arterioso conecta a artéria pulmonar e a aorta descendente; isso faz com que a maior parte do sangue desvie dos pulmões do feto (ORSHAN, 2010).

Um estado de vasoconstricção arterial pulmonar é mantido nos pulmões fetais. Somente uma pequena quantidade de sangue (relativamente hipóxico) chega aos pulmões; isso ajuda a manter seu estado de constrição (ORSHAN, 2010). Acresce-se o fato de os diâmetros das artérias pulmonares do feto serem menores e também com mais massa muscular do que as artérias pulmonares do adulto, o que limita o fluxo de sangue por tais artérias. Mediante o amadurecimento fetal, esses vasos sanguíneos se preparam para a vida extra útero e se tornam cada vez mais reagentes às mudanças nos níveis de oxigenação e no equilíbrio ácido básico (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

A resistência ao fluxo de sangue é diferente nos vasos sanguíneos pulmonares do feto, de modo que o sangue flui mais facilmente das áreas de alta pressão para uma de pressão mais baixa. A circulação do feto funciona de modo que a resistência vascular pulmonar (RVP) elevada nos pulmões estimule o sangue a ultrapassá-los, desviando do lado direito do coração para o esquerdo (ORSHAN, 2010). O sangue passa pelos canais de comunicação (forame oval e ducto arterioso) fluindo até a aorta do feto e retorna à placenta de baixa pressão para que ocorra a troca de gases. Essa resistência (RVP) no adulto é baixa, e permite uma circulação mais fácil do sangue das artérias pulmonares até os pulmões. No adulto, a resistência vascular sistêmica (RVS) é bastante elevada, possibilitando que a aorta distribua sangue oxigenado por todo o organismo (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

## Transições respiratórias e circulatórias no nascimento

O sistema de RVP elevada e RVS aórtica baixa possibilita que a placenta seja um meio de baixa resistência para a troca de gases, o que funciona bem para o feto. No entanto, transições essenciais precisam ocorrer no momento do nascimento para que a transição à vida extrauterina seja bem-sucedida. Se tudo ocorrer bem, têm-se três estágios críticos (ORSHAN, 2010):

- A respiração inicia e continua efetivamente.
- Desaparece o líquido das vias aéreas.
- A RVS aumenta, o desvio fecha e o sangue circula pelos pulmões.

## Sistema respiratório

O início da respiração pode ser considerado a alteração fisiológica mais crítica e imediata para o recém-nascido. Alguns estímulos induzem a respiração no momento do nascimento; são fatores químicos, estímulos térmicos e táteis.

- Fatores químicos no sangue: envolvem oxigênio diminuído, dióxido de carbono elevado e pH baixo. Estes iniciam os impulsos que irão excitar o centro respiratório da medula (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).
- Estímulos térmicos: diz respeito ao resfriamento repentino do recém-nascido, que se encontrava em ambiente mais aquecido e, ao nascimento, entra em uma atmosfera relativamente mais fria. A mudança de temperatura, de modo brusco, faz com que sejam deflagrados impulsos sensoriais na pele que são transmitidos ao centro respiratório (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010). O manuseio e a secagem normais do recém-nascido estimulam as respirações; a estimulação tátil, no entanto, nem sempre induz a respiração, frente a um quadro de comprometimento do bebê ao nascer (ORSHAN, 2010).
- Estímulos táteis: Durante o parto normal, o canal vaginal da mãe comprime o tronco do feto. Assim que o tronco aparece, o tórax novamente comprime e o ar é sugado para dentro dos pulmões. Acresce-se a isso, o clampamento do cordão umbilical que afeta os quimiorreceptores sensíveis às mudanças no conteúdo de oxigênio e dióxido de carbono das artérias, e contribui para o começo das respirações (ORSHAN, 2010).

Antes do início do trabalho de parto, a produção de líquidos pulmonar do feto diminui; ocorre a liberação de catecolaminas que está associada ao trabalho de parto e pode estimular os pulmões a cessarem a secreção de líquidos. Assim, o recém-nascido não necessita retirar somente uma fração do volume original de líquido pulmonar ao nascer. Quando a mãe não vivencia o trabalho de parto e a exposição concomitante às catecolaminas, o recém-nascido tem o risco de apresentar retenção de líquidos nos pulmões e desenvolver taquipneia transitória (ORSHAN, 2010).

Para início da respiração, é necessário que o líquido contido nos pulmões seja substituído por um volume igual de ar; a capacidade funcional residual (CFR) precisa ser estabelecida. Isso significa que as primeiras respirações do recém-nascido devem ser suficientemente profundas não somente para deslocar o líquido nas vias aéreas como também para reter um pouco de ar nos alvéolos, para que as respirações posteriores não sejam tão difíceis (ORSHAN, 2010).

Substância produzida pelo epitélio alveolar que reveste a superfície alveolar, o **surfactante** reduz a tensão superficial na interface ar-líquido. Esta substância gordurosa consiste em fosfolipídios e proteínas, produzidos por células tipo II no revestimento dos alvéolos e secretados na superfície dos alvéolos. Ela é essencial para o funcionamento normal dos pulmões, uma vez que permite que os alvéolos se mantenham abertos e não entrem em colapso total durante a expiração (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

Por volta da vigésima oitava à trigésima segunda semana de gestação, aumenta a quantidade de células tipo II. A produção de surfactante chega ao auge por volta de 35 semanas de gestação. Em torno de 32 semanas, 60% dos fetos têm surfactante adequado para apoiar a respiração extrauterina (ORSHAN, 2010). A deficiência de surfactante resulta em síndrome da angústia respiratória (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

A partir das primeiras respirações, o líquido alveolar é absorvido pelo tecido pulmonar, e assim, os alvéolos se enchem de ar. Cerca de 10 a 20% do líquido pulmonar é reabsorvido pelo sistema linfático; a aeração e a tensão de oxigênio aumentado elevam o fluxo de sangue aos alvéolos e a capacidade capilar para remover o líquido ali contido. Quando esses sistemas funcionam de forma eficiente, dispersam líquido pulmonar logo nas primeiras horas após o nascimento. Isso explica por que os recém-nascidos apresentam crepitações audíveis durante um breve período após o nascimento. Ar residual fica retido nos pulmões desde as primeiras respirações; uma hora após o nascimento, 80 a 90% da capacidade funcional residual (CFR) está desenvolvida (ORSHAN, 2010).

## Sistema circulatório

Ao ser clampado, o cordão umbilical fecha o circuito placentário e mudanças rápidas ocorrem na RVP e na RVS. Com a remoção da via de baixa resistência, aumenta a RVS. Outro elemento colaborador ao aumento da RVS inclui volume do sangue arterial aumentado - o sangue que retornava à placenta agora permanece no sistema vascular (HOCKENBERRY, 2006; ORSHAN, 2010).

A resistência vascular sistêmica aumentada reduz o desvio da direita para a esquerda, enviando sangue pelos pulmões (não ocorre mais o desvio pelo forame oval e pelo ducto arterioso). Assim, o forame oval se fecha e é lacrado à medida que mudanças nas pressões circulatórias reduzem a pressão sobre o lado direito do coração e aumentam a pressão sobre o lado esquerdo (ORSHAN, 2010).

Níveis de oxigênio elevados fazem com que o ducto arterioso, comece a se comprimir quase que imediatamente após o nascimento (em recém-nascido saudável). Usualmente, o fechamento funcional do ducto arterioso acontece em 96 horas de vida; o fechamento anatômico completo, com formação de um filamento fibroso, conhecido como ligamento arterioso, está concluído em 2 a 3 meses (ORSAHN, 2010). O ducto, porém, pode reabrir mediante resposta à condição de hipóxia ou por resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada. Essa volta à circulação fetal é denominada de hipertensão pulmonar e resulta em um ciclo considerado perigoso que envolve hipóxia e vasoconstrição pulmonar (HOCKENBERRY, 2006; ORSAHN, 2010).



### Palavra do profissional

A obtenção e a manutenção da ventilação e oxigenação adequadas no recém-nascido e a não realização de procedimento que causem hipóxia (ex: aspiração prolongada – ver adiante nessa unidade) são aspectos que devem ser considerados para uma assistência de qualidade no momento do nascimento e que auxiliam na transição da vida intrauterina para a extrauterina.

A partir da distensão do ar e aumento de oxigênio nos alvéolos, os vasos sanguíneos pulmonares se dilatam e relaxam. A vasodilatação desses vasos reduz a resistência vascular pulmonar (RVP) no recém-nascido em quase 80%; o fluxo sanguíneo pelos pulmões é elevado e o fluxo de sangue pelos desvios fetais, minimizado. A disponibilidade de oxigênio acontece a partir dos pulmões e entra na corrente sanguínea. A manutenção de respirações profundas pelo recém-nascido faz com que oxigênio adequado vá até os pulmões e destes para a corrente sanguínea, alterando a coloração da pele do recém-nascido de azul-acinzentada para rosada (ORSHAN, 2010).

Os fatores que são mais determinantes em importância e que controlam o fechamento dos canais são o aumento da concentração de oxigênio no sangue e a queda da prostaglandina endógena. Apresentamos no Quadro a seguir, esquematicamente, como acontece o fechamento dos ductos (*shunts*) fetais que acabamos de apresentar.

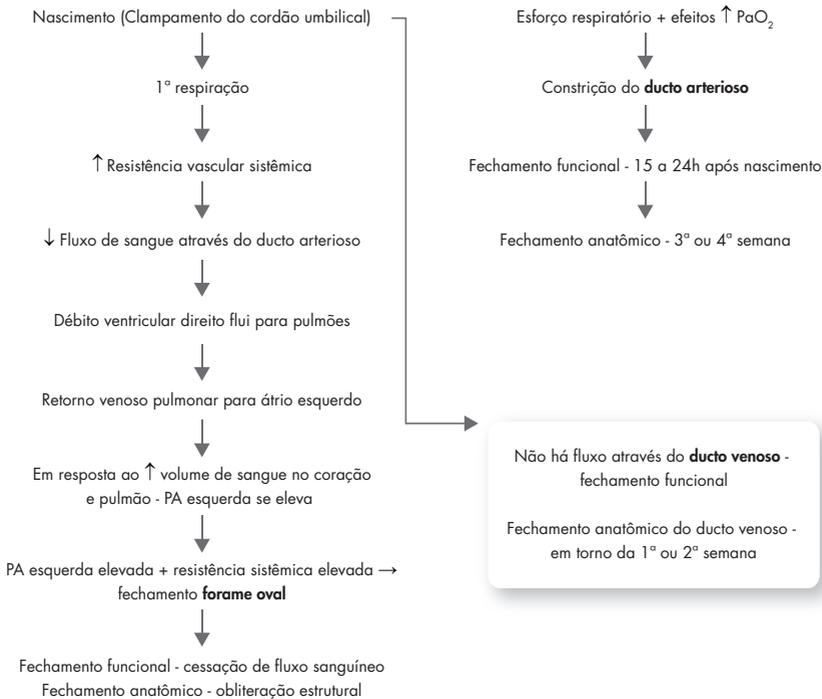
O aumento do fluxo sanguíneo dilata os vasos pulmonares, a RVP diminui e a resistência sistêmica aumenta (mantendo, assim, a pressão sanguínea). Os pulmões recebem sangue e a partir daí, a pressão no átrio direito, no ventrículo direito e nas artérias pulmonares diminui. Já a pressão arterial esquerda aumenta acima da pressão arterial direita; ocorre então o **fecha-**

**mento do forame oval.** O fechamento funcional desse forame ocorre pela cessão de fluxo sanguíneo e o fechamento anatômico, devido à obliteração estrutural do mesmo.

Com o aumento do ducto sanguíneo pulmonar e uma grande e rápida redução da resistência pulmonar vascular, o **canal arterial começa a fechar**. Seu fechamento funcional ocorre entre 12 a 15 horas após o nascimento; o fechamento anatômico entre a terceira e quarta semana. A falha no fechamento do canal arterial e no forame oval resulta em defeitos cardíacos congênitos.

Devido o fluxo sanguíneo reversível através dos canais durante o período neonatal precoce, sopros funcionais podem ser auscultados. Em condições como o choro ou mediante um esforço maior, a pressão aumentada desvia o sangue não oxigenado do lado direito do coração através das aberturas dos canais, provocando cianose transitória (HOCKENBERRY, 2006).

Quadro 2: Fechamento dos shunts fetais: forame oval, canal arterial, ducto venoso.



## 2.3.2 Exame físico do recém-nascido

Com relação ao recém-nascido, o exame físico respeitará o momento do nascimento e dos cuidados imediatos (que serão apresentados na Unidade 3) durante a recepção dessa criança, sendo realizado posteriormente aos cuidados mediatos. As mãos do examinador e os instrumentais utilizados devem ser previamente aquecidos; o posicionamento do recém-nascido deve ser confortável, atentando-se para a permeabilidade das vias aéreas, com promoção de uma ventilação efetiva, principalmente nos primeiros momentos de vida extrauterina.

---

Os materiais necessários para o exame físico do recém-nascido em sala de parto são: balança, régua antropométrica, fita métrica, estetoscópio e termômetro.

---

Como já explicitado no início dessa unidade, o exame físico é, preferencialmente, realizado seguindo a sequência do geral para o especial e no sentido crânio caudal, para que o registro seja feito sem nenhum esquecimento.



### *Palavra do profissional*

Para a realização do exame físico, o enfermeiro precisa respeitar e priorizar as condições clínicas do recém-nascido. Coletam-se, portanto, os dados de modo que possam ser feitos em um só momento. Na ocorrência de qualquer situação clínica que impeça a realização do exame físico completo, os dados devem ser coletados posteriormente.

---

Durante o exame físico, o recém-nascido deverá permanecer no berço de recepção (berço aquecido), uma vez que estará despido (risco para perda de temperatura), facilitando a visualização de aspectos importantes na inspeção; mantê-lo em decúbito dorsal (atentar para permeabilidade de vias aéreas).

Inicia-se o exame com observação do aspecto geral do recém-nascido, envolvendo postura espontânea, simetria corporal, flexão da cabeça e extremidades, como também a presença de movimentos espontâneos. A cor, a característica da pele e quaisquer deformidades evidentes são observadas nesse momento (BRASIL, 2011; JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

A partir da observação do recém-nascido é possível coletar informações diversas e importantes como a presença de máis-formações e fácies típicas de determinadas síndromes genéticas. Também se consegue identificar alterações na coloração da pele (cianose) e no padrão respiratório, como aumento do esforço e desconforto respiratório e utilização de musculatura acessória.

---



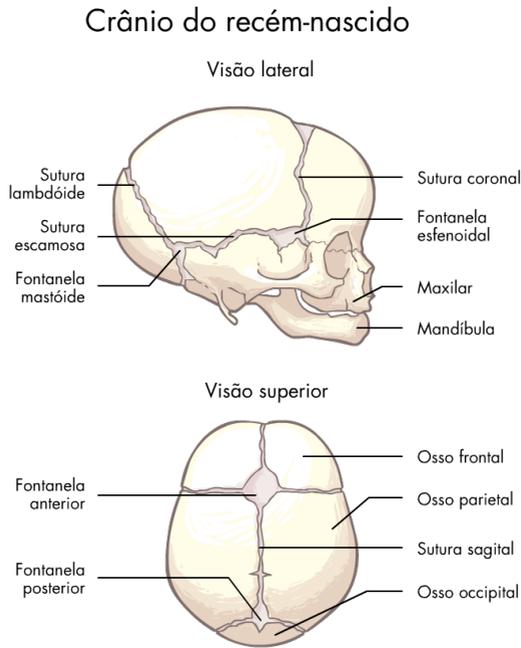
### *Saiba mais*

Leia mais sobre este assunto em Atenção à saúde do Recém-Nascido. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf)>.

---

Na cabeça é observada a modelagem após o parto. A palpação das fontanelas (bregmática e lambdoide) é importante, devendo-se atentar para tamanho, tensão, abaulamentos ou depressões e pulsações. Palpam-se as suturas cranianas, sendo que as mesmas poderão apresentar cavalgamentos (sobreposição das bordas do crânio), especialmente no parto normal; podem apresentar-se disjuntas (afastadas) ou justapostas. O perímetro cefálico é mensurado nesse momento (BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006).

Figura 3: Crânio de recém-nascido



Fonte: Fonseca (2009)

Inspeciona-se o posicionamento e as características faciais do recém-nascido, sendo possível a identificação de alterações. Os ouvidos serão inspecionados com relação ao tamanho, forma, alinhamento das aurículas, presença de condutos auditivos externos, apêndices pré-auriculares. Deverá ser observado o reflexo de sobressalto como resposta mediante um ruído alto. Avaliar a permeabilidade das narinas e presença de secreção ou dilatação durante a respiração - batimento de aletas nasais (BRASIL, 2011; JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006). Com relação à boca, o enfermeiro deverá inspecionar lábios e gengivas e presença mínima de salivagem (HOCKENBERRY, 2006). Utilizando um dedo enluvado, colocado dentro da boca do recém-nascido, palpa-se o palato, verificando sua integridade, como também o reflexo de sucção (BRASIL, 2011; JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

No tórax, deverão ser inspecionadas as condições da pele, formato do tórax e a configuração dos mamilos; mensura-se o perímetro torácico. O abdômen deve ser inspecionado durante a respiração, sendo importante verificar presença de retrações (torácicas, subcostais, intercostais, de fúrcula)

e a utilização de musculatura acessória. Deverão ser palpados o impulso apical (observando sua localização) e a parede torácica em busca de frêmitos; se o recém-nascido estiver chorando, palpa-se o frêmito tátil. Nesse momento, a ausculta dos ruídos respiratórios será realizada, bem como das bulhas cardíacas e dos ruídos abdominais (JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

No abdômen, é importante que seja inspecionada a sua forma e a condição da pele no local. Observa-se o coto umbilical, a presença dos vasos (2 artérias e 1 veia) ou de hérnia. A palpação do abdome deverá ser realizada considerando-se o turgor e ser superficial quanto ao tônus muscular; palpar fígado e baço, e se possível deve ser registrado a medida com as polpas digitais. Devem ser palpados também os pulsos femorais e linfonodos inguinais e por fim, realizar a percussão de todos os quadrantes (BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006).

Nas extremidades superiores observa-se o turgor da pele, o tônus muscular, o leito ungueal, reflexo de preensão palmar. Em seguida, segurando o recém-nascido e puxando-o para cima é possível observar o retardo da cabeça, ou seja, a incapacidade do neonato de segurar a cabeça ereta quando puxado para a posição sentada (JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

Nas extremidades inferiores também serão observados o turgor da pele e o tônus muscular. Testa-se o sinal de Ortolani para identificação da presença ou ausência de luxação congênita de quadril. O reflexo de preensão plantar será realizado tocando-se a base dos dedos dos pés do recém-nascido de modo que resulte em flexão ou preensão. Outro reflexo testado é o de Babinski, riscando-se a parte externa da região plantar do pé para cima, a partir do calcanhar, ocorrendo a dorsiflexão do polegar e abertura dos demais dedos em leque (JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

Figura 4: Manobra de Ortoloni

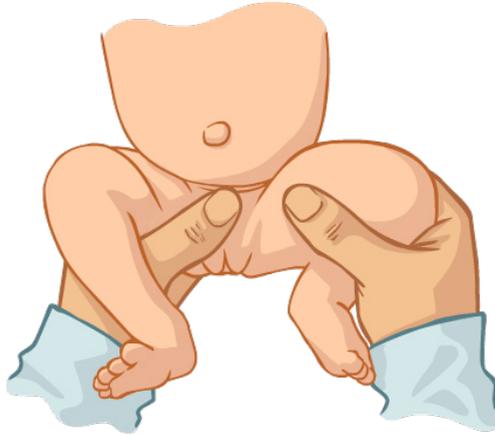
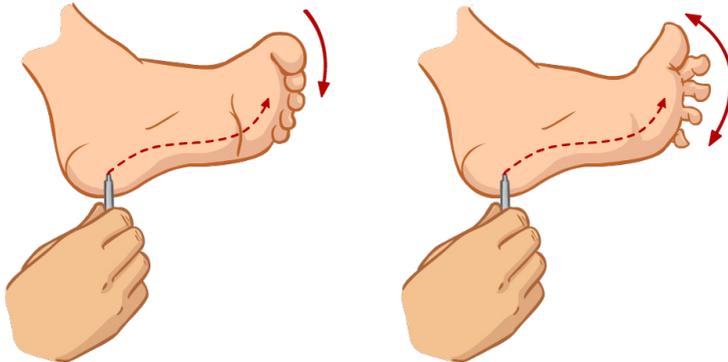


Figura 5: Reflexo de Babinski



Na genitália feminina, inspecione lábios, clitóris e vagina púbera. No sexo masculino, inspecione a posição do meato uretral e palpe os testículos no saco escrotal (BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006).

Segurando o recém-nascido por debaixo das axilas e voltado de frente para o examinador, este deverá observar o tônus muscular dos ombros. O enfermeiro deverá executar uma rotação lenta do recém-nascido de um lado para o outro, observando o reflexo dos olhos de boneca. Virando o recém-nascido de costas para o examinador, o reflexo de marcha é testado, como também a capacidade do recém-nascido de sustentar a cabeça nessa posição (JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

Colocando o recém-nascido em decúbito ventral, inspeciona-se o comprimento da coluna, reflexo de curvatura do tórax e a simetria das pregas glúteas. Observa-se a pele intacta ou quaisquer sinais de aberturas dos tratos sinusais ou protruções. Verifica-se a abertura pérvia anal (JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).

Finalizando o exame físico do recém-nascido, inspecione o canal auditivo, a membrana timpânica e evoque o reflexo de Moro (BRASIL, 2011; JARVIS, 2002; HOCKENBERRY, 2006).



### Saiba mais

Para ter uma experiência diferente e interativa, sobre o exame físico do recém-nascido, acesse o link indicado. Neste endereço você encontrará informações sobre o exame físico do recém-nascido pré-termo. Apesar de suas especificidades e de não termos abordado a prematuridade nessa unidade, vale a pena conferir! <<http://ead1.eerp.usp.br/projeto2/index.php>> <<http://www.eerp.usp.br/ssrnpt>>

## 2.4 Resumo

A avaliação clínica permite a identificação real das necessidades da mulher e da criança durante o trabalho de parto e parto.

Para a avaliação materno-fetal, é importante que o enfermeiro reconheça os períodos clínicos do parto, com suas características específicas, e compreenda que a parturiente necessita de assistência técnica qualificada e apoio emocional neste momento. Além disso, o enfermeiro deve reconhecer o que acontece fisiologicamente com o recém-nascido, favorecendo assim a adaptação à vida extrauterina.

A realização do exame físico criterioso da mulher e da criança é considerada um dos instrumentos do enfermeiro para o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado ofertado.

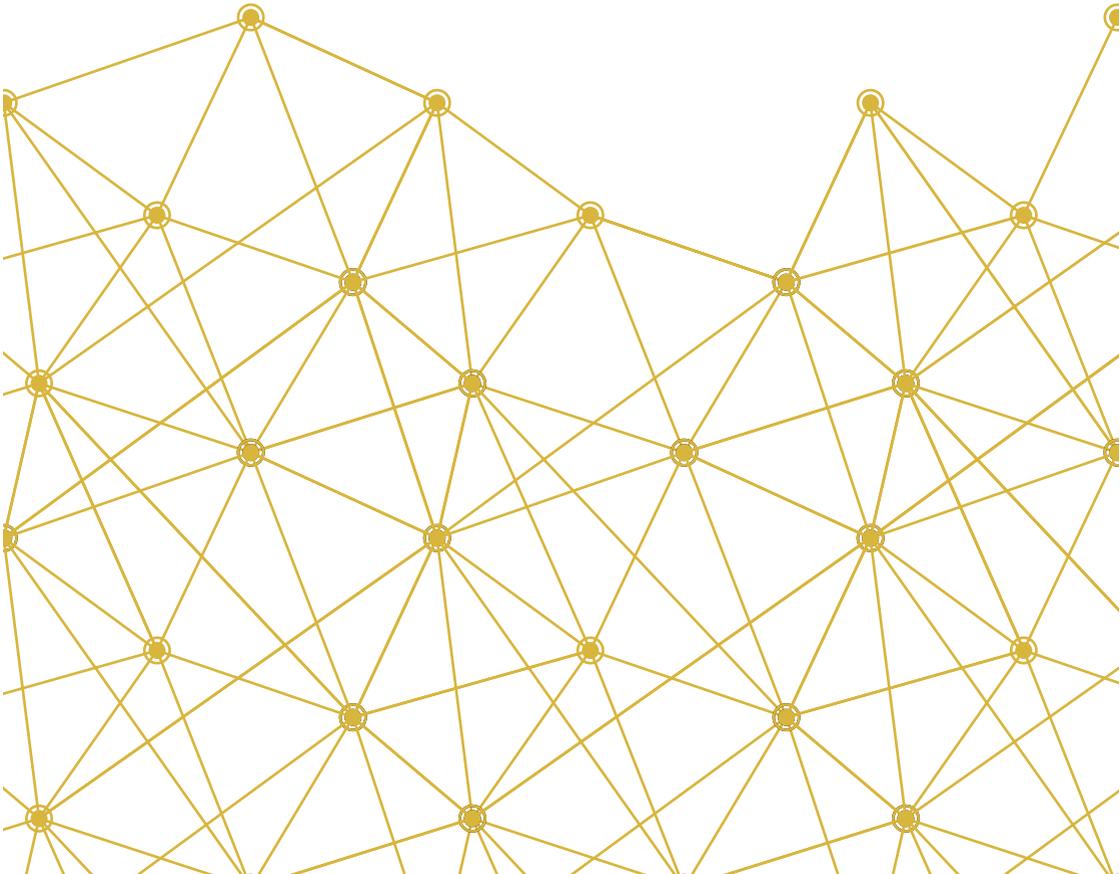
## 2.5 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a realização da avaliação materno-fetal e neonatal. A realização da anamnese e do exame físico completo da parturiente e do recém-nascido, bem como os achados provenientes destes, instrumentalizam o enfermeiro para a elaboração de um plano de assistência de enfermagem fundamentado. Este planejamento pretende ser individual e propõe um cuidado adequado e qualificado para cada mulher e recém-nascido no decorrer do trabalho de parto, parto e nascimento.

## 2.6 Recomendação de leitura complementar

FERNANDES, M. G. O.; BARBOSA, V. L.; NAGANUMA, M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 243-50, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a14.pdf>>.

# UNIDADE 3



## Unidade 3 – Cuidado de enfermagem à mulher e à criança no trabalho de parto, parto e nascimento

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de identificar e atender às necessidades biológicas e psicossociais da mulher (durante os períodos clínicos do parto) e do recém-nascido, proporcionando condições adequadas para adaptação à vida extrauterina, estimulando o contato de pele a pele entre mãe e filho, intensificando o vínculo afetivo natural e incentivando o início precoce do aleitamento materno.

### 3.1 Introdução

Esta unidade tem como propósito instrumentalizar o enfermeiro para realizar os cuidados de enfermagem necessários junto à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

### 3.2 Atenção e Cuidados iniciais no parto

O processo de parto é uma fase de alegria e ansiedade para a mulher e sua família; em um momento de vida relativamente curto, em que a mulher vai passar por uma das mais profundas experiências em sua vida. Ao contrário da gravidez, momento em que as mudanças físicas e emocionais ocorrem gradativamente, o parto é considerado um momento crítico pela curta duração e por ser imprevisível e irreversível, sendo enfrentado pela mulher, que pode não ter o total controle da situação ou o conhecimento prévio sobre o que ocorrerá durante este processo.

O ambiente deve ser preparado previamente para garantir o direito à privacidade, à presença de um acompanhante, e a segurança física e emocional. Os profissionais de saúde devem também oferecer o apoio empático e as informações e explicações que a mulher e seu acompanhante solicitarem (OMS, 1996; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006). O cuidado de enfermagem à mulher deve considerar cada período clínico do parto em que ela se apresenta.

Com relação aos cuidados com o recém-nascido, a recepção dele consiste em um conjunto de ações que devem ser aplicadas com o objetivo de pro-

porcionar condições adequadas para a adaptação à vida extrauterina (HOCKENBERRY, 2006). Para isso, o enfermeiro deve se instrumentalizar com conhecimento para que esteja preparado para intervir mediante intercorrências ou patologias que coloquem em risco a vida do recém-nascido.

---

Alguns fatores são considerados importantes no atendimento ao recém-nascido em sala de parto. Estes envolvem a identificação das condições do feto, por meio da anamnese materna no momento da internação da parturiente. Além disso, materiais e equipamentos necessários para pronta intervenção devem estar preparados, conferidos e testados.

---

Outro ponto importante nesse momento é a avaliação, logo após o nascimento, do esforço respiratório, da frequência cardíaca e da coloração da pele, sendo que as decisões sobre as condutas a serem tomadas devem ser de forma sequencial e organizada. Isso permite prontamente uma atenção qualificada com intervenções que buscam minimizar sequelas que possam acometer o recém-nascido na transição da vida fetal para a neonatal (BRASIL, 2011).

Os procedimentos realizados para auxílio nessa transição têm por objetivos:

- a) Manter a temperatura corporal do recém-nascido mediante a redução da perda de calor logo após o nascimento e, desse modo, minimizar o consumo de oxigênio e o gasto energético;
- b) Desobstruir vias aéreas superiores para que ocorra adequada expansão pulmonar.

Para que as ações voltadas à parturiente e ao recém-nascido transcorram adequadamente, é preciso que a unidade de atendimento esteja preparada. De um modo didático, dividimos este preparo em três itens como demonstrado a seguir:

- a) **Relacionados ao ambiente, aos materiais, aos equipamentos e recursos humanos.**

A Portaria n. 569/MS, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização do Parto e Nascimento determina as ações para atendimento à mulher e à criança no momento do parto, com indicações dos recursos humanos e materiais necessários. Relacionado ao ambiente é necessário:

- Sala de exame e admissão da parturiente; sala de pré-parto, parto e pós-parto.
- Alojamento conjunto; área de lavagem das mãos; área de prescrição.
- Área de assistência ao recém-nascido.
- Banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro; sanitário para funcionários e acompanhantes.
- Armário/rouparia; copa/cozinha; depósito para material de limpeza; depósito para equipamento e material de consumo.
- Sala de administração; central de esterilização; expurgo.

A estrutura física para atendimento do recém-nascido aponta as características mínimas para o cuidado no momento do nascimento como: berço aquecido, parede com ar comprimido e oxigênio, vácuo para aspiração, balança infantil e régua antropométrica.

A Portaria indica a presença em sala de parto de um médico obstetra, um médico pediatra/neonatologista, uma enfermeira (com especialização em obstetrícia), um auxiliar de enfermagem.



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos acessando a Portaria n. 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Confira no site: <[http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap\\_suvisa/arquivos/gerados/port\\_569\\_ms\\_junho\\_2000.pdf](http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/port_569_ms_junho_2000.pdf)>.

E a Portaria GM/SAS n. 1884, de 11 de novembro de 1994, que aborda os projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde. <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1884\\_94.doc](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1884_94.doc)>.

#### b) Relacionados à identificação das condições maternas e do feto

Nesse item é importante a realização da anamnese materna, como também o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, como por exemplo, os batimentos cardíacos fetais (vide Unidade 2, deste módulo), além do acompanhamento da evolução do parto em sala.

As informações coletadas permitem identificar situações que necessitem de intervenções junto à mulher, como também para auxílio do recém-nascido na transição da vida fetal para a neonatal. Nesse sentido, equipamentos e materiais podem ser preparados com antecedência para pronta intervenção.

Do mesmo modo, informações que identifiquem uma transição adequada do recém-nascido possibilitam que ele seja colocado diretamente em contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento. Nesse momento, o enfermeiro auxilia a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, mantendo-o aquecido, avaliando suas condições clínicas e incentivando vínculo e início precoce do aleitamento materno.

### c) **Relacionados aos registros**

As maternidades possuem impressos próprios para registro do cuidado prestado à mulher e à criança no momento do parto e do nascimento. É preciso que o enfermeiro conheça todos os instrumentos utilizados para efetuar tais registros de modo apropriado e que contribuam para o cuidado qualificado. Os registros de enfermagem devem conter a descrição do exame físico completo, a checagem das prescrições, a evolução de enfermagem relacionada ao nascimento com os respectivos cuidados prestados nesse momento e a prescrição de enfermagem para cada recém-nascido individualmente.

Além dos registros próprios da enfermagem, o recém-nascido tem como impresso próprio a Declaração de Nascido-Vivo, instrumento que deverá ser preenchido após o nascimento.

## **3.3 Cuidado de Enfermagem à mulher durante o trabalho de parto e parto**

Para grande parte das mulheres, o parto começa com a primeira contração uterina, continua durante as horas que se seguem até a total dilatação do colo uterino e nascimento da criança e termina com a mulher e as pessoas próximas estabelecendo o processo de vínculo com o recém-nascido. O cuidado de enfermagem nesta fase concentra-se no apoio à mulher e sua família, com o intuito de garantir o melhor resultado possível para todos os envolvidos (PIOTROWSKI, 2002).

É importante ressaltar que uma estratégia que favorece vivências positivas durante o trabalho de parto e parto é a possibilidade de a mulher e sua família conhecerem o local onde o parto será realizado, ainda durante a

gestação. Além disso, conhecer e estabelecer vínculo com os profissionais que lhe prestarão a assistência ao parto podem aliviar a ansiedade e diminuir sentimentos de medo e insegurança (MAMEDE et al., 2009).

Considerando os períodos clínicos do parto, trataremos a seguir sobre o cuidado de enfermagem a ser realizado à mulher em cada período.

### 3.3.1 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de dilatação

Após a admissão da parturiente na maternidade e a realização da avaliação inicial, com revisão do registro de pré-natal, entrevista inicial, exame físico, exames laboratoriais necessários, fatores culturais e psicossociais relatados, e confirmação do período clínico do parto (vide Unidade 2, deste módulo), as seguintes ações devem ser realizadas (PIOTROWSKI, 2002; LEVENTHAL, 2006; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006):

- Avaliação das contrações uterinas, realizando-se a dinâmica uterina (DU) para verificar intensidade, duração e frequência das contrações em um intervalo de 10 minutos; deve ser feita a cada 60 minutos. A DU deve ser analisada com relação ao seu efeito sobre a dilatação, o apagamento e a descida fetal no canal do parto.
- Avaliação da FCF para avaliar a vitalidade fetal; também deve ser feita a cada 60 minutos na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa; e a cada 30 minutos de acordo com a progressão da fase ativa do trabalho de parto.

O toque vaginal (realizado por médico obstetra ou enfermeiro obstetra) deve ser feito com cautela e de acordo com os sinais e sintomas que a mulher apresenta durante o trabalho de parto. Observação da rotura das membranas amnióticas. O horário desta ocorrência deve ser registrado e devem ser avaliados: cor, odor, presença ou ausência de grumos, quantidade eliminada do líquido amniótico. A presença de mecônio no líquido amniótico pode ser um sinal de risco à saúde fetal, o que requer uma maior atenção da FCF durante o período. Estímulo à ingestão de dieta leve e hidratação, que traz benefícios para as parturientes de baixo risco, já que a desidratação alimentar severa pode ocasionar desidratação e cetose.

- Estímulo à deambulação, principalmente nas primeiras horas do trabalho de parto, tendo em vista que a posição vertical ajuda na coordenação das contrações uterinas e na descida do feto, facilitando a dilatação e o apagamento do colo.

- Se a mulher estiver no leito, esta deve ser estimulada com relação à mudança de posição respeitando aquela que a mulher se sentir mais confortável. Lembrar que se a mulher estiver em decúbito dorsal horizontal, deve ser orientada a deitar de lado, para aliviar a compressão da aorta e da veia cava inferior.
- Orientações sobre as técnicas de relaxamento que devem ser iniciadas em um curso de gestante. Durante o período de dilatação as técnicas podem ser reforçadas e também podem ser realizadas pelo acompanhante ou doula; a utilização de música, realização de respiração lenta e profunda, massagem na região dorsal, banho ou a simples presença do acompanhante são estratégias que favorecem o relaxamento. Orientar também sobre outros métodos não farmacológicos para alívio da dor que possam existir na maternidade (vide Unidade 1, deste módulo).
- O banho e a higiene íntima devem ser realizados, principalmente após o rompimento das membranas, ajudando assim no relaxamento, conforto e reduzindo o risco de infecção.
- Favorecimento da segurança emocional da parturiente e de seus familiares, informando-os sobre o andamento do trabalho de parto. Estas informações contribuem para que a mulher se torne mais segura e tenha o controle sobre o que está acontecendo.
- Observação das eliminações oral, vaginal, urinária e intestinal. Náuseas e vômitos podem ser comuns e é importante orientar a mulher sobre isso. A retenção urinária e formação de bexigoma podem prolongar o trabalho de parto e a micção deve ser estimulada a cada duas horas. Atentar para as características das secreções vaginais (sangramento e líquido amniótico). No final do período de dilatação a parturiente pode sentir vontade de evacuar (pela pressão do polo cefálico sobre o reto); neste caso, o toque vaginal será realizado por médico ou enfermeiro obstetra para verificar a iminência do parto.

---

É importante salientar que a tricotomia e o enteroclisma, procedimentos amplamente utilizados no passado, são considerados, na atualidade, como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, devendo ser eliminado o seu uso rotineiro (BRASIL, 2001; HOFMEYR, 2005).

---

Após a realização de todo o cuidado de enfermagem, devem ser feitos os registros de forma completa, permitindo o adequado acompanhamento da parturiente durante o período. O uso do partograma é recomendado, para o registro de todo o trabalho de parto, a partir da fase ativa.



### 3.3.2 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de expulsão

A iminência do parto provoca na mulher e em seu acompanhante sensações de alívio e apreensão. A mulher verbaliza mais a dor que está sentindo, podendo gritar, se agitar e agir descontroladamente. O enfermeiro deve encorajar a mulher a **ouvir** o seu corpo e a compreender em qual momento deve esforçar-se, retomando, assim, o controle sobre seu corpo e aumentando a confiança na capacidade de dar à luz (ROTHMAN, 1996).

O cuidado de enfermagem deve ser contínuo no período de expulsão, e abrange as seguintes ações (OMS, 1996; PIOTROWSKI, 2002; LEVENTHAL, 2006; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006):

- Alívio da ansiedade e do medo, proporcionando um ambiente calmo e seguro.
- Avaliação dos sinais vitais e proporcionar o bem estar materno.
- Avaliação da FCF (realizada a cada 5 minutos) e das contrações uterinas.
- Observação do aspecto do líquido amniótico para avaliar as condições do feto. O líquido pode estar claro durante o trabalho de parto, porém no expulsivo pode ocorrer a eliminação de mecônio, sendo um sinal de alerta se estiver associado às alterações da FCF.
- Encaminhamento da parturiente ao local do parto, sendo importante o cálculo do tempo de percurso para que o nascimento não ocorra no transporte.
- Na sala de parto, a parturiente deve ser orientada e estimulada a assumir a posição de sua preferência.
- Orientação sobre a participação ativa da parturiente e do acompanhante no momento do parto. A parturiente deve ser encorajada a fazer a força do expulsivo quando sentir a vontade. O acompanhante pode oferecer apoio, ficando ao lado dela, segurando-lhe a mão ou a cabeça e encorajando-a neste período.

### 3.3.3 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de dequitação

No período de dequitação, geralmente a mulher encontra-se excitada em relação ao parto, apresenta-se aliviada e com a atenção voltada ao recém-nascido. Enquanto o profissional que prestou assistência ao parto completa a liberação da placenta, o enfermeiro observa a mulher quanto a sinais de alteração no nível de consciência ou de respiração modificada.

Para auxiliar a mulher a expelir a placenta, a enfermeira pode incentivar a mulher a fazer força para empurrar a placenta, quando há sinais de descolamento (vide Unidade 2, deste módulo).

Além disso, é importante salientar que neste período há risco de hemorragia, pela hipotonia ou retenção de restos placentários. Portanto, são cuidados de enfermagem importantes durante o período de dequitação (PIOTROWSKI, 2002; LEVENTHAL, 2006; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006):

- Verificação dos sinais vitais.
- Observação dos sinais de descolamento da placenta.
- Observação do tempo em que a dequitação está acontecendo.
- Avaliação da altura e consistência uterina.
- Observação de sinais de hemorragia.

Estímulo do contato precoce com o recém-nascido, através do contato pele a pele. Para tanto, o recém-nascido deve ser posicionado despido sobre o abdômen da mulher e então deve ser coberto (o enfermeiro deve cuidar para que a cabeça do bebê fique aquecida). Garantir que o recém-nascido permaneça aquecido e sem perigo de escorregar do abdômen de sua mãe é uma responsabilidade do enfermeiro. Além disso, a amamentação precoce deve ser estimulada, favorecendo a contração uterina pela liberação de ocitocina.

---

Imediatamente após a expulsão placentária, o útero deve ser avaliado quanto à sua involução e contração.

---

Os pais devem ser consultados sobre o fim dado à placenta, tendo em vista que algumas culturas apresentam costumes próprios para o seu manuseio e cuidados após o nascimento (PIOTROWSKI, 2002).

### 3.3.4 Cuidado de enfermagem à mulher durante o período de Greenberg

No período de Greenberg, acontecem várias modificações fisiológicas maternas e, portanto, deve ser um período de vigilância e avaliação cuidadosa. Existe um maior risco de hemorragia no período e as intercorrências devem ser detectadas o mais breve possível, para serem reparadas. A mulher ainda está na sala de parto para a realização da revisão do canal do parto e reparos de possíveis lacerações pelo profissional que realizou a assistência ao parto.

Neste período alguns procedimentos devem ser realizados:

- Revisão da placenta e seus anexos. No exame da placenta verifica-se sua integridade e é fundamental reconstituir o tecido placentário pela face materna; os cotilédones devem ser secados com uma compressa para visualizar se há falta de algum deles (verificada pela ocorrência de sangramento no local). As membranas ovulares devem ser avaliadas para verificar se houve a sua expulsão completa. Finalmente, avalia-se o cordão umbilical, constituído de duas artérias e uma veia (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006). Se a integridade da placenta e membranas for duvidosa, a revisão com exploração da cavidade uterina deve ser iniciada pelo profissional que prestou a assistência durante o parto (BRASIL, 2001).
- Coleta de amostra de sangue do cordão umbilical para exame de tipagem sanguínea do recém-nascido.

Logo após a revisão do canal do parto (realizada pelo médico obstetra ou enfermeiro obstetra), é feita a limpeza da região perineal delicadamente com água morna esterilizada ou com soro fisiológico. Em seguida, devem-se realizar (PIOTROWSKI, 2002):

- Reposição da mesa ou cama de parto, e reposição da mulher (se estiver em posição de litotomia).
- Remoção dos campos molhados e a colocação de lençóis secos sob a mulher, além da colocação de camisola ou lençol para cobri-la.
- Colocação de forro no períneo.
- Transferência da mulher da mesa de parto para a maca de transporte.
- Elevação das grades laterais da maca de transporte (a própria mulher ou seu acompanhante podem segurar o recém-nascido neste momento). A mulher pode ser transportada para a sala de recuperação.

Outros cuidados de enfermagem neste período contemplam (PIOTROWSKI, 2002; LEVENTHAL, 2006; SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006):

- Verificação dos sinais vitais maternos.
- Avaliação da retração uterina e presença do globo de segurança de Pinard.
- Avaliação do sangramento vaginal, trocando os forros sempre que for necessário para avaliar o volume do sangramento.

Estes cuidados devem ser realizados a cada 15 minutos, atentando-se para os sinais de sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumento de tamanho, sudorese, queda de pressão arterial e aumento da frequência cardíaca.

Além disso, o enfermeiro deve (SAITO; RIESCO; OLIVEIRA, 2006):

- Proporcionar ambiente calmo, favorecer o contato entre mãe e filho e o início da amamentação (se ainda não tiver ocorrido).
- Oferecimento de líquidos e alimentos leves, caso a mulher esteja em condições.
- Estimular a presença do acompanhante.

Passado o período de Greenberg, a puérpera deverá ser encaminhada ao alojamento conjunto, junto com o recém-nascido.

## 3.4 Cuidado de Enfermagem ao recém-nascido

Os cuidados de enfermagem voltados ao recém-nascido são divididos em cuidados imediatos e cuidados mediatos. Tais cuidados representam a necessidade de intervenção para auxiliar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina - cuidados imediatos - como também registrar informações e realizar cuidados após esta adaptação - cuidados mediatos (HOCKENBERRY, 2006). Para a realização dos cuidados com o recém-nascido em sala de parto, todos os profissionais devem utilizar luvas de procedimento.

### 3.4.1 Cuidados imediatos

Envolvem as ações que visam oferecer condições adequadas para a adaptação à vida extrauterina e o acompanhamento do trabalho de parto e parto oferecerão indicativos das condições de nascimento da criança, preparando o enfermeiro para a execução dos cuidados na recepção do recém-nascido.

Logo após o desprendimento do polo cefálico, o médico ou enfermeiro obstetra realiza a retirada das mucosidades, sendo que a boca e as narinas devem ser limpas com o dedo envolto em uma gaze macia ou compressa, através de manobras delicadas para evitar lesões mecânicas (aftas de Bednar). Na presença de líquido amniótico meconiado espesso, sua remoção das vias aéreas superiores deverá ser feita com aspirador mecânico conectado a cateter de polietileno ou Nelaton, a fim de evitar que o material contido na nasofaringe seja aspirado pelo recém-nascido.

Uma das ações dos cuidados imediatos diz respeito ao registro da hora do nascimento, momento em que ocorre o desprendimento total do recém-nascido. Logo após a retirada de mucosidades das vias aéreas superiores (caso seja necessário) e pinçamento e secção do cordão umbilical, realizados pelo médico ou enfermeiro obstetra, o recém-nascido é envolto em um campo estéril, seco e aquecido para evitar a perda de calor. O procedimento de secção do cordão umbilical pode ter a participação do acompanhante da parturiente (ORSHAN, 2010). Posteriormente a isto, coleta-se sangue da placenta para exames laboratoriais (tipagem sanguínea, **Coombs**, entre outros).

O boletim de **Apgar** é feito nesse momento. Ele tem a finalidade de avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido. Inclui a avaliação de itens como batimento cardíaco, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele, no 1º e 5º minutos de vida ou além destes, a depender da necessidade (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010).

O teste de **Coombs** indireto e direto são exames realizados para avaliar o fator Rh. Se Fator Rh da gestante for negativo faz-se o exame de Teste de **Coombs** para determinar se algum momento a mãe produz anticorpos contra o feto.

Também chamada de A Escala ou Índice de **Apgar** é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia **Apgar**, médica norte-americana.

Veja o exemplo do Escore de Apgar no quadro 3:

Quadro 3: Escore de Apgar

SINAL	ESCORES		
	0	1	2
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Ausente	< 100bpm	> 100bpm
ESFORÇO RESPIRATÓRIO	Ausente	Irregular	Regular
TÔNUS MUSCULAR	Flacidez total	Algumas flexões de extremidades	Boa movimentação
IRRITABILIDADE REFLEXA	Ausente	Alguma reação	Espirros
COR	Cianose/palidez cutânea	Corpo róseo Extremidades cianóticas	Corpo e extremidades róseos

Fonte: Brasil (2011)

Valores de APGAR entre:

- 5 a 7: indica asfixia leve
- 3 a 4: indica asfixia moderada
- 0 a 2: indica asfixia grave

Em recém-nascido com Apgar <7 é indicada a continuidade da avaliação até o 20º minuto de vida. O Apgar não deve ser utilizado para decidir o início de reanimação, nem as manobras a serem instituídas no decorrer da assistência. Isto significa que os procedimentos deverão ser feitos à medida que se avaliam as condições clínicas do recém-nascido e suas respostas a tais intervenções (BRASIL, 2011).



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos lendo: Atenção à saúde do Recém-Nascido, acesse o site: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn\\_v1.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf)>

Na sequência, quando sua condição clínica assim permitir, o recém-nascido é colocado em contato pele a pele com a mãe. Mantém-se o recém-nascido seco, retirando o campo anteriormente utilizado, caso esteja úmido, e providenciando novo campo seco.

Em condições em que o recém-nascido apresenta-se clinicamente instável, ele deverá ser levado ao berço aquecido, sendo enxugado para evitar a perda de calor por evaporação e o campo molhado ou úmido deve ser removido em seguida, pois esse momento pode ser o responsável pela perda de calor do recém-nascido por contato (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010).

---

Recém-nascido prematuro deve ser colocado em saco plástico, exceto a cabeça para minimizar perda de calor. Os procedimentos realizados em caso de situações críticas com o recém-nascido serão vistos na Unidade 4 (Intercorrências com o recém-nascido ao nascimento).

---

No sentido de permitir a permeabilidade das vias aéreas, o recém-nascido deverá ter sua cabeça posicionada com leve extensão do pescoço - evita-se hiperextensão ou flexão intensa (BRASIL, 2011). Caso necessário, coloca-se um coxim sobre os ombros do recém-nascido, pois facilita o posicionamento adequado da cabeça. Ao ser levado ao berço aquecido para avaliação, o recém-nascido deverá ser mantido em posição Trendelenburg. Em caso de suspeita de aspiração de mecônio, a manipulação do recém-nascido deve ser realizada após promover a permeabilidade das vias aéreas superiores e inferiores (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010).

A desobstrução das vias aéreas poderá ocorrer mediante avaliação do enfermeiro ou do pediatra responsável pela recepção do recém-nascido; caso seja necessária, a aspiração intermitente será feita na boca e posteriormente nas narinas, de modo delicado, com sonda traqueal conectada a aspirador a vácuo (pressão máxima de 100mmHg). Deve-se ter o cuidado de não introduzir a sonda com o aspirador ligado (BRASIL, 2011).



### *Palavra do profissional*

O procedimento de aspiração não deve durar mais que 10 a 15 segundos, pois a aspiração prolongada pode produzir um reflexo vagal, com bradicardia e/ou apneia, consequentes à estimulação das fibras aferentes vagais na faringe posterior.

---

Na presença de mecônio espesso, o pediatra realizará a aspiração da traqueia, sob visualização direta, com auxílio da cânula oro traqueal, intermediário próprio e laringoscópio (BRASIL, 2011). Se houver indicação do pediatra para aspiração gástrica, esta deverá ser realizada após o 5º minuto de vida, quando ocorre a diminuição do reflexo vagal.



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos lendo: Atenção à saúde do Recém-Nascido, acesse o site: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/am\\_v1.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/am_v1.pdf)>.

---

Estudos recentes apontam a não necessidade de oxigenação do recém-nascido ao nascimento, uma vez que esta pode trazer intoxicação pela liberação de radicais livres do oxigênio, trazendo problemas de metabolismo aos recém-nascidos, piorando a respiração. Também temos que lembrar que ele está em fase de transição para a vida extrauterina o que pode acarretar baixa saturação de O<sub>2</sub> nos primeiros minutos de vida (AHA, 2010).



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos em Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE, acessando o site: <[http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317343.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf)>.

---

As atuais recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria indicam a não necessidade de desobstrução das VAS, uma vez que o recém-nascido pode apresentar resposta vagal, com diminuição da FC nas aspirações, sendo que a aspiração deve ser realizada com avaliação rigorosa do recém-nascido (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos acessando o site e leia o Programa de reanimação neonatal. <<http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalFinal-2011-25mar11.pdf>>.

---

Após os procedimentos acima descritos, deve ser realizada a laqueadura do cordão umbilical, fixando o clamp à distância de 2 a 3 cm do anel umbilical, envolvendo o coto com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorhexidina alcoólica 0,5% (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010).

Dependendo das condições clínicas do recém-nascido (anóxia grave), podem ser necessários procedimentos como a compressão cardíaca externa, utilização de drogas vasoativas, soluções expansoras de volume, alcalinizantes, anticolinérgicos, antiarrítmicos, compostos endógenos como cálcio e antídotos de opiáceos administrados à mãe.



### *Palavra do profissional*

O enfermeiro deve promover o preparo e administração dos medicamentos prescritos pelo pediatra, seguindo protocolo definido e auxiliando-o nas manobras de ressuscitação.

As condições clínicas do recém-nascido que necessitam de intervenções, bem como as ações de enfermagem serão abordadas na Unidade 4 deste módulo.

## **3.4.2 Cuidados mediatos**

Os cuidados mediatos envolvem a antropometria, verificação dos perímetros cefálico e torácico, aplicação de vitamina K e da vacina contra Hepatite B, a credeização, a coleta de impressões plantares do recém-nascido e polegares da mãe, a identificação do recém-nascido e a realização da higiene corporal (ORSHAN, 2010). A seguir, descrevemos cada etapa dos cuidados.

A **laqueadura do cordão umbilical** é realizada com clamp, colocado acerca de 02 a 03 centímetros do anel umbilical, envolvendo o coto umbilical com gaze embebida em álcool etílico 70% ou clorhexidina alcoólica 0,5%. A distância deverá ser aumentada para 05 centímetros em situações de recém-nascidos clinicamente instáveis ou de alto risco (extremo baixo peso), embebendo a gaze em soro fisiológico e envolvendo o coto umbilical (BRASIL, 2011). Essa distância maior permite uma possível cateterização dos vasos umbilicais para infusão de drogas ou expansores de volumes.

Nesse momento, verifica-se a presença de duas artérias e uma veia - a presença de artéria umbilical única pode estar associada a anomalias congênitas (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010). Após, faz-se a secção distal do cordão a 01 centímetro da laqueadura e com o auxílio de uma gaze estéril, é

realizada a compressão da parte distal do coto umbilical acima do local laqueado para a remoção do sangue excedente; isso facilita o controle de sangramento posterior.

**O método de Credé** ou **credeização** consiste na instilação ocular de uma gota de Nitrato de Prata a 1% para prevenção da oftalmia gonocócica. Este procedimento é realizado na primeira hora de vida, tanto em parto normal quanto cesáreo (ORSHAN, 2010). Em caso de presença de **vérnix** na região ocular, o mesmo deverá ser removido, mediante uso de uma gaze seca ou umidificada em água (não utilizar soro fisiológico ou qualquer solução salina). Afastam-se as pálpebras e instila-se uma gota de nitrato de prata a 1% no saco lacrimonasal inferior de cada olho.

O **vérnix** caseoso é um material gorduroso branco, formado pelo acúmulo de secreção das glândulas sebáceas e inclui células epiteliais e lanugem, recobrimdo a pele ao nascimento.

Com o intuito de que o nitrato de prata envolva toda a conjuntiva do recém-nascido, após a instilação deve ser realizada uma massagem suave das pálpebras (BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006). Caso o nitrato caia fora do globo ocular ou em caso de dúvida, a técnica deverá ser refeita. O excesso que permanecer na pele deverá ser limpo com gaze seca.

Figura 7: Instilação ocular de nitrato de prata a 1% no recém-nascido.



Figura 8: Retirada de excesso de nitrato de prata.



A **antropometria** é realizada, verificando-se o peso, o comprimento e mensurando os perímetros cefálico e torácico (ORSHAN, 2010; HOCKENBERRY, 2006).

Figura 9: Verificação do peso do recém-nascido.



Figura 10: Verificação do comprimento do recém-nascido.



Figura 11: Verificação do perímetro cefálico do recém-nascido.



Figura 12: Verificação do perímetro torácico do recém-nascido.



A administração de 1 miligrama de vitamina K por via intramuscular é indicada para a **prevenção de sangramento por deficiência da vitamina K** (BRASIL, 2011; ORSHAN, 2010; HOCKENBERRY, 2006). A via de escolha é a intramuscular, na região vasto lateral da coxa - face anterolateral da coxa.

Realizada ainda dentro da sala de parto, a **administração da vacina contra Hepatite B** é preparada e administrada imediatamente por via intramuscular, na região vasto lateral da coxa - face anterolateral da coxa (BRASIL, 2011; HOCKENBERRY, 2006). Deve-se, posteriormente, realizar a checagem e assinatura na carteira de vacinação do recém-nascido.



### *Palavra do profissional*

As administrações da vitamina K e da vacina contra Hepatite B são realizadas por via intramuscular, sendo a região de escolha a região vasto lateral da coxa. Nesse sentido, a instituição de saúde (maternidade) deve ter protocolo próprio para determinar qual componente será administrado na região vasto lateral da coxa direita e do mesmo modo na esquerda. Essa determinação facilita a identificação de possíveis reações locais.

A **identificação do recém-nascido** deverá ser feita com duas pulseiras colocadas em seu antebraço e tornozelo, sendo que a mãe recebe também uma pulseira no antebraço. Elas devem conter informações sobre: nome completo da mãe, número do registro materno na instituição, data e hora do nascimento e tipo de parto (ORSHAN, 2011; HOCKENBERRY, 2006). Além disso, ainda são coletadas as impressões plantar direita e esquerda do recém-nascido em registro próprio da instituição, bem como a impressão plantar direita do recém-nascido e digital polegar direito da mãe na Declaração de Nascidos Vivos (via rosa).

A **higiene corporal do recém-nascido** é realizada na primeira hora de vida extrauterina, em berço aquecido, ao lado da mãe, ainda na sala de parto. O enfermeiro deve certificar-se que a temperatura axilar do recém-nascido esteja igual ou superior a 36,5°C. A finalidade desse procedimento é a remoção de sangue e líquidos corporais (ORSHAN, 2011). A limpeza corporal deve ser realizada com compressa esterilizada umedecida em água morna e óleo mineral ou vegetal, no sentido céfalo-caudal, mediante movimentos suaves para evitar traumatismos na pele.

O **banho de imersão** do recém-nascido pode ser recomendado por protocolo da própria instituição de saúde (maternidade); porém, é preciso que não haja rigidez na rotina estabelecida. Nesse sentido, intervenções de enfermagem como o banho do recém-nascido devem ser baseadas nas avaliações individuais e na interação das necessidades do bebê e da mãe, mais do que em protocolos previamente estabelecidos (HOCKENBERRY, 2006).



### *Palavra do profissional*

Algumas situações são indicadas para a realização do banho de imersão, tais como: presença de sorologia materna positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou para hepatite B; ausência de resultados de sorologia materna; presença de líquido amniótico com odor fétido; recém-nascido que tenha entrado em contato com fezes maternas; presença de impetigo bolhoso e recém-nascido meconiado. Recomenda-se que o banho seja realizado em sala de higienização, localizada próxima ao Centro Obstétrico; o recém-nascido deverá ser mantido em contato pele a pele com a mãe até o início dos procedimentos.

---

A higiene da face e do couro cabeludo deverá ser feita com mãos enluvadas (luvas de procedimentos), utilizando água morna corrente e sabonete neutro. Na sequência, o banho de imersão deve ser realizado em bacia esterilizada; evita-se a fricção da pele do recém-nascido devido à possibilidade de romper a integridade cutânea pela ação mecânica.

---

O **curativo do coto umbilical** é feito mediante antisepsia do mesmo com haste flexível com ponta de algodão embebida em álcool etílico 70% (BRASIL, 2011), iniciando-se na parte distal gelatinosa e na parte externa do coto, do local laqueado, até a base do anel umbilical.

Após a realização do curativo no coto umbilical, a fralda é colocada no recém-nascido; esta deverá ser dobrada para frente abaixo do coto, evitando, assim, irritação e umidade local (HOCKENBERRY, 2006). A área do coto deve ser mantida livre de urina e fezes e a limpeza deve ser diária.

Nesse momento, caso o recém-nascido ainda não tenha sugado o seio materno, o mesmo deverá ser levado até sua mãe para que dê início a sua alimentação.

Agora, ambos (mãe e recém-nascido) estão prontos para serem, juntos, encaminhados ao Alojamento Conjunto.

## 3.4 Resumo

O momento do parto e nascimento é vivenciado com intensidade pela mulher e sua família, devendo a equipe de saúde, da qual o enfermeiro é um dos integrantes, oferecer suporte, informando, orientando, apoiando e intervindo frente às necessidades apresentadas.

Os cuidados de enfermagem ofertados à mulher e ao recém-nascido nesse momento devem ser qualificados e fundamentados cientificamente. Proporcionar condições para que parto e nascimento transcorram de modo adequado, permitindo à mulher uma experiência positiva e à criança condições de adaptação à vida extrauterina, é papel do enfermeiro. Devemos lembrar também que a participação da família no momento do parto e nascimento faz-se de extrema importância para o estabelecimento de vínculo com o novo ser que se integrará ao convívio destes.

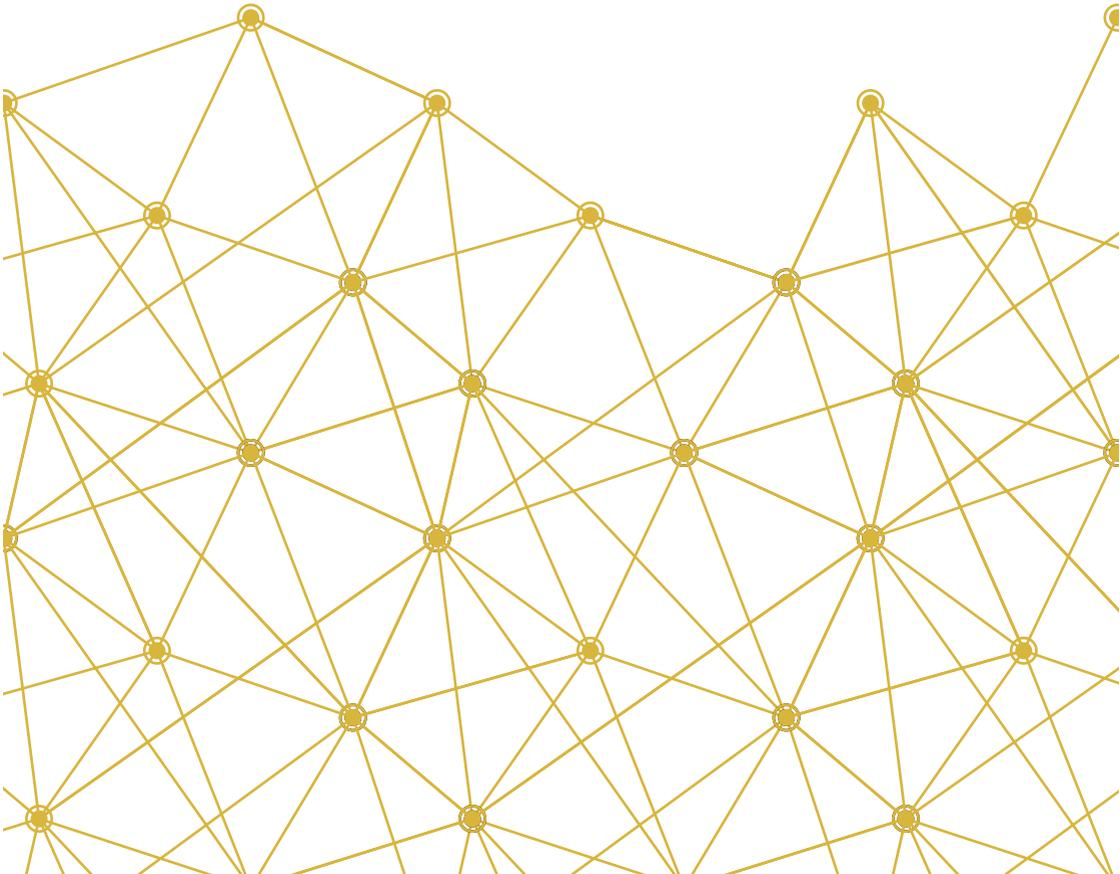
## 3.5 Fechamento

A partir dos conhecimentos adquiridos nesta unidade, esperamos que você desenvolva ações qualificadas para atender à mulher e ao recém-nascido, desde a internação da parturiente na maternidade, no parto e ao nascimento. Desejamos que seja feita a articulação das concepções da humanização da assistência, dos conhecimentos de semiologia e semiotécnica da mulher e do recém-nascido, das etapas de atendimento no parto e nascimento, considerando o binômio mãe e filho e inserindo a família nesse cuidado.

## 3.6 Recomendação de leitura complementar

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

# UNIDADE 4



## Unidade 4 – Intercorrências obstétricas e neonatais

Ao final desta unidade, o aluno deverá ser capaz de reconhecer e relacionar o papel do enfermeiro no planejamento das ações, na avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade materno-fetal e neonatal; como realizar ações de enfermagem para atendimento das intercorrências obstétricas; reconhecer a principal causa de urgência e emergência ao nascimento, bem como realizar as ações de enfermagem para atendimento do recém-nascido frente às intercorrências ao nascimento.

### 4.1 Introdução

Portanto, nesta unidade abordaremos as principais intercorrências no momento do parto e nascimento, com o objetivo de direcionar seu olhar para aspectos que devem ser notados como anormalidades neste período, como também para as intervenções de enfermagem frente às necessidades identificadas.

Como sabemos, o nascimento, apesar de ser considerado um processo natural e fisiológico, está sujeito a intercorrências. O enfermeiro deve estar preparado para uma avaliação continuada do processo de parto e nascimento. É imprescindível estar preparado para reconhecer e classificar os riscos materno-fetal e neonatal deste período para adequada condução e encaminhamentos zelando pela saúde e bem-estar do binômio mãe e filho em um momento de grande importância na vida de ambos.

### 4.2 Intercorrências obstétricas (Distócias)

Quando o parto transcorre com alguma anormalidade denominamos este parto como distócico. A palavra distócia tem origem inglesa e significa perturbação ou dificuldade do parto (dis= perturbação/dificuldade; tokos= parto). Nestes casos, as distócias são determinadas por fatores que podem acelerar ou retardar o parto; podem ser decorrentes de um fator ou de fatores associados. Entre estes estão os uterinos, os pélvicos, os placentários, os fetais, os de líquido amniótico ou os de cordão umbilical.

A mortalidade e morbidade materna estão estreitamente ligadas às distócias e aos sangramentos da segunda metade de gestação, durante o processo de parto. As quatro principais causas de morte materna são: Hipertensão materna, hemorragias, infecção puerperal e complicações do aborto.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), 98% das mortes maternas poderiam ser evitadas e a qualidade da assistência prestada tem um grande impacto na diminuição de mortes evitáveis.

## 4.2.1 Distócias maternas

**Distócia funcional:** Este termo refere-se à disfunção das contrações uterinas impedindo a progressão do trabalho de parto que é determinada por força primária (dificuldade, apagamento, e dilatação do colo uterino) ou secundária (descida fetal). A disfunção uterina é classificada como hipertônica e hipotônica.

A mais comum é a disfunção hipotônica quando as contrações tem curta duração, com pouca frequência, irregulares e de baixa intensidade. Geralmente, o trabalho de parto progride até a fase ativa; após a fase ativa, as contrações uterinas tornam-se ineficazes.

As causas mais comuns para esta anormalidade são: desproporção céfalo-pélvica (DCP), posição fetal anômala e a distensão intensa do útero.



### *Palavra do profissional*

Você como enfermeiro pode auxiliar na correção desta disfunção, orientando a deambulação durante o trabalho de parto.

---

A amniotomia e o uso de ocitocina endovenosa também são utilizados para correção desta disfunção; ambas são condutas do médico obstetra ou do enfermeiro obstetra.

---

As contrações uterinas hipertônicas são exatamente o oposto das hipotônicas; caracterizam-se por contrações dolorosas, descoordenadas e frequentes. Você pode pensar, já que temos muita contração, o parto será mais rápido? Não! Porque geralmente essa disfunção ocorre na fase latente do trabalho de parto, ou seja, com menos de 4 cm de dilatação do colo uterino.

A hipertonia uterina leva à exaustão e aumenta o risco de sofrimento fetal (hipóxia), já que não há um completo relaxamento entre uma contração e outra, além de aumentar o risco de descolamento prematuro de placenta (DPP), infecção e hemorragia pós-parto. O reparo desta disfunção geralmente faz-se com analgésicos efetivos como os opióides (morfina e meperidina).

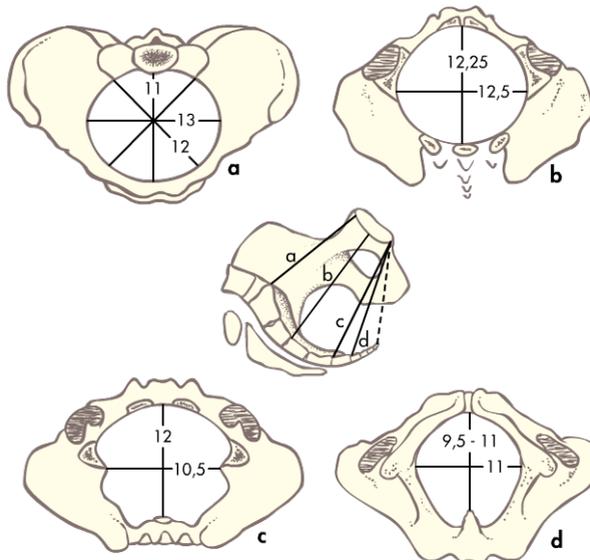


### Palavra do profissional

O aumento indiscriminado do gotejamento de soro com ocitocina pode causar hipertonia uterina. Não pense que aumentando o gotejamento você terá uma progressão mais rápida do trabalho de parto; muito pelo contrário, você causará hipertonia que resultará em sofrimento fetal e pode culminar em um parto cesáreo desnecessário.

A **distócia de trajeto** envolve a parte dura (ossos íliacos, sacro e cóccix com suas articulações) e a parte mole (segmento inferior do útero, colo uterino, vagina e região - vulvo perineal). O tipo de pelve e seus diâmetros influenciam na progressão do trabalho de parto e na acomodação do feto. Veja abaixo a ilustração dos diâmetros e tipos de bacia.

Figura 13: Diâmetros e tipos de bacia.



**a)** O estreito superior visto de cima. **b)** O plano de maiores dimensões pélvicas, visto de baixo. **c)** O plano de menores dimensões, estreito médio, visto de baixo. **d)** o estreito inferior, visto de baixo. No centro, cone sagital indicando os planos. (Adaptado de Beck & Rosenthal, *Obstetrical practice*, 6ª ed., 1995)



GINECÓIDE  
(50% dos casos)



ANDRÓIDE  
(25% dos casos)



ANTROPÓIDE  
(20% dos casos)



PLATIPÉLÓIDE  
(5% dos casos)

*Os tipos fundamentais de bacia, segundo Caldwell & Moloy*

Fonte: Neme (1995)

A **distúcia de partes moles** pode ser causada por obstrução no trajeto por fibromas uterinos, placenta prévia, tumores, anormalidades de colo uterino, vagina e vulva, como por exemplo, um cancro, edema no canal cervical, **anel de retração de Bandl**, bexiga e reto cheios.

**Anel** próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero, este é um sinal de iminência de rotura uterina.

## 4.2.2 Distúcias fetais

A distúcia fetal está relacionada com: apresentação fetal, apresentação composta ou pélvica, volume fetal (nas macrosomias) ou volume parcial (nas hidrocefalias e tumores fetais). A situação do feto também influencia no decorrer do trabalho de parto, por exemplo, nas situações transversas ou oblíquas e de atitude, sendo as atitudes defletidas as mais dificultosas na ultimação do parto.

A apresentação pélvica leva ao prolongamento do trabalho de parto devido às nádegas não serem tão eficientes no auxílio a dilatação. Ocorre com maior frequência nos partos prematuros. Neste tipo de apresentação a dilatação é suficiente para passagem das nádegas o que nem sempre é eficiente para a passagem da cabeça, ocorrendo o encarceramento da cabeça, o que chamamos de cabeça derradeira que deve ser resolvida com fórcepe

Piper. Outra complicação frequente na apresentação pélvica é a presença de mecônio, devido à pressão abdominal exercida no feto.

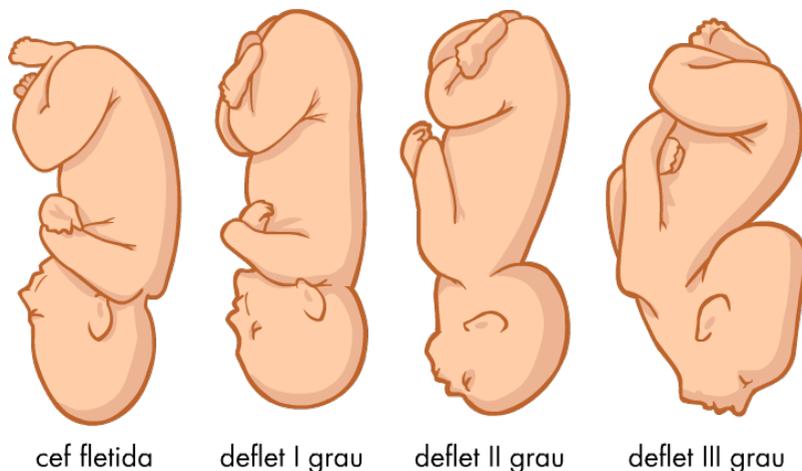
A macrossomia fetal é determinada pelo peso igual ou superior a 4500g o que pode ocasionar desproporção entre os diâmetros da bacia materna e o tamanho do feto, o que chamamos desproporção céfalo-pélvica (DCP). No entanto, a macrossomia não é indicação absoluta para parto cesárea; é necessária uma avaliação da progressão do trabalho de parto, em particular, para tal indicação. Alguns fatores associados à macrossomia fetal são diabetes gestacional e grande estatura de um ou ambos os pais. Este tipo de distócia predispõe a mãe a sangramento excessivo, laceração de trajeto e ruptura uterina.

Quando falamos de situação do feto estamos nos referindo à relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo uterino. A situação do feto, em 99,5% dos casos, é longitudinal (apresentação pélvica e cefálica) e em 0,5% dos casos temos a situação transversa onde o feto encontra-se na apresentação córmica (de ombro). Quando os eixos materno e fetal cruzam-se em um ângulo de 45° temos a situação oblíqua; esta é uma situação instável que sempre torna-se longitudinal ou transversa ao longo do trabalho de parto. Os fatores predisponentes às situações transversas incluem multiparidade, placenta prévia, polidrâmnio, anomalias uterinas e mioma submucoso.

Atitude fetal é a relação das diversas partes do feto entre si. Geralmente o nascimento se dá em atitude fletida; significa que o mento aproxima-se do esterno. As distócias geralmente ocorrem nas atitudes defletidas, onde a cabeça está em uma posição exatamente oposta à fletida.

- Tais atitudes são classificadas como: **defletida de primeiro grau** (quando o ponto de referência é o bregma).
- **Defletida de segundo grau** (quando o ponto de referência é a glabella).
- **Defletida de terceiro grau** (quando o ponto de referência é o mento). Fetos em atitudes defletidas de segundo grau não nascem de parto normal devido à incompatibilidade entre o diâmetro céfálico e a bacia materna.

Figura 14: Atitude fetal



Fonte: Neme (1995)

### 4.2.3 Distócia feto-anexial

As normalidades do cordão umbilical são identificadas antes do nascimento e no momento do nascimento. Antes do nascimento é possível detectar cordões curtos, excessivamente longos e implantação anormal do cordão; no momento do nascimento é possível detectar o prolapso de cordão. Tais detecções são realizadas pelo médico ou enfermeiro obstetra.

O cordão curto pode prejudicar a descida da apresentação, prolongando o trabalho de parto. Pode ainda favorecer apresentações anômalas, o descolamento prematuro de placenta, a ruptura de cordão, assim como a inversão uterina.

O cordão excessivamente longo pode ocasionar seu prolapso, além de favorecer as circulares de cordão levando à compressão do mesmo que pode resultar em sofrimento fetal por hipóxia.

O prolapso de cordão ocorre quando o cordão apresenta-se além da apresentação do feto. A amniorrexe prematura favorece a descida do cordão quando a apresentação fetal não está encaixada. Nas apresentações pélvicas e córmicas esse acometimento também é favorecido, assim como nas implantações baixas de placenta, inserção velamentosa de cordão, polidrâmnio, gemelaridade e prematuridade, ou seja, na maioria das vezes a apresentação não consegue preencher o segmento inferior do útero. O prolapso pode ser percebido no toque vaginal.



### Palavra do profissional

Uma vez sentido o cordão umbilical no toque vaginal (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra), a paciente deve ser encaminhada com urgência para o parto cesárea. Até o início do procedimento, você deverá manter a paciente em Trendelenburg ou na posição genitopeitoral.

Na inserção velamentosa os vasos do cordão inserem-se nas membranas e não no disco placentário. O risco de morte fetal é grande devido a maior facilidade de rompimento das membranas e vasos causando hemorragia entre o âmnio e o cório.

## 4.3 Cuidados de enfermagem

Você como enfermeiro deve estar habilitado a reconhecer as distócias e tomar medidas rápidas e eficazes até a chegada do médico ou enfermeiro obstetra. Cada intercorrência pode ter cuidados bem particulares, mas, de modo geral, neste momento a mulher irá se encontrar bastante ansiosa e exausta. São cuidados de enfermagem na prevenção e detecção de distócias, segundo Oliveira (2005):

- Proporcionar a presença do acompanhante da preferência da mulher.
- Orientar sobre o plano terapêutico e evolução do processo de trabalho de parto.
- Orientar previamente sobre procedimentos invasivos.
- Promover conforto através de métodos relaxantes e não invasivos (massagem, mudança de decúbito, deambulação, banho de chuveiro, higiene perineal).
- Orientar a realização de exercícios respiratórios e de relaxamento.
- Promover diálogo.
- Verificar sinais vitais com frequência, e quando identificar anormalidades tomar providências o mais rápido possível.
- Monitorar batimento cardíaco fetal (BCF).
- Monitorar dinâmica uterina (DU).

- Avaliar perda vaginal, como sangramento, líquido amniótico meconial.
- Controlar hidratação e diurese.
- Atentar para todas as queixas da parturiente.
- Realizar cuidados com acesso venoso e qualquer outro dispositivo que seja necessário.
- Realizar o preparo da parturiente para cesariana, quando for necessário.

## 4.4 Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação

No contexto da obstetrícia, as hemorragias da segunda metade da gestação são frequentes causas de internação de gestantes no período anteparto e durante o trabalho de parto. As hemorragias são responsáveis por partos prematuros com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como partos operatórios.

São várias as causas de sangramento, sendo que os principais acometimentos são o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia que correspondem a 50% dos diagnósticos (BRASIL, 2010). Não se deve esquecer a rotura uterina e a rotura da vasa prévia.

### 4.4.1 Rotura uterina

A rotura uterina é um acometimento grave em obstetrícia podendo levar o binômio mãe e filho à morte. É classificada em rotura completa quando ocorre a rotura total da parede uterina; e em rotura incompleta quando peritônio parietal permanece intacto.

Quem são as mulheres que correm risco de sofrer rotura uterina?

As mulheres que possuem cicatriz de cesárea anterior são as que correm maior risco. Outras causas possíveis são: antecedentes de curetagem uterina com perfuração, miomectomia, acretismo placentário, trauma abdominal, anomalias uterinas, hiperdistensão uterina e uso inapropriado de ocitocina.

O risco de rotura uterina em mulheres com cesárea anterior é de 1% e quando a gestante tem um parto normal anterior à cesárea o risco é ainda

menor (BRASIL, 2010). Não conhecemos evidências que suportem a realização de parto cesárea eletivo em mulheres que tiveram parto cesárea anterior. Segundo estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as chances de sucesso de se conseguir um parto normal são semelhantes após uma ou mais cesáreas.

A rotura uterina pode ocorrer desde o pré-parto até o pós-parto. No intra-parto, quando a rotura é mais frequente, o achado característico é a perda dos batimentos cardíacos fetais; na palpação, as partes fetais são facilmente palpáveis e ao toque vaginal (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra) ocorre a subida da apresentação. A gestante pode ou não apresentar sinais de choque, sangramento vaginal e parada das contrações após dor forte. Este acometimento deve ser rapidamente diagnosticado, pois é causa de sangramento pós-parto.



### Saiba mais

Amplie seu conhecimento, veja o quadro clínico completo na página 63 do link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>

---

A seguir, seguem as principais condutas a serem tomadas imediatamente após a detecção da rotura uterina:

- Estabilizar hemodinamicamente a gestante, iniciando procedimentos que visam manutenção de vias aéreas pérvias, respiração. Em caso de oferta de oxigênio em máscara, esta deve ser a 10l/min.; se for oferta de oxigênio em cateter, 5l/min.
- Puncionar duas veias calibrosas e começar infundindo 1000 ml de solução cristaloide em cada acesso venoso, na velocidade de 500 ml nos primeiros 10 minutos e manter a infusão a 250 ml/hora (BRASIL, 2010).

## 4.5 Descolamento prematuro de placenta

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é determinado pela separação da placenta normalmente inserida no útero antes do nascimento. O descolamento acontece após 22 semanas de gestação (OMS, 2005).

Usaremos a classificação de Sher, a mesma utilizada pelo Ministério da Saúde Brasileiro (BRASIL, 2010):

GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 3A	GRAU 3B
Sangramento genital discreto.	Sangramento genital moderado.			
Ausência de hipertonia uterina significativa.	Abdômen em tetania.			
Batimento cardíaco fetal e vitalidade preservados.	Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial.	Sangramento genital importante.		
Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia.	Início de alterações de coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio.	Hipertonia uterina.	Sem coagulopatia instalada.	Com coagulopatia instalada
Geralmente diagnosticado no pós-parto com a constatação do coágulo retroplacentário.	Batimentos cardíacos fetais presentes; porém, com sinais de comprometimento de vitalidade.	Hipotensão arterial materna.		
		Óbito fetal.		

O DPP é uma das piores complicações obstétricas, ocorrendo em aproximadamente 1% a 2% das gestações. A morbimortalidade materna é muito aumentada diante deste acometimento devido ao aumento da incidência de hemorragia, coagulopatia, hemotransfusões, cesáreas, histerectomia, podendo levar à morte. As complicações perinatais também estão presentes como: prematuridade, retardo do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito. A principal causa de DPP não traumática é a hipertensão e a traumática, acidente automobilístico.

Principais fatores de risco para o DPP:

- Hipertensão (hipertensão gestacional, hipertensão preexistente). A hipertensão é responsável pelo DPP em 50% dos casos.
- Rotura prematura de membranas ovulares.
- Cesariana previa.
- Tabagismo.
- Idade materna avançada.
- Uso de drogas (álcool, cocaína e crack).
- Condições que causem hiperdistensão uterina (polidrâmnio, gestação gemelar).
- Trauma (automobilístico - trauma abdominal direto).
- DPP em gestação anterior.
- Amniocentese, cordocentese.

Fonte: Brasil (2010).



### Palavra do profissional

A gestante pode chegar à instituição de saúde (maternidade) em situação clínica compatível com choque hipovolêmico, no momento da admissão; portanto a possibilidade de hipertensão não pode ser descartada.

## Quadro clínico

O DPP é caracterizado por dor abdominal variando de dor leve à intensa, acompanhada por endurecimento abdominal, denominado tetania, em casos mais graves. O sangramento nem sempre está presente; em 20% dos casos, forma-se um hematoma retroplacentário. Este sangramento é responsável pela “apoplexia útero-placentária” que pode causar hipotonia uterina levando à hemorragia pós-parto. Outro agravamento do hematoma retroplacentário é a coagulopatia.

Os pontos principais que devem ser observados durante o exame físico para o diagnóstico de DPP estão elencados abaixo. Este diagnóstico é realizado clinicamente, uma vez que a ultrassonografia (USG), na maioria das vezes, não mostra achados de hematoma retroplacentário (BRASIL, 2010).

- Manutenção de vias aéreas pérvias, padrões de respiração e circulação;
- Sinais vitais: observar taquicardia e alterações posturais da pressão;
- Exame obstétrico: medida de altura uterina, BCF, hipertonia uterina;
- Monitoração fetal: padrão não tranquilizador;
- Palpação abdominal: contrações tetânicas.

Segundo o manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os exames que devem ser solicitados para gestantes com DPP são:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Tipagem sanguínea ABO Rh;
- Coagulograma;
- Exames de rotina para doença hipertensiva, se apropriado.

Uma maneira rápida e não onerosa de investigar coagulopatia é colher 10 ml de sangue da gestante em um tubo seco e aguardar entre 7 a 10 minutos; se o resultado for negativo, ocorre à formação de um coágulo firme. A dosagem de fibrinogênio abaixo de 250 mg/dl não é normal e abaixo de 150 mg/dl é indicativo de coagulopatia instalada.

O Ministério da Saúde sugere um fluxograma de condutas e você pode acessar o link abaixo, na página 61, para saber mais:



### Saiba mais

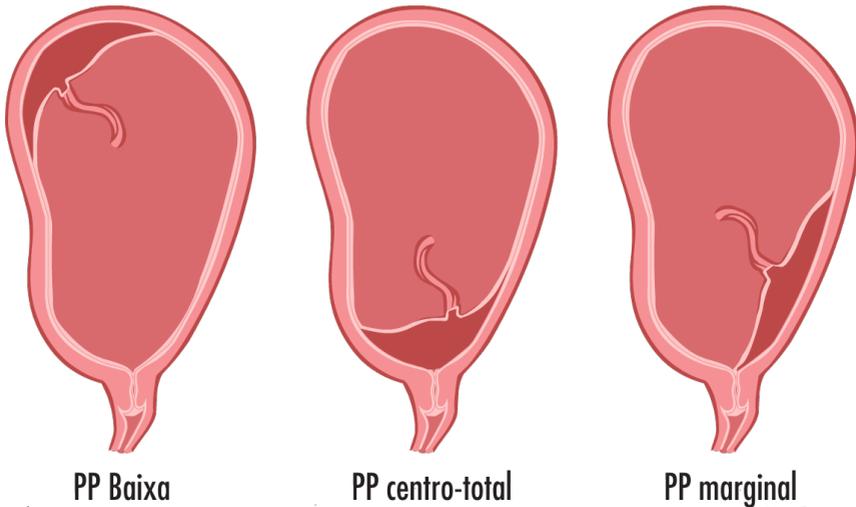
Manual técnico gestação de alto risco do Ministério da Saúde:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>

---

## 4.6 Placenta prévia

A placenta prévia (PP) é determinada pela implantação da placenta total ou parcialmente no segmento inferior do útero e é classificada como **baixa**: implantação próxima ao colo do útero, mas não chega a atingi-lo; **marginal**: implantação que atinge o orifício interno do colo uterino, mas sem recobri-lo; **completa ou centro-total**: implantação que recobre totalmente o orifício interno do colo uterino (BRASIL, 2010).

Figura 15: Placenta prévia



Fonte: Fotosearch

A PP ocorre em uma a cada duzentas gestações; é detectável na ultrassonografia (USG) entre 16 e 20 semanas. O principal fator de risco para ocorrência de PP é o parto cesárea anterior; outros fatores estão listados no quadro abaixo.

### Fatores de risco para a ocorrência de Placenta Prévia (BRASIL,2010):

- Intervenções uterinas anteriores (miomectomia, curetagem).
- Multiparidade/Intervalo interpartal curto.
- Tabagismo.
- Gemelaridade.

A PP aumenta o risco de placenta acreta, o que aumenta o risco de sangramento grave e outras complicações associadas com o risco de histerectomia. No Brasil, em 2007 ocorreram 45% de partos cesáreas (fator de risco principal de PP); aumentou-se, portanto, a chance de complicações e de morte materna (BRASIL, 2010). Este é um dos inúmeros motivos da luta pela diminuição do parto cesárea no Brasil, reduzindo, por consequência, a morbimortalidade materna.

## Quadro clínico

A PP é indolor geralmente com sangramento pequeno e autolimitado. Nas PP marginais pode não ocorrer sangramento até o momento do parto. Nas PP centros-totais pode ocorrer sangramento entre a 26ª e 28ª semana de gestação (sangramento sentinela), nestes casos, o sangramento é abundante e intermitente, de coloração vermelho vivo com necessidade de internação da gestante e de realização de hemotransfusões. Não há aumento do tônus uterino como no DPP.

O exame físico deve ser iniciado pela aferição dos sinais vitais, seguido de exame obstétrico, lembrando que o toque vaginal nunca deve ser realizado sem a confirmação ultrassonográfica da localização exata da placenta. Segundo o Ministério da Saúde (2010), devem ser observados no exame físico:

- Sinais vitais.
- Palpação abdominal.
- Medida da altura uterina.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Além dos itens destacados acima, é realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra o exame especular cuidadoso. Estes profissionais não devem realizar toque vaginal até conhecer a localização exata da placenta (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), os exames a serem solicitados são:

- Hematócrito e hemoglobina.
- Tipagem sanguínea ABO Rh.
- Coagulograma: pode ser realizado teste do coágulo, com coleta de 10ml de sangue em tubo seco – deve-se formar um coágulo firme após 7–10 minutos; A coagulopatia é condição rara na placenta prévia.

## 4.6.1 Considerações importantes

A conduta expectante deve ser tomada no caso de gestantes sem sangramento com feto prematuro. Não é necessário que a gestante permaneça internada até o parto em casos de sangramento, mas esta deve ser orientada a não ter relações sexuais. O uso de corticoterapia (para acelerar a maturação pulmonar do feto) deve ser considerado no caso da necessidade de um parto prematuro. O uso de ferro no pré-natal também é indicado, assim como a monitorização de hematócrito e hemoglobina.

---

Em caso de sangramento em mulheres Rh negativo, o uso de imunoglobulina anti-D é indicado.

---

A via de parto depende da proximidade da inserção da placenta em relação ao orifício cervical interno. Com a borda placentária a menos de 2 cm do orifício interno a chance de parto cesárea aumenta, mas pode ser permitido parto normal com placenta prévia marginal de menor grau com borda fina e apresentação cefálica encaixada. É indiscutível a realização de parto cesárea nas PP centro-total.

## 4.6.2 Vasa prévia

A vasa prévia é definida como sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do útero (BRASIL, 2010). Felizmente este acometimento é raro, pois a taxa de mortalidade fetal nesta situação é alta. Sua maior ocorrência se dá em gestantes com implantação baixa de placenta e inserção velamentosa de cordão.

O diagnóstico pré-natal é difícil; o sangramento é iniciado no momento da rotura das membranas, mas pode ser percebido na amnioscopia. A USG com *doppler* colorido pode ser considerada nos casos de gestantes com PP e inserção velamentosa de cordão. Geralmente o diagnóstico intraparto é difícil, pode-se considerar a detecção de hemácias fetais no sangue exteriorizado, mas na maioria das vezes não há tempo para este tipo de teste, pois é frequente o dano na frequência cardiorfetal - FCF (BRASIL, 2010).



## Saiba mais

Para ter acesso ao resumo de condutas nos sangramentos da segunda metade da gestação, acesse o link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>, na página 64 do Manual técnico gestação de alto risco do Ministério da Saúde.

### 4.6.3 Rotura prematura de membranas

A rotura prematura de membranas (RPM), também chamada de amniorrexe prematura, é caracterizada pela rotura da bolsa amniótica antes do início do trabalho de parto. Quando a bolsa se rompe antes de 37 semanas é denominada de rotura prematura de membranas pré-termo - RPMPT; e depois de 37 semanas, rotura prematura de membranas no termo - RPMT (BRASIL, 2010).

Cerca de 1/3 dos casos de partos prematuros é proveniente de RPM o que contribui para aumento da mortalidade fetal e materna, está última pela maior propensão a desenvolvimento de infecção.



## Compartilhando

Como saber se a gestante teve RPM? Pela queixa de saída de líquido que escorreu pelas pernas. O líquido tem aspecto transparente com odor característico (seminal ou hipoclorito de sódio). Quando a perda de líquido não é tão evidente o exame especular será realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra, com a mobilização do polo fetal o que facilita a visualização da saída de líquido. A USG também auxilia no diagnóstico, mas não é um método definitivo, o resultado deve ser somado à avaliação da idade gestacional.

Existem outros métodos para confirmar a RPM como, por exemplo, colher uma pequena parte da secreção vaginal e observar no microscópio, a imagem positiva costuma ser parecida com uma samambaia. Outro método consiste em medir o pH vaginal com papel de nitrazina, que se torna azul em resultados positivos.

O toque vaginal (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra) deve ser evitado no sentido de prevenir infecção, a não ser nas gestações a termo com parto iminente (BRASIL, 2010).

Itens importantes a serem observados no exame físico:

- Temperatura axilar e pulso materno.
- Dinâmica uterina.
- Altura uterina.
- Estado fetal (ausculta com Pinard, Sonar etc.).
- Exame especular (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra): A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.
- Propedêutica auxiliar.
- Hemograma completo.
- Urina rotina, grama de urina, urocultura.
- Pesquisa para estreptococo do grupo B em swab anal e vaginal.
- Ultrassonografia.

As condutas a serem tomadas em relação à ocorrência de RPM são diferentes, dependendo da idade gestacional em que a gestante encontra-se.



### Saiba mais

Para entender melhor, veja o fluxograma para manejo de RPM na página 84 do link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Manual técnico gestação de alto risco do Ministério da Saúde.

## 4.7 Intercorrências neonatais

O atendimento de emergência na infância requer dos profissionais envolvidos a capacidade de avaliação e intervenção adequada e imediata.

Na abordagem das emergências em pediatria é de vital importância a restituição fisiológica normal da criança para, posteriormente, completar o diagnóstico final, como também a etiologia do processo em andamento (CRUZ, 1998). É fundamental, portanto, a triagem inicial para que se dife-

reencie uma situação de alto risco (emergência) de uma urgência, onde o pronto atendimento faz-se necessário, apesar de não haver ameaça imediata à vida.

Na prática assistencial, a não intervenção imediata ou o reconhecimento tardio dos sinais e sintomas apresentados pela criança a coloca em situação de risco e o quadro clínico pode evoluir para uma parada cardiorrespiratória (PCR).

As causas de PCR na faixa etária pediátrica estão relacionadas à idade, ao local do evento e às condições de saúde de base da criança. Para o recém-nascido, as condições da gestação materna tem grande influência no nascimento e na adaptação adequada à vida extrauterina, além de fatores genéticos antecipadamente determinados no decorrer do pré-natal. Além disso, a assistência à mulher no trabalho de parto e a avaliação das condições fetais favorecerão a identificação de fatores que levam ao risco para o momento do nascimento.

O atendimento no momento do nascimento também pode apresentar-se como situação pela qual o recém-nascido não consegue passar de modo adequado a adaptação à vida extrauterina.

---

No ambiente hospitalar, as causas mais frequentes de PCR são a sepse, falência respiratória, distúrbios metabólicos, reações às drogas e arritmias (FAGUNDES, 2005). Diferentemente do adulto, a PCR na faixa etária pediátrica pressupõe causas não cardíacas, e sim causas decorrentes de condições como o choque ou a falência respiratória (HOCKENBERRY, 2006; FAGUNDES, 2005). A causa da PCR no recém-nascido é a asfixia, e esta se encontra intimamente relacionada à sua adaptação da vida fetal para a vida extrauterina (BRASIL, 2011; AHA, 2010).

---

Aos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao recém-nascido, no momento do nascimento, cabe a identificação precoce dos sinais e sintomas do paciente em risco. A enfermagem, responsável pelo cuidado direto e contínuo destes pacientes, tem como responsabilidade o reconhecimento dessas situações.

O primeiro passo consiste na avaliação dos sinais vitais. Isso poderá ser feito no momento da avaliação do APGAR ao nascimento. O choro fraco significa uma respiração não efetiva, com ventilação inadequada do recém-nascido. Além disso, a coloração da pele indica a adequada oxigenação dos tecidos, de fácil identificação visual (BRASIL, 2011). A *American Heart*

Association (2010) recomenda que, para uma avaliação fidedigna, seja verificado o nível de oxigenação mediante uso de oximetria de pulso, que deverá estar disponível em sala de parto.

A verificação da frequência cardíaca é realizada mediante identificação e contagem da pulsação do cordão umbilical ou da ausculta cardíaca (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos acessando o Programa de reanimação neonatal. Visite o site: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalFinal-2011-25mar11.pdf>>

Os principais sinais de PCR (CESAR et al., 1999; COLLET; OLIVEIRA, 2002) no recém-nascido são:

- Apneia.
- FR < 40 respirações por minuto.
- Ausência de pulso em grandes artérias.
- Pele pálida e cianótica.

A atuação precisa nesse momento é de extrema importância para o recém-nascido. Hockenberry (2006) ressalta que a sobrevida neurologicamente íntegra ocorre nas crianças que receberam atendimento imediato e que responderam de imediato às intervenções realizadas.

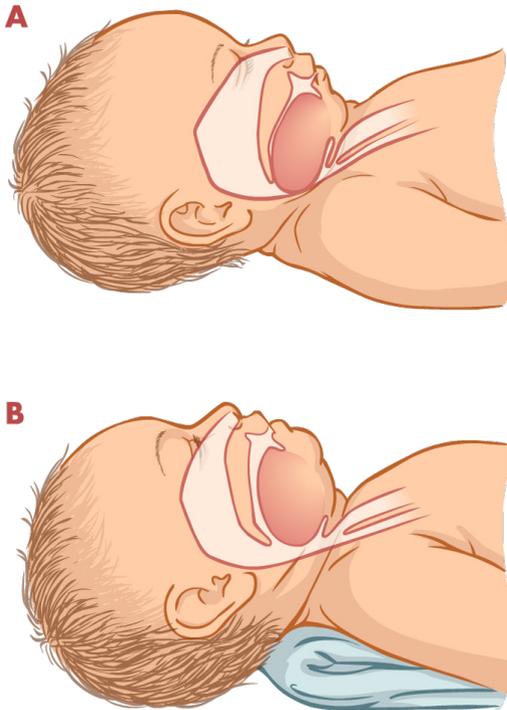
O atendimento em casos de PCR é um ato dinâmico, obedecendo-se uma sequência bem definida de avaliações e atuações inter-relacionadas (FAGUNDES, 2005).

A sequência da atuação na reanimação cardiorrespiratória (RCP) consiste em manobras que visam reverter o quadro instalado (COLLET; OLIVEIRA, 2002), provendo oxigenação para os órgãos vitais (cérebro e coração) até que a circulação normal seja restabelecida (CESAR et al., 1999).

Uma vez que a maior causa de PCR no momento do nascimento é asfíxia, como anteriormente descrito, os passos seguem a sequência abaixo relacionada. Tais passos são denominados ABCD da reanimação (COLLET; OLIVEIRA, 2002; FAGUNDES, 2005) e significam, em sua ordem:

O primeiro passo, que é a manutenção das vias aéreas permeáveis, requer a avaliação da respiração. No momento do nascimento essa avaliação é realizada verificando-se a intensidade do choro do recém-nascido (vide Apgar, Unidade 3). Mediante a não ocorrência de uma respiração efetiva e consequente inconsciência do recém-nascido, há a “queda da língua”, que está presa à mandíbula inferior. A língua relaxa e cai para trás, obstruindo as vias aéreas; desse modo, faz-se necessária a desobstrução das vias aéreas, com manobra de retificação das mesmas mediante o posicionamento da cabeça com inclinação da mesma e elevação da mandíbula (BRASIL, 2011; COLLET; OLIVEIRA, 2002). Nesse momento, se houver excesso de secreções, estas devem ser aspiradas, primeiramente a boca e depois as narinas, delicadamente, com sonda traqueal conectada ao aspirador a vácuo, sobre pressão aproximada de 100mmhg (BRASIL, 2011).

Figura 16: Tratamento da obstrução das vias aéreas pelo posicionamento



Fonte: Jarvis (2002)

**(a)** O occipício proeminente flexiona o pescoço. A língua cai para trás, na faringe, podendo causar obstrução das vias aéreas. **(b)** Maximiza a potência das vias aéreas colocando o recém-nascido com o pescoço em uma posição neutra e fazendo que o trago da orelha fique à mesma altura que a parte superior (anterior) do ombro.

---

É importante estar atento para não realizar a hiperextensão da cabeça, uma vez que esta manobra fecha as vias aéreas. A posição correta é céfalo declive (discreta extensão da cabeça), ou seja, posição neutra.

---

Após a execução dos passos iniciais, as frequências cardíaca e respiratória são avaliadas. Caso o recém-nascido não apresente respiração efetiva após a retificação das vias aéreas, a respiração de resgate é iniciada, mediante ventilação com pressão positiva, utilizando dispositivo bolsa-máscara-valva (FAGUNDES, 2005; BRASIL, 2011). Este passo deve ser iniciado no primeiro minuto de vida (60 segundos), considerado “minuto de ouro” (BRASIL, 2011).

A máscara utilizada para esta ventilação deve ter o tamanho adequado ao recém-nascido e cobrir boca e nariz, ajustando-se à face para que não ocorra o escape do ar. Durante a ventilação, deve-se observar a expansibilidade torácica do recém-nascido e manter uma frequência respiratória de 40 a 60 vezes por minuto (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Figura 17: Ventilação com bolsa-máscara-valva.



Na figura anterior é possível observar a técnica do aperto C-E (os 2 primeiros dedos de uma mão seguram a máscara contra a face do recém-nascido –“C” - e os últimos 3 dedos tracionam a mandíbula – “E”).

De acordo com Fagundes (2005), é importante ser considerada a intubação endotraqueal (procedimento realizado pelo médico) nas seguintes situações:

- Controle da ventilação inadequado pelo Sistema Nervoso Central.
- Obstrução funcional ou anatômica das vias aéreas.
- Trabalho excessivo de respiração.
- Necessidade de altos picos inspiratórios.
- Necessidade de ventilação mecânica.
- Necessidade de via aérea segura.

O terceiro passo da RCP é o restabelecimento da circulação mediante a compressão cardíaca. Após a retificação das vias aéreas e a verificação da necessidade de ventilação, palpa-se o pulso para determinar a presença de batimento cardíaco. No recém-nascido, a verificação é feita mediante a **palpação do pulso braquial** (na face interna do braço, entre o cotovelo e o ombro) ou femoral, uma vez que o mesmo possui um pescoço curto e, muitas vezes gordo, dificultando a palpação do pulso carotídeo. Isso causa demora na determinação do pulso e, conseqüentemente, no atendimento. A ausência de pulso ou  $FC < 60$  bpm é considerada indicação suficiente para início da compressão cardíaca (COLLET; OLIVEIRA, 2002; FAGUNDES, 2005; ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

Figura 18: Verificação do pulso braquial em recém-nascido.



Essa manobra (compressão cardíaca) tem por objetivo estimular e manter a circulação sanguínea mediante compressões rítmicas e seriadas do tórax, realizadas sempre intercaladas com a ventilação na razão de 3:1 - três compressões para uma ventilação (AHA, 2010; BRASIL, 2011; ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

Nos recém-nascidos, deve-se envolver o tórax com ambas as mãos e exercer pressão com os polegares (técnica dos dois polegares) posicionados logo abaixo da linha intermamilar, poupando-se o apêndice xifoide, comprimindo de 1 a 2 centímetros em uma frequência de 120 batimentos por minuto.

Figura 19: Compressão cardíaca em recém-nascido utilizando técnica dos dois polegares.



Outra técnica que pode ser aplicada é a técnica dos dois dedos, posicionando-se o dedo indicador e o médio no terço inferior do esterno, usando a outra mão como contraforte, no dorso do paciente (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011). Em caso do recém-nascido estar em superfície rígida, não há necessidade de utilizar a mão como contraforte. Esta técnica é utilizada em caso de desproporção entre as mãos do reanimador e o tórax do recém-nascido.

Figura 20: Compressão cardíaca em recém-nascido utilizando a técnica dos dois dedos.



A primeira técnica descrita (dos dois polegares) é mais eficiente, uma vez que gera um maior pico de pressão sistólica e de perfusão coronariana; também é menos cansativa (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

---

A profundidade da compressão cardíaca deve ser de 1/3 da distância anteroposterior do tórax do recém-nascido. Desse modo, é possível produzir um pulso palpável.

---

Almeida e Guinsburg (2011) ressaltam a importância de se permitir a reexpansão plena do tórax após a compressão, ou seja, que ele retorne ao seu estado inicial. Isso permite o enchimento das câmaras ventriculares e das coronárias.

---

Complicações da compressão cardíaca: fratura de costelas, pneumotórax e hemotórax e laceração do fígado.

---

Figura 21: Ventilação pulmonar e compressão cardíaca.



O uso de medicações na RCP é indicado quando não se consegue a reversão da parada cardiorrespiratória apenas com as manobras de ventilação com pressão positiva e compressão cardíaca. Portanto, deve ser providenciado acesso venoso calibroso imediatamente; em muitos casos, opta-se pela cateterização da veia umbilical, por ser fácil e rápida.

A inserção do cateter é realizada pelo médico pediatra que o mantém periférico, para evitar sua localização a nível hepático (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011). A manipulação do cateter deve ser realizada de modo estéril e cuidadoso (evitar embolia gasosa).

As principais medicações indicadas na RCP em sala de parto são adrenalina e expansor de volume. O bicarbonato de sódio, o naloxone e os vasopressores **não** são recomendados na reanimação do recém-nascido em sala de parto (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

A adrenalina está indicada quando, após a realização da ventilação e compressão cardíaca efetiva, não se obteve uma frequência cardíaca acima de 60 batimentos por minuto. A dose indicada é de 0,01 a 0,03 mg/kg, utilizada na diluição de 1:10.000. A adrenalina pode ser repetida em casos de persistência de bradicardia, sendo recomendado seu uso a cada 3 a 5 minutos, por via endovenosa; considerar o uso de expansores de volume caso o recém-nascido esteja pálido ou existam evidências de choque (ALMEIDA; GUINSBURG, 2011).

Após a administração de cada droga, o enfermeiro deve fazer a infusão de 3 a 5 ml de solução salina isotônica para que a medicação seja introduzida na corrente sanguínea e também como meio de evitar precipitação em casos de medicamentos incompatíveis.

---

Após o restabelecimento do recém-nascido em sala de parto, ele deverá ser encaminhado para unidade de cuidados neonatais para acompanhamento de sua evolução clínica, sendo então monitorizado (FC, FR, saturação O<sub>2</sub>).

---



## Palavra do profissional

A atuação precisa e adequada da enfermagem em uma situação de urgência ao nascimento é de extrema importância. Como papel do enfermeiro nessa assistência, destaca-se o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do recém-nascido de risco, bem como a identificação da PCR e atuação imediata nos primeiros cuidados prestados.

É importante que para uma atuação segura da equipe que atenderá o recém-nascido, todo o material de urgência deva estar conferido e testado.

Durante sua atuação na RCP, o enfermeiro deverá coordenar a assistência, acionando a equipe que prestará os cuidados ao recém-nascido. Acesso venoso calibroso deverá ser providenciado (nesse caso, preparo do material e auxílio à cateterização da veia umbilical), bem como a diluição e identificação de todas as medicações que serão utilizadas. As primeiras manobras da RCP poderão ser executadas pelo enfermeiro, caso o médico pediatra não se encontre na sala de parto. O enfermeiro também auxilia o médico durante o procedimento de intubação endotraqueal, quando esta se faz necessária.

A administração de medicamentos, a infusão de expansores de volume, a instalação de monitorização são de responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem. A instalação de sonda orogástrica é importante nesse contexto. Deve-se aspirar o conteúdo gástrico e deixá-la em drenagem espontânea, prevenindo, assim a distensão abdominal (COLLET; OLIVEIRA, 2002), pois ela interfere na incursão diafragmática comprometendo a ventilação (HOCKENBERRY, 2006).

À enfermagem cabe também a reorganização da unidade e reposição do material utilizado. Após a estabilização do quadro clínico do recém-nascido, o enfermeiro realiza o registro de enfermagem, anotando de forma clara e concisa o evento, o quadro clínico do recém-nascido e sua evolução no decorrer da assistência (respostas apresentadas frente aos procedimentos executados).

O enfermeiro deverá incluir a família do recém-nascido nessa assistência, fornecendo informações claras e precisas, como também permitir a estes que exponham suas dúvidas e sentimentos.

Dentro da assistência de enfermagem nas intercorrências com o recém-nascido, o enfermeiro se posiciona como necessário para organizar, planejar e executar um cuidado atento, preciso e humano, oferecendo ao recém-nascido e sua família qualidade na assistência prestada.

## 4.8 Resumo

As intercorrências obstétricas e neonatais são responsáveis em grande parte pelos altos índices de morbimortalidade materno-fetal e neonatal.

A identificação precoce de sinais e sintomas apresentados pela mulher e pelo recém-nascido no momento do parto e nascimento permite ao enfermeiro atuar de modo efetivo para oferecer assistência qualificada e contribuir para redução de tais índices.

Para tanto, é preciso que o enfermeiro, mediante conhecimento clínico e realização de avaliação precisa de cada caso, planeje, implemente e avalie as ações desenvolvidas para a mulher e a criança, frente às intercorrências no momento do parto e nascimento.

## 4.9 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a classificação de risco e vulnerabilidade materno-fetal e neonatal e para o reconhecimento do papel do enfermeiro frente às intercorrências obstétricas e neonatais.

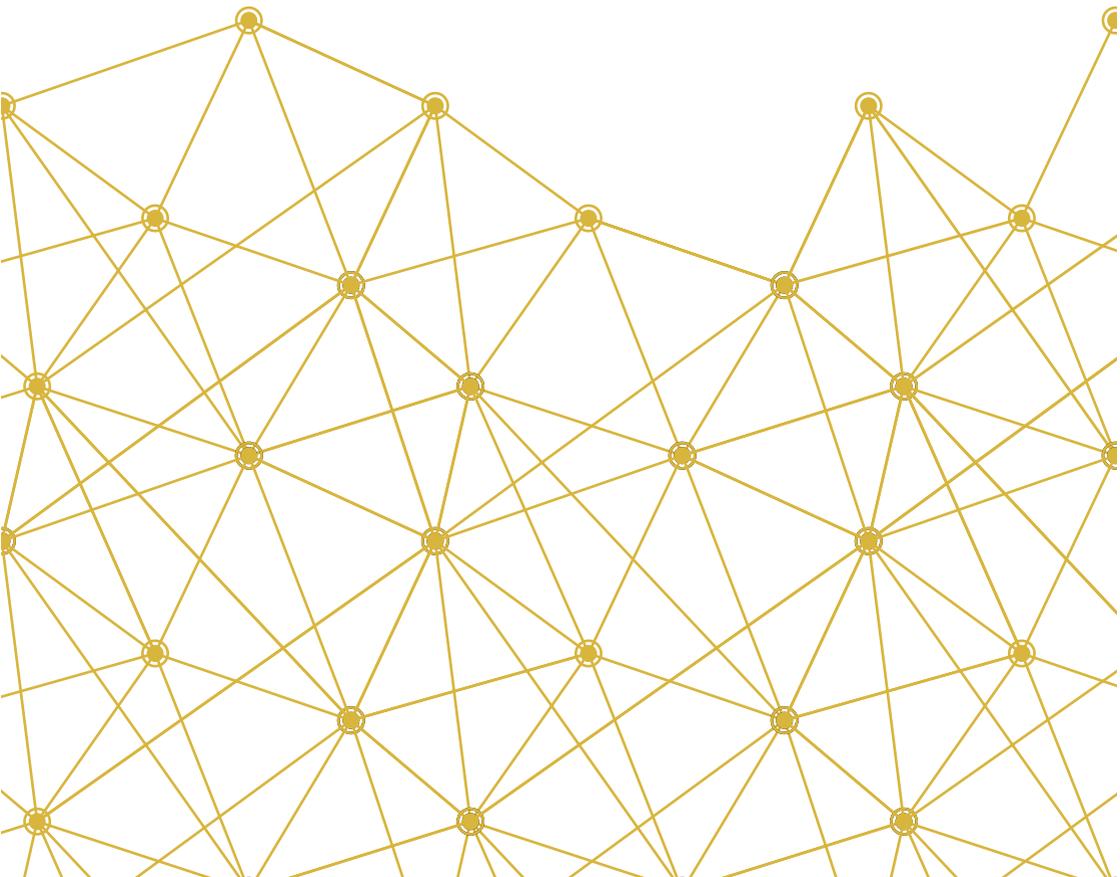
O olhar apurado do enfermeiro, aliado ao planejamento, intervenção e avaliações, adequado às ações de enfermagem voltadas à mãe e criança no momento do parto e nascimento possibilitam qualificar a assistência e contribuir para a redução da morbimortalidade nessa clientela.

## 4.10 Recomendação de leitura complementar

NOMURA, R. M.Y et al. Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000600002&lng=en&nrm=iso)> <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000600002>>



# UNIDADE 5



# Unidade 5 – Sistematização da Assistência de Enfermagem

Ao final desta unidade o aluno deve ser capaz de utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem para assistir à mulher e à criança no trabalho de parto, parto e nascimento.

## 5.1 Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) será utilizada para ajudar você no cuidado à mulher e à criança no trabalho de parto, parto e nascimento. Neste sentido, serão apontados tópicos essenciais para o planejamento de uma assistência qualificada à mulher e à criança nesses contextos de cuidado.

## 5.2 Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem é um método de identificação e solução de problemas (HOCKENBERRY, 2006). De modo sistematizado, ele é utilizado para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo quanto à sua efetividade (NANDA, 2008).

Organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. Tais etapas incluem coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. As informações que são fornecidas possibilitam a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem com embasamento científico.

### 5.2.1 Coleta de dados

Nesta etapa é realizada a coleta de informações sobre a situação de saúde da mulher e da criança no trabalho de parto, parto e nascimento. Consiste no histórico, que é um processo contínuo utilizado em todas as fases da solução do problema e é a base para a tomada de decisão (HOCKENBERRY, 2006). Nesse momento, buscam-se evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que possam contribuir para problemas de saúde que a gestante possa apresentar no decorrer do trabalho de parto e parto; para o recém-nascido, inclui a identificação de alterações no momento do nascimento.

A etapa demanda do enfermeiro o uso de várias habilidades. Ela consiste em uma coleta, classificação e análise dos dados intencionais, que provém de várias fontes. Os dados poderão ser obtidos de modo direto, com a própria gestante/parturiente, durante a admissão para o parto ou de modo indireto, a partir de informações fornecidas pelo prontuário da mesma, cartão de pré-natal ou por familiares ou acompanhantes.

Com o propósito de levantar dados para um histórico preciso e abrangente, o enfermeiro deve levar em consideração as informações coletadas, incluindo questões biológicas, psicológicas, socioculturais (HOCKENBERRY, 2006) da gestante/parturiente, nesse momento tão único de sua vida, como já apontadas nas unidades anteriores desse módulo. Com relação ao recém-nascido, também é preciso um processo apurado de coleta de informações.

## 5.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Nesta segunda etapa identifica-se o problema e determina-se o diagnóstico de enfermagem (HOCKENBERRY, 2006). Para tanto, os dados coletados deverão ser agrupados e interpretados, para a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que representam as respostas da gestante/parturiente e do recém-nascido no decorrer do trabalho de parto, parto e nascimento.

Tal processo de análise dos dados requer a utilização do raciocínio diagnóstico (semelhante ao raciocínio clínico). Conclusões são tiradas quanto ao significado dos dados coletados a fim de determinar a existência ou não de indicação para o estabelecimento de uma intervenção de enfermagem (DOENGENS, 2009).

---

De acordo com Hockenberry (2006), nesse momento, o enfermeiro organiza ou compila os dados coletados em categorias para identificar as áreas de importância e toma uma das seguintes decisões:

- Nenhum problema de saúde relacionado a alguma disfunção é evidente: nenhuma intervenção é indicada.
  - Há risco de problemas de saúde relacionados a alguma disfunção: são necessárias intervenções para facilitar a promoção da saúde.
  - Reais problemas de saúde relacionados a alguma disfunção são evidentes: são necessárias intervenções para facilitar a promoção da saúde.
-

Nesse sentido, você percebe que as unidades anteriormente apresentadas (Unidade 2 - avaliação materno-fetal e neonatal e Unidade 4 - intercorrências obstétricas e neonatais) encontram-se diretamente relacionadas a esta etapa do processo, uma vez que fornecem subsídios para que você identifique os dados coletados, os categorize e consiga, a partir daí, tomar decisões para qualificar o cuidado prestado à mulher e à criança no trabalho de parto, parto e nascimento. Ou seja, é a partir desse momento, que se torna possível o planejamento de intervenções que objetivam o alcance de resultados esperados.

Esta etapa abrange a nomenclatura de conjuntos e sinais/sintomas que é obtida com o histórico da gestante/parturiente e do recém-nascido.

### 5.2.3 Planejamento de Enfermagem

Uma vez estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem, você deverá planejar o cuidado voltado à gestante/parturiente e ao recém-nascido. A resolução do COFEN 358/2009, define esta etapa como a determinação de resultados que se espera alcançar, além das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas (no caso, para a gestante/parturiente e recém-nascido). Inclui o estabelecimento de prioridades, definição de metas, identificação de resultados esperados e determinação das intervenções específicas da enfermagem (DOENGENS, 2009; HOCKENBERRY, 2006).

---

É preciso que sejam traçados objetivos de modo claro, conciso e centrados na gestante/parturiente e no recém-nascido. Devem ser alcançáveis, mensuráveis e conter limite de tempo para alcance de resposta positiva.

---

O objetivo final do cuidado de enfermagem planejado, nesse momento, consiste na conversão do diagnóstico de enfermagem em um estado de saúde desejado (DOENGENS, 2009; HOCKENBERRY, 2006).



#### *Saiba mais*

Você pode navegar um pouco pela Internet e ampliar seus conhecimentos por meio da leitura da Resolução do COFEN 358/2009: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>.

---

## 5.2.4 Implementação

A Resolução do COFEN 358/2009 define esta etapa como a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Neste momento, é realizada a Prescrição de Enfermagem, de incumbência privativa do enfermeiro.

Esta etapa se inicia, então, quando você coloca em ação a intervenção escolhida, acumulando, assim, um *feedback* com relação aos efeitos da intervenção. Este *feedback* consiste em observações e comunicações que lhe fornecem um banco de dados para que se avalie o resultado da intervenção de enfermagem (HOCKENBERRY, 2006).

É importante ressaltar que, do começo ao término desta etapa, as principais preocupações deverão ser a segurança (neste caso, da gestante/parturiente e do recém-nascido), como também o conforto psicológico de ambos, em termos de oferta de cuidado sem traumas (HOCKENBERRY, 2006).

## 5.3 Avaliação

A avaliação, de acordo com a Resolução do COFEN 358/2009, é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa e família (nesse caso gestante/parturiente e recém-nascido), para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados. Verifica-se a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Operacionalmente, Hockenberry (2006) destaca que nesta etapa o enfermeiro reúne, classifica e analisa os dados para determinar se:

1. A meta foi atingida.
2. O plano necessita de modificação.
3. Outra alternativa deveria ser levada em consideração.

Esta etapa completa o processo de enfermagem ou serve como base para a escolha de alternativas de intervenções que visem solucionar o problema específico.

Embora documentar tais etapas não se configure como um dos passos do processo de enfermagem, Hockenberry (2006) ressalta ser essencial, uma vez que permite ao enfermeiro ter evidência escrita do progresso rumo aos resultados.

## 5.4 Resumo

Sistematizar o cuidado de enfermagem prestado à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, por meio do processo de enfermagem permite ao enfermeiro prestar assistência focada, individualizada, com embasamento científico.

As etapas do processo de enfermagem possibilitam a organização das informações coletadas, a análise e a categorização destas e o planejamento do cuidado com vistas à promoção ou recuperação da saúde da gestante, da parturiente e do recém-nascido no trabalho de parto, parto e nascimento, respectivamente.

Neste sentido, é preciso que o enfermeiro se instrumentalize de tal conhecimento, o utilize de modo fidedigno, e com isso busque a garantia de um cuidado qualificado, desenvolvido a partir de um olhar crítico e sensível a cada informação que a mulher e a criança oferecem nesse momento de suas vidas e de suas respectivas necessidades.

## 5.5 Fechamento

Esta unidade trouxe subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem à mulher e à criança no trabalho de parto, parto e nascimento.

As ações de enfermagem determinadas pelo enfermeiro, a partir de uma avaliação efetiva das informações colhidas e do emprego do raciocínio diagnóstico para cada realidade, visam um cuidado estruturado e resolutivo.

O planejamento dos cuidados de saúde no pré-parto, parto e nascimento envolve não somente a prestação de assistência à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, mas também a promoção de uma alta qualidade nos serviços de atenção que atendem esta clientela.

## 5.6 Recomendação de leitura complementar

SUMITA, S. L. N.; ABRÃO, A. C. F. V.; MARIN, H. F. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 413-421, 2005. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/denf/acta/artigo.php?volume=18&ano=2005&numero=4&item=10>>

ALBUQUERQUE, C. C.; NÓBREGA, M. M. L.; FONTES, W. D. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe/lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE© versão 1.0. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 392-398, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>>

GÓES, F. S. N. et al. Avaliação do objeto virtual de aprendizagem “Raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao prematuro”. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>

DEL’ANGELO, N. et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. **Rev. Bras. Enferm.**, Goiânia, v. 63, n. 5, p. 755-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/10.pdf>>

## Encerramento do módulo

Caro aluno, esperamos que este módulo tenha sido bastante produtivo para aprimorar seu conhecimento acerca da atenção à mulher e à criança nas questões do trabalho de parto, parto e do nascimento. E também que tenha contribuído para estimulá-lo na troca de experiências, de informações e de conhecimentos entre seus colegas na prática profissional, tendo sempre o embasamento científico como suporte para as suas ações.

Acreditamos muito em seu potencial para fazer uma enfermagem melhor a cada dia, oferecendo assistência de qualidade, com grande possibilidade de mudança nos indicadores de saúde materno-infantil.

Foi um prazer estarmos com você nesta trajetória.

Agora, inicie uma nova unidade e aprenda um pouco mais sobre a atenção à mulher e ao neonato no Alojamento Conjunto.

# Referências

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. **Programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**: condutas 2011. [s.l.]: [s.n.], 2011. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalFin al-2011-25mar11.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatalFin%20al-2011-25mar11.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2012.

AHA (American Heart Association). **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. 2010. Disponível em: <[http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317343.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 572, de 1° de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União, Brasília**, 2000. Disponível em: <[http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_572\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_572_GM.PDF)>. Acesso em: 20 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei n° 11.108, de 8 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>. Acesso em: 10 ago.2012.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites\\_mortalidade\\_materna\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Manual técnico de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_recem\\_nascido\\_%20guia\\_profissionais\\_saude\\_v4.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

CESAR, R. G.; PISTELLI, I. P.; CARVALHO, C. E. Ressucitação cardiopulmonar. IN: GUTIERREZ, M. T. et al. **Pediatria**: diagnóstico e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1999. p. 21-25.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de Enfermagem**: saúde e funções humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CRUZ, F. M. M. Emergências clínicas na infância. In: COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

DOENGES, M. E. **Diagnósticos de enfermagem**: intervenções, prioridades, fundamentos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAGUNDES, U. Parada cardiorrespiratória. In: MORAIS, M. B.; CAMPOS, S. O.; SILVESTRINI, W. S. **Guia de Pediatria**. Barueri: Manole, 2005. p. 395- 404.

FONSECA, I. **Exame físico do recém nascido**. São Gonçalo, 2009.  
Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAMMsAA/exame-fisico-rn>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong Fundamentos de enfermagem**. 7. ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOFMEYR, G. J. Evidence-based intrapartum care. **Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2005.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Guia de Práticas Assistenciais. **Assistência ao parto e nascimento**: Celebrando a vida e o amor. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2009.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

KENNER, C. **Enfermagem Neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

LEVENTHAL, L. C. Períodos clínicos do parto. In: BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006. p.146-160.

LOWDERMILK, D. L. Fatores e processos do parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 297-313.

MAMEDE, F.V. et al. Períodos clínicos do parto: parir e nascer no cenário hospitalar. In: SILVA, I. A.; SOUZA, K. V.; SOUZA, I. E. O. (Org.). **Programa de atualização em enfermagem - PROENF**: saúde materna e neonatal. Porto Alegre: Artmed; Panamericana, 2009. p. 115-145.

MAYER, K. C. Babinski- Zeichen. [20-?]. Disponível em: <[http://www.neuro24.de/show\\_glossar.php?id=226](http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=226)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

NANDA – NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações, 2007-2008. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. 396p.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, D. L. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. 53p.

\_\_\_\_\_. **Manejo das complicações na gestação e no parto**. Genebra: OMS, 2005. 352p.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos**: o cuidado ao longo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 356-414.

PIOTROWSKI, K. A. Cuidado de Enfermagem durante o parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PIOTROWSKI, K. A. Cuidado de Enfermagem durante o parto e nascimento. In: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 356-414.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROTHMAN, B. K. Women, Providers, and Control. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 25, p. 253–256, 1996.

SAITO, E.; RIESCO, M. L. G; OLIVEIRA, S. M. J. V. Conduitas no parto normal. In: BARROS, S. M. O. **Enfermagem no Ciclo Gravídico-puerperal**. Barueri: Manole, 2006. p. 176- 190.

# Minicurriculo das autoras

## Jane Cristina Anders

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina na Área de Saúde da Criança e do Adolescente e do Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/UFSC). Desenvolve estudos na Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: criança e adolescente hospitalizado, enfermagem oncológica pediátrica e família, transplante de medula óssea.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9159712062803014>>

## Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde. Membro do Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA). Tem experiência na área de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Saúde Pública com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem obstétrica, saúde da mulher e amamentação.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0237957008631144>>

## Maria Cândida de Carvalho Furtado

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Graduação, Mestrado e Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela *University of Alberta, College of Nursing, Alberta, Canadá*. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem no Cuidado da Criança e Adolescente (GPECCA) da EERP-USP. Desenvolve estudos sobre o cuidado de enfermagem à criança na atenção primária em saúde, avaliação de programas e serviços de saúde infantis.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5483970346222449>>

## Vitória Regina Petters Gregório

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialização em Administração Hospitalar pelo Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração e Saúde, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Perinatal pela Universidade do Vale do Itajaí, Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina e membro da diretoria da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica. Atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem Obstétrica, enfermagem neonatológica, história da enfermagem.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7824481770495455>>

## Alecssandra F. S. Viduedo

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (1995), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo (1996), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Atualmente é aluna de Doutorado do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (cadastrado no diretório do CNPq), Membro da Sociedade Honorífica de Enfermagem *Sigma Theta Tau* (STT) capítulo *Rho Upsilon*. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8493952198720579>>

## Cinara Porto Pierezan

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986) e Mestrado pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Trabalha no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1990, atualmente exerce função de enfermeira do Núcleo de Enfermagem em Emergência Pediátrica do Hospital Universitário. Exerceu função de professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina nos períodos de 2002 a 2004 e 2006 a 2008 e de professora titular no Curso de Enfermagem da Faculdade de Ensino Superior Estácio de Sá pelo período de 2010 a 2011.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1923662035833665>>

## Danielle Monteiro Vilela Dias

Possui Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. É Mestre em Ciências e aluna de Doutorado do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, tecnologia, insuficiência cardíaca em pediatria, hipertensão arterial em adolescentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2730782223430977>>



Ministério da  
Saúde

