

AVALIAÇÃO E MANEJO DA DISTORCIA DE OMBRO NO TRABALHO DE PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTETRA

Assessment and Management of Shoulder Dystocia During Labor by the Obstetric Nurse

RESUMO

Esse trabalho de pesquisa tem como objetivo abordar a avaliação e o manejo da distorcia de ombro no trabalho de parto pelo enfermeiro obstetra.. A preparação iniciou-se após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo eles Distorcia do ombro, Parto obstetrico. Cuidados de enfermagem. Para o cruzamento dos termos, foram utilizados os operadores booleanos (AND e OR). Critérios de inclusão da pesquisa: artigos disponíveis no formato eletrônico nas bases de dados selecionadas que abordassem a temática proposta, demonstrando dados nacionais, na língua portuguesa e inglesa, com acesso livre, publicados no período de 2019-2025, manuais como na FEBRASGO com manejo da distorcia de ombro. Foram excluídos da pesquisa monografias, dissertações, teses e artigos de revisão e reflexão que não contribuíram com a temática do estudo, bem como as publicações duplicadas. Para extração dos dados utilizou-se como parâmetro o instrumento de Ursi adaptado para este estudo, com os seguintes dados: identificação dos artigos (título, ano de publicação, local do estudo e fonte de dados), objetivo, principais resultados. Dos 8 artigos selecionados através de leitura criteriosa, 6(75%) abordaram o ojetivo do estudo, que é enfatizar como deve ser realiado o manejo da distorcia de ombro. Ademais, 2 (25%)evidenciaram a importância do profissional enfermeiro nessa condução. Conclui-se que os estudos abordam de forma eficaz o manejo adequado na distorcia de ombro durante o trabalho de parto. Podemos citar dentre os que fazem

Vitoria Pereira de Oliveira

Enfermeira, Residente em Enfermagem Obstétrica pela ESPPE – Arcoverde – PE .

Orcid: Orcid.org/0009-0005-4712-3985

Roselia da Silva Gomes

Estudante de enfermagem da Universidade paulista. Garanhuns – PE

Orcid: Orcid.org/0009-0004-1907-2028

Luanne Gomes Araújo

Mestranda em enfermagem pela Universidade federal de Alagoas.

Orcid: Orcid.org/0000-0001-8682-1018

Mayara Lira Ferreira dos Santos

Graduanda em fisioterapia pela faculdade integrada cete-FIC, Garanhuns- PE.

Orcid: Orcid.org/0009-0007-9713-6746

Maria Isabela Melo Silva

Graduanda em enfermagem pela faculdade integrada cete-FIC.

Orcid: Orcid.org /0009-0006-7466-4370

Camilla Sayonara de Carvalho Barbosa

Graduanda em enfermagem pela faculdade integrada cete-FIC.

Orcid: Orcid.org/0009-0006-2796-9059

Marcia Silvestre de Araujo

Enfermeira pós graduada em Ginecologia e obstetrícia.

Orcid: Orcid.org/ 0009-0001-4270-0000

Ana Larissa Torres de Brito

Enfermeira, pós graduanda em obstetrícia, caruaru- PE

Orcdi: Orcid.org/0009-0003-9089-1483

Ana Karla Gomes de Freitas Macêdo

Enfermeira, pós graduanda em obstetrícia Caruaru- PE..

Orcid: Orcid.org/0009-0004-1907-2028

Margot Samara de Freitas Ferraz Barros

Enfermeira obstetra, Custodia – PE .

Orcid: orcid.org/0009-0005-2984-552X



essa abordagem, os estudos A1,A2,A3, A5, A6, A8. Sendo que as manobras para distocia de ombro são um conjunto de ações para liberar o ombro preso do bebê, começando com manobras de primeiro nível como a pressão suprapúbica e a manobra de McRoberts. Se não resolverem, a equipe deve tentar manobras internas, como a de Rubin II ou a liberação do braço posterior, seguida pela mudança de posição da mãe para a posição de quatro apoios (manobra de Gaskin)

PALAVRAS-CHAVES: Distocia do ombro;Parto obstetrico; Cuidados de enfermagem



ABSTRACT

***Autor correspondente:**

Vitoria_pereira2002@hotmail.com

KEYWORDS: Shoulder dislocation; Obstetric delivery; Nursing care

Recebido em: [24-11-2025]

Publicado em: [08-12-2025]

This research aims to address the assessment and management of shoulder dystocia during childbirth. Preparation began after consulting the Health Sciences Descriptors (DeCS) through the Virtual Health Library (VHL), specifically the terms Shoulder Dystocia, Obstetric Delivery, and Nursing Care. Boolean operators (AND and OR) were used to cross-reference the terms. After the electronic search in the aforementioned databases, the articles were evaluated according to the research inclusion criteria: articles available in electronic format in the selected databases that addressed the proposed theme, demonstrating national data, in Portuguese and English, with free access, published between 2019 and 2025, and manuals such as those from FEBRASGO on the management of shoulder dystocia. Monographs, dissertations, theses, and review and reflection articles that did not contribute to the study's theme, as well as duplicate publications, were excluded from the research. For data extraction, the Ursi instrument, adapted for this study, was used as a parameter, with the following data: identification of the articles (title, year of publication, study location and data source), objective, and main results. Of the 8 articles selected through careful reading, 6 (75%) addressed the objective of the study, which is to emphasize how shoulder dystocia should be managed. Furthermore, 2 (25%) highlighted the importance of the nursing professional in this management. It is concluded that the studies effectively address the appropriate management of shoulder dystocia during labor. Among those that address this, we can cite studies A1, A2, A3, A5, A6, and A8. The maneuvers for shoulder dystocia are a set of actions to release the baby's trapped shoulder, starting with first-level maneuvers such as suprapubic pressure and the McRoberts maneuver. If these do not resolve the issue, the team should attempt internal maneuvers, such as the Rubin II maneuver or the release of the posterior arm, followed by changing the mother's position to the quadruped position (Gaskin maneuver).

INTRODUÇÃO

As emergências obstétricas são quaisquer situações em que vida da gestante e do recém-nascido estão em risco e é necessária uma mobilização rápida da equipe de saúde. Os achados mais recorrentes em termos de emergências obstétricas são: eclâmpsia, HPP (hemorragia pós-parto), prolapso de cordão umbilical, descolamento prévio de placenta, distocia de ombro, entre outros. Entender a dinâmica do processo dessas emergências é extremamente necessário, visto que, o profissional que comprehende os riscos e sabe como lidar com essas situações minimizar os riscos e pode salvar a vida da futura mãe e do recém-nascido (Gouveia *et al.*,2024).

A distocia de ombro (DS) é uma emergência obstétrica caracterizada pela necessidade de manobras obstétrico-cirúrgicas, além da tração descendente suave exercida para soltar os ombros fetais (manobra cabeça-ombro). O evento ocorre devido à impactação do ombro fetal anterior atrás da sínfise púbica materna após a exteriorização do polo cefálico. A impactação simultânea do ombro fetal posterior no promontório sacral pode agravar a distocia. Como a maioria dos casos ocorre na ausência de fatores de risco pré-natais ou intraparto, o evento é frequentemente imprevisível e não evitável (Alves *et al.*,2022).

A incidência progressiva de obesidade e diabetes, os fatores de risco para macrossomia e o aumento do peso ao nascer determinaram o aumento contemporâneo da distocia de ombro. O evento ocorre em 0,2%-3,0% dos partos, e as variações estão relacionadas tanto à subjetividade do diagnóstico quanto à prevalência de macrossomia e diabetes nas populações. Estima-se que um recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica secundária à distocia de ombro ocorra a cada 22.000 partos vaginais a termo (Alves *et al.*,2022).

Os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem estar preparados para reconhecer o evento e realizar imediatamente uma sequência de manobras para sua correção em tempo hábil. O principal objetivo do tratamento da distocia de ombro é prevenir asfixia fetal e paralisia braquial permanente ou morte. Outras lesões neonatais (fraturas) e lacerações do trato também devem ser evitadas. Para tanto, a atuação organizada da equipe e o sequenciamento rápido e habilidoso das manobras de liberação são essenciais(Alves et al.,2022).

A resolução exige a realização de manobras específicas e imediatas, pois caracteriza emergência obstétrica. A literatura divide essas manobras em de 1º, 2º e 3º linhas e apresenta mnemônicos para favorecer o desenvolvimento sequencial e hábil destas manobras, evitando complicações (FEBRASGO, 2022). Dentre elas, estão as manobras de McRoberts e pressão suprapúbica ou Rubin 1 (1º linha); manobras de rotação interna (Rubin 2 e Woods), extração do braço posterior, e a manobra da posição de 4 apoios (2º linha); e por fim as manobras de 3º linha, que somente serão utilizadas perante a falha das demais, a clidotomia (secção da clavícula do feto), manobra de Zavanelli (recolocar a cabeça fetal dentro do útero, para posterior cesariana) e a sinfisiotomia (secção da sínfise pública) (Febrasgo, 2022).

Acerca dos mnemônicos, os mais utilizados são o mnemônico proposto pelo Advanced Life Support of Obstetrics (ALSO) sob o acrônimo HELPERR (em inglês) que foi traduzido para o português como ALEERTA; e o mnemônico A SAIDA que propõe a inversão na ordem de realização de algumas manobras, realizando as menos invasivas anteriormente. É de competência legal do enfermeiro o reconhecimento das distocias e tomada de providências, até a chegada do médico, devendo promover intervenção em consonância com sua capacidade técnico-científica, executando procedimentos tendo em vista a garantia da segurança materna e do recém-nascido, o que respalda legalmente a atuação dos enfermeiros na resolução das distocias obstétricas (Alexandre *et al.*, 2024).

Esse trabalho de pesquisa tem como objetivo abordar a avaliação e o manejo da distocia de ombro no trabalho de parto pelo enfermeiro obstetra.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. É um formato de pesquisa no qual estudos são sumarizados, favorecendo o desenvolvimento de conclusões sobre determinadas temáticas, a síntese e análise do conhecimento disponível na literatura e sua aplicabilidade clínica.

A construção desta revisão integrativa baseou-se, portanto, em propostas fundamentadas por Whittemore e Knalf, que consiste em seis etapas: identificação do problema ou questionamento, estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão de artigos (amostra de seleção), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Considerou-se a estratégia PICo (População, Interesse, Contexto), P: gestantes em

trabalho de parto; I: distorica de ombro; Co: avaliação e manejo da distorcia de ombro no trabalho de parto assim, formulou-se a seguinte questão norteadora: qual a importancia da avaliação e manejo da distorcia de ombro no trabalho de parto?

Esta pesquisa foi desenvolvida no período de outubro de 2025 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além da FEBRASGO para abordagem do conteúdo, com vista na excassez de artigos.

A

preparação iniciou-se após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo eles Distorcia do ombro, Parto obstetrico. Cuidados de enfermagem. Para o cruzamento dos termos, foram utilizados os operadores booleanos (AND e OR). Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados mencionadas, realizou-se a avaliação dos artigos através dos critérios de inclusão da pesquisa: artigos disponíveis no formato eletrônico nas bases de dados selecionadas que abordassem a temática proposta, demonstrando dados nacionais, na língua portuguesa e inglesa, com acesso livre, publicados no período de 2019-2025, manuais como na FEBRASGO com manejo da distorcia de ombro. Foram excluídos da pesquisa monografias, dissertações, teses e artigos de revisão e reflexão que não contribuíram com a temática do estudo, bem como as publicações duplicadas. Para extração dos dados utilizou-se como parâmetro o instrumento de Ursi adaptado para este estudo, com os seguintes dados: identificação dos artigos (título, ano de publicação, local do estudo e fonte de dados), objetivo, principais resultados.

Foram detectados inicialmente 31 artigos de acordo com a combinação dos descritores, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados 8 periódicos para leitura de títulos e resumos. Destes, 0 foi excluidos por se tratar de Tese, sendo assim, 8 artigos compuseram a amostra final

O fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) mostra o processo de identificação na Figura

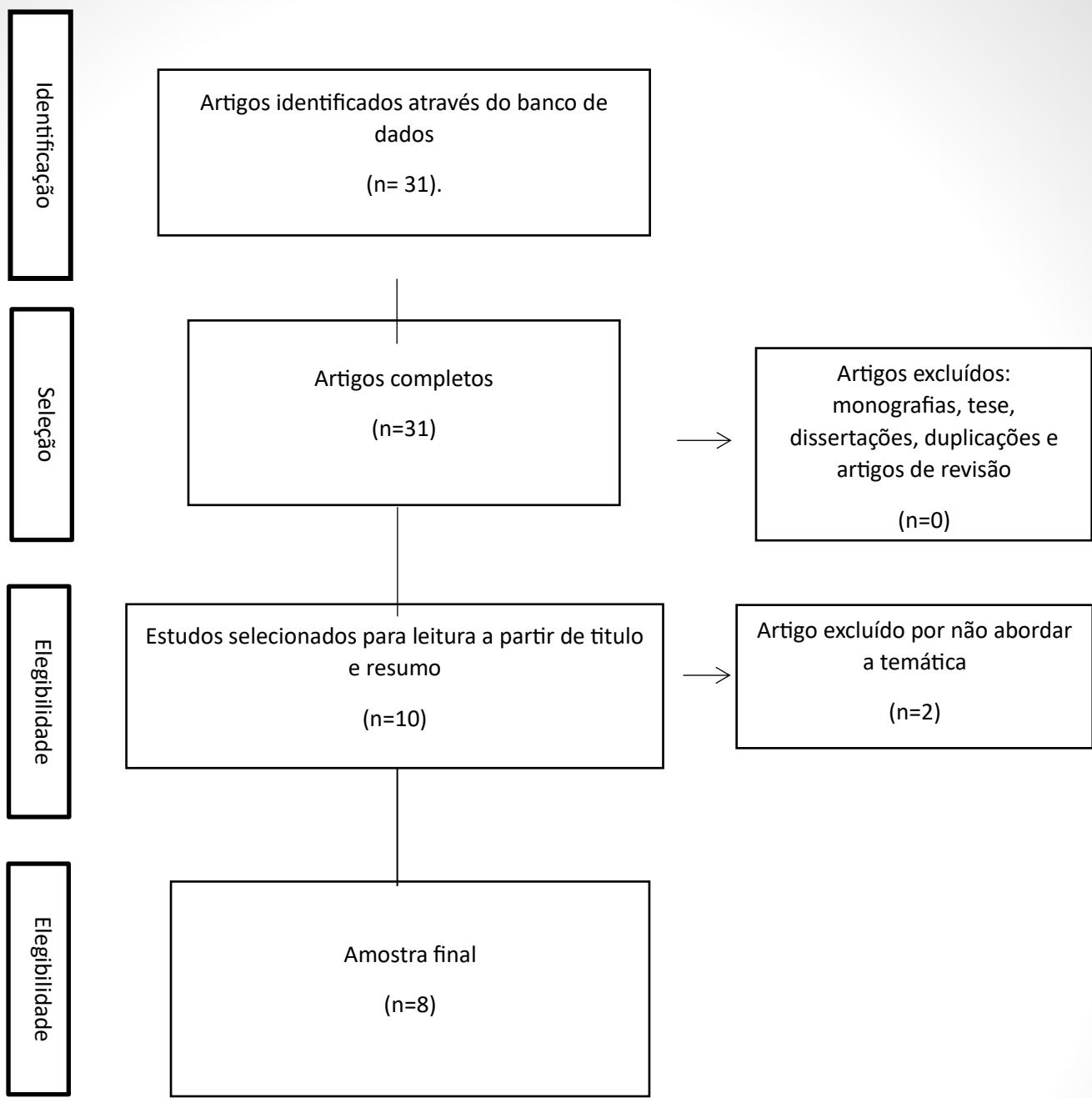


Figura 1: Processo de identificação e inclusão dos estudos-PRIMA diagrama flow. Garanhuns (PE), Brasil 2025

RESULTADOS

Dos 8 artigos selecionados através de leitura criteriosa, 6(75%) abordaram o objetivo do estudo, que é enfatizar como deve ser realiado o manejo da distocia de ombro. Ademais, 2 (25%)evidenciaram a importância do profissional enfermeiro nessa condução.

Para a apresentação dos resultados foi elaborado um quadro sinóptico que apresenta a identificação, caracterização e análise dos estudos selecionados.

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa, de acordo com o número do Autor, ano/objetivos/ resultados.

Garanhuns, PE, Brasil, 2025 (N=8)

Nº do artigo	Título	Ano/ objetivo	Resultados
A1	Emergências obstétricas com ênfase no manejo da distocia de ombro	Gouveia et al.,2024/ O artigo aborda um cenário crítico de emergências obstétricas, delineando diversas situações em que a vida da gestante e do recém-nascido se encontra em risco. A distocia de ombro, foco central do artigo.	Esse artigo destaca a importância do conhecimento profundo dessas emergências obstétricas, com ênfase na distocia de ombro, ressaltando que a compreensão dos riscos e a habilidade no manejo dessas situações são cruciais para minimizar danos e salvar vidas.
A2	Participação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto com	Dias et al.,2019	Os estudos revelam que a participação do

	distócias		enfermeiro na assistência ao trabalho de parto normal com distócias é importante pois dá ênfase às necessidades individuais do binômio mãe-feto, atendendo em tempo hábil qualquer situação de risco. Além disso, os enfermeiros promovem segurança e confiança, resultantes de um processo humanizado que envolve desde as ações fisiológicas à atenção à família.
A3	Distocia do ombro: uma revisão abrangente da literatura sobre Diagnóstico, prevenção, complicações, prognóstico e tratamento.	Tsikouras et al.,2024/ evidenciar como deve ser realizado o diagnóstico, prevenção, complicações tratamento frente a distocia de ombro	A distocia pode, portanto, ocorrer em qualquer fase da evolução do parto, sendo necessário avaliar simultaneamente todos os fatores que podem contribuir para sua evolução anormal, ou seja, as forças

			<p>exercidas, o peso, a forma, a apresentação e a posição do feto, a integridade e a morfologia da pelve e sua relação com o feto. Quando essa complicação ocorre, pode resultar em um aumento da incidência de morbidade materna, bem como de morbidade e mortalidade neonatal.</p>
A4	Atuação do enfermeiro obstétrico no contexto da distocia de ombros	Alexandre et al.,2024/ Identificar na literatura científica a atuação do enfermeiro obstétrico no contexto da distocia de ombros.	<p>Na síntese do conhecimento produzido compreende-se que o enfermeiro atua na identificação dos fatores de risco para distocia de ombros; na identificação, comunicação da equipe e assistência ao parto e nascimento com distocia de ombros; nos cuidados à puérpera e ao recém-</p>

			<p>nascido, após a distocia de ombros; e na gestão e/ou atualização dos seus conhecimentos técnicos e científicos, acerca da assistência ao parto e nascimento com distocia de ombros. É</p>
A5	Manejo da distocia de ombro	Febrasgo, 2022	<p>O diagnóstico e a gravidade da distocia de ombro são subjetivos. A falha da manobra cabeça-ombro e o sinal da tartaruga são os principais critérios diagnósticos. A necessidade de múltiplas manobras de delivramento e a ocorrência de lesões maternas e/ou neonatais evidenciam melhor a gravidade dos casos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem estar

			<p>preparados para reconhecer a distocia de ombro e imediatamente executar uma sequência de manobras que permitam a sua correção em tempo hábil.</p>
A6	Distocia de ombro: incidência, mecanismos e estratégias de tratamento	Menticoglou et al.,2018/	<p>A distocia de ombro é tratada com uma combinação de manobras que tentam ampliar a pelve materna, reduzir o diâmetro biacromial fetal e, em casos extremos, podem incluir cirurgias. O tratamento inicial geralmente envolve a manobra de McRoberts (flexão das coxas da mãe contra o abdômen), pressão suprapúbica e, possivelmente, manobras rotacionais internas como Rubin e</p>

			Wood ou a liberação do braço posterior. Se as manobras de primeira e segunda linha falharem, as estratégias de último recurso incluem fratura da clavícula fetal, manobra de Zavanelli (reintrodução da cabeça fetal seguida de cesariana) ou sinfisiotomia
A7	Distocia de ombro: o papel do enfermeiro emergencista	Crus et al.,2023/ analisar o papel do enfermeiro emergencista no atendimento à distocia de ombro, buscando identificar suas atribuições, competências e contribuições para o cuidado seguro e efetivo durante essa complicação obstétrica.	Evidenciou-se que o seu papel na Equipe multidisciplinar, fornecendo suporte médico e emocional, além de sua capacidade de realizar manobras específicas para minimizar riscos. A necessidade de treinamento contínuo, simulações e adesão às melhores práticas foi ressaltada.
A8	Distocia de ombros: aplicabilidade	Chiovetti et al.,2024/	As principais

	de manobras de resolução	Este estudo teve como objetivo comparar o tempo de resolução e as complicações fetais e maternas e de diferentes manobras e/ou sequência de manobras (protocolos) frente a um parto com distorção do ombro.	complicações fetais relatadas foram a paralisia de plexo braquial e as fraturas de clavícula e/ou mero. Desfechos fetais e maternos desfavoráveis são mais comumente associados com manobras internas, como parafuso de Woods e liberação do braço posterior. Os bebês macrossómicos apresentaram mais desfechos desfavoráveis.
--	--------------------------	---	---

Após a leitura na íntegra dos estudos selecionados, emergiram as seguintes categorias: (Quadro 2).

Quadro 2 – Classificação dos artigos em categorias temáticas. Garanhuns, PE, Brasil, 2025.

Categorias	Artigos
Distorção de ombro manejo e resoluções	A1,A2,A3, A5, A6, A8

Assistência do enfermeiro na distorcia de ombro	A4, A7
---	---------------

Fonte: autores, 2025

DISCUSSÃO

Distorcia de ombro manejo e resoluções

O manejo da DO tem o objetivo de completar o desprendimento fetal com segurança, antes da asfixia e lesão cortical decorrentes da compressão do cordão umbilical e do impedimento da inspiração, evitando lesões neurológicas periféricas ou outros traumas fetais e/ou maternos. O tempo-limite que antecede o aumento do risco de lesão por asfixia é de cinco minutos, o que impõe a necessidade instantânea de organização e atuação efetiva da equipe (Chioveti *et al.*,2024).

Imediatamente após a suspeita de DO, a parturiente e seu acompanhante devem ser comunicados e as seguintes ações devem ser implementadas: solicitação de ajuda aos demais profissionais (enfermagem assistencial e obstétrica, obstetras, pediatras e anestesistas); documentação do momento do diagnóstico e cronometragem da assistência; orientação contrária aos puxos voluntários. As seguintes condutas são imprescindíveis(Alves *et al.*,2022)

Não exercer tração excessiva para liberação dos ombros e não pressionar o fundo uterino, uma vez que essas ações se associam ao estiramento do plexo braquial, agravamento da impactação e rotura uterina(Alves *et al.*,2022). Não seccionar o cordão umbilical antes da liberação dos ombros, pois essa ação não contribui para a resolução da DO e reduz ainda mais a oxigenação do feto (Alves *et al.*,2022)

Evitar a realização de episiotomia, uma vez que o procedimento não resolve a DO,

que é resultante de impactação óssea. Entretanto, diante da necessidade de manobras internas, a episiotomia pode ser necessária nos casos em que a resistência perineal dificulta a execução das manobras. A sondagem vesical também pode ser necessária(Alves et al.,2022) Promover comunicação eficiente dos membros da equipe assistencial, que devem receber informações claras e objetivas das ações realizadas e dos desfechos, evitando repetição desnecessária de manobras e otimizando o manejo em tempo oportuno (Alves et al.,2022)

As evidências sobre a eficácia e o sequenciamento das diversas manobras são escassas. Portanto, não existe definição sobre qual manobra é superior a outra e nem sobre qual é a sequência de manobras ideal. As manobras tentam resolver a DO por meio de três mecanismos: (Gouveia et al.,2024).

1. Ampliação das dimensões pélvicas maternas.
2. Redução do diâmetro biacromial fetal por meio da adução dos ombros ou da remoção do braço posterior.
3. Modificação na relação entre o diâmetro biacromial do feto e a pelve óssea materna, girando o tronco fetal para o diâmetro oblíquo da pelve (mais amplo) e descompactando o ombro anterior por trás da sínfise púbica ou liberando o braço e/ou ombro posteriores(Gouveia et al.,2024).

Em litotomia, a parturiente deve ser posicionada com as nádegas rente à borda da cama ou maca de parto. A tração para liberação dos ombros deve ser axial e alinhada com a coluna cervicotorácica fetal, em um componente descendente ao longo de um vetor que não ultrapasse 45° abaixo do plano horizontal da parturiente. A falha da manobra cabeça-ombro, efetuada com força habitual, é indicativa de DO. Portanto, a percepção de força excessiva para liberação dos ombros é indicativa da necessidade de manobras específicas (Tsikouras et al.,2024).

Sugere-se que a primeira manobra específica a ser aplicada seja a de McRoberts, que pode ser associada à manobra de Rubin I. Essas manobras são eficientes e menos invasivas. Na manobra de McRoberts, os membros inferiores são flexionados contra o abdome (hiperflexão das pernas e das coxas), devendo ser previamente removidos quando acomodados em perneiras. Essa posição promove o alinhamento vertical da pelve materna, com rotação cefálica da pube, redução da lordose lombar, retificação do promontório, giro da sínfise púbica sobre o ombro maciçado, flexão da coluna fetal e queda do ombro posterior na concavidade do sacro. Além disso, ocorrem aumento e redirecionamento da força expulsiva, que se torna

perpendicular ao plano de saída. A manobra de Rubin I, executada simultaneamente com a de McRoberts, otimiza a liberação do ombro por meio da sua adução (Tsikouras *et al.*, 2024).

Nas pacientes com obesidade importante, esse é um passo que pode ser omitido. A manobra é realizada por um auxiliar que, posicionado do lado do dorso fetal, realiza uma compressão suprapúbica em direção inferomedial. A compressão deve ser realizada com as mãos espalmadas, posicionadas de forma semelhante à massagem cardíaca. Sob o comando do obstetra que efetua a tração inferior na cabeça fetal, a manobra de Rubin I deve ser iniciada imediatamente antes da manobra cabeça-ombro. Assim que se inicia a compressão suprapúbica, a cabeça é tracionada inferiormente, promovendo a liberação do ombro (Tsikouras *et al.*, 2024).

Diante da falha das manobras de McRoberts e de Rubin. Uma abordagem alternativa para o desprendimento do ombro posterior é realizar a apreensão da axila e tração inferior do ombro com mão única. Nessa situação, o dedo indicador envolverá a axila pelo dorso fetal e o polegar deslizará anteriormente ao ombro. As pontas dos dedos devem tocar-se no cavo axilar fetal. Subsequentemente, a tração inferior é executada (Chioveti *et al.*, 2024).

Diante da falha na abordagem inicial, manobras secundárias devem ser instituídas. As principais são a manobra de Gaskin e as manobras rotatórias internas (Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa). (Na manobra de Gaskin, a parturiente é posicionada em “apoio nos quatro membros” (mãos e joelhos). Alternativamente, pode-se adotar a posição de “largada de corrida”, em que o membro inferior homolateral ao dorso fetal será flexionado e deslocado anteriormente à pelve materna, enquanto a outra perna permanece estendida posteriormente. Essas posições ampliam o espaço na concavidade do sacro e são beneficiadas pela gravidade (verticalização do tronco materno). A tração pode ser efetuada em direção inferior (liberação do ombro posterior) ou superior (liberação do ombro anterior). Essas manobras são opções interessantes devido à alta eficácia e à baixa morbidade, principalmente para parturientes sem analgesia e/ou assistidas em camas de parto. Também podem, opcionalmente, anteceder a tentativa de remoção do braço ou ombro posterior, manobras tecnicamente mais difíceis (Chioveti *et al.*, 2024).

As manobras rotatórias internas devem ser aplicadas em sequenciamento. A primeira tentativa deve ser a adução do ombro anterior impactado, por meio da manobra de Rubin II. A mão do operador a efetuar a manobra deve ser a do lado correspondente ao do dorso fetal. A

mão deve ser introduzida pelo vazio sacral homolateral ao do dorso fetal, ser deslocada superiormente e alocada atrás do ombro anterior impactado, para promover a sua adução.

O benefício evidente da liberdade de posição e das posições verticais tem contribuído para maior adoção das posições de cócoras, Gaskin e dos bancos de apoio na assistência ao segundo período do trabalho de parto. Nessas situações, a DO pode ser solucionada por meio de outro sequenciamento de manobras, visando evitar perda adicional de tempo(Tsikouras et al.,2024).

O mnemônico A SAÍDA é proposto para o treinamento profissional no manejo da DO em parturientes na posição vertical, livres de uma maca ou mesa cirúrgica. O sequenciamento se inicia com o aumento do agachamento materno, o que promoverá a hiperflexão dos membros inferiores, ampliando o diâmetro funcional da pelve, similarmente à manobra de McRoberts (manobra de McRoberts modificada). Se a hiperflexão isolada não for suficiente para resolver a DO, o próximo passo é exercer pressão suprapúbica externa, mantendo a parturiente em agachamento ampliado (Menticoglou et al.,2018).

A pressão é efetuada posicionando as mãos no abdome inferior materno, como na manobra de Rubin I. Diante da falha, o passo subsequente é alterar a posição da parturiente para quatro apoios (posições de Gaskin ou de “larga-da de corrida”). Caso não ocorra a resolução, a parturiente será mantida em quatro apoios para tentativa subsequente das manobras internas. A sequência sugerida é a mesma da posição de litotomia: manobras de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa (Menticoglou et al.,2018).

Assistência do enfermeiro na distocia de ombro

É de competência legal do enfermeiro o reconhecimento das distocias e tomada de providências, até a chegada do médico, devendo promover intervenção em consonância com sua capacidade técnico-científica, executando procedimentos tendo em vista a garantia da segurança materna e do recém-nascido, o que respalda legalmente a atuação dos enfermeiros na resolução das distocias obstétricas (Cofen, 2016). Portanto, é primordial que o enfermeiro esteja atento no sentido de aprimorar o conhecimento científico, competência técnica e percepção de anormalidade no TP normal, pois estes serão necessários para o acompanhamento e resolução do parto distóxico em tempo hábil.

Nesta categoria temática pode-se compreender que o enfermeiro atua na identificação

precoce dos fatores de risco seja no pré-natal, ou na admissão na maternidade, bem como, ciente dos fatores de risco associados a distocia de ombros, o enfermeiro atua na orientação acerca do padrão alimentar, com vistas, a obter um ganho de peso adequado na gestação, na orientação específica as gestantes diabéticas e na anamnese e exame físico minuciosos que podem apontar elevado risco para a distocia (Febrasgo, 2017).

Ademais, Nesta categoria é possível perceber que o enfermeiro deve conhecer os estágios de trabalho de parto, a fim de identificar sinais de alerta para distocia (COFEN, 2016). Diante da suspeição da distocia, pode executar manobra inicial para diagnosticá-la, e a partir daí monitorar o tempo até a resolução, realizando a ausculta fetal (Febrasgo, 2022). O enfoque central da assistência materna humanizada de qualidade é propiciar experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. O enfermeiro (a) obstétrico (a) surge como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. Esta presença constante oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir e na realização do partograma. Autores descrevem que a elaboração do partograma, representação gráfica do trabalho de parto, possibilita o acompanhamento da evolução, a identificação de alterações (distócias), a tomada de condutas apropriadas para correção de desvios e prevenção de intervenções desnecessárias assegurando uma adequada evolução do trabalho de parto (Dias et al.,2019).

As intervenções do (a) enfermeiro (a) na detecção precoce de uma distocia auxiliam na tomada de decisão para ações que devem ser adotadas para o bom desenvolvimento dos mecanismos fisiológicos do parto que são elas: deambulação, mudança de decúbito, coordenar as contrações, suporte psicológico, presença de acompanhante, uso do partograma e o devido encaminhamento do profissional experiente que deve avaliar a necessidade da utilização da analgesia, uso de oxicocina, amniotomia, dentre outros (Dias et al.,2019).

Assim o enfermeiro obstetra vai além da perspectiva profissional, é vivida de forma mais ampla e intensa. O profissional precisa de uma emotividade aguçada para fazer um atendimento de qualidade, é necessária sutileza na condução do seu trabalho durante o parto e pós-parto¹⁴. Assim, para garantir a segurança e o bem-estar da mulher durante o momento do parto normal a equipe de saúde deve estar pronta para acolher a gestante e seus familiares, estando bem preparada e fundamentada cientificamente para realização de procedimentos e de eventuais

intercorrências, além de uma visão focada na individualidade de cada parturiente, criando vínculo e transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (Dias et al.,2019).

Assim, a esses profissionais são relevantes no desenvolvimento do processo de parturição. A segurança e confiança são resultados da atuação humanizada e holística podendo determinar a forma como a parturiente enfrentará o seu trabalho de parto(Ministério da saúde 2018).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os estudos abordam de forma eficaz o manejo adequado na distocia de ombro durante o trabalho de parto. Podemos citar dentre os que fazem essa abordagem, os estudos A1,A2,A3, A5, A6, A8. Sendo que as manobras para distocia de ombro são um conjunto de ações para liberar o ombro preso do bebê, começando com manobras de primeiro nível como a pressão suprapúbica e a manobra de McRoberts. Se não resolverem, a equipe deve tentar manobras internas, como a de Rubin II ou a liberação do braço posterior, seguida pela mudança de posição da mãe para a posição de quatro apoios (manobra de Gaskin).

Ademais, com relação ao enfermeiro obstetra esse profissional tem um papel crucial na distocia de ombro ao reconhecer fatores de risco, identificar rapidamente a emergência, comunicar-se efetivamente com a equipe, auxiliar na realização das manobras corretas, e prestar suporte físico e emocional à paciente durante todo o processo. O enfermeiro obstetra é essencial para garantir um atendimento seguro e humano, atuando tanto na assistência direta quanto na preparação da equipe.

REFERÊNCIAS

AlexandreJ. M. da C., RodriguesP. M. da S., SanchesM. E. T. de L., SantosA. A. P. dos, & FrançaA. M. B. de. (2024). Atuação do enfermeiro obstétrico no contexto da distocia de ombros. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 24(9), e17378. <https://doi.org/10.25248/reas.e17378.2024>

BRASIL. Lei do Exercício Profissional. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acessado em: 15 de julho de 2023.

DIAS, N.A.P. Participação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto com distócias: revisão de literatura. REVISTA CUIDADO EM ENFERMAGEM - CESUCA - v. 5, n.6, p. 82-92, Fevereiro/ 2019 Cachoeirinha/RS - ISSN 24472913- <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revistaenfermagem/user>

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manejo da distocia de ombro, Rio de Janeiro: Revinter; 2022.

GOUVEIA , L ET AL. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS COM ÊNFASE NO MANEJO DA DISTOCIA DE OMBRO. *, Ciências da Saúde, Volume 28 - Edição 134/MAI 2024 / 20/05/2024

Ministério da Saúde (Br). Rede HumanizaSUS. [citado 2018 mar 12].

MENTICOGLOU, S. Shoulder dystocia: Incidence, mechanisms, and management strategies. International Journal of Women's Health, v. 10, n. 10, p. 723–732, 2018.

MICHELLE, J. et al. Atuação do enfermeiro obstétrico no contexto da distocia de ombros. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 24, n. 9, p. e17378–e17378, 21 set. 2024.

SOUZA CRUZ, K.; ALVES, L. Health of Humans Mar a Ago 2023 -v.5 -n.2 Health of Humans. n. 2, p. 22–28, 2023.

SOUZA, A. M. et al. Distocia de ombros: aplicabilidade de manobras de resolução. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 12, p. 2009–2017, 16 dez. 2024.

TSIKOURAS, P. et al. Shoulder Dystocia: A Comprehensive Literature Review on Diagnosis, Prevention, Complications, Prognosis, and Management. Journal of personalized medicine, v. 14, n. 6, p. 586–586, 30 maio 2024.



WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.*, v. 52, n. 5, p. 546–53, 2005 Dec. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 28 dez. 2023.