

# DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PRIMEIRA FASE DO TRABALHO DE PARTO NORMAL

*Ariel de Sousa Melo (bolsista do PIBIC/CNPq), Ariane Gomes dos Santos, Suzanne Emanuelle Gomes dos santos (colaboradoras, UFPI), Inez Sampaio Nery (orientadora, Depto de enfermagem-UFPI)*

## Introdução

O parto é o processo através do qual os produtos da concepção são expelidos do útero e da vagina para o ambiente externo, a partir de 22 semanas de gestação. A primeira fase do trabalho de parto chamada de dilatação compreende o intervalo entre o início do trabalho de parto e a dilatação completa do colo uterino, correspondendo a um período em que a parturiente tem várias de suas necessidades físicas e psicológicas afetadas<sup>1</sup>. Em virtude da mulher em trabalho de parto e parto necessitar de um cuidado humanizado e seguro, o Ministério da Saúde recomenda a atenção qualificada à mulher parturiente<sup>2</sup>, baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que utiliza como instrumento o processo de enfermagem. Este instrumento tem, dentre outras funções, a elaboração de diagnósticos que proporcionam a base das intervenções de enfermagem, possibilitando assim um atendimento mais qualificado<sup>3</sup>. Considerando o exposto tal pesquisa objetivou identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem junto às parturientes na primeira fase do trabalho de parto normal.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido no Centro Obstétrico de uma maternidade pública de Teresina-PI, referência para o atendimento à mulher no ciclo gravídico- puerperal. O estudo envolveu vinte parturientes na primeira fase do trabalho de parto normal admitidas neste centro. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um formulário composto por variáveis socioeconômicas, gineco-obstétricas, bem como aspectos referentes ao exame clínico das parturientes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2010. Após esta etapa, procedeu-se à identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) conforme a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), utilizando-se o processo de julgamento clínico das informações obtidas nos dados registrados e com base na leitura e releitura das falas. Por fim, os diagnósticos foram distribuídos na forma de quadros, bem como suas respectivas intervenções de enfermagem, propostas com base na *Nursing Interventions Classification* (NIC). O estudo atendeu as exigências da Resolução 196/96, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados e Discussão

Do total de 20 parturientes pesquisadas, seis apresentavam faixa etária entre 25 a 29 anos de idade, dez delas eram solteiras e trabalhavam em empregos diversos, sendo que doze delas apresentaram como grau de escolaridade o ensino médio completo. A renda familiar mais comum entre elas variava entre um e dois salários mínimos, enquanto que, no tocante à composição familiar, doze delas possuíam até três membros na família. Quanto aos dados gineco-obstétricos, 15 parturientes

experimentavam sua primeira gestação, enquanto que dez delas relataram história de um aborto. A média da idade Gestacional (IG) foi de 39 semanas. Das 20 parturientes, 12 relataram ruptura das membranas amnióticas, há um intervalo de tempo de 5,4h em média. Todas se submeteram a uma de média de 5,6 consultas de pré-natal. Mediante análise dos dados socioeconômicos, gineco-obstétricos, clínicos e outros referentes ao exame físico das mulheres, juntamente com os registros médicos e de enfermagem, procedeu-se ao julgamento clínico dos dados de cada parturiente, identificando-se os DE, os quais foram descritos conforme Taxonomia II da NANDA<sup>4</sup>. Foram identificados nove DE agrupados conforme seu domínio e classe. Dois deles correspondem ao domínio *atividade/repouso*, dois ao domínio *eliminação e troca*, dois ao domínio *conforto*, um ao domínio *segurança/proteção*, um ao domínio *enfrentamento/tolerância ao estresse*, um ao domínio *percepção/cognição*; Após identificados, os diagnósticos foram associados às intervenções propostas pela NIC<sup>5</sup>, que consta de uma classificação completa, padronizada, das intervenções de enfermagem propostas aos enfermeiros (Quadro I). O DE intitulado como *mobilidade física prejudicada* esteve presente em todas as parturientes, que apresentaram dificuldades de deambulação, em virtude da dor característica da primeira fase de trabalho de parto que ocasiona restrição de movimentos. Portanto, para estes casos, a NIC aconselha à equipe de saúde encorajar a deambulação durante o início do trabalho de parto, quando não houver rotura de membranas amnióticas, visto que ela tem um papel extremamente importante em todo o transcorrer do processo de parturição<sup>5</sup>. O DE *padrão de sono prejudicado*, que ocorre principalmente devido à dificuldade de respiração e à dor na região lombar, foi encontrado em toda população estudada, mediante as queixas verbais das parturientes de não se sentir bem descansada, relatos de dificuldade para dormir e insatisfação com o sono. Nestes casos, é indicado determinar, monitorar e registrar o padrão de sono e atividade da paciente, implementando medidas de conforto como massagem, posicionamento e toque afetivo<sup>5</sup>. A *eliminação urinária prejudicada* foi constatada em virtude da presença de oligúria e hesitação urinária, sintomas para os quais a NIC indica como intervenções: monitorar a eliminação urinária, assim como sinais e sintomas de retenção urinária; e encorajar a paciente a esvaziar a bexiga a cada duas horas<sup>5</sup>. As características definidoras para o DE *dor aguda* foram as alterações na pressão sanguínea da parturiente, evidência observada de dor, mudanças na frequência cardíaca e relatos verbais de dor, enquanto as características que levaram ao DE *conforto prejudicado* foram relatos de incômodo com a atual situação, choro, incapacidade de relaxar e inquietação. Nesse sentido, a NIC propõe aos enfermeiros que ofereçam métodos alternativos de alívio da dor, coerentes com as metas da paciente, como por exemplo, a massagem simples<sup>5</sup>. O DE *risco de infecção* foi encontrado em todas as parturientes e associado principalmente à ruptura prematura das membranas amnióticas. Direcionada a este diagnóstico específico, a NIC propõe, dentre outras ações: monitorar os sinais vitais maternos entre as contrações e limpar o períneo, trocando os absorventes regularmente<sup>5</sup>. A identificação do DE *risco de desequilíbrio na temperatura corporal* foi relacionada à exposição a extremos de temperatura ambiental e à taxa metabólica alterada em virtude da gestação. Para estes casos, a NIC recomenda, principalmente, a adaptação da temperatura da parturiente às necessidades da própria, evitando a exposição a calor ou frio desnecessários<sup>5</sup>. Com relação ao DE *ansiedade*, foi detectado em parturientes com comportamento apreensivo e ansioso. Para tal, a NIC propõe que se use com a parturiente uma abordagem calma e segura, a fim de

esclarecer as expectativas da situação. O *conhecimento deficiente* é definido como a ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico<sup>4</sup>, e foi detectado nas parturientes mediante a verbalização do problema e carência de informações sobre o trabalho de parto e parto. Nesse sentido, a NIC recomenda principalmente que se ofereça orientação antecipada ao nascimento<sup>5</sup>.

## **Conclusão**

As necessidades básicas em mulheres durante a primeira fase do trabalho de parto encontram-se visivelmente afetadas, em razão da elevada e variada quantidade de diagnósticos de enfermagem levantados. Nesse sentido, torna-se evidente o quanto a introdução de uma atenção qualificada em enfermagem no Centro Obstétrico de uma maternidade possibilita melhorar a assistência obstétrica, principalmente aquele baseado no processo de enfermagem pautado no desenvolvimento de um cuidado individualizado e capaz de atender às reais necessidades das parturientes.

## **Referências**

CHAVES NETTO, H; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia Básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

BRASIL, Secretaria de políticas Públicas de Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência humanizada à mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOCHTERMAN, M. J. C; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

**Palavras-chaves:** Saúde da Mulher. Primeira Fase do Trabalho de Parto Normal. Diagnóstico de Enfermagem.

## Quadros

QUADRO 1: Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA e suas respectivas intervenções de enfermagem com base na NIC, encontrados nas parturientes em estudo. Teresina, 2010.

<b>Título do Diagnóstico de Enfermagem da NANDA II</b>	<b>Intervenções de Enfermagem (NIC)</b>
Mobilidade física prejudicada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encorajar a deambulação durante o início do trabalho de parto, quando não houver rotura de membranas amnióticas.</li></ul>
Padrão de sono prejudicado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar/monitorar/registrar o padrão de sono/atividade da paciente;</li><li>• Adaptar o ambiente para promover o sono;</li><li>• Iniciar/implementar medidas de conforto como massagem, posicionamento e toque afetivo.</li></ul>
Eliminação urinária prejudicada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência e o volume;</li><li>• Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária;</li><li>• Encorajar a paciente a esvaziar a bexiga a cada duas horas.</li></ul>
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferecer métodos alternativos de alívio da dor, coerentes com as metas da paciente (p. ex., massagem simples)</li></ul>
Conforto prejudicado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Explorar as posições que melhorem o conforto da mãe e mantenham a perfusão placentária.</li></ul>
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorar os sinais vitais maternos entre as contrações, conforme a necessidade;</li><li>• Limpar o períneo e trocar os absorventes regularmente;</li><li>• Documentar as características do líquido após a ruptura espontânea ou artificial das membranas;</li></ul>
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adaptar a temperatura do paciente às necessidades da paciente;</li><li>• Monitorar a cor e a temperatura da pele;</li><li>• Evitar a exposição à correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessários.</li></ul>
Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usar uma abordagem calma e segura;</li><li>• Esclarecer as expectativas da situação;</li><li>• Observar a presença de sinais e não verbais de ansiedade;</li><li>• Permanecer com a paciente para promover a segurança e reduzir o medo.</li></ul>
Conhecimento deficiente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferecer orientação antecipada ao nascimento;</li><li>• Manter a paciente e o profissional responsável pelo parto informados do progresso;</li><li>• Ensinar técnicas de expulsão no segundo estágio do parto, com base no preparo e na preferência da mãe em relação ao nascimento;</li><li>• Informar a paciente sobre a necessidade de episiotomia.</li></ul>