

ASPECTOS CLÍNICOS e MECÂNICOS DO PARTO

Profa. Dra. Emilia Saito
20 de fevereiro de 2019

LEI 7.498 / 1986 – COFEN EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

- Cabe ao ENFERMEIRO, como integrante da equipe de saúde:
 - Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera
 - Acompanhamento da evolução do trabalho de parto
 - Execução do parto sem distocia
 - **Enfermeiros obstetras**: assistência à parturiente e ao parto normal; identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário

⇒ FISOLOGIA DO PARTO

RESOLUÇÃO 479 / 2015 - COFEN

- O registro de título de **Enfermeiro Obstetra** e Obstetriz no Conselho Federal de Enfermagem é condicionado aos critérios mínimos de qualificação:
- 15 consultas de enfermagem pré-natais
- 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto
- 15 atendimentos ao recém-nascido na sala de parto

PARTO NORMAL: de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições.



RECOMENDAÇÃO: no parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural
OMS, 1996



DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

(Diário Oficial – Portaria 353 de 14/02/2017 da Secretaria de Atenção à Saúde)

PARTO NORMAL ou ESPONTÂNEO: parto que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal (ocitocina para estimulação TP, ruptura artificial de membranas, alívio farmacológico e não farmacológico da dor, manejo ativo do terceiro período clínico parto)

Profissionais/usuários da diretriz:

- Todos profissionais envolvidos diretamente na assistência ao parto
- Todos os profissionais em processo de treinamento envolvidos diretamente na assistência (residentes de enfermagem obstétrica)

O SUCESSO DO PARTO NORMAL DEPENDE DE 5 FATORES (5 Ps)

- **PASSAGEIRO** (FETO E PLACENTA)
- **PASSAGEM** (PELVE E CANAL DE PARTO/MUSCULATURA PERINEAL)
- **POTÊNCIA** (CONTRAÇÕES UTERINAS)
- **POSIÇÃO** DA PARTURIENTE
- RESPOSTA **PSICOLÓGICA**

REVISÃO

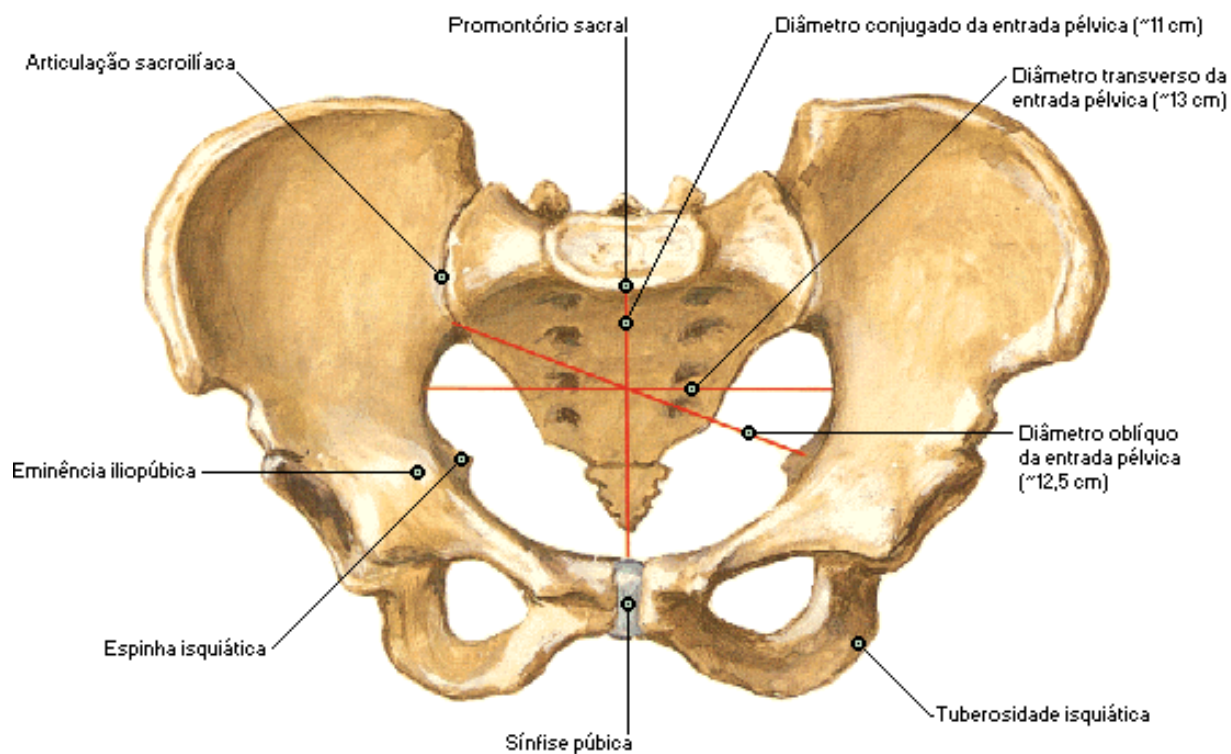
bacia óssea feminina

OSSOS DA PELVE

- ilíaco ou coxal (par) = ílio + ísquio + pube
- sacro
 - fusão de 5 vértebras
 - forma triangular
 - **Promontório**
- cóccix
 - fusão de 4 vértebras rudimentares
 - forma de cunha

REVISÃO

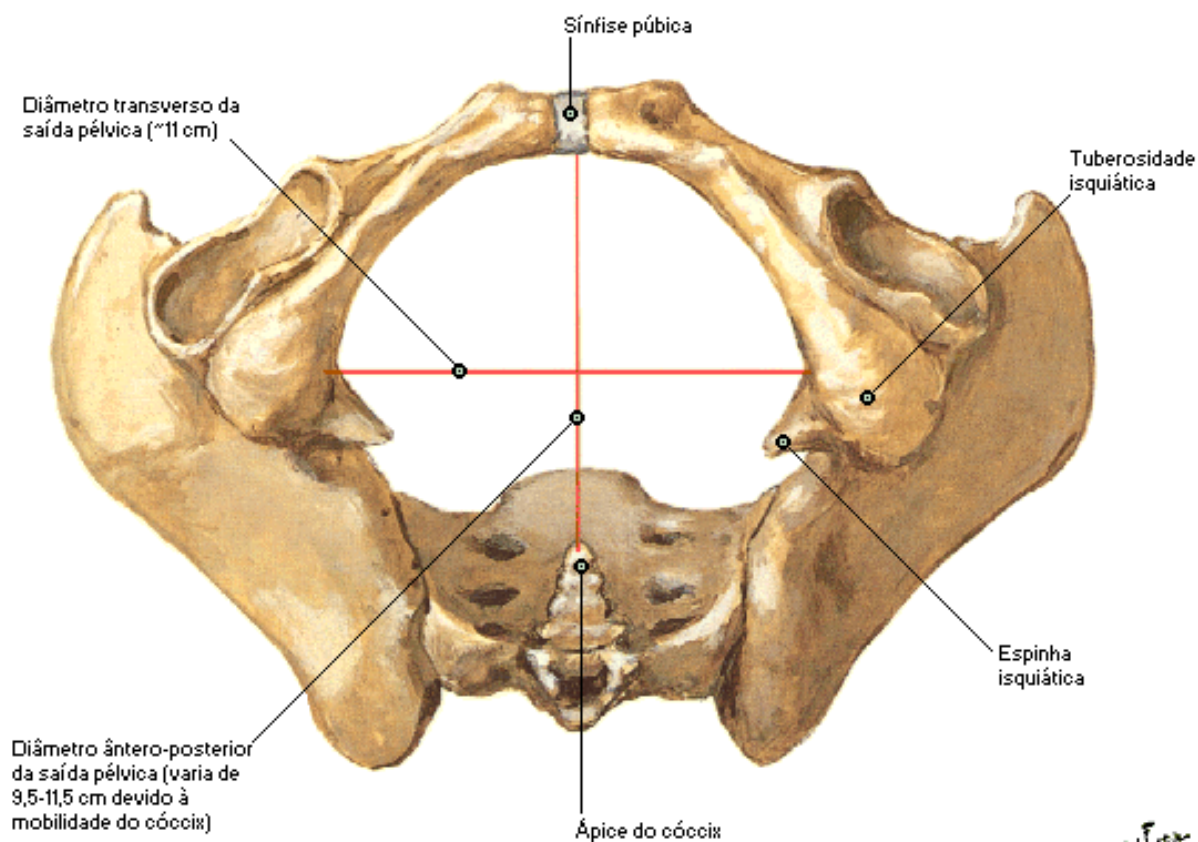
bacia óssea feminina – vista anterior



N. N. N.

REVISÃO

bacia óssea feminina – vista inferior



Handwritten signature

BACIA ÓSSEA

ARTICULAÇÕES

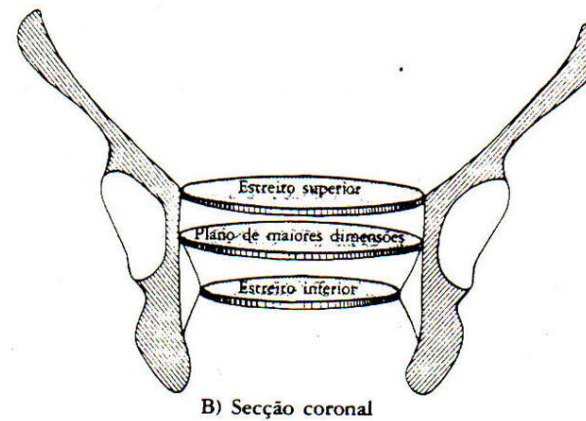
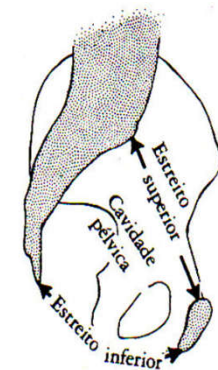
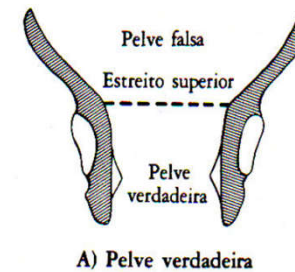
(mobilidade aumentada pela relaxina - hormônio ovariano)

- sacro-lombar
- sacro-ilíaca
- sacro-coccígea
- sínfise púbica



DIVISÕES DA PELVE

- Pelve maior, falsa, anatômica:
 - Porção integrante da cavidade abdominal
- Pelve menor, verdadeira, obstétrica:
 - estreito superior
 - estreito médio
 - estreito inferior

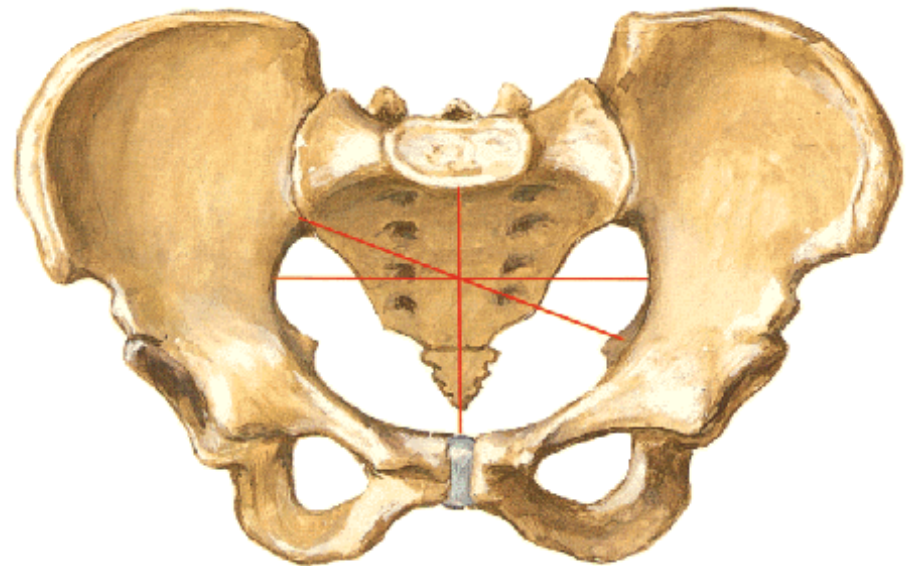


— Planos pélvicos.

ESTREITO SUPERIOR

LIMITES

- promontório
- asa do sacro
- articulação sacro-ilíaca
- linha inominada
- eminência íleo-pectínea
- borda superior do pube



ESTREITO SUPERIOR

DIÂMETROS

. ANTERO-POSTERIORES

- conjugado verdadeiro ou obstétrico = 10,5cm
- conjugado diagonal = 12 a 12,5cm

. TRANSVERSO

- transverso médio = 12 cm

. OBLÍQUOS

- primeiro ou esquerdo = 12 cm
- segundo ou direito = 12 cm

ESTREITO SUPERIOR

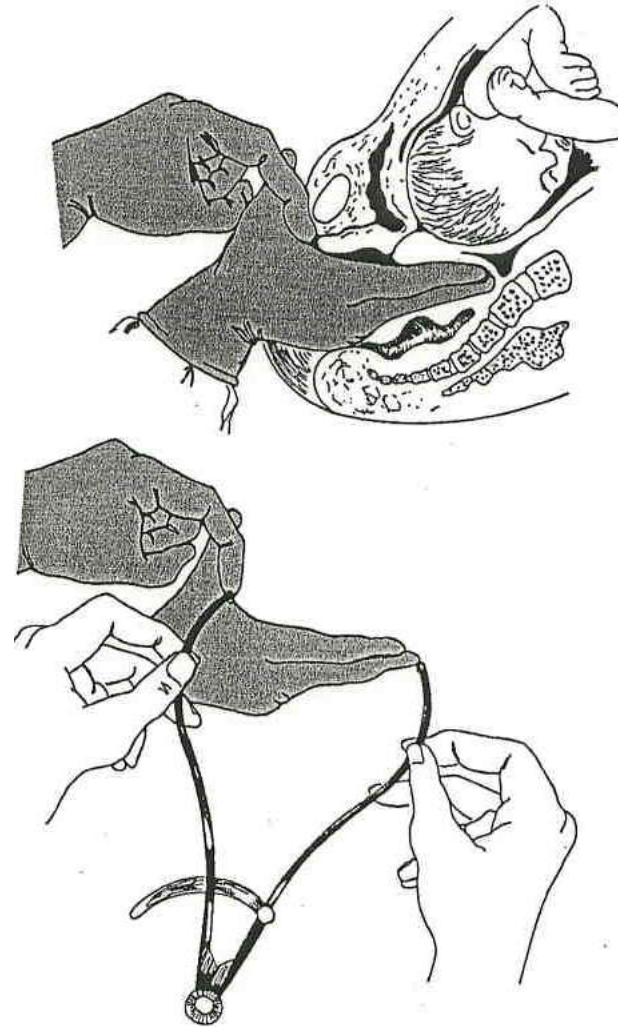
DIÂMETROS

. ANTERO-POSTERIORES

- conjugado verdadeiro ou obstétrico = 10,5 cm a 11 cm
 - Meio do promontório à borda póstero-superior da sínfise púbica (este ponto do púbis, saliente posteriormente, está cerca de 1 cm abaixo da crista púbica)
- conjugado diagonal = 12 a 12,5cm
 - Vai do ângulo subpúbico ao meio do promontório sacro

ESTREITO SUPERIOR

- Conjugado Diagonalis
12-12,5 cm



ESTREITO SUPERIOR

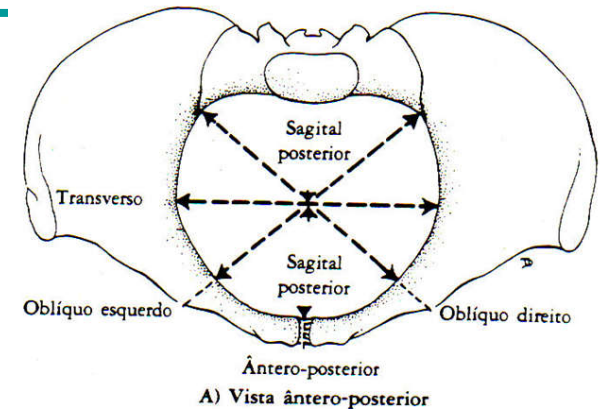
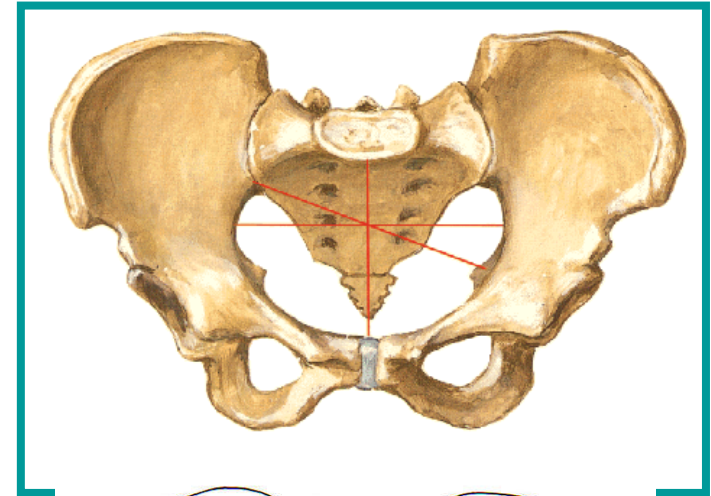
DIÂMETROS

TRANSVERSO

- transverso médio = 12 cm
 - É equidistante do promontório e da face posterior do pube

OBLÍQUOS

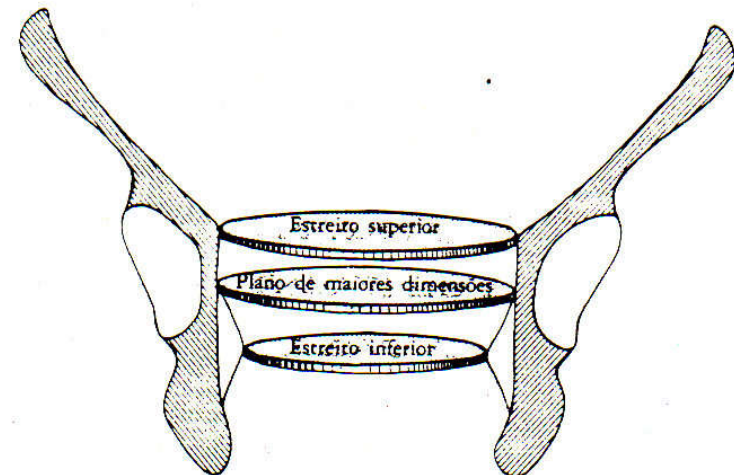
- primeiro ou esquerdo = 12 cm
- segundo ou direito = 12 cm
 - Vai da eminência íleo pectínea à articulação sacro-ílica do lado oposto



ESTREITO MÉDIO

LIMITES

- terço inferior do sacro
 - (entre S4 e S5)
- espinha ciática
- borda inferior do pube



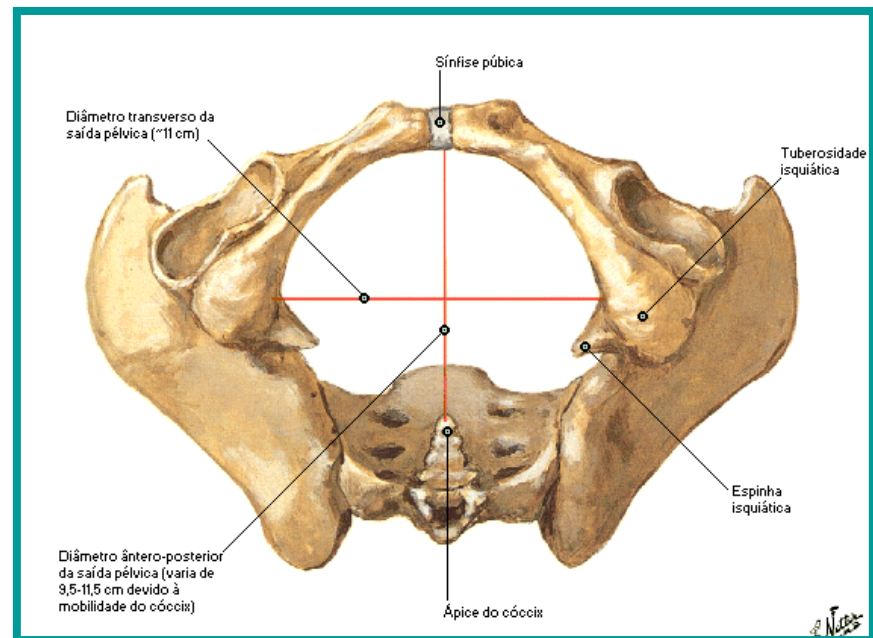
B) Secção coronal

— Planos pélvicos.

ESTREITO MÉDIO

diâmetro transverso

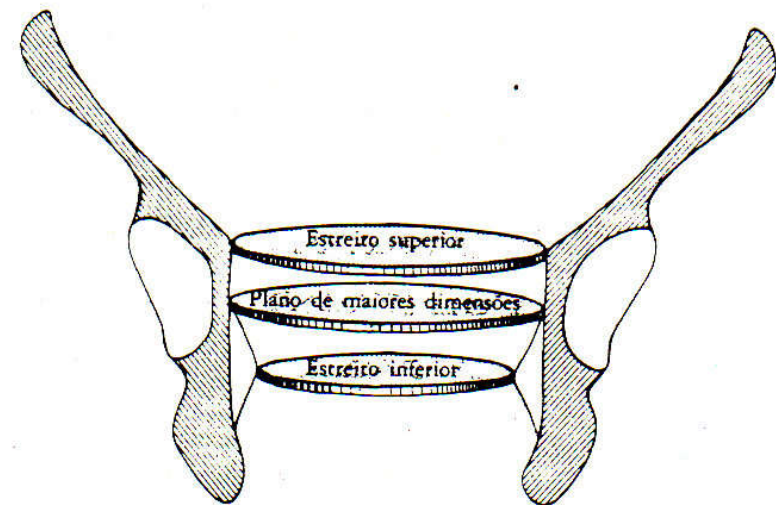
- bi-ciático = 10,5 cm
 - Vai de uma espinha isquiática a outra



ESTREITO INFERIOR

LIMITES

- borda inferior do pube
- ramo ísquio-púbico
- tuberosidade isquiática
- extremidade do cóccix



B) Secção coronal

— Planos pélvicos.

ESTREITO INFERIOR

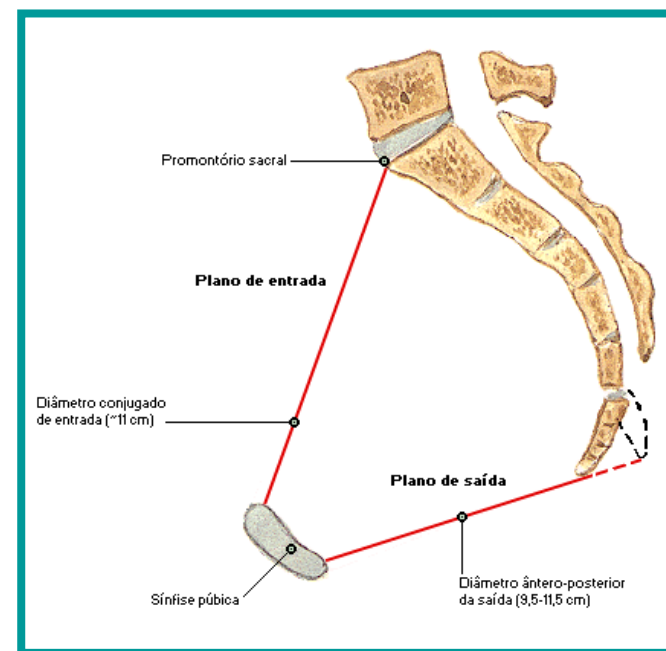
DIÂMETROS

ANTERO-POSTERIOR

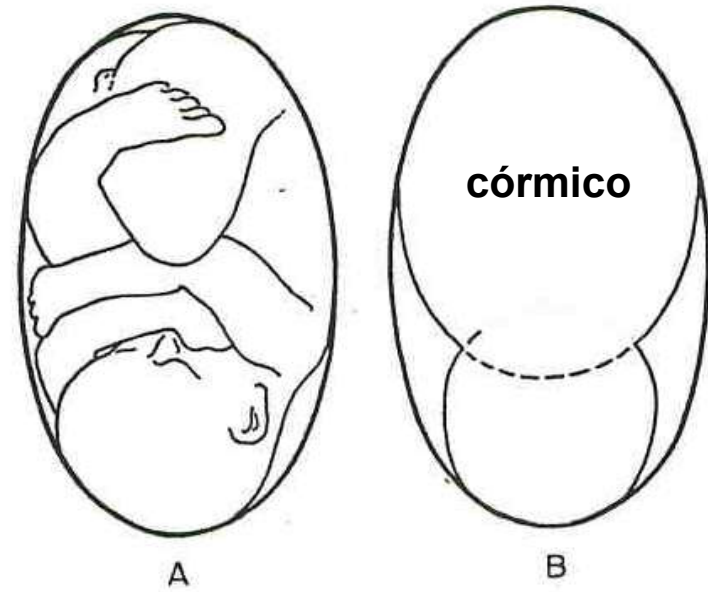
- coccígeo-subpúbico = 9,5 cm
 - Retropulsão passa a 11,5 cm
 - Vai borda inferior sínfise púbica à ponta do cóccix

TRANSVERSO

- bi-isquiático = 11 cm
 - Vai de uma tuberosidade isquiática à outra

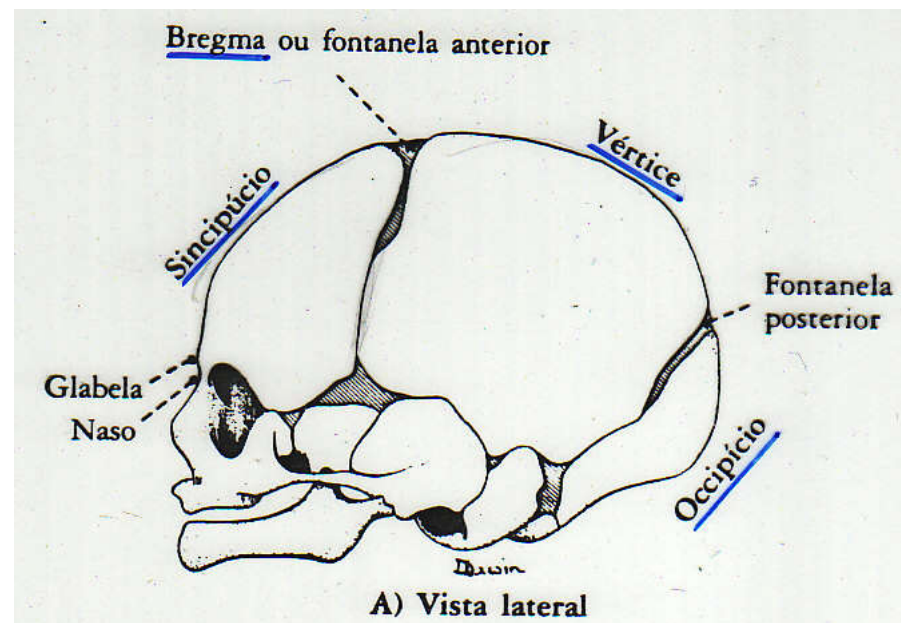


- Ovóide fetal
 - ovóide córmico - tronco e membros (+ volumoso)
 - ovóide cefálico - cabeça óssea (- volumoso)

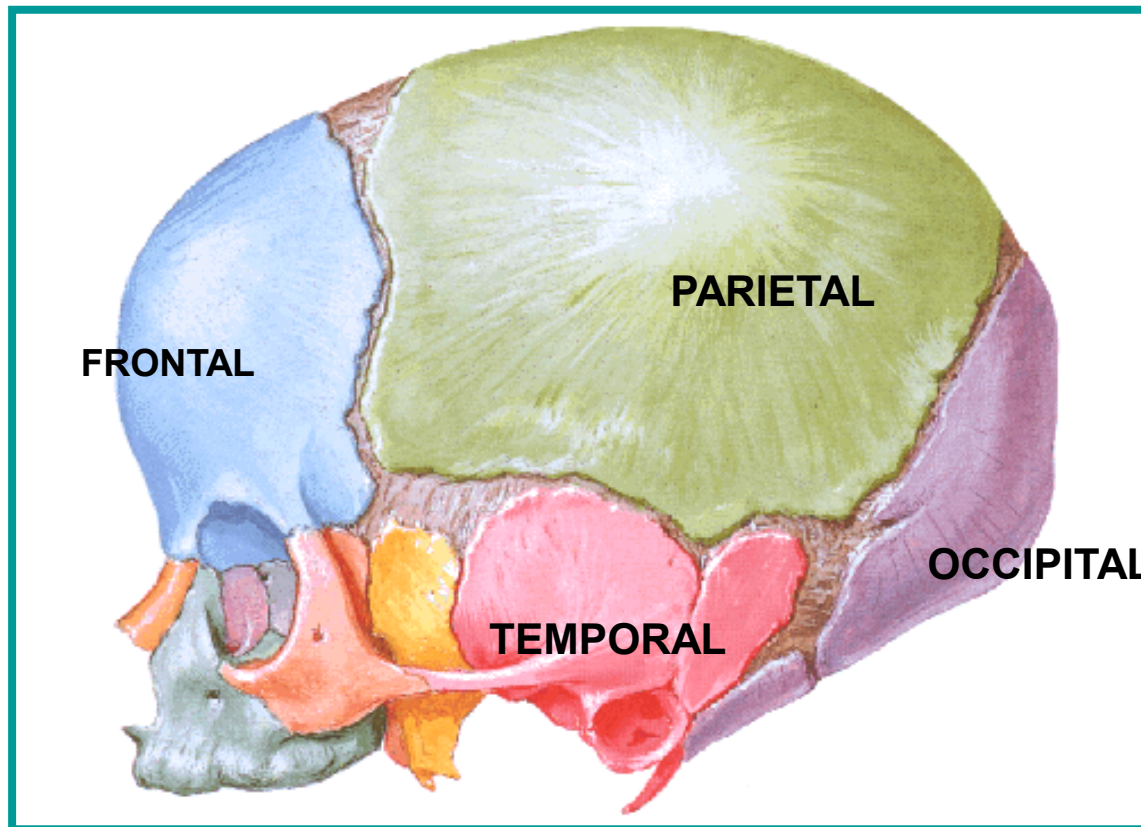


CABEÇA ÓSSEA FETAL

- Ossos da calota craniana
 - 2 frontais
 - 2 parietais
 - 2 temporais
 - 1 occipital

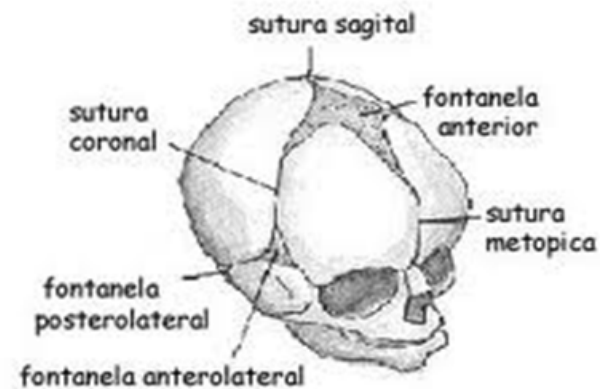
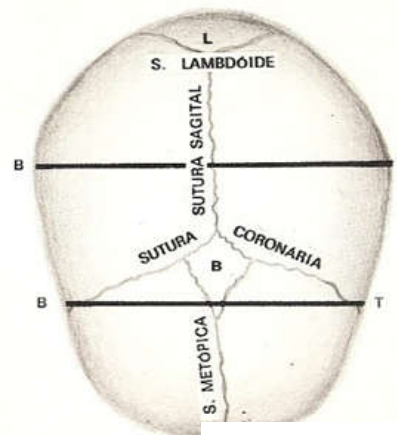


CABEÇA ÓSSEA FETAL vista lateral



SUTURAS

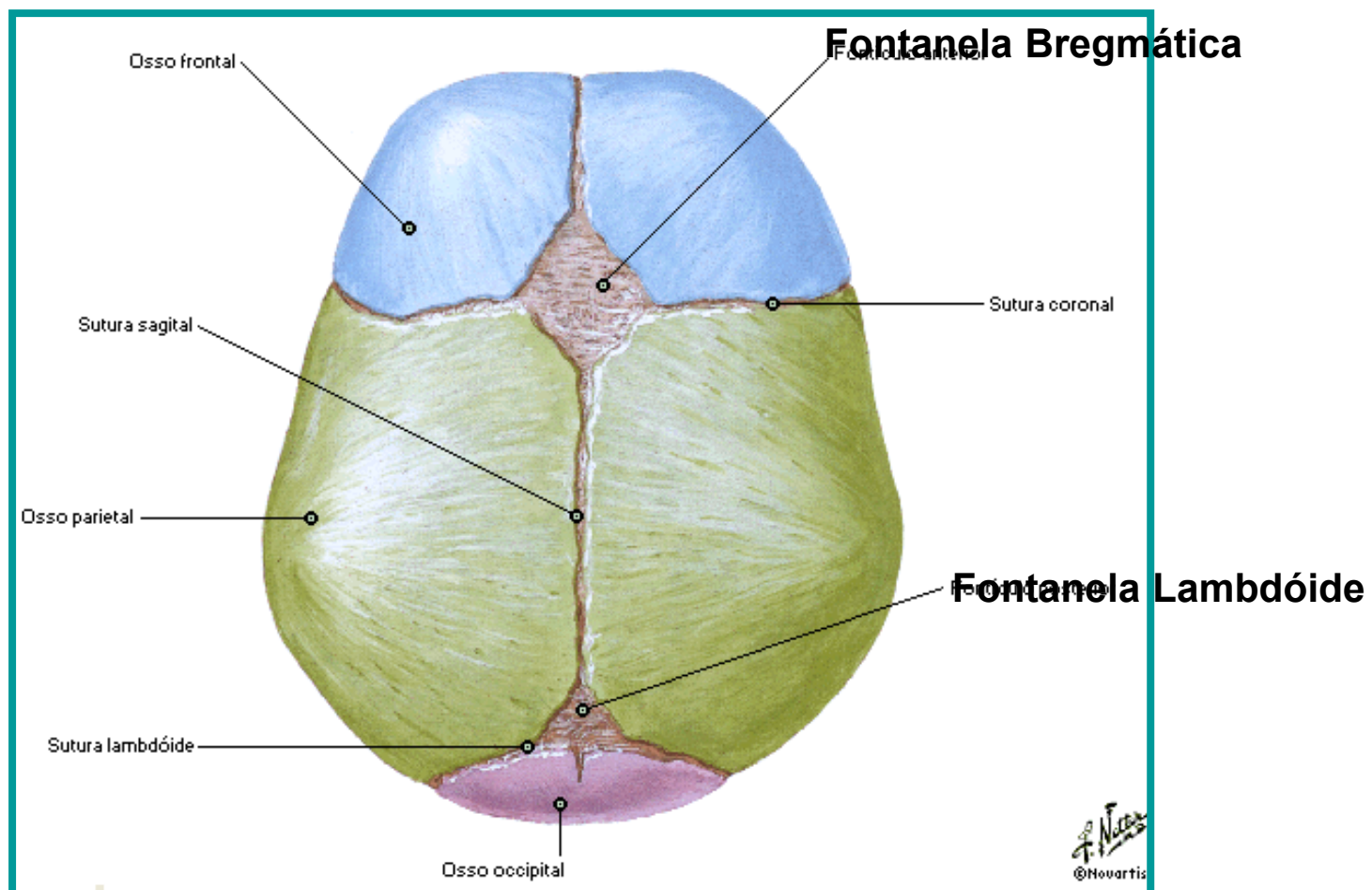
- Conceito
 - formação fibro-membranosa que unem os ossos do crânio
- metópica ou médio-frontal
- coronária ou fronto-parietal
- sagital ou inter-parietal
- lambdóide ou occípito-parietal



FONTANELAS

- Conceito: regiões membranosas na junção de 3 ou 4 OSSOS
- **BREGMÁTICA** (anterior, grande fontanela ou bregma)
 - Na junção das suturas sagital, frontal e coronária
 - Forma losangular
 - Medidas – 3 x 2 cm
 - Fecha com 18 meses de vida
- **LAMBDOÍDE** (posterior, pequena ou lambda)
 - Localizada no encontro entre a sutura sagital encontra as duas lambdóides
 - Em forma de Y
 - Fecha em torno de 2 meses de vida

SUTURAS e FONTANELAS

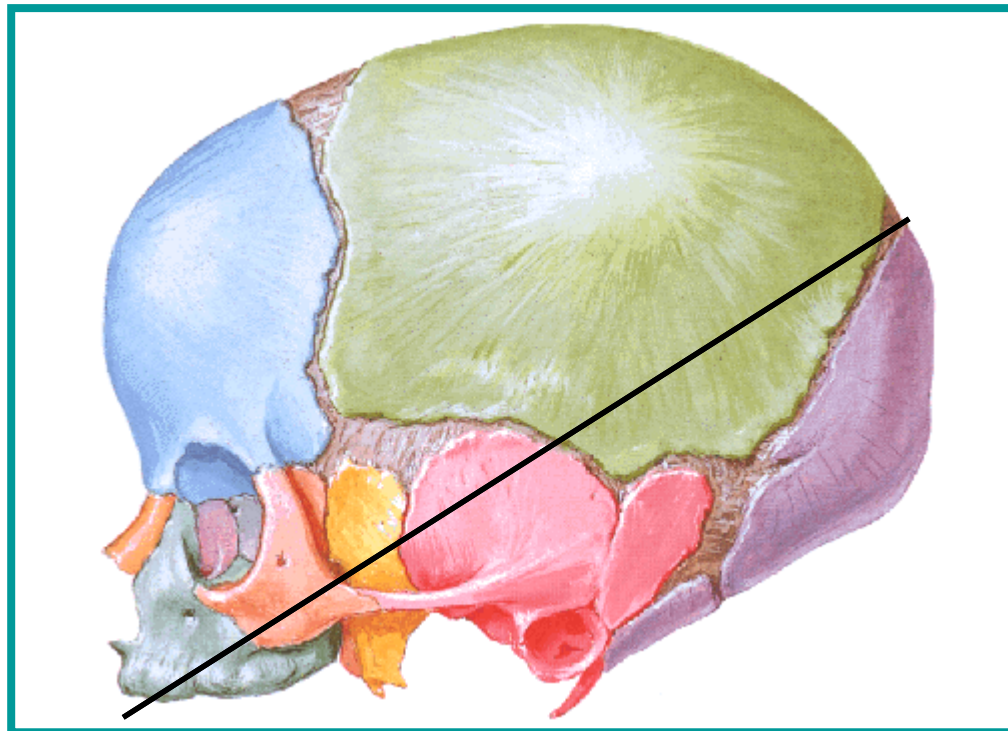


DIMENSÕES DO PÓLO CEFÁLICO

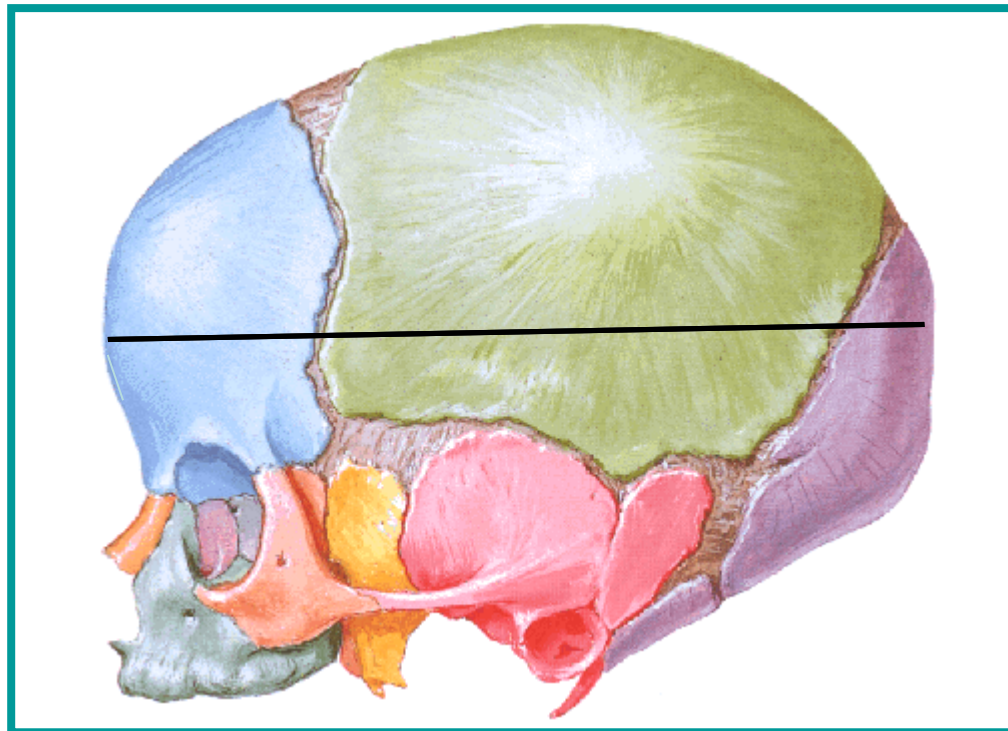
diâmetros antero-posteriores

- **occipito-mentoneiro (OM)** = 13-13,5 cm
 - do occipício ao mento
- **occipito-frontal (OF)** = 12 cm
 - do occipício à raiz do nariz
- **sub-occipito-frontal (SOF)** = 10,5 cm
 - do sub-occipício à bossa frontal
- **sub-occipito-bregmático (SOBr)** = 9,5 cm
 - do sub-occipício ao bregma

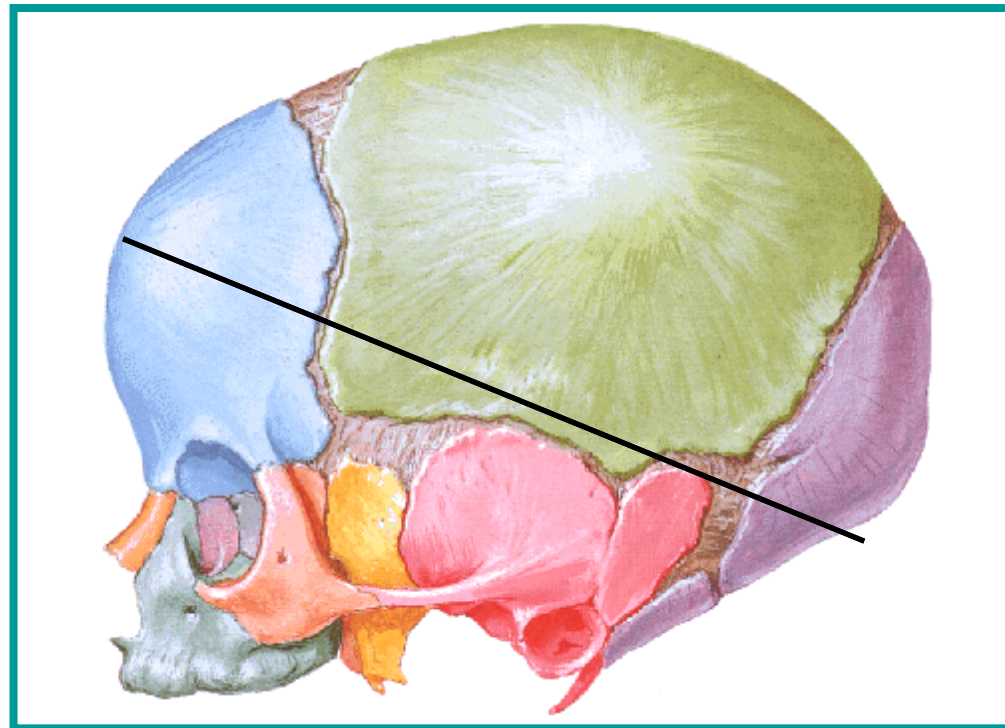
Diâmetro antero-posterior
Occipito-mentoneiro (OM)



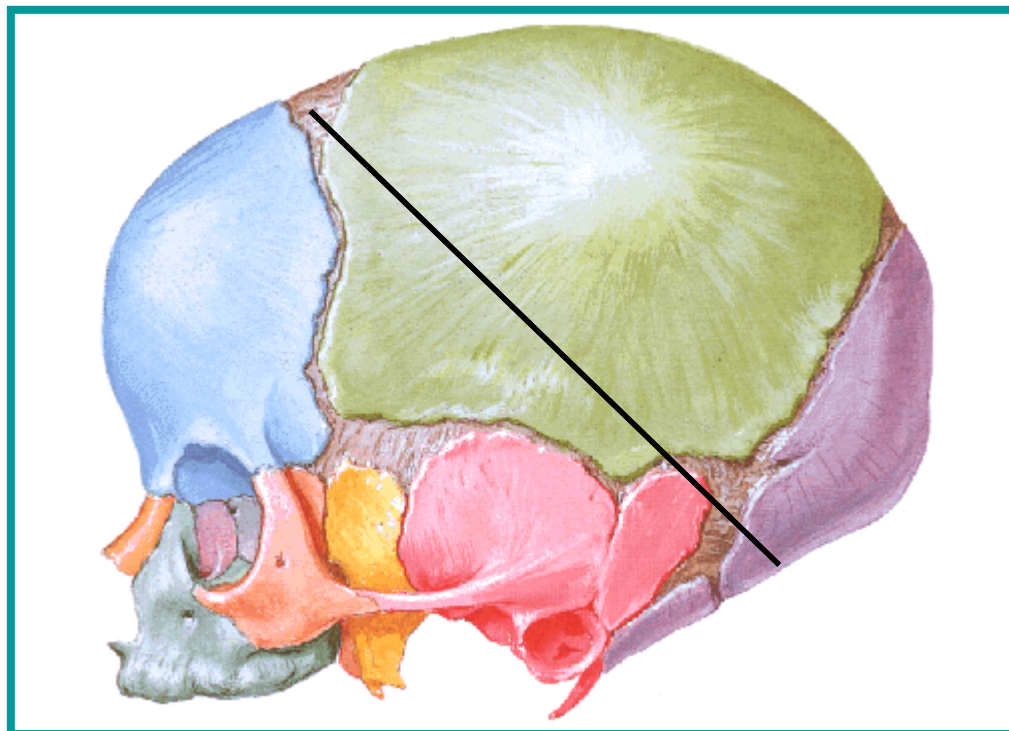
Diâmetro antero-posterior
Occipito-frontal (OF)



Diâmetro antero-posterior
Sub-occipito-frontal (SOF)



Diâmetro antero-posterior
Sub-occipito-bregmático (SOBr)



DIMENSÕES DO PÓLO CEFÁLICO

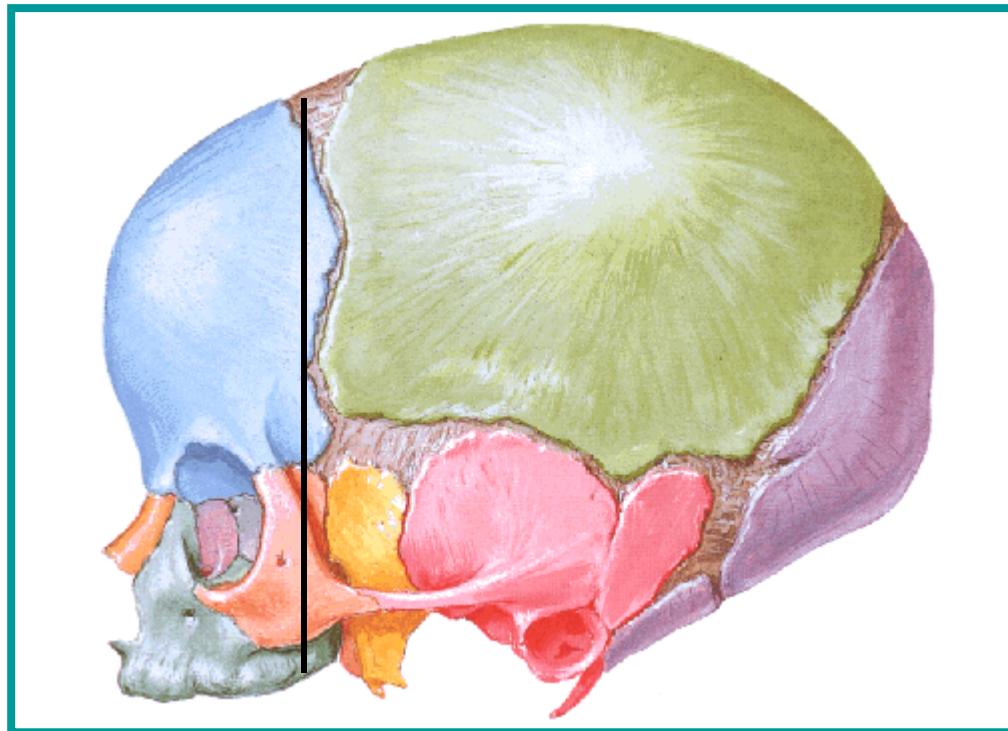
diâmetro vertical

- **hio-bregmático ou submento-bregmático (HBr): 9,5cm**
 - do ângulo do maxilar inferior ao meio do bregma

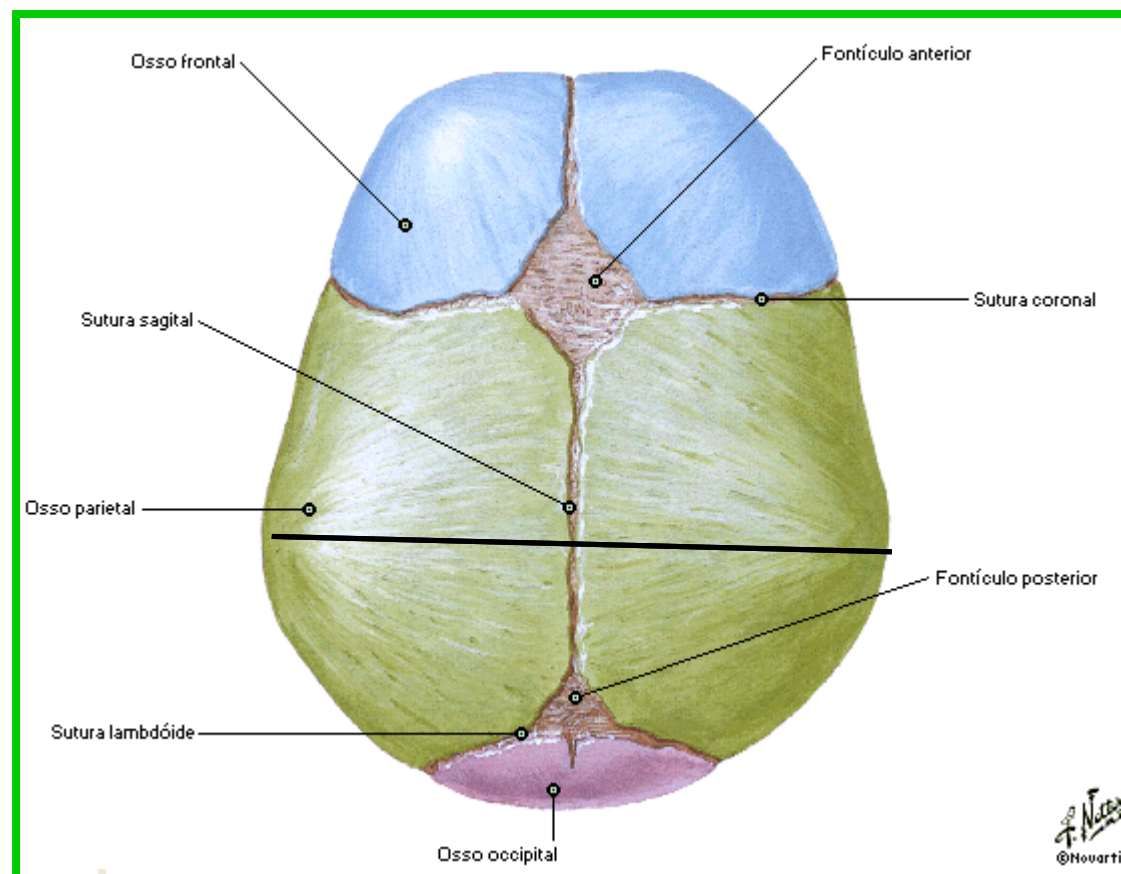
diâmetro transverso

- **bi-parietal (BP) = 9,5 cm**
 - entre os pontos mais salientes das bossas parietais

Diâmetro Vertical **Hio-bregmático (HBr)**



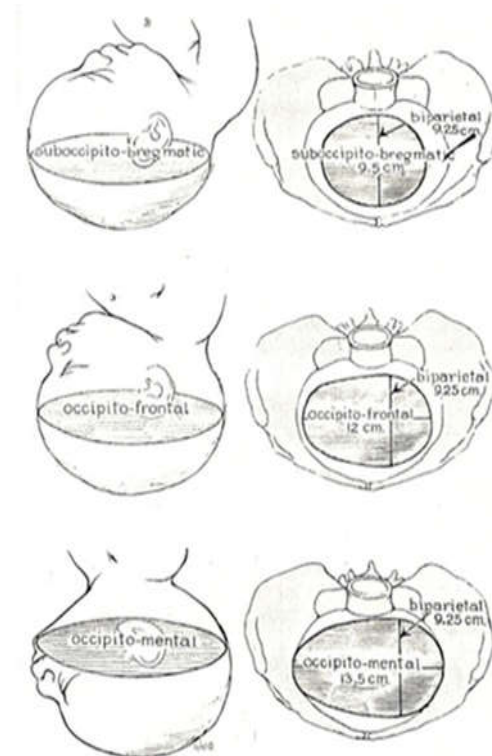
Diâmetro Transverso **Bi-parietal (BP)**



DIMENSÕES DO PÓLO CEFÁLICO

circunferências

- occipito-mentoneira (OM) = 35-36 cm
- occipito-frontal (OF) = 34 cm
- sub-occipito-bregmática (SOBr) = 32 cm



DIMENSÕES DO SEGMENTO CÓRMICO

cintura escapular

- d. bi-acromial = 12 cm (antes da insinuação)
9 cm (depois da insinuação)

cintura pélvica

- d. bi-troncantérico = 9 cm
- circunferência bi-trocantérica
 - 27 cm com as pernas estendidas
 - 35 cm com as pernas fletidas

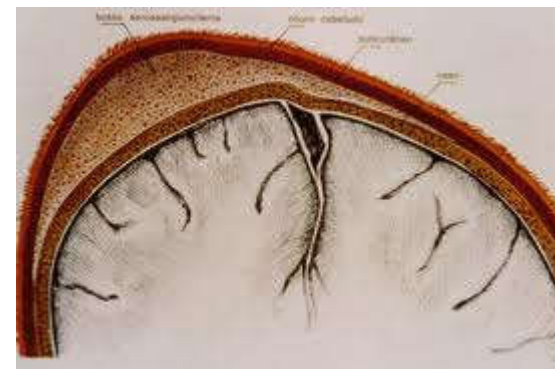
ALTERAÇÕES NO PÓLO CEFÁLICO

- **BOSSA**

- pressão contínua e prolongada - produz estase circulatória e edema por infiltração
- infiltração sero-sangüínea localiza-se entre a aponeurose epicraniana e o periósteo
 - recobre suturas e fontanelas, limite não definido
 - saliência mole, pastosa, são reabsorvidas 48h após o parto



Figure 20-3 — Bossa no desprendimento em occipito-sacra (Bumm).

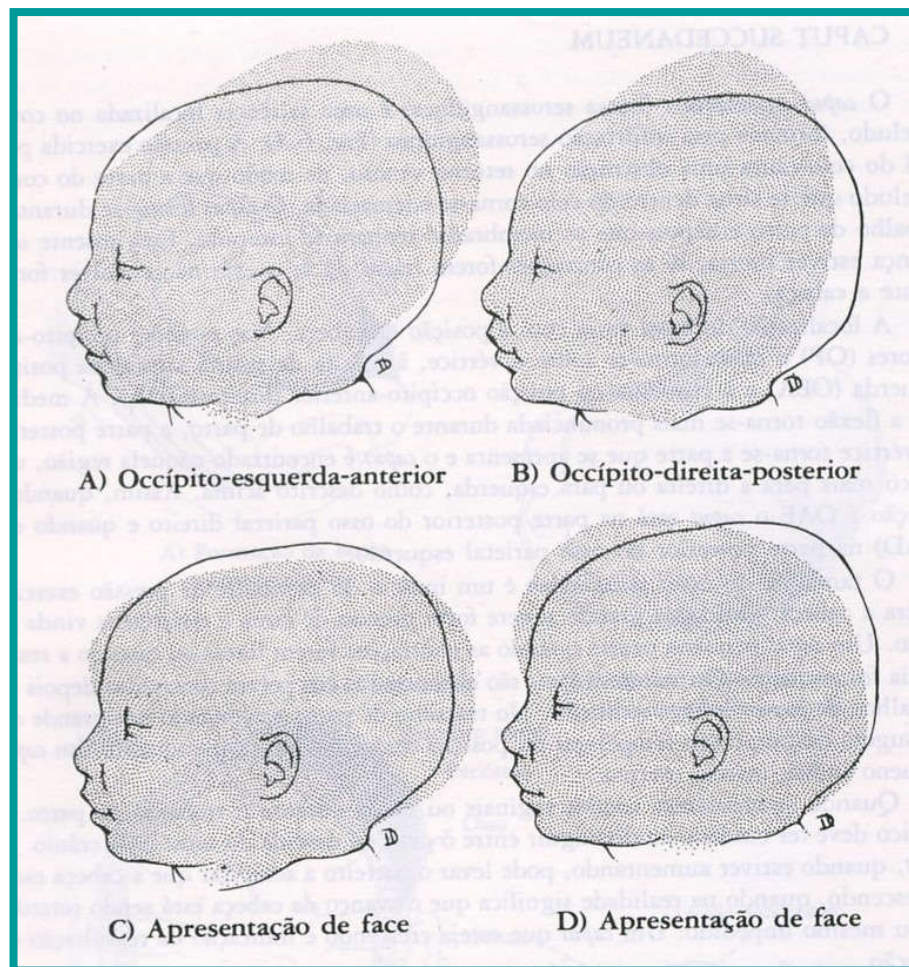


MOLDAGEM DA CABEÇA FETAL

- Capacidade de alterar sua forma para adaptar-se à pelve materna inflexível



BOSSA



ALTERAÇÕES NO PÓLO CEFÁLICO

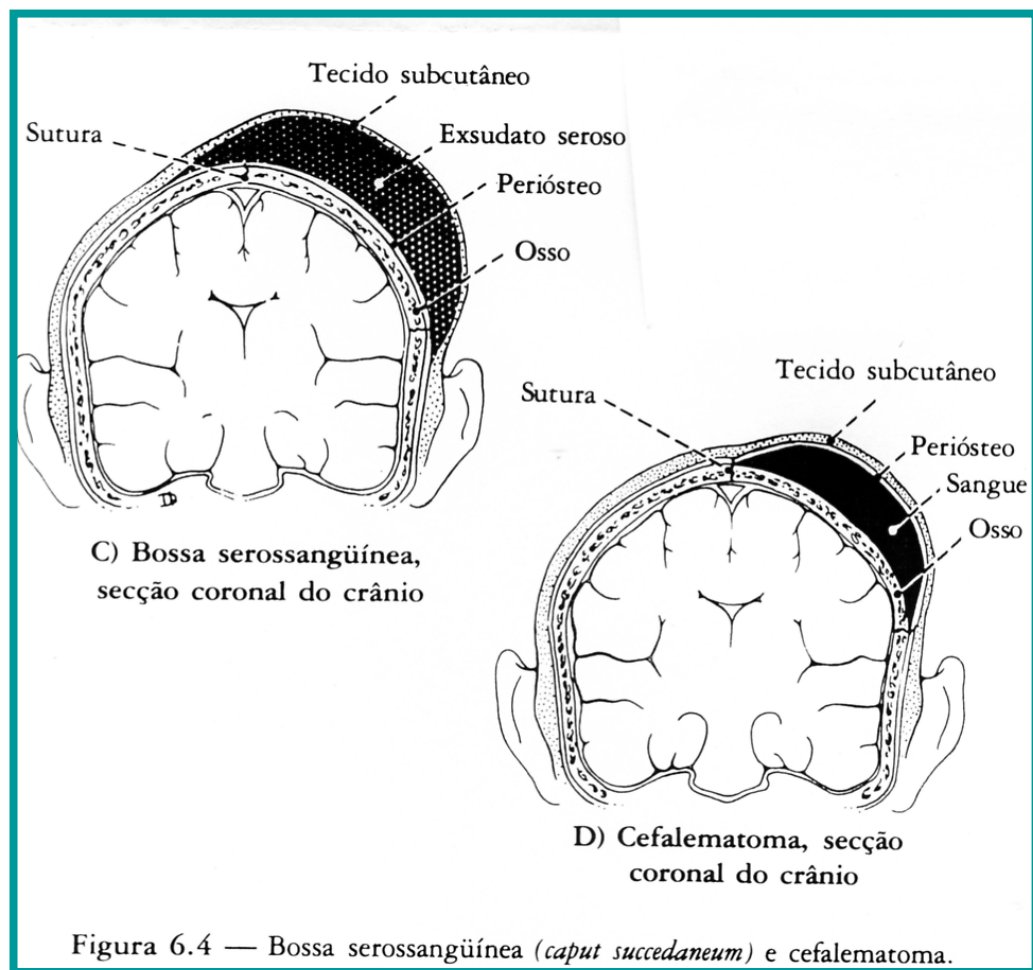
- **CEFALEMATOMA**

- derrame sangüíneo sub-perióstico
- produzido por rotura de vasos
 - nunca reveste suturas e fontanelas, contorno nítido
 - tumefação +/- tensa, indolor e desaparece em poucas semanas
- causado por trauma ao crâneo
 - Pressão prolongada da cabeça contra o colo
 - Lesão pelo fórcepe
 - Rotação manual e difícil da cabeça
 - Compressão e relaxamento rápidos das forças que agem sobre a cabeça – como nos partos acelerados

CEFALEMATOMA

- Tumefação aparece poucas horas após o nascimento
- Absorção é lenta – 6 a 12 semanas
- Sangue coagula nas extremidades e permanece fluido no centro
- A saúde da criança não é afetada
- O cérebro não sofre danos
- O prognóstico é bom
- Não se indica tratamento
 - Proteger a área
 - Não retirar o sangue
 - Raramente ocorre infecção

Diferença entre Bossa Serossanguínea e Cefalematoma



RELAÇÕES ÚTERO-FETAIS

- Atitude
- Situação
- Apresentação
- Posição
- Variedade de Posição
 - Linha de orientação fetal
 - Pontos de referência materna e fetal

ATITUDE ou HÁBITO FETAL

- relação das diversas partes do feto entre si
 - flexão generalizada: encurvamento da coluna vertebral para diante, cabeça fletida com o mento próximo ao esterno, coxas fletidas sobre a bacia e pernas sobre as coxas, antebraços fletidos sobre os braços, aconchegados ao tórax
 - adaptação do conteúdo (feto) ao continente (útero)
 - útero = 30 cm em sentido longitudinal
 - lambda-calcâneo = 50 cm
 - lambda-cóccix = 25 cm

SITUAÇÃO

- relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo uterino
- **LONGITUDINAL**
 - maior eixo fetal coincide com maior eixo uterino (+ frequente)
- **TRANSVERSA**
 - maior eixo fetal cruza perpendicularmente maior eixo uterino
- **OBLÍQUA**
 - maior eixo fetal cruza obliquamente maior eixo uterino

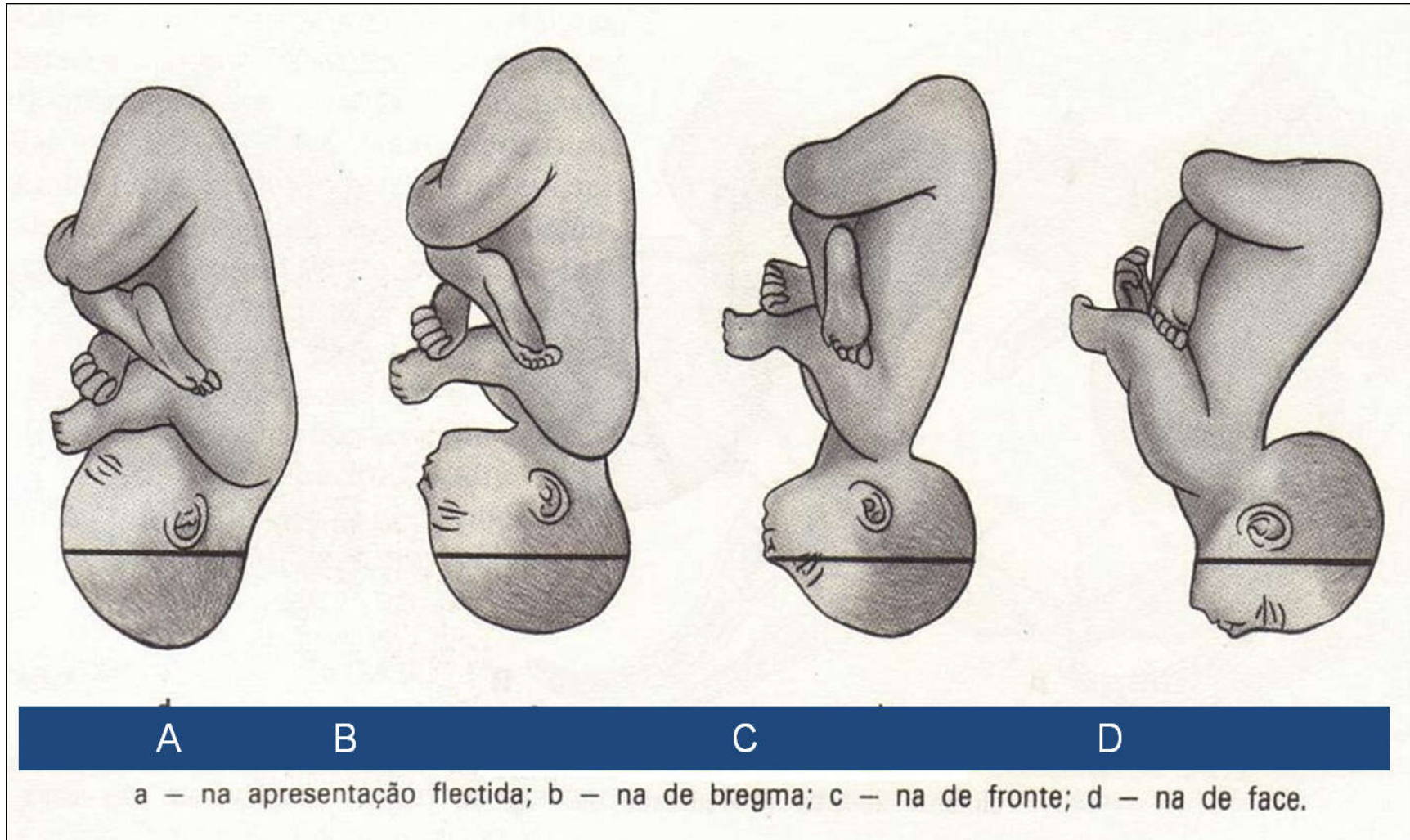
APRESENTAÇÃO

- região fetal que ocupa a área do estreito superior e que nele se insinuará
- para cada situação há uma ou mais apresentações correspondentes
- CEFÁLICA (+ *frequente*)
- PÉLVICA
- CÓRMICA - DE OMBRO - DE ESPÁDUA

APRESENTAÇÃO CEFÁLICA

- **FLETIDA** (+ *frequente*)
- **DEFLETIDA**
 - primeiro grau ou bregmática
 - segundo grau ou de frente
 - terceiro grau ou de face

APRESENTAÇÃO CEFÁLICA



APRESENTAÇÃO FETAL

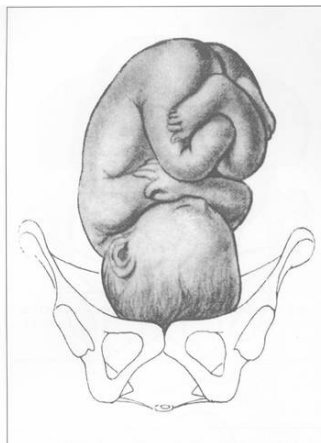


Fig. 12.14 — Apresentação de vértice em ODP (Bumm).



Fig. 12.16 — Apresentação de face em MEA.

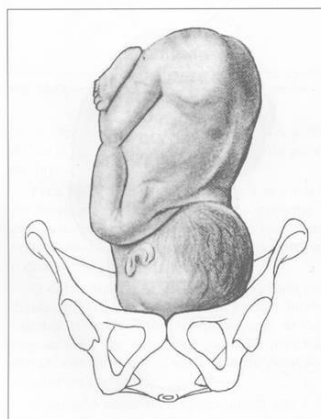


Fig. 12.15 — Apresentação de face em MDP.



Fig. 12.17 — Apresentação pélvica em SEA (Bumm).

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

- **COMPLETA**
 - com as coxas fletidas sobre a bacia e as pernas sobre as coxas (+ frequente)
- **INCOMPLETA - NÁDEGAS - AGRIPINA**
 - MMII rebatidos sobre a parede anterior do tórax, os membros estão estendidos
 - modo de nádegas
 - modo de joelhos (teórico)
 - modo de pé (teórico)

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

- **COMPLETA**

- com as coxas fletidas

- sobre a bacia e
 - as pernas

- sobre as coxas

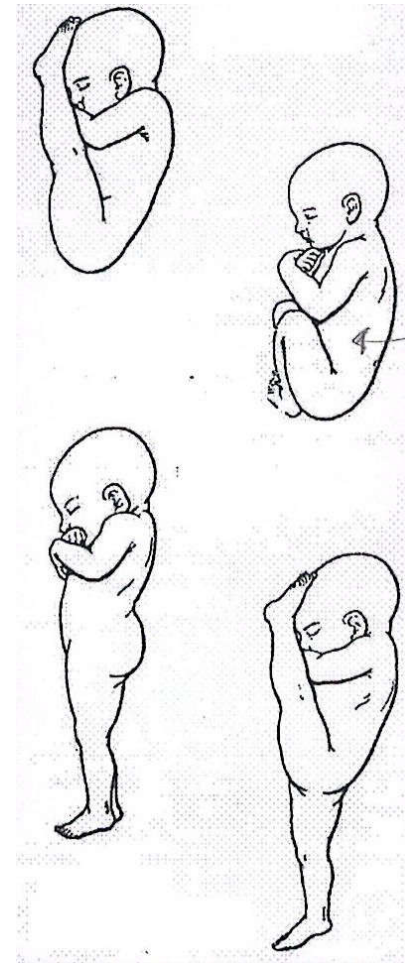


APRESENTAÇÃO PÉLVICA

- **INCOMPLETA - NÁDEGAS - AGRIPINA**

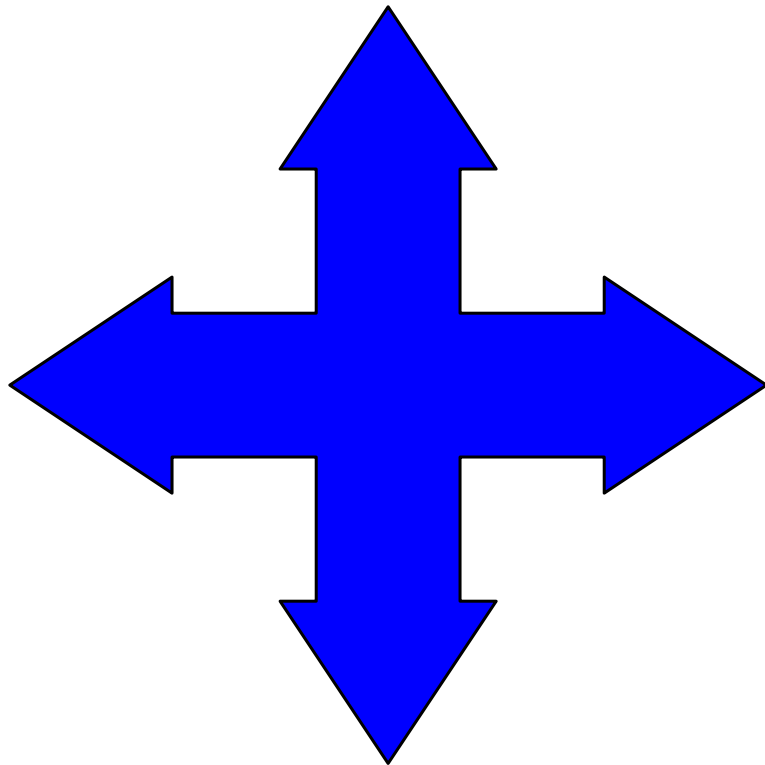
- MMII rebatidos sobre a parede anterior do tórax, os membros estão estendidos

- modo de nádegas
- modo de joelhos
- modo de pé



APRESENTAÇÃO CÓRMICA





- **SITUAÇÃO LONGITUDINAL**
 - ◆ **APRESENTAÇÃO**
 - ☞ CEFÁLICA
 - ☞ PÉLVICA
- **SITUAÇÃO TRANSVERSA**
 - ◆ **APRESENTAÇÃO**
 - ☞ CÓRMICA

SITUAÇÃO	APRESENTAÇÃO
LONGITUDINAL	Cefálica fletida Cefálica defletida 1º grau – bregmática Cefálica defletida 2º grau – de frente Cefálica defletida 3º grau – de face
LONGITUDINAL	Pélvica completa Pélvica incompleta: modo de nádega ou agripina modo de joelho modo de pé
TRANSVERSA	córmica ou de ombro

POSIÇÃO

- é a relação do dorso fetal com o lado materno (conceito alemão) → PALPAÇÃO OBSTÉTRICA



MANOBRAS DE LEOPOLD
FONTE: BRASIL (2011); FREITAS et al. (2012)

- é a relação do ponto de referência da apresentação com o lado direito ou esquerdo materno (conceito francês) → TOQUE VAGINAL



APRESENTAÇÃO	PONTO DE REFERÊNCIA	SÍMBOLO
cefálica fletida	lambda	O (occípicio)
cefálica defletida de primeiro grau	bregma	B
cefálica defletida de segundo grau	glabela	N (naso)
cefálica defletida de terceiro grau	mento	M
pélvica	crista sacrococcígea	S
córmica	acrômio	A

VARIEDADE DE POSIÇÃO

- relação entre ponto de referência materno e o ponto de referência fetal

PONTOS DE REFERÊNCIA MATERNOS (ES)

- pube (P)
- eminência íleopectínea (A)
- extremidade do d.transverso máximo (T)
- articulação sacro-ilíaca (P)
- sacro (S)

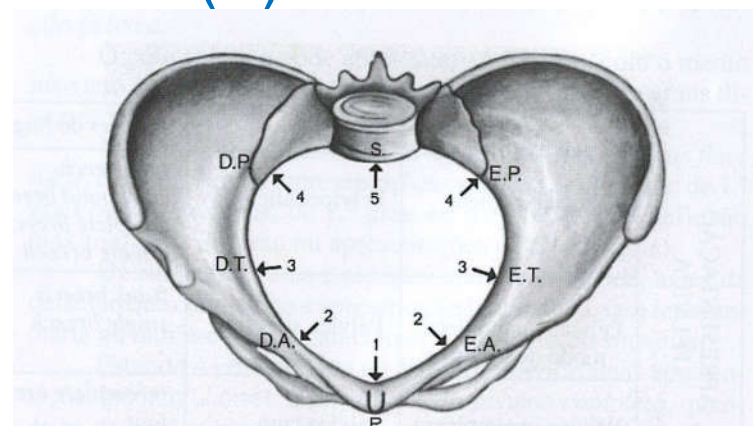


Fig. 4 Pontos de referência maternos e seus símbolos. 1 — pube; 2 — eminência íleopectínea; 3 — extremidade do diâmetro transverso; 4 — articulação sacro-ilíaca; 5 — sacro.

LINHA DE ORIENTAÇÃO

- linha fetal que se põe em contato com o diâmetro materno de insinuação e que possibilita acompanhar os movimentos da apresentação durante o trabalho de parto

APRESENTAÇÃO	LINHA DE ORIENTAÇÃO
cefálica fletida	sutura sagital
cefálica defletida de primeiro grau	sutura sagitometópica
cefálica defletida de segundo grau	linha metópica
cefálica defletida de terceiro grau	linha facial
pélvica	sulco interglúteo
córmica	dorso

NOMENCLATURA OBSTÉTRICA

- com a nomenclatura obstétrica designam-se de maneira exata a situação, a apresentação, a posição e a variedade de posição
 - na situação longitudinal empregam-se 2 ou 3 letras, a primeira indicativa da **apresentação**, a segunda da **posição** e a terceira, **da variedade de posição**

O E A

OCCIPITO ESQUERDA ANTERIOR

apresentação cefálica fletida, com o ponto de referência fetal, ou seja, o lambda (**O**), voltado para o lado esquerdo (**E**) materno, anteriormente, ou seja, em contato com a eminência íleopectínea (**A**)

NOMENCLATURA OBSTÉTRICA

- OP - occipito-púbica
- OEA - occipito-esquerda-anterior
- OET - occipito-esquerda transversa
- OEP - occipito-esquerda posterior
- OS - occipito-sacra
- ODP - occipito-direita-posterior
- ODT - occipito-direita-transversa
- ODA - occipito-direita-anterior

VARIEDADE DE POSIÇÃO

OEP – occípito-esquerda-posterior
 ODA – occípito-direita-anterior
 ODT – occípito-direita-transversa
 ODP – occípito-direita-posterior
 OS - occípito-sacra

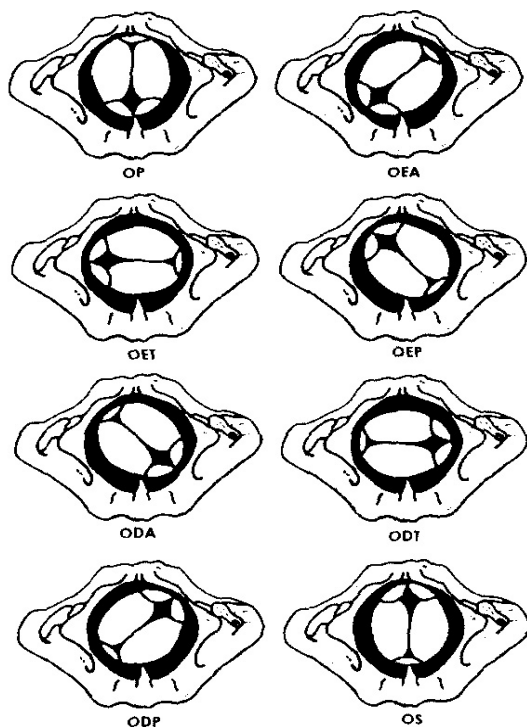
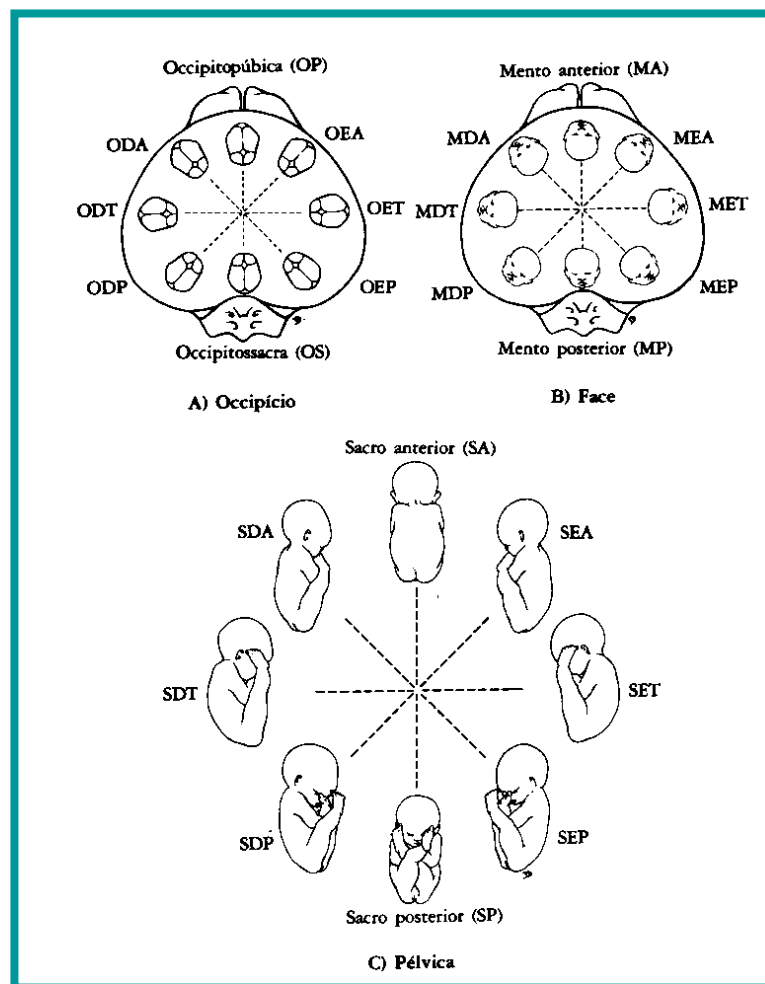


Figura 12 – As 8 variedades de posição na apresentação cefálica fletida.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; CASHION, K.; ALDEN, K. R. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. cap. 16: Processos do trabalho de parto e parto (p.365-381)
- ZUGAIB M. **Obstetrícia**. Barueri: Manole; 2008. cap. 18: Mecanismo de parto (p.329- 383)
- MONTENEGRO C.A.B.; REZENDE FILHO J. de. **Obstetrícia – Rezende**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. cap. 11: Estática fetal (p.168-176)
- BARROS S.M.O. (org). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri: Manole; 2006. cap. 10: Mecanismo de parto (p.146-160)