



PARECER TÉCNICO COREN-DF Nº 016/CTA/2023

EMENTA: Realização de método Krause por enfermeiro obstetra

DESCRITORES: enfermagem obstétrica, método Krause,

1. DO FATO

Trata-se de solicitação de profissional quanto a realização do método Krause por enfermeiro obstetra. Parecer elaborado em conjunto por membro da CTA e CTSM.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A enfermagem obstétrica (EO) é uma profissão amparada legalmente para prestar assistência à mulher no parto e no nascimento, em conformidade com a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Essa Lei garante a autonomia para desenvolver a assistência às mulheres classificadas como risco habitual quanto à gestação ou ao parto.⁽¹⁾

Conforme a mesma lei são enfermeiros o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz. Cabe ao enfermeiro privativamente assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento da evolução e trabalho de parto, execução do parto sem distócia. Ao titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica incumbe-se assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

São atribuições do enfermeiro obstetra ⁽³⁾:

I â€” Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto;

II â€” Garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

III â€” Desenvolver atividades sócio-educativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;



IV – Garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final dos procedimentos;

V – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do partograma e dos exames complementares;

VI – Priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente;

VII – Prestar assistência ao parto normal sem Distocia e ao recém-nascido;

VIII – Assegurar a remoção da mulher no caso de eventual intercorrência do parto e do puerpério, em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-a durante todo o percurso, até a ultimateção de todos os procedimentos;

IX – Prestar assistência imediata ao recém-nascido que apresente intercorrência clínica e, quando necessário, garantir a sua remoção em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-o durante todo o percurso, até a ultimateção de todos os procedimentos;

X – Acompanhar a puérpera e seu recém-nascido por um período mínimo de 10 (dez) dias;

XI – Fazer registrar todas as ações assistenciais e procedimentais de Enfermagem, consoante normatização pertinente

O parto humanizado é definido como um conjunto de condutas, ações e procedimentos debatidos juntamente com a mulher e seus familiares, com a finalidade de alcançar resultados benéficos à saúde materno-infantil por meio do abandono de práticas intervencionistas indevidas. Os padrões da rotina hospitalar e profissional culminam nas intervenções desnecessárias no parto normal, pois os mesmos cultivam a predominância da medicalização do parto, impedindo a integralidade da assistência humanizada ⁽⁶⁾

A portaria nº 11 do Ministério da Saúde define ⁽⁷⁾:

- Gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que as morbimortalidades maternas e perinatais são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;
- Parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;
- Parto normal (natural espontâneo): trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto;

A autonomia da EO deve retratar um cuidado ativo (estar com presença) para a liberdade na tomada de decisão compartilhada, promover que a mulher melhore a participação, para garantir informações qualificadas com respaldo técnico-científico com o processo de enfermagem e as necessidades no processo de parturição. ⁽⁵⁾ A assistência ao parto e nascimento

de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstetra e obstetritz ⁽⁸⁾.

O enfermeiro obstetra tem autonomia para atuar, como membro da equipe multiprofissional, no cenário do parto e nascimento, independente do grau de risco da parturiente. No que se refere a realização do parto a lei discorre que o enfermeiro obstetra está habilitado para prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia).⁽¹¹⁾

Para avaliação e classificação do risco da parturiente o protocolo da SESDF sugere o seguinte instrumento:

Tabela I: Marcadores para Classificação de Risco Habitual

RISCO	FATORES DE AVALIAÇÃO	MARCADORES
HABITUAL	Gestação atual	Gestação Única
		Idade gestacional: entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias
		Número de partos: até 4 partos normais
		Exames laboratoriais: realização dos exames no 1º, 2º e 3º trimestre, com sorologias sem alterações
		Altura de fundo de útero entre os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional
	Trabalho de parto	Início espontâneo do trabalho de parto
		Movimentação fetal ativa ou padrão tranquilizador da vitalidade fetal
		Apresentação cefálica
		BCF: entre 110 e 160 batimentos por minuto, com boa variabilidade (5-25bpm), sem desacelerações da FCF à ausculta intermitente
		Contrações uterinas dentro dos padrões de normalidade e tônus uterino preservado
		Trabalho de parto espontâneo após rotura prematura de membranas, com líquido amniótico claro e boa vitalidade fetal, em gestação a termo
		Trabalho de parto espontâneo de parturiente com uma cesárea anterior há dois anos ou mais
		Líquido amniótico claro e com grumos, quando presente
		Pressão arterial sistólica menor que 140mmHg, pressão arterial diastólica menor que 90mmHg
		Sangramento vaginal de leve intensidade correspondente à fase de dilatação cervical
		Período expulsivo com falha da dinâmica uterina e uso de ocitócito, desde que vigência de condições de normalidade para mãe e feto
		Realização do acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto por enfermeiro obstetra. Reclassificação a cada período de quatro horas de trabalho de parto ativo ou na presença de intercorrências.
Conduta		

Fonte: Manual Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

O parto natural espontâneo é aquele que ocorre sem intervenções e indução. A indução do trabalho de parto consiste no estímulo do corpo da parturiente, utilizando-se técnicas



específicas tendo como finalidade de amadurecer o colo uterino e desencadear contrações antes do trabalho de parto espontâneo.

A indução do parto é indicada quando a continuidade da gravidez significa risco para a mãe e/ou para o feto, mas em muitas ocasiões o colo uterino se apresenta sem nenhuma dilatação e esvaecimento, dificultando o processo. Assim, o preparo cervical prévio tem papel importante para aumentar as chances de sucesso da intervenção e boas chances de redução das taxas de cesáreas sem que ocorra elevação dos riscos perinatais.

As principais indicações da indução do trabalho de parto são: prolongamento da gestação ou gestação pós termo, síndromes hipertensivas, rotura prematura das membranas ovulares, diabetes, isoimunização materno-fetal, restrição do crescimento intrauterino e óbito fetal.⁽¹⁰⁾

Há diferentes métodos para auxiliar a maturação cervical, farmacológicos e não farmacológicos. Entre os métodos não farmacológicos encontra-se o descolamento das membranas ovulares e os métodos mecânicos. Entre os métodos mecânicos, o mais utilizado é a sonda Foley, conhecida como método Krause. O uso de cateteres cervicais ou dilatadores cervicais, contribuem para a modificação das propriedades físicas e químicas do colo uterino por um efeito mecânico direto de distensão e, secundariamente, por promover a liberação de prostaglandinas. No método Krause a sonda é introduzida pelo canal cervical com as membranas íntegras, o balão é inflado com 30 ml de água ou soro fisiológico. O método de Krause está dentre os métodos não farmacológicos eficazes no processo de amadurecimento cervical, sendo a alternativa para as parturientes com cicatriz uterina anterior terem parto por via baixa^(10,12).

A maturação do colo do útero com métodos mecânicos para gravidez a termo com colo desfavorável demonstrou ser tão eficaz quanto com prostaglandinas, mas associado a menos efeitos adversos. Em comparação com os agentes farmacológicos, os métodos mecânicos têm menos efeitos sistêmicos e estão associados a menores taxas de taquissístolia uterina. Apresentam menor custo e não requerem condições específicas de armazenamento e refrigeração. Os métodos mecânicos promovem a modificação cervical sem aumentar as contrações uterinas, sendo promissores para mulheres com cicatriz uterina prévia ou para preparo cervical ambulatorial sem a necessidade de monitorização contínua da cardiotocografia fetal.¹²



3. CONCLUSÃO

Observada a fundamentação deste parecer, a Câmara Técnica de Assistência ao Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal – COREN-DF conclui que o Enfermeiro obstetra tem respaldo ético, técnico e legal para realizar o método Krause.

- a) O método Krause é um método seguro e eficaz para maturação cervical em grávidas com colo desfavorável, mesmo com cesariana anterior.
- b) O enfermeiro obstetra tem autonomia para indicar e realizar o método Krause nas parturientes de risco habitual, quando houver indicação do mesmo, considerando o raciocínio clínico dentro do contexto do processo de enfermagem, como por exemplo, parturientes com gestação prolongada, mas ainda a termo (até 41 semanas e 06 dias);
- c) Em situações em que a parturiente tenha fatores de risco, o enfermeiro obstetra atua como membro da equipe multiprofissional, podendo realizar o procedimento em consenso com a mesma, no cenário do parto e nascimento, independente do grau de risco da parturiente.

É o parecer.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Regulamenta o exercício profissional da enfermagem, Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.
2. COFEN, Código de Ética dos profissionais de enfermagem, Resolução COFEN nº 564/2017.
3. COFEN, Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, Resolução COFEN Nº 536 DE 22/02/2017



4. COFEN, Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto e dá outras providências, Resolução COFEN nº 0478/2015.
5. Jacob TNO; Rodrigues DP; Alves VH; Reis LC; Ferreira ES; Carneiro MS; Vieira BDG; Ferreira EA. A autonomia da enfermagem obstétrica na assistência no Centro de Parto Normal. Av Enferm. 2022;40(3):444-456.
6. Dias JC, Quirino SR, Damasceno AJ. Atuação da enfermagem obstétrica na humanização do parto eutócico. Enferm Foco. 2022;13:e-202242ESP1
7. Ministério da Saúde, Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal, PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015
8. Brasil, Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal. Ministérios da Saúde, 2017
9. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Diagnóstico das distocias intraparto e quando intervir. Rio de Janeiro, 27 mai. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diagnostico-das-distocias-intraparto-e-quando-intervir/>>.
10. Lara, S.R.G.; Oliveira, R.F. Utilização do método de Krause e prostaglandinas na indução do trabalho de parto em gestantes com feto vivo. Revista Nursing, 2019; 22 (248): 2577-2582
11. SES-DF, Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Portaria SES-DF Nº 993 de 02.12.2019, publicada no DODF Nº 232 de 06.12.2019.
12. Policiano C, et al. Foley catheter for cervix priming, Acta Med Port 2017 Apr;30(4):281-284

Ludmila da Silva Machado
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 251984 ENF

Ana Lígia da Silva Sousa



Membro da CTSM/Coren-DF

Polyanne A. Alves Moita Vieira
Conselheiro Coordenador da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 163.738 –ENF

Rinaldo de Souza Neves
Conselheiro CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 54.747-ENF

Fernando Carlos da Silva
Conselheiro CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 241652 ENF

Igor Ribeiro Oliveira
Conselheiro CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 325375 -TE

Lincoln Vitor Santos
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 147165-ENF

Tiago Silva Vaz
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 170.315-ENF

Mayara Cândida Pereira
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 314386-ENF

Sabrina Mendonça Marçal Alves
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 389565-ENF

Brasília, 29 de setembro de 2023.

Aprovado no dia 21 de agosto de 2023 na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.

Homologado em 29 de setembro de 2023 na 569ª Reunião Ordinária de Plenária (ROP) dos Conselheiros do COREN-DF.



Coren^{DF}

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
