

MÓDULO II-

**Assistência de Enfermagem às UEM Gineco-
obstétrica, neonatal e pediátrica**

 UniclessEducacional ESCOLA TÉCNICA FACULDADE	ROTEIRO DE APRENDIZAGEM
--	--------------------------------

1. APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA	
DISCIPLINA	Módulo II - Assistência de Enfermagem às UEM Gineco-obstétrica, neonatal e pediátrica
CURSO	Disciplina específica do curso Pós-Técnico em Urgência e Emergência

Tópico 1: Anatomia e Fisiologia relacionada à Urgência e Emergência da mulher e do recém-nascido

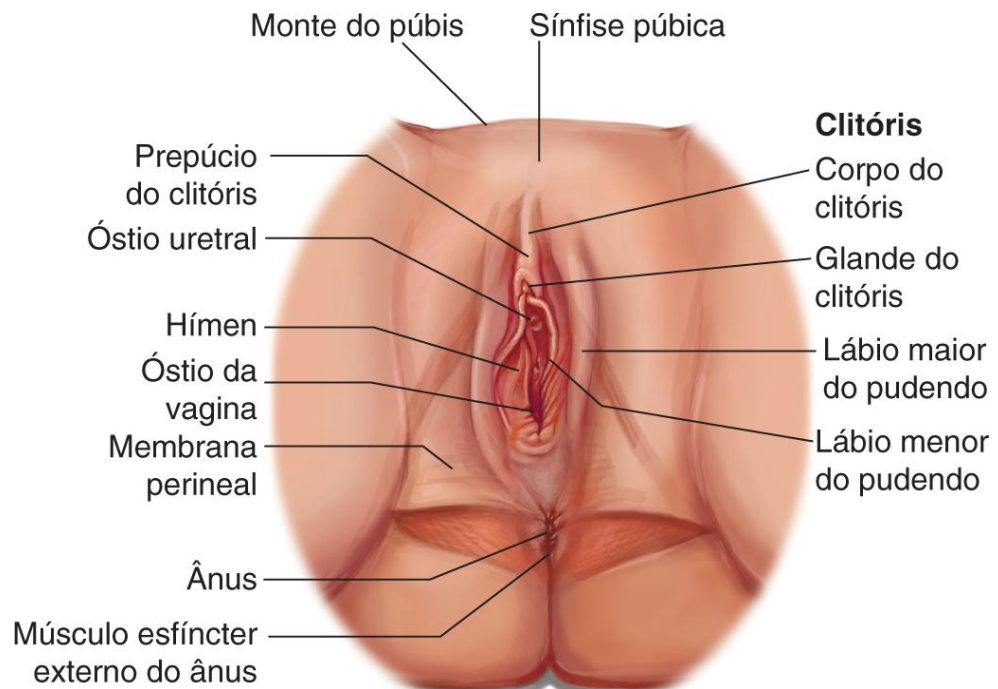
Tópico 1.1: Estrutura e funcionamento do sistema reprodutor feminino

O sistema genital feminino é composto por órgãos genitais internos e externos.

ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS EXTERNOS

Os órgãos genitais femininos externos são coletivamente chamados de vulva ou pudendo feminino (segundo a Terminologia Anatômica). A vulva protege os óstios uretral e vaginal e é muito sensível ao toque, para aumentar o prazer da mulher durante a excitação sexual (PATTON; THIBODEAU, 2016 apud RICCI, 2019, p.68). As estruturas que compõem o pudendo feminino (vulva) incluem o púbis, os lábios maior e menor do pudendo, o clitóris e o prepúcio, as estruturas no vestíbulo e o períneo (RICCI, 2019, p.68).

Figura 01 - Órgão genital feminino externo.



Fonte: Ricci (2019, p.68)

Monte do púbis

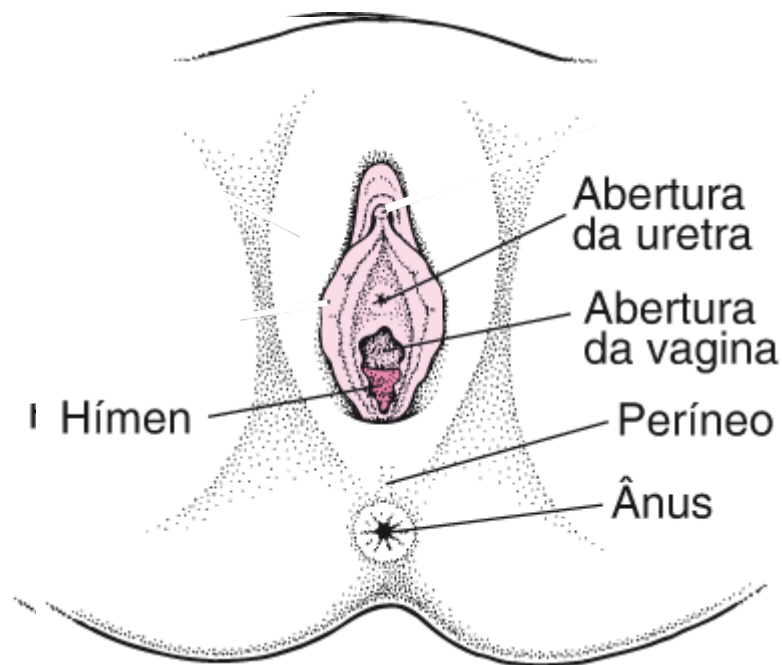
O monte do púbis é a proeminência carnuda arredondada e elevada, formada por tecido adiposo, que se situa sobre a sínfise púbica (RICCI, 2019).

Lábios do pudendo

Os grandes lábios (ou lábios maiores do pudendo, segundo a Terminologia Anatômica), que são relativamente grandes e carnudos, são comparáveis ao escroto no sexo masculino. Sua função é proteger a abertura vaginal e fornecer amortecimento durante a atividade sexual (RICCI, 2019).

Os pequenos lábios (ou lábios menores do pudendo, segundo a Terminologia Anatômica) consistem em uma delicada prega interna de pele, sem pelos; podem ser muito pequenos ou ter até 5 cm de largura. Esses lábios envolvem a abertura vaginal e se estendem para cima para formar proteção em torno do clitóris e da uretra. São muito vascularizados e inervados (RICCI, 2019).

Figura 02 - Órgão genital feminino externo.



Fonte: MSD (2019).

Vestíbulo da vagina

O vestibulo da vagina é uma área oval cercada pelos pequenos lábios ou lábios menores do pudendo lateralmente. Está localizado internamente aos pequenos lábios e externamente ao hímen e é perfurado por seis aberturas. Abrem-se no vestibulo a uretra a partir da bexiga, a vagina e dois conjuntos de glândulas. A abertura para a vagina é chamada de introito e a área em forma de meia-lua atrás da abertura é chamada de fúrcula (RICCI, 2019).

O óstio da vagina é cercado pelo hímen. O hímen é um tecido elástico resistente e perfurado, recoberto pela mucosa que reveste todo o introito vaginal. Em uma mulher virgem, o hímen pode cobrir totalmente a abertura, mas habitualmente envolve o óstio como um anel resistente (RICCI, 2019).

Períneo

O períneo é a parte mais posterior dos órgãos genitais femininos externos. Essa região externa está localizada entre a vulva e o ânus. O períneo é composto

por pele, músculo e fáscia. O períneo pode ser lacerado ou incisado durante o parto e pode precisar ser reparado com suturas. (RICCI, 2019).

Clitóris e prepúcio do clitóris

O clitóris é uma pequena massa cilíndrica de tecido erétil e nervos. É extremamente sensível e é análogo à cabeça do pênis. Entretanto, diferentemente do pênis, a função do clitóris é puramente erógena. A maioria dos componentes do clitóris situa-se sob a pele e o tecido conjuntivo da vulva (RICCI, 2019).

Está localizado na junção anterior dos pequenos lábios ou lábios menores do pudendo. Acima e abaixo dele existem pregas. A união das pregas acima do clitóris forma o prepúcio do clitóris, uma estrutura semelhante a um capuz que recobre todo o clitóris (RICCI, 2019).

Figura 03 – A estrutura do Clitóris

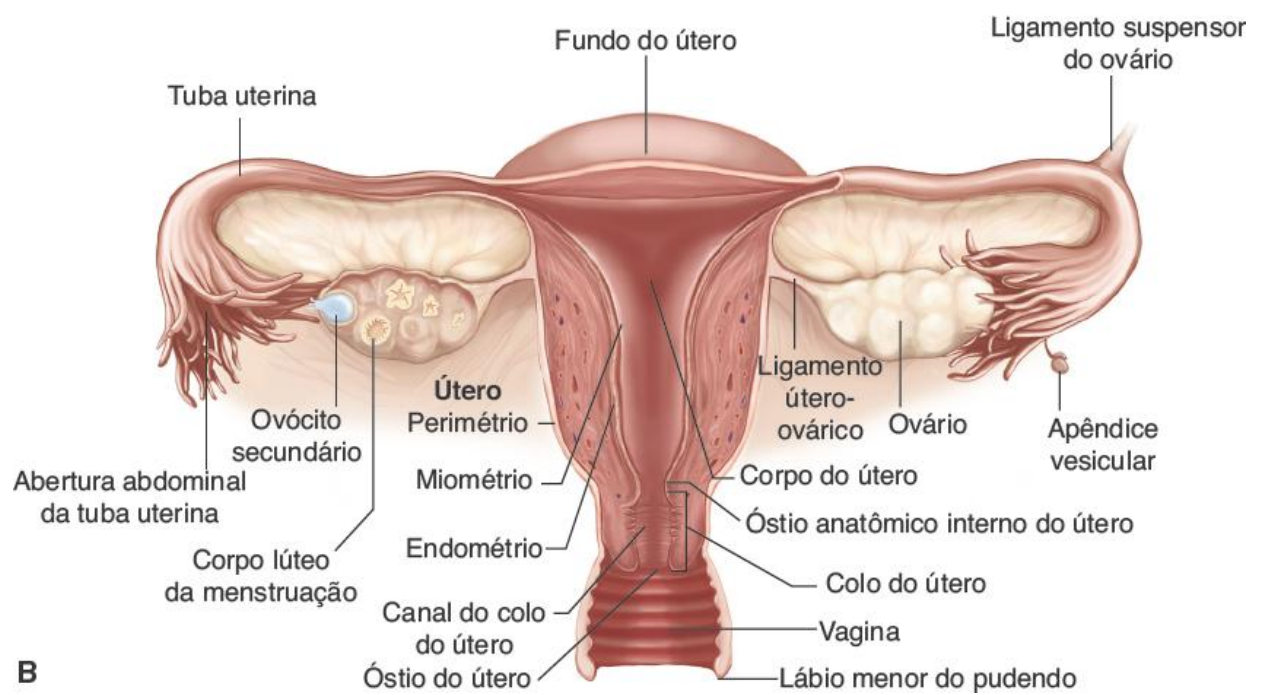


ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS INTERNOS

Os órgãos genitais femininos internos são a vagina, o útero, as tubas uterinas (trompas de Falópio) e os ovários (Figura 04). Essas estruturas se desenvolvem e atuam de acordo com as influências hormonais específicas que afetam a fertilidade e a gravidez (RICCI, 2019).

Figura 04 - Órgãos genitais femininos internos. A. Vista lateral. B. Vista anterior





Vagina

A vagina é um canal muito distensível e está situada em frente ao reto e por trás da bexiga. É um órgão fibromuscular tubular, revestido por mucosa que se encontra em uma série de pregas transversais chamadas rugas vaginais. As rugas vaginais possibilitam a extrema dilatação do canal durante o trabalho de parto e o parto (RICCI, 2019).

A vagina é o canal que liga os órgãos genitais externos (vulva) ao colo do útero. Recebe o pênis e os espermatozoides ejaculados durante a relação sexual e serve como passagem de saída para o sangue menstrual e para o feto durante o parto.

As paredes anterior e posterior normalmente se tocam, de modo que não há espaço na vagina, exceto quando aberta (p. ex., durante um exame pélvico ou na relação sexual). Na mulher adulta, a cavidade vaginal tem 7 a 10 cm de comprimento (RICCI, 2019).

Os músculos que controlam o seu diâmetro circundam o terço inferior da vagina. Os dois terços superiores da vagina encontram-se acima desses músculos e podem ser facilmente esticados (RICCI, 2019).

Durante os anos férteis da mulher, o revestimento da mucosa da vagina tem aspecto corrugado e é resistente à colonização bacteriana. A vagina tem um ambiente ácido, que constitui uma proteção contra infecções ascendentes. A antibioticoterapia, o uso de duchas, os sprays de higiene do períneo e os desodorantes vaginais comprometem o equilíbrio ácido no ambiente vaginal e podem predispor a infecções (RICCI, 2019).

Útero

O útero é um órgão muscular localizado na parte superior da vagina. Encontra-se atrás da bexiga e na frente do reto. Está ancorado em sua posição por oito ligamentos, embora não esteja firmemente preso ou aderido a qualquer parte do esqueleto (RICCI, 2019).

A bexiga cheia inclina o útero para trás; o reto dilatado o inclina para a frente. A posição do útero é modificada pela ação da gravidade ou por mudança de postura. O útero tem o tamanho e o formato de uma pera invertida. É o local onde ocorre a menstruação, o recebimento de um oócito fertilizado, o desenvolvimento do feto durante a gestação e a contração para ajudar na expulsão do feto e da placenta (RICCI, 2019). Antes da primeira gravidez, tem aproximadamente 3 cm de comprimento, 2 cm de largura e 1 cm de espessura. Depois de uma gestação, o útero permanece maior do que antes da gravidez. Após a menopausa, torna-se menor e atrofia (RICCI, 2019).

A parede do útero é relativamente espessa e composta por três camadas: endométrio (camada mais interna), miométrio (camada muscular do meio) e perimétrio (camada serosa exterior que recobre o corpo do útero). O endométrio

é a camada mucosa que reveste a cavidade uterina em mulheres não grávidas. Sua espessura varia de 0,5 a 5 mm e conta com um suprimento abundante de glândulas e vasos sanguíneos (TAMBOURET; WILBUR, 2015 apud RICCI, 2019).

O miométrio compõe a maior porção do útero e é composto de músculo liso ligado por tecido conjuntivo a diversas fibras elásticas. Durante a gestação, o miométrio superior sofre hipertrofia acentuada, mas há poucas mudanças no conteúdo muscular do colo do útero (RICCI, 2019).

As subdivisões anatômicas do útero incluem a porção convexa acima das tubas uterinas (o fundo do útero); a porção central (o corpo do útero) entre o fundo e o colo do útero; e o colo do útero, o qual se abre para a vagina (RICCI, 2019).

Colo do útero

O colo do útero, a parte inferior do útero, abre-se para a vagina e tem um canal que possibilita a penetração dos espermatozoides no útero e a saída da secreção menstrual. É composto por tecido conjuntivo fibroso. Durante o exame pélvico, a parte do colo do útero que se projeta para a extremidade superior da vagina pode ser visualizada (RICCI, 2019).

Tal como a vagina, essa parte do colo do útero é recoberta por mucosa, que é lisa, firme e em forma de anel, com uma abertura central visível chamada de óstio do útero (RICCI, 2019).

Antes do parto, o óstio do útero é uma pequena abertura regular oval. Após o parto, a abertura é convertida em uma fenda transversal que se assemelha a lábios. Exceto durante a menstruação ou a ovulação, o colo do útero geralmente funciona como uma boa barreira contra bactérias. O colo do útero tem um meio alcalino que protege o espermatozoide do ambiente ácido da vagina (RICCI, 2019).

Tubas uterinas

As tubas uterinas, anteriormente chamadas de trompas de Falópio e também conhecidas como ovidutos, são estruturas cilíndricas ocas que se estendem por 5 a 7 cm a partir das bordas superiores do útero em direção aos ovários. Cada tuba uterina tem cerca de 7 a 10 cm e aproximadamente 0,7 cm de diâmetro (RICCI, 2019). A extremidade de cada um dos alargamentos das tubas tem a forma de funil, proporcionando uma grande abertura para o ovo cair quando é liberado do ovário. As tubas uterinas conduzem o oócito do ovário até o útero e os espermatozoides do útero ao ovário (RICCI, 2019).

Ovários

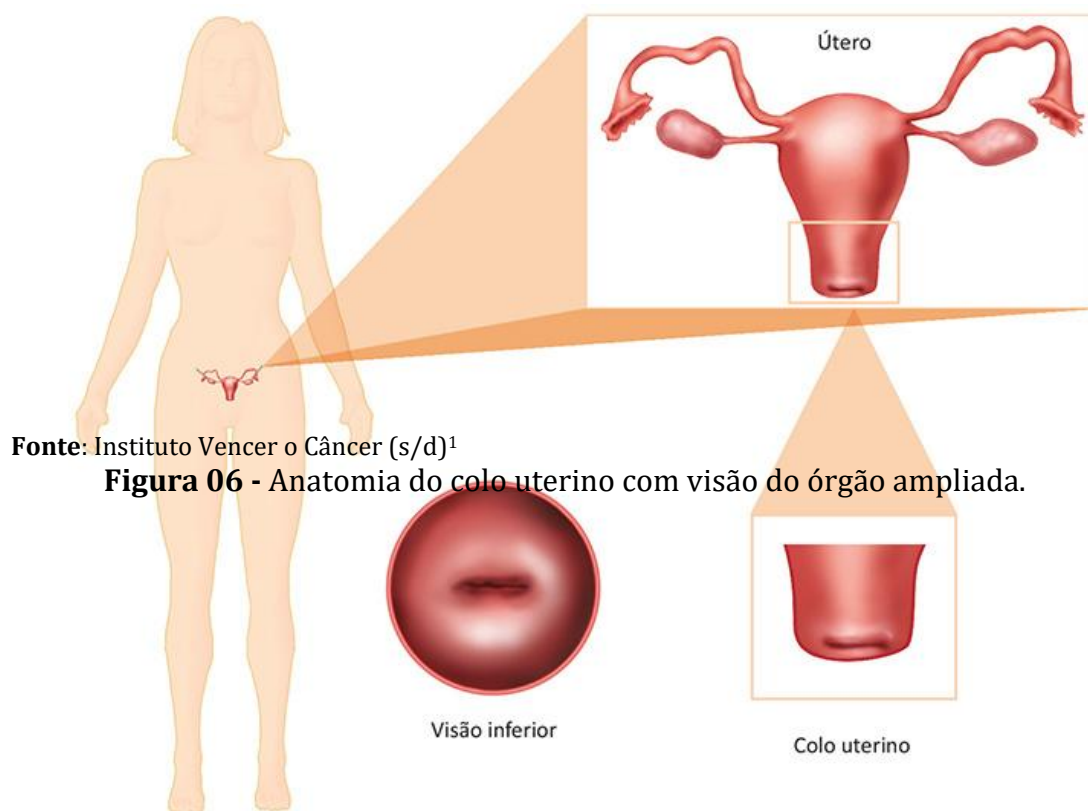
Os ovários são um par de glândulas semelhantes a amêndoas com casca e são os órgãos da produção de gametas na mulher. Ficam localizados na cavidade pélvica abaixo e de cada lado do umbigo (RICCI, 2019).

Geralmente são oblongos, de cor pérola e têm uma superfície irregular. São homólogos aos testículos. Cada ovário pesa 2 a 5 g e mede cerca de 4 cm de comprimento, 2 cm de largura e 1 cm de espessura (JONES; LOPEZ, 2014 apud RICCI, 2019).

Os ovários não estão ligados às tubas uterinas, mas estão suspensos nas proximidades por vários ligamentos, que ajudam a mantê-los na posição. O desenvolvimento e a liberação do oócito e a secreção dos hormônios estrogênio e progesterona são as duas funções primárias do ovário (RICCI, 2019).

Os ovários conectam o sistema genital ao sistema de glândulas endócrinas do corpo, já que produzem os oócitos e secretam, de modo cíclico, os hormônios sexuais femininos estrogênio e progesterona. Depois que um oócito se matura, ele passa para as tubas uterinas (RICCI, 2019).

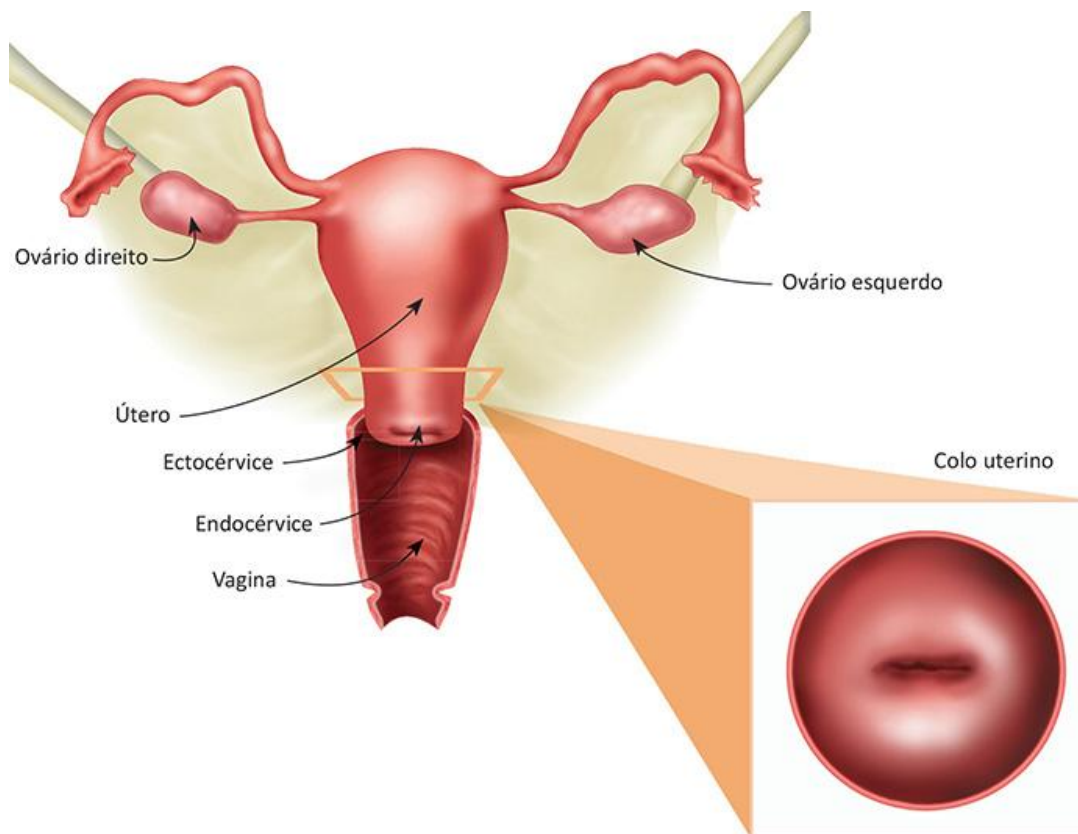
Figura 05 - Localização do colo uterino, tubas e ovários.



Fonte: Instituto Vencer o Câncer (s/d)¹

Figura 06 - Anatomia do colo uterino com visão do órgão ampliada.

¹ INSTITUTO VENCER O CÂNCER. Câncer de colo do útero: o que é?. O que é?. s/d. Disponível em: <https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-uterino/cancer-de-colo-do-uterio-o-que-e/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

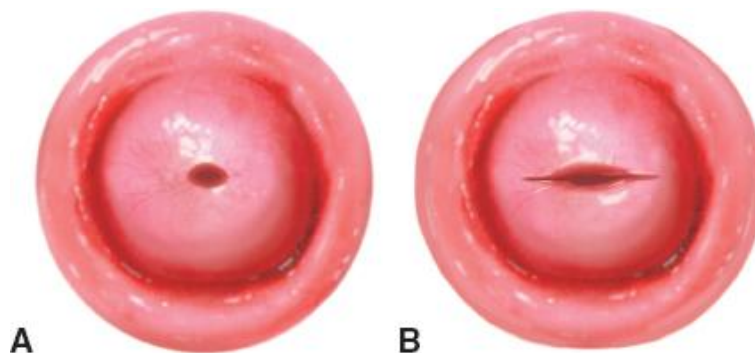


Fonte: Instituto Vencer o Câncer (s/d)²

Ectocérvice: A parte que está em contato com a vagina.

Endocérvice: epitélio da parte interna do colo de útero

Figura 07 – A. Óstio do colo do útero de uma mulher nulípara.
B. Óstio do colo do útero de uma mulher múltípara



Fonte: Ricci (2019, p. 71)

Nulípara: A mulher que nunca teve filhos.

Múltípara: A mulher que já teve mais de um filho ou a mulher que pode parir mais de um bebê por vez.

Mamas

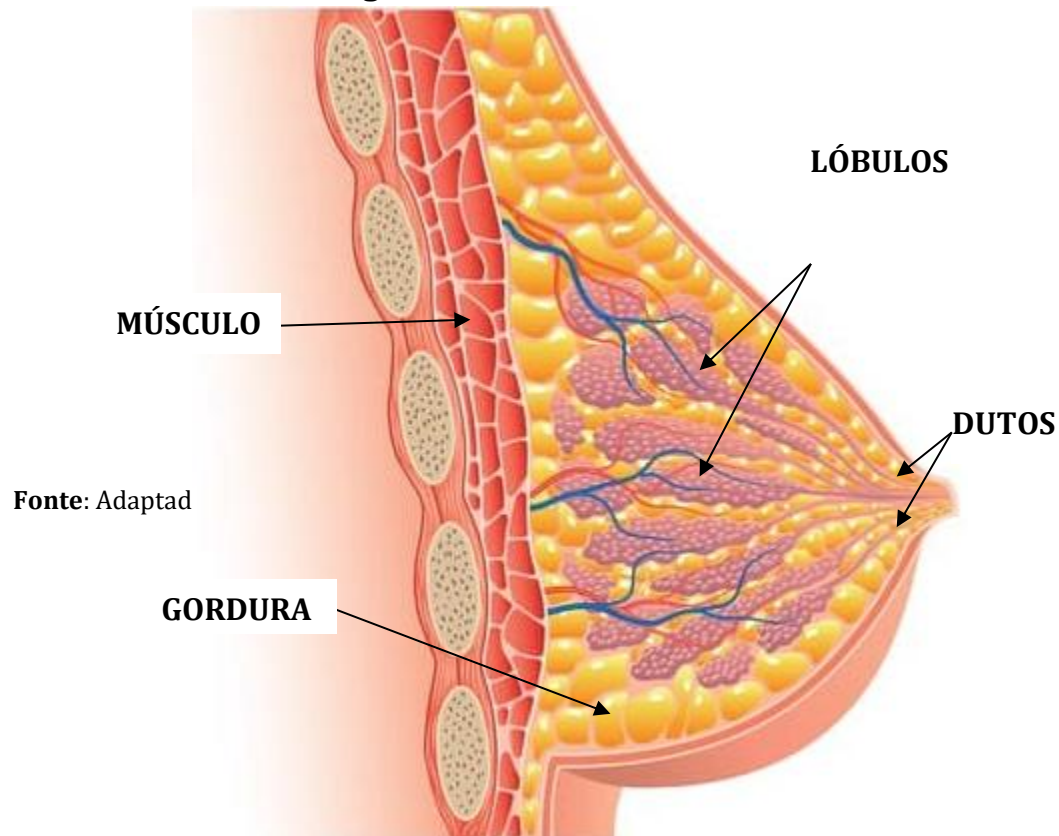
As duas glândulas mamárias, ou mamas, são órgãos acessórios do sistema genital feminino, especializadas em secretar leite após a gestação. Elas estão

² INSTITUTO VENCER O CÂNCER. Câncer de colo do útero: o que é?. O que é?. s/d. Disponível em: <https://vencerocancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-uterino/cancer-de-colo-do-uterino-o-que-e/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

localizadas sobre os músculos peitorais maiores e estendem-se da 2ª à 6ª costela e do esterno à axila. Cada mama tem um mamilo localizado perto de sua extremidade, o qual é rodeado por uma área circular de pele pigmentada denominada aréola.

Cada mama é composta por aproximadamente nove lobos (o número pode variar de 4 a 18), que contêm glândulas (alveolares) e um ducto (lactífero) que leva ao mamilo e se abre para o exterior. Os lóbulos são separados por tecidos conjuntivos denso e adiposo, o que também ajuda a suportar o peso das mamas (KANDEEL, 2014 apud RICCI, 2019, p. 72).

Figura 07 - Anatomia das mamas.



Fonte: Adaptad

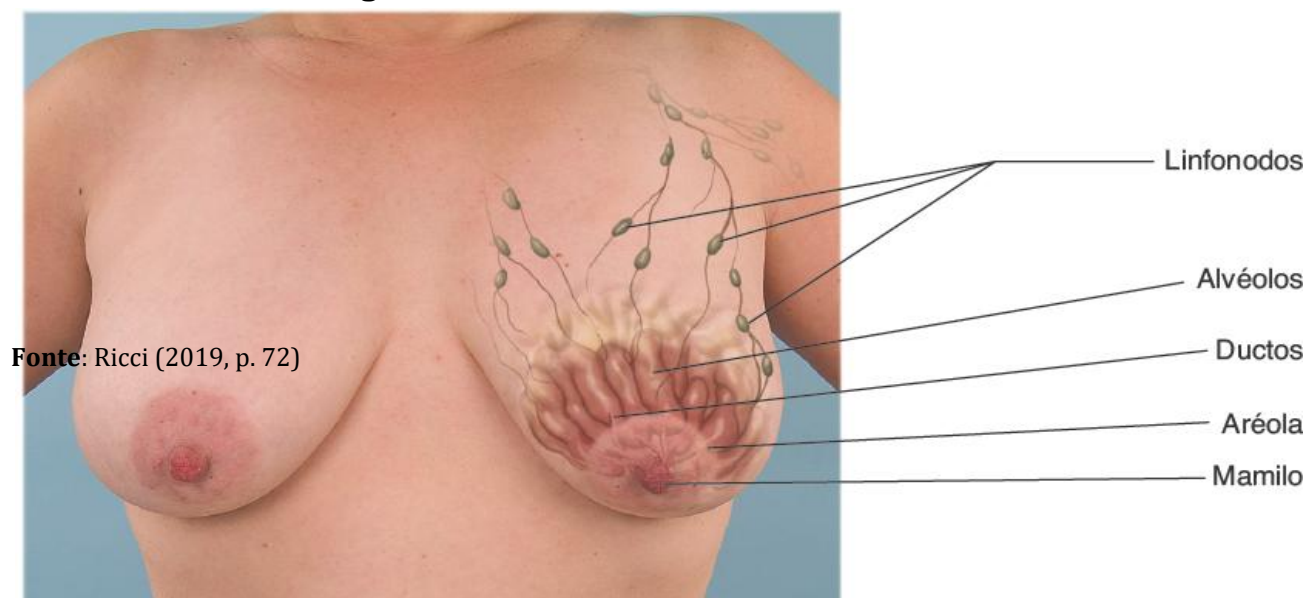
³ MARIANA VARELLA (São Paulo) (ed.). Mamas. s/d. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/corpo-humano/mamas/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

Durante a gestação, o estrogênio e a progesterona placentários estimulam o desenvolvimento das glândulas mamárias. Graças a essa atividade hormonal, as mamas podem duplicar de tamanho durante a gravidez. Ao mesmo tempo, o tecido glandular substitui o tecido adiposo das mamas (RICCI, 2019, p. 72).

Após o parto e a expulsão da placenta, os níveis de hormônios placentários (progesterona e lactogênio placentário) caem rapidamente, e a ação da prolactina (hormônio produtor de leite) não é mais inibida. A prolactina estimula a produção de leite alguns dias após o parto; nesse ínterim, é secretado um líquido amarelo-escuro chamado colostro (RICCI, 2019, p. 72).

O colostro contém mais minerais e proteínas, mas menos açúcar e gordura, do que o leite materno maduro. A secreção de colostro pode continuar por cerca de 1 semana após o parto, com conversão gradual ao leite maduro. O colostro é rico em anticorpos maternos, especialmente a imunoglobulina A (IgA), que oferece proteção ao recém-nascido contra patógenos entéricos (RICCI, 2019, p. 72).

Figura 08 - Anatomia das mamas.



O ciclo reprodutivo feminino é um processo complexo que envolve uma série intrincada de secreções e reações químicas para produzir o potencial de fertilidade e nascimento. O **ciclo reprodutivo feminino** é um termo geral que inclui o ciclo **ovariano**, o ciclo **endometrial** (uterino), as **alterações hormonais** que os regulam e as **alterações cíclicas** nas mamas (RICCI, 2019, p. 73).

O endométrio, os ovários, a hipófise e o hipotálamo estão envolvidos nas alterações cíclicas que ajudam a preparar o corpo para a fertilização. A ausência de fertilização resulta em menstruação, a descamação mensal do revestimento uterino. A menstruação (descamação do endométrio) marca o início e o fim do ciclo menstrual. A menopausa é a cessação natural dos ciclos menstruais (RICCI, 2019, p. 72).

CICLO OVARIANO

O ciclo ovariano é uma série de eventos associados ao desenvolvimento de um oócito nos ovários. Enquanto os homens fabricam espermatozoides diariamente, muitas vezes até uma idade avançada, as mulheres nascem com um número predeterminado de oócitos que são liberados dos ovários gradualmente ao longo dos anos férteis (RICCI, 2019, p. 73).

No ovário feminino existem 1 milhão de oócitos ao nascimento, e cerca de 200 a 400 mil folículos ainda existem por ocasião da puberdade. Tipicamente, uma mulher libera um oócito por mês ao longo de uma vida fértil de aproximadamente 40 anos. Isso representa a perda de 400 a 500 folículos. Aos 35 anos, ela terá menos de 100.000 folículos e, na menopausa, sua reserva de folículos estará quase esgotada (JONES; LOPEZ, 2014 apud RICCI, 2019, p. 73).

O ciclo ovariano consiste em três fases: a fase folicular, a ovulação e a fase lútea (RICCI, 2019, p. 73).

Fase folicular

Esta fase é assim chamada porque é quando os folículos do ovário crescem e formam um oócito maduro. O objetivo desta fase é produzir um oócito para fertilização. Começa no primeiro dia do ciclo menstrual e continua até a ovulação, aproximadamente 10 a 14 dias mais tarde (RICCI, 2019, p. 74).

A fase folicular não tem duração consistente por causa das variações no tempo de desenvolvimento folicular. Essas variações são responsáveis pelas diferenças na duração do ciclo menstrual (SHERWOOD, 2016 apud RICCI, 2019, p. 74).

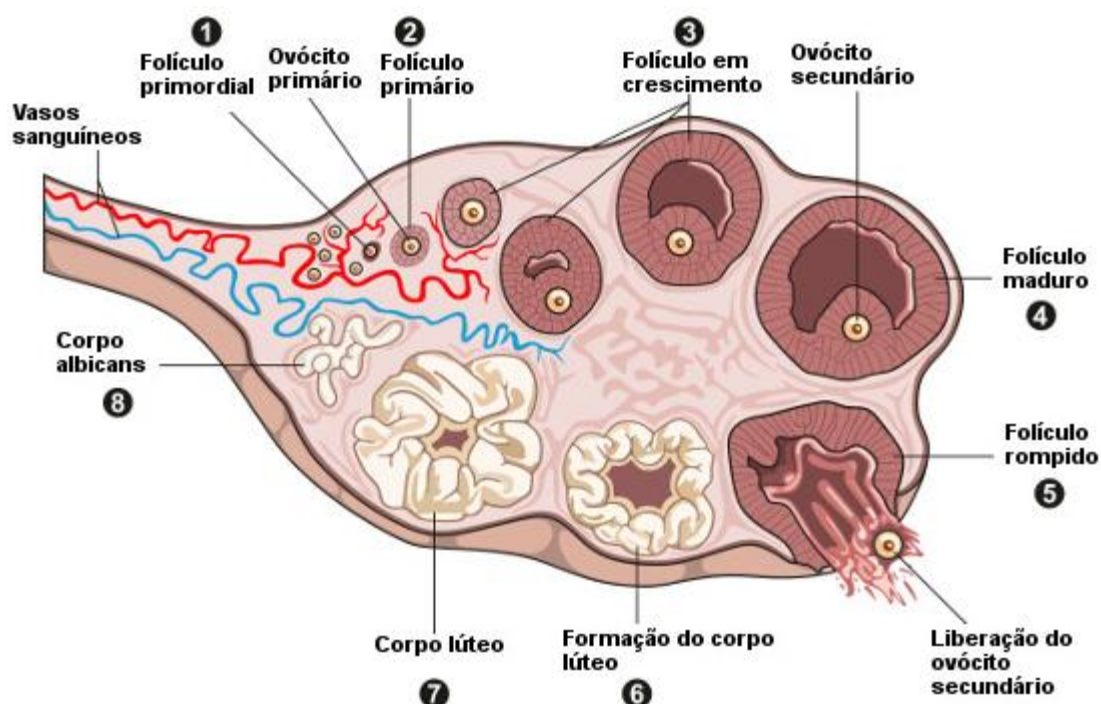
O hipotálamo é o iniciador dessa fase. O aumento dos níveis de estrogênio secretado pelas células foliculares em maturação e o crescimento contínuo das células do folículo dominante induzem à proliferação do endométrio e do

miométrio. Esse espessamento da mucosa uterina suporta o oócito implantado em caso de gravidez (RICCI, 2019, p. 74).

Fase ovulatória

Na ovulação, um folículo maduro se rompe em resposta à salva de LH, liberando um oócito maduro. Nenhum evento isolado causa ovulação. Habitualmente, isso ocorre no 14^o dia de um ciclo de 28 dias. Quando ocorre a ovulação, há queda nos níveis de estrogênio. A única constante, independentemente de o ciclo da mulher ter 28 ou 120 dias, é que a ovulação ocorre 14 dias antes da menstruação (HOUSMAN; ODUM, 2016 apud RICCI, 2019, p. 74).

Figura 09 – Processo de Ovulação (visão interna dos ovários)



Fonte: Vanessa Sardinha dos Santos (2020)⁴

Fase lútea

A fase lútea começa com a ovulação e dura até a fase menstrual do ciclo seguinte. Tipicamente, ocorre entre o 15º e o 28º dias de um ciclo de 28 dias. Depois que o folículo se rompe e o oócito é liberado, ele se fecha e forma um corpo lúteo (RICCI, 2019, p. 74).

No início da fase lútea, a progesterona induz as glândulas endometriais a secretar glicogênio, muco e outras substâncias. Essas glândulas se tornam tortuosas e têm grandes lumens, em decorrência do aumento da atividade secretora. A progesterona secretada pelo corpo lúteo faz com que a temperatura do corpo suba discretamente até o início do período seguinte (RICCI, 2019, p. 74).

Se não houver fertilização, o corpo lúteo começará a degenerar e, conseqüentemente, os níveis de hormônios ovarianos diminuirão. Conforme os níveis de estrogênio e progesterona diminuem, o endométrio involui. Em um ciclo de 28 dias, a menstruação começa aproximadamente 14 dias após a ovulação se não ocorrer gravidez (RICCI, 2019, p. 74).

⁴ VANESSA SARDINHA DOS SANTOS (São Paulo). Uol - Mundo Educação (comp.). **Ovulação**: o que é, sintomas e ciclo ovariano. O que é, sintomas e ciclo ovariano. 2020. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/biologia/ovulacao.htm>. Acesso em: 02 jun. 2020.

Figura 10 - Ciclo Menstrual (uterino)



Fonte: Lana Magalhães (2018)⁵

CICLO ENDOMETRIAL (UTERINO)

O ciclo endometrial ocorre em resposta às mudanças hormonais cíclicas. As quatro fases do ciclo endometrial são proliferativa, secretora, isquêmica e menstrual (RICCI, 2019, p. 75).

Fase proliferativa

A fase proliferativa do ciclo endometrial corresponde à fase folicular do ciclo ovariano. Começa com o aumento das glândulas endometriais em resposta aos níveis crescentes de estrogênio. Os vasos sanguíneos dilatam e a espessura do endométrio aumenta drasticamente de 0,5 para 5 mm de altura, aumentando em oito vezes a espessura em preparação para a implantação do óócito fertilizado (OYELOWO; JOHNSON, 2016 apud RICCI, 2019, p. 75).

A fase proliferativa começa em torno do quinto dia do ciclo menstrual e dura o tempo da ovulação. Essa fase depende da estimulação do estrogênio

⁵ LANA MAGALHÃES. Menstruação: o que é, ciclo e ovulação. o que é, ciclo e ovulação. 2018. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/menstruacao/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

resultante dos folículos ovarianos e coincide com a fase folicular do ciclo ovariano (RICCI, 2019, p. 75).

Fase secretora

A fase secretora começa na ovulação, cerca de 3 dias antes da menstruação seguinte. Sob a influência da progesterona liberada pelo corpo lúteo após a ovulação, o endométrio torna-se mais espesso e mais vascularizado (crescimento das artérias espirais) e glandular (secreção de mais glicogênio e lipídios). Essas drásticas mudanças ocorrem em preparação para a implantação, se ela vier a ocorrer (RICCI, 2019, p. 75).

Essa fase dura tipicamente do 15º dia (após a ovulação) até o 28º dia e coincide com a fase lútea do ciclo ovariano. Se não ocorrer fertilização até o 23º dia do ciclo menstrual, o corpo lúteo começará a degenerar e, conseqüentemente, os níveis de hormônios ovarianos diminuirão. Conforme os níveis de estrogênio e progesterona diminuem, o endométrio involui (RICCI, 2019, p. 75).

Fase isquêmica

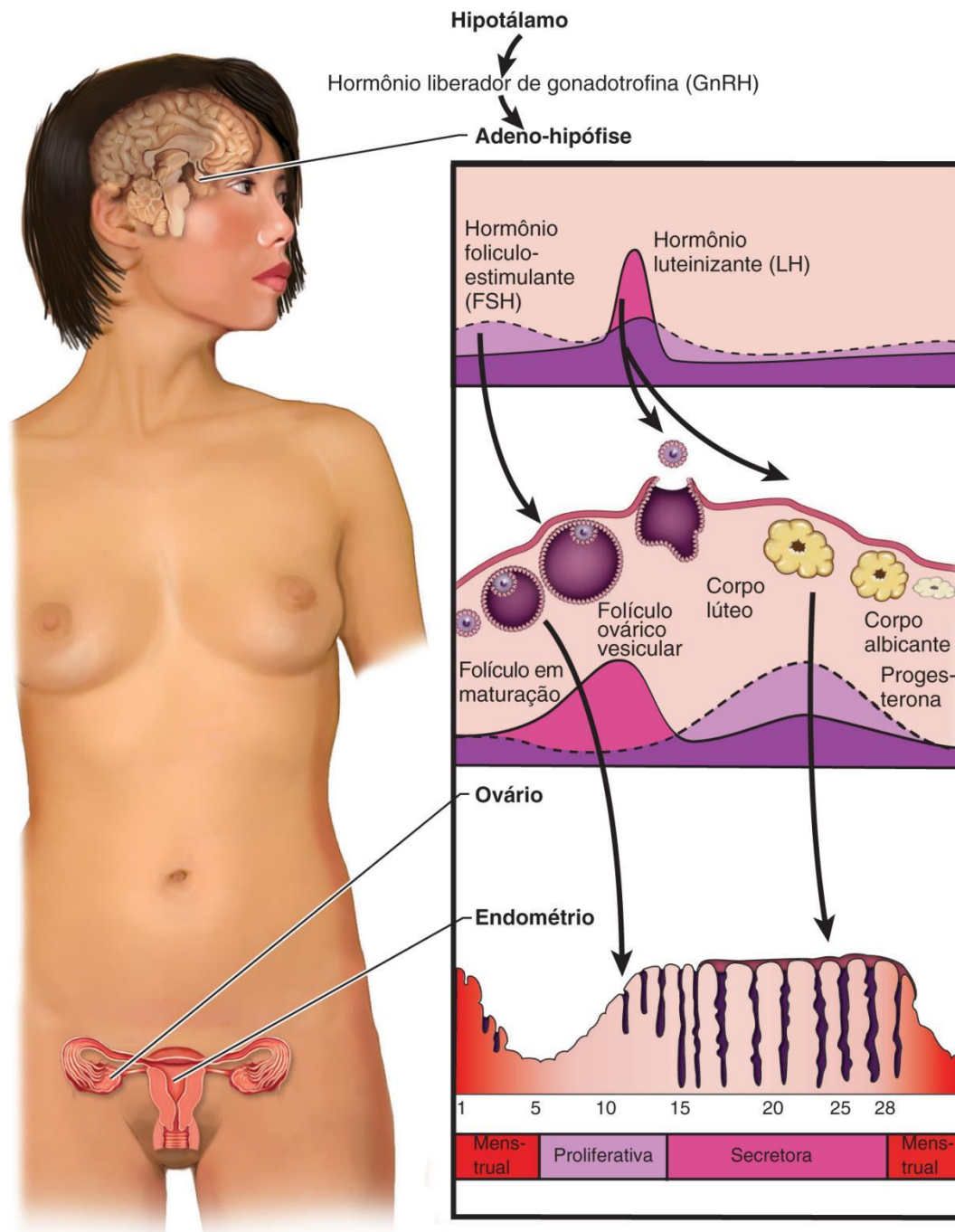
Se não ocorrer fertilização, começará a fase isquêmica. Os níveis de estrogênio e progesterona caem bruscamente durante essa fase, conforme o corpo lúteo começa a degenerar. Ocorrem alterações no endométrio, com espasmos das arteríolas, resultando em isquemia da camada basal. A isquemia leva à descamação do endométrio até a camada basal, e começa o fluxo menstrual (RICCI, 2019, p. 75).

Fase menstrual

A fase menstrual começa com a ruptura das artérias espiraladas secundariamente a isquemia, liberando sangue para o útero, e começa a descamação do revestimento endometrial. Se a fecundação não ocorrer, o corpo lúteo degenerará. Como resultado, os níveis de estrogênio e de progesterona caem e o revestimento endometrial espessado descama da parede uterina e desce pela vagina (RICCI, 2019, p. 75).

O início do fluxo menstrual marca o fim de um ciclo menstrual e o início de um novo. A maioria das mulheres relata que o sangramento menstrual ocorre por média de 3 a 7 dias. O volume de fluxo menstrual varia, mas o volume médio é de 30 mL, variando de 20 a 75 mL por ciclo. A menstruação tem muitos efeitos sobre as meninas e mulheres, incluindo questões emocionais e de autoimagem (RICCI, 2019, p. 75).

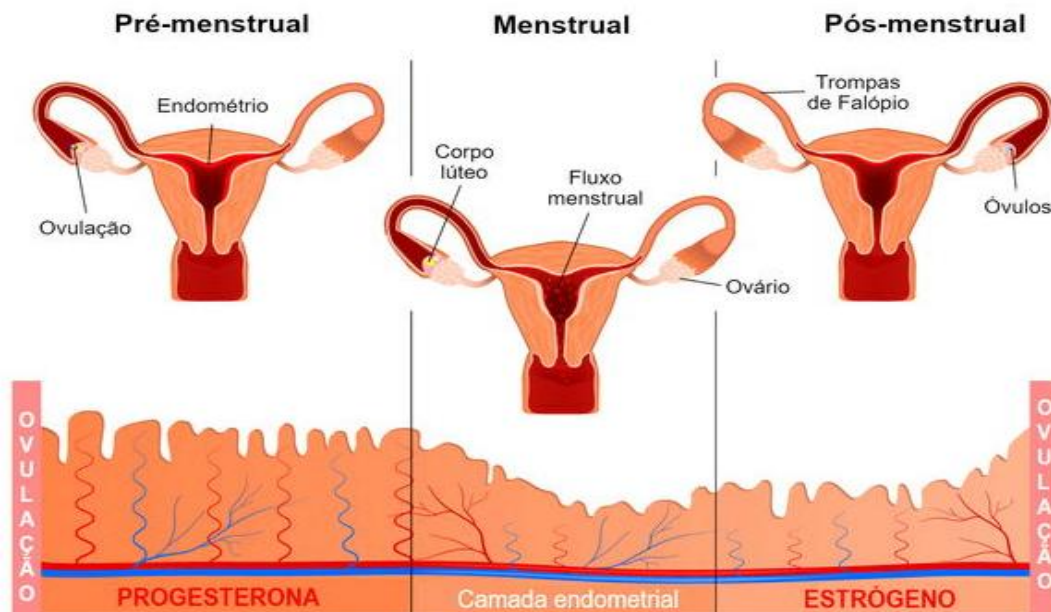
Figura 11 – Resumo do ciclo menstrual tendo como base um ciclo menstrual de 28 dias (médio).



Fonte: Ricci (2019, p. 74).

Figura 12 – Resumo Ciclo Menstrual e a liberação dos hormônios (progesterona e estrógeno)

Fonte: Lana Magalhães (2018)⁶



Tópico 1.2: Mecanismo do parto

CONSTRUINDO O PLANO DE PARTO

O plano de parto trata-se de um instrumento de comunicação entre gestantes e profissionais da saúde, criado e introduzido por educadores pré-natais em 1970, sendo que sua utilização é incentivada pela OMS desde 1996, visando a autonomia e participação da gestante e/ou casal frente às tomadas de decisões da equipe, em relação ao trabalho de parto e parto. Por meio deste documento, é possível que a equipe de saúde da maternidade conheça as preferências e expectativas sobre o cuidado que gostariam de receber nesse período (MEDEIROS et al., 2019 apud GARCIA, 2019, p. 162).

O plano de parto está intimamente relacionado às ações educativas individuais e/ou grupais durante o Pré-Natal, sendo necessário um conhecimento da gestante e/ou casal sobre os tipos de parto, riscos, benefícios, bem como de todos os processos que envolvem o trabalho de parto e parto, possibilitando a participação e autonomia nas escolhas e decisões (GOMES et al., 2017 apud GARCIA, 2019, p. 162).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE), também denominada processo de enfermagem, é uma atividade privativa do enfermeiro que orienta os trabalhos de toda a equipe de enfermagem (MURTA, 2012 apud SARTORI, 2019, p. 247).

⁶ LANA MAGALHÃES. Menstruação: o que é, ciclo e ovulação. o que é, ciclo e ovulação. 2018. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/menstruacao/>. Acesso em: 02 jun. 2020.

Uma vez diagnosticado o trabalho de parto em sua fase ativa, o enfermeiro obstétrico deve internar a paciente e levá-la à sala de parto, um processo que envolve realizar uma escuta qualificada sobre as queixas da paciente, a história da gestação, o passado obstétrico, as patologias associadas, o uso de medicamentos, o grupo sanguíneo, a movimentação fetal, a ausculta cardíaca materno-fetal, verificar os sinais vitais, mensurar a altura do fundo uterino e avaliar a atividade uterina (BRASIL, 2012 apud SARTORI, 2019, p. 254).

De acordo com o livro Diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): definições e classificações 2015-2017, são exemplos de possíveis diagnósticos de enfermagem à gestante em trabalho de parto (NANDA INTERNATIONAL, 2015 apud SARTORI, 2019, p. 248):

- dor no trabalho de parto relacionado à dilatação cervical evidenciado por contração uterina e expressão facial de dor;
- conforto prejudicado relacionado à controle situacional insuficiente evidenciado por relato de sensação de desconforto e incapacidade de relaxar;
- ansiedade associada a mudanças importante na função do papel evidenciada por apreensão, incerteza, medo e preocupação;
- medo relacionado à ausência de familiaridade com o local evidenciado por relato de apreensão, autossegurança diminuída, pressão sanguínea aumentada e transpiração aumentada.

Posteriormente, faz-se o planejamento, que consiste nas intervenções de enfermagem, resultado da observação do diagnóstico de enfermagem, avaliando as alterações, as necessidades e o grau de dependência da paciente. Logo em seguida, realiza-se a fase da implantação, ou seja, a prescrição de enfermagem, em que se efetiva o plano de assistência à saúde por meio do roteiro aprazado, que sistematiza a ação e as atividades da equipe de enfermagem na execução dos cuidados específicos para cada paciente (MURTA, 2012 apud SARTORI, 2019, p. 248). A prescrição de enfermagem para uma gestante em trabalho de parto consistiria em:

- verificar os sinais vitais materno;
- monitorar a evolução do parto
- avaliar a dinâmica uterina registrando sua frequência, duração e intensidade;
- monitorar os batimentos cardíacos fetais;
- oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor (deambulação, massagem, banho de aspersão, bola suíça, aromaterapia, etc.);
- registrar a evolução do trabalho de parto;
- monitorar o partograma;
- proteger o períneo durante o nascimento;
- administrar os medicamentos prescritos;
- observar os sinais e sintomas após a administração dos medicamentos;
- incentivar e dar apoio à paciente (SARTORI, 2019, p. 248-249).

Por fim, dá-se a evolução de enfermagem, que consiste em relatar as alterações consecutivas que ocorreram na paciente durante o momento em que ela está sob assistência profissional (SARTORI, 2019, p. 249).

PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

1º período clínico — período de dilatação

Essa etapa, que abrange um intervalo de tempo entre contrações irregulares, passando a regulares, com modificações plásticas do colo uterino e a completa dilatação deste, divide-se em: latente e ativa (SARTORI, 2019, p. 254).

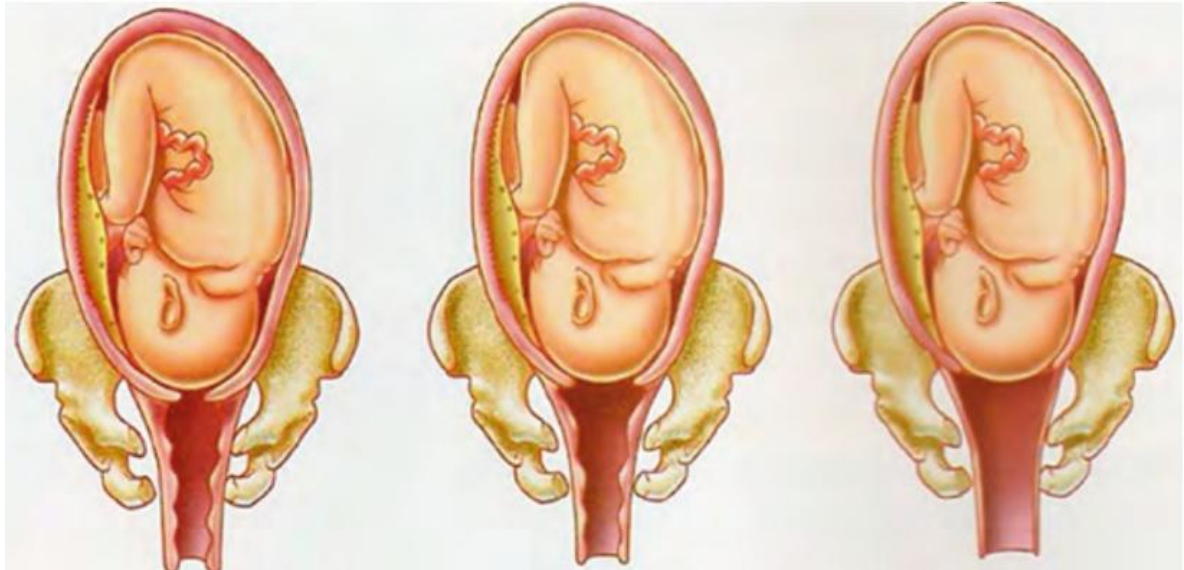
Na fase latente, de duração variável e que se caracteriza pela lenta dilatação do colo uterino (até 3 cm), a atividade uterina torna-se mais regular e intensa, podendo acontecer 3 (três) contrações a cada 10 minutos, embora a dilatação cervical e as queixas dolorosas não cheguem a provocar alterações significativas (SARTORI, 2019, p. 254).

Entre a fase latente e a ativa, temos a fase de transição, momento em que as contrações se intensificam até a completa dilatação de 10 cm e a descida fetal, e no qual as mulheres normalmente apresentam mais ansiedade e relatam dor intensa (SARTORI, 2019, p. 254).

Na fase ativa, as contrações uterinas se tornam mais intensas, podendo ocorrer 4 (quatro) contrações em 10 minutos, começando com 4 cm e terminando com 10 cm. Dura em média 8 horas, no caso das primíparas, e 5 horas, para multíparas (BRASIL, 2017), e é composta por três estágios: 1. Estágio de aceleração — a dilatação começa progressivamente. 2. Estágio de inclinação máxima — aumenta-se a velocidade da dilatação. 3. Estágio de desaceleração — coincide com o fim da dilatação (SARTORI, 2019, p. 254).

Dilatação cervical: à medida que o pequeno orifício no centro do colo uterino inicia sua abertura, pode-se medir a dilatação com a ponta um dedo (± 1 cm) e, depois, com os dois dedos, passando-se a fazer a medição sempre com esses dois dedos. O padrão para dilatação total é de 10 cm, porém se percebe que o parto é possível quando, no toque, sente-se a cabeça do bebê, e não mais o colo (SARTORI, 2019, p. 256).

Figura 14 – Dilatação do colo do útero



Fonte: Sartori (2019, p. 256).

Membranas ovulares: ruptura espontânea no final da dilatação ou início da expulsão. O aspecto do líquido amniótico refere-se às características que indicam a vitalidade do feto (deve ser associado com a ausculta dos batimentos cardíacos fetais [BCF]).

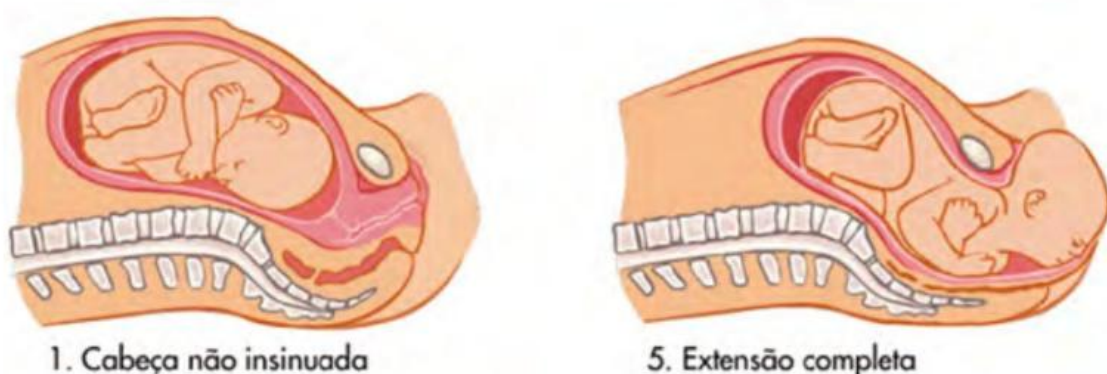
- Transparente: prematuridade.
- Opalescente: pós-data.
- Achocolatado: morte fetal.
- Sanguinolento: hemoâmnio.
- Esverdeado: mecônio; sofrimento fetal (SARTORI, 2019, p. 256).

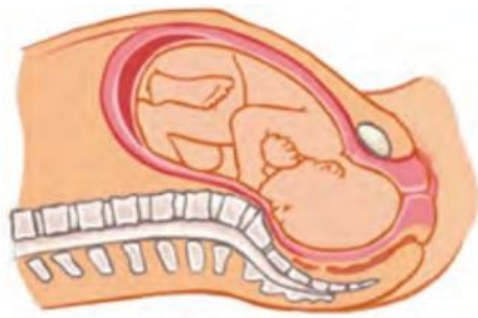
2º período clínico — período expulsivo

O parto natural ou vaginal não compromete o futuro reprodutivo da mulher, como acontece nas cesarianas, além de ser menos incidente em bebês prematuros. Um fator que garante que se trate de um momento tão importante é a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, o parto propriamente dito e o pós-parto imediato, aspecto garantido pela Lei no. 11.108 de 2015 (BRASIL, 2005 apud SARTORI, 2019, p. 259).

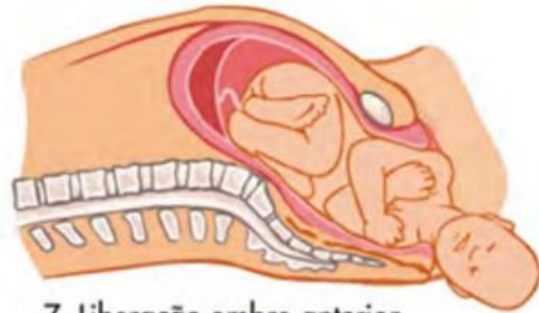
No período expulsivo, ocorrem fenômenos mecânicos, com a descida e a rotação da cabeça (comumente se inicia no período de dilatação e vai até o período expulsivo), além do desprendimento cefálico, da rotação externa, do desprendimento e da apresentação de todo o corpo do bebê (ANDERS et. al., 2013 apud SARTORI, 2019, p. 259).

Figura 15 – Fenômenos do parto

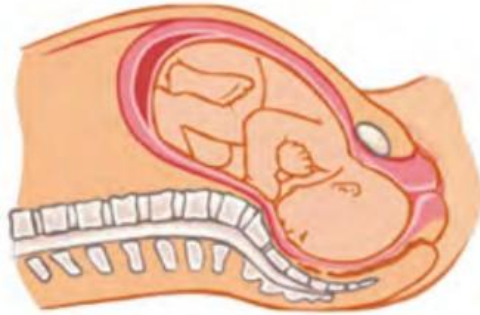




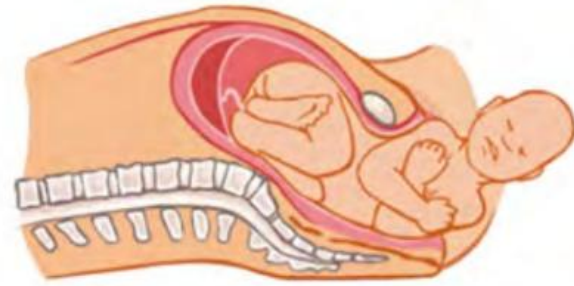
3. Rotação interna



7. Liberação ombro anterior



4. Rotação completa, início extensão



8. Liberação ombro posterior

3º período clínico — período de dequitação

Inicia com a expulsão fetal e sua finalização com a saída da placenta, com duração em média de até 30 minutos. A extração da placenta é realizada por meio da manobra de Jacobs, que envolve rotacionar delicadamente a placenta expulsa (torção axial) fazendo com que as membranas saiam em fuso (SARTORI, 2019, p. 259-260).

A descida da placenta vai do corpo do útero até a vagina e sua expulsão também provoca uma sensação de “puxo”, necessitando de esforços abdominais para sua saída completa. Entre os sinais de deslocamento da placenta, temos o útero em estado abaulado, o fundo uterino na altura da cicatriz umbilical, a descida progressiva do cordão umbilical, a sensação de peso no reto e a eliminação sanguínea (SARTORI, 2019, p. 260).

4º período clínico — período de Greenberg

O puerpério imediato corresponde à primeira hora após o secundamento, logo depois do qual deve ser realizada uma avaliação das partes moles e da placenta. Além disso, é preciso observar a hemostasia pós-parto, uma resposta fisiológica normal do corpo para prevenir e interromper o sangramento, que gera o miotamponamento, considerada a primeira defesa contra a hemorragia, e o trombotamponamento, que corresponde à formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, ocasionando um hematoma que recobre a ferida placentária (SARTORI, 2019, p. 260).

PARTO CESÁREA

O parto por cesariana é um método de cirurgia com um papel de grande importância na obstetrícia moderna como fator de diminuição da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Porém, é preciso controlar o número desses procedimentos feitos sem indicação precisa, já que se sabe que esse método cirúrgico, em comparação ao parto normal, aumenta o risco de maior morbidade e mortalidade materna e neonatal (SARTORI, 2019, p. 262-263).

As cesarianas têm sido realizadas com muita frequência no Brasil, resultando em uma banalização, como se não envolvessem riscos. Por se tratar de uma laparotomia que demanda diversos cuidados clínicos, técnicos e anestésicos, capazes de promover algumas complicações, a decisão pela cesariana deve empregar critérios clínicos e obstétricos (SARTORI, 2019, p. 263).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Entre os cuidados de enfermagem, temos a importância do preparo prévio do ambiente de modo a garantir a parturiente o direito à privacidade, da presença de um acompanhante e da segurança física e emocional. Esses profissionais também devem oferecer apoio empático, informações e explicações sobre eventuais dúvidas da mulher e de seu acompanhante e considerar cada período clínico do parto (BRASIL, 2017 apud SARTORI, 2019, p. 266).

Quadro 02 – Cuidados de enfermagem de acordo com o período clínico do parto.

1º período clínico — período de dilatação	• realizar a dinâmica uterina, para avaliar as contrações, verificar intensidade, duração e frequência, além de seu efeito sobre a dilatação e o apagamento do colo e a descida fetal; • avaliar a frequência cardíaca fetal, que possibilita analisar a vitalidade do feto; • estimular a deambulação, para facilitar a descida fetal, a dilatação e o apagamento do colo; • para mulheres restritas ao leito, estimular a mudança de posição, considerando que a orientação do decúbito lateral esquerdo permite alívio da compressão da aorta e da via cava inferior; • orientar técnicas de relaxamento que podem ser realizadas pelo acompanhante, buscando utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor; • após o rompimento das membranas, incentivar o banho e a higiene íntima, que promovem relaxamento e conforto e reduzem o risco de infecção; • informar a parturiente sobre o andamento do trabalho de parto, para que consiga ter controle sobre o que está acontecendo; • observar as eliminações oral, vaginal, urinária e intestinal, pois a retenção de algum fluido pode causar dor e prolongar o trabalho de parto.
2º período clínico do parto — expulsivo	O profissional enfermeiro deve encorajar a mulher e ajudá-la a perceber os sinais do seu corpo, fazendo com que se esforce no momento certo. Esse cuidado deve ser contínuo durante todo o momento de expulso, pois permitirá uma diminuição da ansiedade e do medo, a avaliação dos sinais vitais do binômio mamãe e bebê, a avaliação das contrações uterinas e o cálculo de seus intervalos, a observação do líquido amniótico e a provisão de um ambiente calmo e seguro e bem-estar materno (BRASIL, 2010)
3º período clínico do parto — dequitação	Como nesse período há risco de hemorragia por hipotonia ou retenção de restos placentários, o enfermeiro deve verificar os sinais vitais, observar os sinais de deslocamentos da placenta e o tempo em que a dequitação está acontecendo, avaliar a altura e a consistência uterina e observar qualquer possível sinal de hemorragia (BRASIL, 2017).
4º período clínico do parto — período de Greenberg ou recuperação	• revisão placentária e de seus anexos de modo a verificar sua integridade e garantindo, assim, sua expulsão completa; • coleta de amostra de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea do recém-nascido; • limpeza da região perineal com água morna esterilizada ou soro fisiológico; • reposição da mulher em caso de posição litotômica e colocação de camisola ou lençóis para cobri-la; • remoção de campos molhados; • verificação de sinais vitais; • avaliação da retração uterina e presença do globo de segurança de Pinard; • avaliação do volume e aspecto do sangramento vaginal e troca de absorvente sempre que necessário.

Fonte: Sartori (2019, p. 266-268)

Todos os cuidados realizados pela equipe de enfermagem devem ser registrados de modo a possibilitar o acompanhamento adequado da parturiente durante todo o período de parto (SATORI, 2019, p. 268).

Tópico 1.3: Características físicas e biológicas do recém nascido

Os recém-nascidos nascem com características muito específicas e competências inatas, um instinto de sobrevivência. Um dos primeiros instintos do recém nascido pode ser observado minutos após o parto, onde, senão houver outro impedimento, o recém-nascido instintivamente procura o peito da mãe para mamar.

O peso e as dimensões do recém-nascido variam consoante os casos, por vezes de forma significativa, devido ao facto de serem parâmetros relacionados com fatores genéticos (progenitores altos costumam ter filhos mais altos do que os baixos) e com inúmeras circunstâncias ambientais (alimentação da mãe, hábito de fumar, possíveis complicações ao longo da gravidez...). Todavia, de um ponto de vista estatístico, a informação mais relevante para se falar de "normalidade" está relacionada com a idade gestacional, ou seja, com o tempo de gravidez ocorrido até ao momento do parto.

Entre as 37ª e 42ª semanas de gravidez, os recém-nascidos costumam pesar entre 2,5 e 4 kg, em média 3,5 kg e 3,250 kg. Caso se encontre dentro dos valores citados, considera-se que o peso é normal; se for inferior aos 2,5 kg, considera-se que o recém-nascido está abaixo do peso; se ultrapassar os 4 kg, considera-se que tem excesso de peso.

De fato, a relação do peso com a idade da gravidez é extremamente importante - por isso, é normal que um bebé prematuro, nascido antes da 37 semanas de gravidez, tenha um peso inferior a 2,5 kg, o que para a generalidade dos recém-nascidos representaria um peso baixo e indicaria a possibilidade de ter sofrido um problema de desenvolvimento durante a gravidez. O mesmo ocorre com a margem de peso a mais, pois considera-se que um recém-nascido tem excesso de peso quando ultrapassa os 4 kg, embora se possa considerar excesso de peso quando um recém-nascido prematuro tem um peso inferior a estes valores.

A mesma situação acontece com todas as dimensões do corpo do recém-nascido, tendo sempre em conta a idade da gravidez. A altura dos recém-nascidos, ou seja, a medida da parte superior da cabeça à planta dos pés, oscila entre os 48 e os 52 cm, em média 50 cm para os meninos e 49 cm para as meninas. O perímetro craniano mede, em média, 34 cm, enquanto que o perímetro torácico é de cerca de 32 cm.

PELE:

A pele do bebê que acaba de nascer é lisa e macia, excepto nas mãos e nos pés, onde costuma estar mais fria, seca e um pouco enrugada devido à sua longa permanência no líquido amniótico. Embora a pele, de início, fique vermelha ou

adopte uma cor arroxeadada, sobretudo nas mãos e pés, quando a temperatura ambiental é fria e devido à imaturidade do mecanismo de regulação dos vasos sanguíneos superficiais, por vezes aparecem manchas vermelhas e esbranquiçadas que lhe dão um aspecto semelhante ao mármore. Ao fim de algumas horas ou no máximo alguns dias, a pele adquire uma típica coloração rosada homogênea e perceptível ao tato como quente.

De fato, a pele do bebê encontra-se, após o nascimento, revestida por uma substância esbranquiçada untuosa, denominada vernix caseosa, especialmente abundante nas pregas da pele, protegendo o feto, durante a última parte da gravidez, do contínuo contato com o líquido amniótico, constituindo igualmente uma protecção ao longo das primeiras horas de vida independente. Apesar de grande parte desta substância sair com as primeiras lavagens, os restos acabam sempre por secar e desaparecer de maneira espontânea nos primeiros dias de vida.

Existem casos, sobretudo quando o parto é efetuado antes da data prevista, em que o corpo do recém-nascido se encontra revestido por uma fina penugem de cor escura, denominada lanugo, por vezes densa em parte da face, ombros, costas e membros. O lanugo não se evidencia com muita frequência, porque esta penugem, que aparece sobre a superfície do feto no quarto mês de gravidez, tem tendência para desaparecer ao longo do nono mês de gravidez. Caso ainda persista após o nascimento, acaba por se desunir nas duas primeiras semanas de vida, sendo substituído pela penugem normal.

Existem casos em que o corpo do bebê evidencia manchas roxas, correspondentes a pressões ou traumatismos produzidos ao longo do trabalho de parto, as quais desaparecem ao fim de alguns dias. Muito mais comuns são as manchas de nascimento que se evidenciam em praticamente todos os recém-nascidos e que têm uma evolução variável consoante o seu tipo.

O rosto do bebê, sobretudo o nariz e o queixo, costuma apresentar pequenos pontos esbranquiçados, do tamanho de uma cabeça de alfinete, correspondentes a acumulações de secreções nas glândulas sebáceas, denominadas millium, pequenos cistos que desaparecem espontaneamente ao fim de algumas semanas.

CABEÇA E FACE:

A forma da cabeça dos recém-nascidos varia bastante, sobretudo em função do tipo de parto, pois caso o mesmo seja efectuado através de uma cesariana, a cabeça é redonda e simétrica, enquanto que após um parto vaginal costuma estar deformada, muitas vezes alongada, devido às compressões sofridas durante a sua passagem pelo canal de parto. Esta é uma situação normal, na medida em que, como os ossos da cabeça do feto não estão unidos, a realização de um parto de apresentação cefálica pode proporcionar a sua deslocação e sobreposição, de modo a que a cabeça possa atravessar o estreito canal para sair para o exterior,

embora retorne rapidamente à sua posição normal, provocando o desaparecimento das eventuais assimetrias em poucos dias.

A acumulação de líquido seroso nas partes moles adjacentes à pele costuma provocar uma dilatação na parte do crânio sujeito a uma maior pressão ao longo do parto, num fenômeno denominado caput succedaneum, apesar de esta tumefacção desaparecer ao fim de poucos dias sem que seja necessário qualquer tratamento. Em outros casos, a parte superior do crânio evidencia uma proeminência correspondente à acumulação de sangue na membrana externa de algum osso craniano - o fenômeno cefalo-hematoma. Esta dilatação costuma diminuir de forma espontânea até desaparecer, ao fim de algumas semanas, embora por vezes persista durante alguns meses, sem originar qualquer complicação ou necessitar de tratamento.

A face do recém-nascido também pode ficar tumefacta e apresentar assimetrias devido às compressões sofridas ao longo do parto, alterações corrigidas naturalmente em pouco tempo. Pelo mesmo motivo, o bebê pode apresentar um inchaço das pálpebras que o impede de abrir bem os olhos durante alguns dias, enquanto que a ruptura dos vasos capilares pode originar pequenas hemorragias nas conjuntivas, que são reabsorvidas ao fim de algumas semanas. Ao longo destes primeiros momentos, a cor dos olhos de todos os bebês é semelhante, azul acinzentado, pois ainda faltam vários meses até que adquiram a sua tonalidade definitiva.

SEIOS E GENITAIS:

Ao longo dos primeiros dias de vida, tanto as meninas como os meninos evidenciam uma ligeira tumefacção do tecido mamário, devido ao influxo das hormonas maternas que ainda circulam pelo seu organismo, num fenômeno designado ginecomastia neonatal, não muito grave. É igualmente possível que os seios do bebê, menino ou menina, produzam uma secreção semelhante ao leite, o denominado "leite das bruxas", um fato fisiológico também sem gravidade e que não necessita de qualquer tratamento, tendo em conta que desaparece de maneira espontânea em pouco tempo.

Os efeitos das hormonais que passaram da mãe para o feto, ao longo da gravidez, proporcionam a tumefacção dos genitais dos recém-nascidos. Os meninos apresentam o escroto inchado, que fica com um tamanho de tal forma significativo que parece desproporcionado, enquanto que a pele do prepúcio encontra-se, muitas vezes, unida à não devendo ser forçada para se proceder à sua desunião.

As meninas costumam, ao longo dos primeiros dias de vida, apresentar a vulva inflamada, com os pequenos lábios completamente revestidos pelos grandes lábios tumefatos e com o clítoris proeminente. Para além disso, a parada da ação das hormonal materna pode favorecer a manifestação de uma secreção vaginal esbranquiçada, a qual costuma, ao fim de uma semana, estar cheia de sangue,

assemelhando-se a uma pequena menstruação - embora seja surpreendente, não constitui nenhuma anomalia, nem necessita de qualquer tratamento especial.

COMPORTAMENTO:

Ao longo dos primeiros dias de vida, o recém-nascido costuma dormir a maior parte do tempo, alternando períodos de três ou quatro horas de sono com outros de meia hora a hora e meia de vigília, já que normalmente apenas acorda para pedir alimento. Apesar de, no início, o bebê não ter uma regularidade específica, tendo tendência para acordar durante a noite com alguma frequência, ao fim de poucas semanas começa a adaptar-se ao horário estabelecido pelos pais. Quando está em repouso, o bebê mantém os braços e as pernas fletidas, a cabeça virada para um lado e as mãos fechadas, com o polegar sobre o resto dos dedos. Enquanto dorme, costuma mostrar-se tranquilo e respira com regularidade, embora por vezes se agite ou suspire.

A relação do bebê com o mundo exterior durante esta época baseia-se, essencialmente, no contato que mantém com a mãe quando esta o alimenta. Quando está acordado, mostra-se agitado e chora facilmente, de modo a manifestar que tem fome, que está molhado, que tem frio ou calor, que se sente incomodado ou desconfortável com algo, etc. O choro é o seu único meio para pedir a atenção dos seus pais, constituindo o seu principal método de expressão.

O choro do bebê é um indicativo de que necessita de algo, embora seja difícil de definir, os pais depressa aprendem a conhecer o que eles pretendem, tendo em conta que, por vezes, o bebê apenas se sente sozinho e apenas quer que o tenham nos braços e o acariciem.

Tópico 2: Atendimento primário e abordagem das principais urgências e/ou emergências obstétricas

As emergências obstétricas são relacionadas, principalmente, ao sangramento na gestação. O sangramento durante qualquer período da gravidez, não é considerado normal e a paciente deve procurar assistência médica imediatamente.

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;

- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas; o Hipertermia (Tax $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/ictêria;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrânio;

- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

Tópico 2.1: abortamento

Entre os diversos aspectos ligados à saúde da mulher, o abortamento tem sido uma das intercorrências obstétricas mais frequentes tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Em todo o mundo, apesar da subnotificação, estima-se que 49% dos abortos são induzidos e realizados em condições de risco (STREFLING, et. al., 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, o aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, com o produto da concepção pesando menos de 500 g, sendo este eliminado no processo de abortamento. (ANJOS, 2013).

Em países como o Brasil, onde o aborto é criminalizado na maioria das situações, há uma perversidade para com as mulheres, especialmente às de classe social menos favorecida (ANJOS, 2013). Esse processo é a segunda causa de internamento nas unidades de Emergência Obstétrica no Brasil. O aborto está entre as quatro principais causas de mortalidade materna no País. Os dados referentes à hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a curetagem pós-aborto representa um dos procedimentos obstétricos mais realizados (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016). Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social (BRASIL, 2011)

A atenção de qualidade é um direito da mulher, sobretudo, quando esta se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional, independente de que seja um parto, um aborto espontâneo ou provocado. Entretanto, percebe-se que acesso, privacidade, resolutividade e integralidade são princípios ainda negligenciados quando se trata das mulheres em situação de abortamento.

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos.

A mulher que chega ao serviço de saúde abortando está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio.

Sobre o tempo de espera para atendimento médico no âmbito hospitalar, observou-se que o acolhimento da mulher em processo abortivo define-se pela

avaliação de risco, a qual se baseia na necessidade de atenção à saúde imediata ou não.

Assim como em outros estudos, o tempo de espera da mulher para assistência médica varia conforme a quantidade do sangramento e da intensidade da dor manifestada.

ABORTAMENTO COMPLETO:

Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sangüínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional.

No exame de ultra-som, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos. A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, ou a mulher deseja interromper a perda sangüínea, deve ser realizada aspiração manual intra-uterina (AMIU) e, na falta dessa, a curetagem uterina.

ABORTAMENTO INFECTADO:

Com muita freqüência, está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. São casos graves e devem ser tratados, independentemente da vitalidade do feto.

O início da infecção ocorre pela eliminação incompleta do ovo, embrião ou da placenta, mantendo aberto o canal cervical e favorecendo a ascensão de bactérias da microbiota vaginal e intestinal à cavidade uterina (DIAS et al, 2020). Pode-se propagar para além do útero, como anexos (anexite), peritônio pélvico (pelvipерitonite), cavidade peritoneal e, ainda, disseminar-se por via hematogênica, levando à sepse.

As manifestações clínicas mais freqüentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino. Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode referir bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

SINAIS E SINTOMAS QUE REQUEREM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA (pós-abortamento):

- cólicas por tempo prolongado;

- sangramento prolongado (mais de duas semanas);
- sangramento mais abundante do que uma menstruação normal;
- dor intensa ou prolongada;
- febre, calafrios ou mal-estar geral;
- desmaios

A atuação dos enfermeiros em serviços de urgência e emergência nos hospitais é um desafio para ele e sua equipe. Nesse contexto, espera-se estar oferecendo segurança, atendimento rápido e eficaz, além de um efetivo apoio emocional ao cliente e a sua família, aliados a uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Apesar dos esforços dos profissionais que trabalham nas unidades de emergência, esses serviços são vistos como ambientes frios e considerados por muitos como detentores de práticas mecanicistas. Essa visão leva as pacientes a temerem o atendimento nesse setor, embora essa unidade se destaque no contexto hospitalar em relação a equipamentos e capacitação profissional, o que possibilita maior recuperação destas (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Cabe afirmar que o profissional da enfermagem deve estar atento às questões éticas que envolvem o abortamento, tais como: questões religiosas, questões culturais, dentre outras. A relação entre enfermeiro e as suas ações acerca da relevância do momento, é de extrema relevância para a reflexão das suas ações enquanto profissionais. As circunstâncias etiológicas do aborto devem influenciar na postura deste profissional durante a execução das suas atribuições e isso deve nortear a sua prática a todo instante, por questão de ética, por questão de conduta moral deste profissional que se faz tão necessário em momentos como este (SALOME; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Tópico 2.2: parto prematuro

O parto pré-termo é a interrupção da gestação entre 20 e 37 semanas. É uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, acometendo cerca de 10% das gestações e sendo responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Sua incidência tem se mantido nas últimas décadas, apesar das intervenções obstétricas.

FATORES DE RISCO:

A patogenia do trabalho de parto prematuro (TPP) ainda não está bem estabelecida, porém alguns fatores de risco podem ser identificados. Os principais são: ☐

- TPP em gestação anterior
- Ruptura prematura das membranas
- Infecção materna ou fetal ☐
- Gestação múltipla ☐
- Tabagismo ☐
- Malformações uterinas ☐
- Incompetência istmo-cervical ☐
- Doenças maternas (como Diabetes Melitus e Hipertensão arterial sistêmica)

DIAGNÓSTICO:

Na anamnese deve-se avaliar fatores de risco (fisiológicos, comportamentais e psicossociais), problemas na gravidez atual, complicações clínicas associadas e estado fetal.

EXAME FÍSICO:

- Avaliar atividade uterina por meio da palpação abdominal (frequência, intensidade e duração das contrações). Não tem valor o uso da tocometria através de cardiotocografia.
- Fazer ausculta e contagem de batimentos cardíofetais com estetoscópio de Pinard ou por intermédio do sonar-doppler.
- Se houver história de eliminação de líquido pela vagina, avaliar a possibilidade de rotura de membranas por meio de exame especular.
- Na suspeita ou confirmação de rotura de membranas ou de placenta prévia e na ausência de contrações rítmicas ou sangramento importante, a inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo. Quando decidido pelo toque vaginal, devem ser tomados cuidados para evitar sangramento ou infecções.

- Se não houver rotura de membranas ou suspeita de placenta prévia, realizar exame digital cervical. Sinais de maturidade cervical (escore ou índice de Bishop elevados) são preditivos para risco de parto prematuro.

PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO:

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, alguns resultados têm sido obtidos por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e trato urinário, assim como com a adaptação laboral da grávida de risco. Alguns estudos recentes têm mostrado resultados com o uso de progesterona em grupos de risco.

Gestantes com alto risco para parto prematuro, ou seja, parto prematuro anterior, submetidas a cerclagem cervical e portadoras de malformações uterinas devem receber 100mg de progesterona por via vaginal diariamente a partir de 24 e até 34 semanas de gestação.

Para aquelas que apresentarem comprimento cervical $\leq 1,5\text{cm}$ em ultrassonografia transvaginal realizada entre 20 e 25 semanas, independentemente de fatores de risco presentes, deve ser considerado o uso de 200mg de progesterona vaginal diariamente até pelo menos 34 semanas. Para fins de prevenção, toda gestante que for submetida a uma ultrassonografia nesse período deve ter uma avaliação do comprimento cervical por via transvaginal.

CONDUTA:

Toda gestante em trabalho de parto prematuro deve ser assistida em unidade com recursos adequados para assistência neonatal em prematuridade, ou seja, de nível secundário ou terciário, dependendo da idade gestacional e/ou outros problemas fetais.

A melhor forma de transporte de prematuros ainda é no interior do útero da mãe. Não se deve retardar o início do tratamento em vista da transferência materna. A mulher e sua família também devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e a eficácia limitada do tratamento.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS:

- Dieta regular;
- Dados vitais a cada 4h;
- Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia (após o almoço e jantar);
- Cardiotocografia basal duas vezes por semana;

- Comunicar se temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$, contrações uterinas, diminuição de movimentos fetais, dor torácica, pulso materno >100 , leucócitos >15.000 , BCF >160 .

AValiação Diária:

- Contrações uterinas;
- Diminuição dos movimentos fetais
- Dor uterina;
- Avaliar resultados de exames solicitados.

Tópico 2.3: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

A doença hipertensiva da gravidez (DHEG) é a complicação mais frequente na gestação que acarreta num aumento dos níveis pressóricos da gestante, previamente normotensa, e constitui a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal.

A DHEG pode ser classificada como preclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e preclâmpsia superajuntada e dependendo da forma como se apresenta pode causar alterações renais, cardiovasculares, hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidreletrolíticas, no sistema renina-angiotensina-aldosterona, uteroplacentárias.

CONCEITO:

A DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), pode ser definida como uma manifestação clínica e laboratorial resultante do aumento dos níveis pressóricos de uma gestante, previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, desaparecendo até seis semanas após o parto (BRINGMANN, 2004).

De acordo com o Consenso Brasileiro de Cardiopatias e Gravidez (2004), caracteriza-se HAS na gravidez quando a pressão arterial estiver maior do que 140 x 90mmHg, em duas tomadas com intervalo de 4h, em repouso, ou quando houver aumento maior que 30mmHg na PAS e/ou aumento maior que 15mmHg na PAD, em relação a conhecidos níveis prévios à gestação.

INCIDÊNCIA:

A DHEG é a complicação mais freqüente na gestação e constitui, no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (KAHHALE; ZUGAIB, 2000).

A incidência da DHEG é em média de 5 a 10%, com taxas de mortalidade materna e fetal em torno de 20%, sendo muito freqüente na adolescência (BRINGMANN, 2004; GALLETTA; ZUGAIB, 2004).

O Consenso Brasileiro de Cardiopatias e Gravidez (2004) revela que, a incidência de DHEG na gestação é de 10%, independentemente de sua etiologia, sendo considerada a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, chegando a 35% de óbitos, decorrentes de complicações como eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda e coagulopatias.

A moléstia hipertensiva representa a entidade clínica que maior obituário perinatal determina, acarretando ainda, substancial número de neonatos vitimados, quando sobrevivem aos danos da hipóxia perinatal (KAHHALE; ZUGAIB, 2000).

FATORES DE RISCO:

Existem fatores que fazem com que uma mulher grávida tenha mais riscos que outras de desenvolver DHEG, dentre eles podem ser citados:

- Primeira gestação;
- Gestante com menos de 16 anos (adolescente);
- Gestante com mais de 30 anos;
- Obesidade;
- Raça negra;
- Doenças prévias à gestação (has, diabetes, doenças renais ou lúpus);
- História de familiares com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia;
- Ter apresentado pré-eclâmpsia na gestação anterior;
- Gestação gemelar;
- Gestação com parceiros diferentes;
- Gestante com aumento da massa trofoblástica;
- Má adaptação circulatória.

ETIOLOGIA:

A etiologia da DHEG permanece desconhecida, porém alguns fatores foram propostos, tais como aspectos imunológicos, predisposição genética, falha na placentação, anormalidades na coagulação, má adaptação circulatória, aumento da resistência vascular por constrição arteriolar generalizada, aumento na produção e na relação do tromboexano A2/PGI2 (prostaciclina), aumentando a vasoconstrição, a agregação plaquetária, a atividade uterina e a redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário (KAHHALE; ZUGAIB, 2000; REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

CLASSIFICAÇÃO:

Pré-eclâmpsia: é o termo dado ao desenvolvimento de hipertensão, com proteinúria (principalmente albumina) e/ou edema de mãos ou face (não fisiológico da gravidez), ocorrendo entre a 20ª semana de gestação e o final da 1ª semana pós-parto, sendo uma patologia predominantemente da primigesta. É uma doença inconstante em seu início, variável na sua manifestação, imprevisível na sua progressão e incurável, exceto pela interrupção terapêutica ou espontânea da gestação. Incide em aproximadamente 10% das gestantes, acarretando repercussões importantes na morbimortalidade materna e perinatal (BRINGMANN, 2004; KAHHALE; ZUGAIB, 2000).

A pré-eclâmpsia pode ser classificada em leve e grave:

Pré-eclâmpsia leve: inicialmente caracterizado pelo aumento exagerado e subâneo do peso (> ou = a 500 gramas por semana), seguido de edema generalizado, depois hipertensão e por fim proteinúria, sendo a hipertensão o sinal mais freqüente e importante (REZENDE; MONTENEGRO, 2000). O Consenso Brasileiro de Cardiopatia e Gravidez (2004), acrescenta que na pré-eclâmpsia leve a PA < 160x110mmHg e uma proteinúria < 2g/24h, com ou sem edema.

Pré-eclâmpsia grave: é caracterizada quando um ou mais sintomas são encontrados: PA > ou = 160x110mmHg, confirmado em pelo menos duas tomadas, com intervalo de quatro horas; proteinúria de 5g ou mais em urina de 24h; oligúria ou diurese menor que 400ml por dia; cefaléia; dor epigástrica e transtornos visuais; cianose e edema pulmonar; dor no hipocôndrio direito; trombocitopenia ou plaquetas abaixo de 100.000/mm cúbicos; anemia hemolítica microangiopática decorrente da hemólise; icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas e crescimento intra-uterino retardado (KAHHALE; ZUGAIB, 2000).

Síndrome HELLP: são as iniciais usadas para descrever a condição de pacientes com pré-eclâmpsia grave que apresenta H – hemólise (fragmentação das células vermelhas do sangue na circulação), EL – níveis elevados de enzimas hepáticas, e LP – diminuição do número de plaquetas. Essa variação da pré-eclâmpsia, foi denominada por Louis Weinstein, em 1982. É uma doença identificada como um processo de anemia hemolítica microangiopática que pode acelerar e progredir para suas formas mais graves, caracterizadas por graus variados de coagulação intravascular disseminada (RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2000). A Síndrome HELLP, em 70% dos casos, ocorre anteriormente ao parto, sendo 15% entre 17-26 semanas e a quase totalidade antes de 36 semanas. Os 30% restantes aparecem no pós-parto, e os sintomas típicos dessa síndrome são a cefaléia, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, náuseas e vômitos, podendo a hipertensão estar ausente em 20% dos casos, ou ser leve em 30% (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Pré-eclâmpsia superajuntada: é quando a pré-eclâmpsia se associa a hipertensão pré-existente à gestação, ocorrendo em 15 a 30% dos casos, aumentando o risco quando a gestante apresenta comprometimento renal. É um fato de fundamental importância, pois a pré-eclâmpsia se associa à hipertensão crônica em sua forma mais grave e em época mais precoce da gestação, quando o conceito ainda é imaturo, acarretando um desfecho mais sombrio para a mãe e seu feto (KAHHALE; ZUGAIB, 2000). Faz-se o diagnóstico quando ocorre acréscimo na PAS de 30mmHg e na PAD de 15mmHg, juntamente com o aparecimento de proteinúria e edema generalizado (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Eclâmpsia: é a causa mais comum de convulsões associada com a hipertensão arterial e proteinúria na gravidez, sendo definida como a manifestação de convulsões e/ou coma não relacionados a outras condições cerebrais, durante o ciclo gravídico-puerperal, em pacientes com sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Sua incidência varia de 1/100 a 1/3.500 gestações, onde as convulsões podem apresentar sinais premonitórios como cefaléia occipital forte e persistente, mudança de comportamento tanto para o lado da agitação como da obnubilação e torpor, distúrbios visuais como borramento da visão, escotomas, fotofobia, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, náuseas e vômitos (RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2000). A crise convulsiva pode desencadear-se durante a gestação (50% dos casos), no decorrer do parto (25%) ou do puerpério (25%). No pós-parto, após 72h, a crise convulsiva caracteriza a eclâmpsia tardia, onde pode haver o aparecimento de alterações respiratórias, taquicardia e hipertermia, além de lesões hepáticas, icterícia, anúria, hematuria e a hemoglobínúria. A eclâmpsia comatosa ou sem convulsão, é uma forma rara e gravíssima, na qual a paciente entra diretamente em coma, não sendo precedido

de convulsão, ocorrendo extensas lesões hepáticas (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

FISIOPATOLOGIA:

Alterações renais: a lesão mais característica, é a endoteliose capilar glomerular, que é responsável por todas as alterações funcionais existentes, tais como proteinúria, redução de fluxo plasmático e da filtração glomerular renal. São lesões reversíveis após o término da gestação. A diminuição na filtração glomerular renal (cerca de 30%) é constante, assim como a elevação do ácido úrico (5,5 – 7,5mg%), e elevação nos níveis de creatinina, podendo ocorrer também isquemia renal (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações vasculares: o vasoespasmo é a alteração fundamental na fisiopatologia da DHEG, determinando resistência ao fluxo sanguíneo e subsequentemente hipertensão arterial. A ocorrência de lesão endotelial, associada a hipóxia dos tecidos, leva à necrose hemorrágica e a outros distúrbios vistos na DHEG. Há um acréscimo na síntese de prostaglandinas com propriedades vasoconstritoras, redução na formação de PGI₂, e redução do óxido nítrico que é um potente vasodilatador secretado pelo endotélio vascular (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações cardiovasculares: redução do volume intravascular, que normalmente está aumentado na gestação normal; nas pacientes com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, a hipertensão pode se exacerbar e há risco de edema agudo de pulmão como resultado da administração vigorosa de líquidos na tentativa de expandir o volume sanguíneo a níveis pré-gravídicos (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações hepáticas: particularmente na síndrome HELLP, há necrose hemorrágica do tipo periportal, com depósitos de material fibrinóide nos sinusóides responsável pelo aumento das enzimas hepáticas e dor no quadrante superior direito do abdome. Em alguns casos, pode ocorrer hemorragia intra-hepática com hematoma subcapsular, podendo levar à rotura do fígado (KAHHALE; ZUGAIB, 2000; REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações cerebrais: podem ocorrer convulsões, edema cerebral, necrose hemorrágica no cérebro ou hemorragia difusa, além dos trombos plaquetários

intravasculares, que são lesões que constituem a causa das convulsões. Podem ocorrer alterações visuais, como amaurose e deslocamento de retina (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações sanguíneas: a trombocitopenia é a alteração hematológica mais comumente encontrada na DHEG, podendo causar hemorragia cerebral e hepática subcapsular. Há presença de lesão endotelial, encontrando-se elevação nos níveis de endotelina I, e redução nos níveis de antitrombina III. Há diminuição no volume plasmático (hemoconcentração), e de albumina (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações hidreletrolíticas: a gestante com DHEG, retém sódio e água em quantidades superiores as da grávida normal, porém é normal a concentração de eletrólitos no sangue. Há presença de edema generalizado (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA): o sistema SRAA desempenha papel importante na regulação do tono vascular e da pressão sanguínea. A angiotensina I, inativa, é produzida pelo fígado, e convertida biologicamente em angiotensina II, ativa, pela enzima convertidora da angiotensina, que está ligada ao endotélio vascular. Na gravidez normal, os componentes do SRAA estão aumentados. Na DHEG, a atividade da renina plasmática (ARP) e a concentração de renina no plasma estão diminuídos, assim como os níveis de angiotensina II e os de aldosterona. A angiotensina II induz à contração da musculatura lisa e à produção de aldosterona, levando à retenção do sódio (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Alterações uteroplacentárias: a circulação uteroplacentária está reduzida na DHEG, cerca de 40 a 60%, proporcionando grandes enfartes placentários, crescimento retardado da placenta e seu deslocamento prematuro, determinando sofrimento fetal e elevado orbituário perinatal. Pode ocorrer uma redução de até 50% do consumo de oxigênio. A isquemia da placenta tem repercussões hormonais, principalmente queda dos estrogênios e do hPL. Ocorre aumento na atividade uterina, sendo o responsável pela maior incidência de prematuridade, estando elevada também, a sensibilidade do útero à ocitocina (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

COMPLICAÇÕES:

Maternas: hemorragia cerebral, cegueira cortical, insuficiência renal, encefalopatia hipertensiva, ruptura hepática, edema agudo de pulmão,

coagulopatia intravascular disseminada, psicose, infecção, síndrome da angústia respiratória do adulto, infarto, dissecação aguda da aorta, deslocamento prematuro da placenta, óbito materno (CONSENSO BRASILEIRO DE CARDIOPATIA E GRAVIDEZ, 2004; RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2000).

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico é clínico e laboratorial. Deve-se avaliar a pressão arterial, presença de edema generalizado (parede abdominal, pernas, face, região lombossacra e mãos), aumento de peso acima de 1000g por semana, proteinúria com valores iguais ou maiores a 300mg de proteína na urina coletada durante 24h (CORLETA; KALIL, 2004).

Em pacientes examinadas desde a primeira metade da gestação, o diagnóstico é sugerido ao aparecer hipertensão após 24 semanas da prenhez. Existem alguns exames complementares valiosos (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Teste de hipertensão supina: permite, entre 28-32 semanas da prenhez, prever o aparecimento, mais tarde, da DHEG. Considera-se o exame positivo quando mudando-se a paciente do decúbito lateral para o dorsal a tensão diastólica eleva-se de no mínimo 20mmHg (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Exame do fundo-dos-olhos: traduz apenas o espasmo arteriolar. Nos casos mais graves há edema de pupila, exsudatos em “flocos de algodão”, hemorragias e edema sub-retiniano que pode levar ao deslocamento da retina (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Biopsia renal: autentica o diagnóstico ao documentar a lesão glomerular (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Doppler: a presença de incisura bilateral no início da diástole, após 20-24 semanas de gravidez, associada à relação A/B média das artérias uterinas > 2,6 é sinal indicativo de DHEG (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

O diagnóstico diferencial, em especial nas convulsões antes de 20 semanas ou após 48h de pós-parto, deve ser feito com AVCs (hemorrágico, etc), lesão expansiva do SNC (tumores, etc), doença hipertensiva, epilepsia, doenças metabólicas (hipoglicemia, etc), doenças infecciosas (meningite, etc) e púrpura trombocitopenica trombótica (RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2000).

PROGNÓSTICO:

Materno: a DHEG não costuma determinar seqüelas definitivas na mulher, embora a reversibilidade completa das lesões possam durar até 12 meses, ou desaparecendo normalmente dentro de 8 semanas pós-parto. O prognóstico, na maioria das vezes está relacionado a presença de crises convulsivas. A hemorragia cerebral é a principal causa de morte na eclâmpsia, responsável por 60% dos óbitos (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

Em relação ao prognóstico de outras gestações, trabalhos referem que pacientes com história de DHEG provavelmente apresentam risco significativo de desenvolver uma nova DHEG na próxima gestação. Essas mulheres devem ser aconselhadas a iniciar precocemente o pré-natal e ter maior número de consultas (RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2000).

Fetal: as alterações placentárias são responsáveis pelo sofrimento crônico do concepto, que tem o seu crescimento intra-uterino restrito e pode morrer dentro do útero. A mortalidade perinatal é de 5-15% na pré-eclâmpsia, 7-60% na síndrome HELLP, 30-35% na eclâmpsia (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

TRATAMENTO:

Clínico: depende do grau da doença. Na pré-eclâmpsia leve, é a terapêutica conservadora até o concepto atingir a maturidade de 37 semanas, avaliando a paciente de forma clínica e laboratorial, e a vitabilidade fetal. Qualquer forma clínica de DHEG, com o feto maduro > ou = a 37 semanas, obriga a interrupção da gravidez, pois a DHEG só se cura com o parto. Na pré-eclâmpsia grave, e na eclâmpsia, antes de interromper a gestação, o quadro clínico deve ser estabilizado, demorando em torno de 4 a 6h. A pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e estado de sofrimento fetal, indicam que a gestação deve ser interrompida, independente da idade gestacional (REZENDE; MONTENEGRO, 2000).

No tratamento deve-se levar em consideração a idade gestacional e a gravidade da DHEG, para que se escolha a conduta mais adequada. O tratamento definitivo é a interrupção da gestação, entretanto algumas vezes é possível aguardar o amadurecimento fetal para realizar o parto (CORLETA; KALIL, 2004).

Os autores supra-citados, indicam que na pré-eclâmpsia leve com o feto a termo, deve-se interromper a gestação e induzir o parto; na pré-eclâmpsia leve com o feto prematuro, indica-se o repouso, controle da PA, avaliação fetal e exames de controle do quadro. Na pré-eclâmpsia grave com feto a termo, deve-se equilibrar as condições maternas e depois interromper o parto; na pré-eclâmpsia grave com o feto prematuro, deve-se realizar uma avaliação materna e do bem estar fetal, uso de corticóides para ajudar o amadurecimento do pulmão fetal e interromper a gestação; na eclâmpsia com o feto a termo ou pré-termo, a conduta visa inicialmente tratar as convulsões e os distúrbios metabólicos maternos e logo após, a gestação deve ser interrompida.

Fisioterapêutico: todo o programa fisioterapêutico deve ser estabelecido individualmente com base no diagnóstico e gravidade da DHEG, em suas limitações e avaliação. As atividades precisam ir de encontro as necessidades da paciente, mas não devem complicar ainda mais a sua condição (KONKLER; KISNER, 1998).

A fisioterapia só vai atuar nos casos de pré-eclâmpsia leve à moderada, podendo atuar orientando as pacientes quanto ao posicionamento, exercícios respiratórios, alongamentos, exercícios ativos que devem ser lentos, homogêneos e simples, devendo requerer o mínimo de esforço, tratar edemas, mobilização de cinturas escapular e pélvica, técnicas de relaxamento e hidroterapia (KONKLER; KISNER, 1998).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

1. Orientar repouso no leito. O repouso no leito provoca um aumento da diurese diminuindo a pressão sangüínea e o edema. Além disso, não estimula o trabalho de parto.
2. Verificar o peso diário da paciente em jejum e observar edemas. Este deve ser verificado todos os dias na mesma hora, de preferência pela manhã e com a bexiga vazia. A modificação do peso ou o aparecimento de edema em face e em extremidades pode indicar aumento ou diminuição na retenção de líquidos.
3. Verificar SSVV a cada 4 horas ou s/n. Principalmente o controle da PA, pois uma elevação dela é indicativa do agravamento da doença.
4. Auscultar BCF de 4 em 4 horas. Avaliar o bem-estar ou o comprometimento fetal.

5. Avaliar ingestão de líquidos e a eliminação urinária (balanço hídrico). Avaliar o funcionamento adequado dos rins e avaliar a retenção de líquidos.
6. Orientar a paciente a diminuir a ingestão de sal. Essa medida é mais um recurso utilizado a fim de evitar retenção de líquido.
7. Orientar DLE. Para evitar a síndrome de hipotensão supina na gestante, melhorando o retorno venoso.
8. Orientar e oferecer dieta rica em proteínas. Proporcionar os nutrientes adequados, já que a gestante pode apresentar proteinúria.
9. Investigar e atentar sobre a ocorrência de cefaléia, perturbação visual, dor epigástrica e nível de consciência. Esses são sinais do agravamento da doença.
10. Investigar sinais de parto. Avaliação dos sinais de evolução do trabalho de parto, como frequência das contrações e o rompimento das membranas.
11. Orientar sobre a coleta de proteinúria. Para que não se perca urina na coleta, o que poderia resultar no início da coleta de 24 horas novamente ou em um resultado não fidedigno.

Tópico 2.4: descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e outras.

DESLOCAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta normalmente inserida antes da saída do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. É mais comum em mulheres múltiparas e com história de DPP em gestação anterior. Esta última com risco aumentado de recorrência de 8-12 vezes.

O descolamento prematuro da placenta é uma emergência clínica importante. Exige intervenções rápidas e efetivas para evitar morbimortalidade materna e fetal.

A principal causa do descolamento prematuro da placenta é a ruptura de vasos maternos na decídua basal. Raramente o sangramento é originado das veias fetais e placentárias. Fatores de risco para descolamento incluem gravidez

anterior complicada por DPP, distúrbios hipertensivos, trauma, drogadição (como cocaína) e ruptura prematura das membranas.

O risco relativo associado ao tabagismo materno durante a gravidez varia entre 1.5 e 2.5. Parar de fumar, antes da gravidez ou no início da gravidez, parece reduzir o risco de descolamento ao nível de não-fumantes.

Os fatores de risco para descolamento prematuro da placenta incluem:

- Idade materna avançada Hipertensão (induzida pela gestação ou crônica)
- Isquemia placentária (doença da isquemia placentária) se manifestando como uma restrição do crescimento intrauterino
- Infecção intra-amniótica (corioamnionite)
- Vasculite
- Outros distúrbios vasculares
- Descolamento prematuro da placenta prévio
- Trauma abdominal
- Distúrbios trombóticos maternos adquiridos
- Tabagismo
- Ruptura prematura das membranas, particularmente em mulheres com polidrâmnio
- Uso de cocaína (risco aumentado em até 10%)

A nicotina tem efeito vasoconstritor e pode levar à hipóxia e à infartos placentários, aumentando a fragilidade capilar. Em alguns estudos, a hipertensão crônica tem sido um fator de risco para descolamento prematuro da placenta. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta pode aumentar o risco de descolamento prematuro da placenta de 2.8 para 7.7 vezes.

Essa separação pode ser parcial ou total e é classificada em três graus, levando em conta os achados clínicos e laboratoriais, de acordo com a classificação de Sher (BRASIL, 2010).

Grau 1: sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retroplacentário.

Grau 2: sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. Batimentos cardíacos fetais presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

Grau 3: sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão arterial materna e óbito fetal.

Grau 3A: Sem coagulopatia instalada.

Grau 3B: Com coagulopatia instalada.

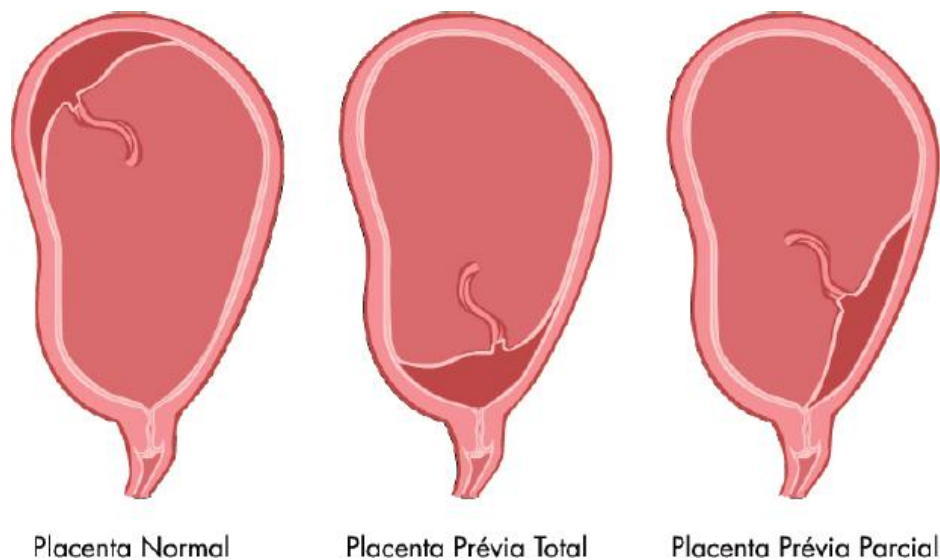
PLACENTA PRÉVIA

Sua classificação depende do grau de cobertura ou proximidade do orifício interno, da seguinte forma (RICCI, 2008):

- **Placenta prévia total:** ocorre quando todo o orifício cervical interno está coberto pela placenta;
- **Placenta prévia parcial:** ocorre quando o orifício interno encontra-se parcialmente coberto pela placenta;
- **Placenta prévia marginal:** ocorre quando a placenta encontra-se na margem ou na borda do orifício interno;
- **Placenta prévia baixa:** ocorre quando a placenta encontra-se implantada no segmento inferior e encontra-se próximo do orifício interno, mas não o alcança.

Na figura a seguir podemos visualizar as diversas localizações de placenta prévia.

Figura 13 - Localizações da placenta prévia



Fonte: www.fotosearch.com.br/LIF153/cog1202

A placenta prévia ocorre em 1 (uma) a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados normalizarão até o termo, devido à teoria da “migração” placentária. Isso ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino,

que é mais bem vascularizado, conferindo uma implantação placentária adequada. As complicações estão associadas à hemorragia, descolamento da placenta ou cesariana de emergência (BRASIL, 2010; RICCI, 2008).

Classicamente, a placenta prévia se apresenta como um sangramento na segunda metade da gestação, com as seguintes características:

Progressivo, geralmente a paciente evolui com diversos episódios de sangramento que vão aumentando em intensidade;

Repetição, ocorrendo mais de um episódio;

Espontâneo, ou seja, desvinculado de qualquer esforço;

Vermelho vivo, muitas vezes chamado de vermelho rutilante;

Indolor;

Ausência de hipertonia ao exame físico.

O cuidado de enfermagem à mulher/gestante que apresenta um distúrbio hemorrágico devido à Placenta Prévia (PP) envolve ações da equipe de enfermagem que serão fundamentais à sua recuperação, tais como:

- Posicionar a mulher em decúbito lateral, para minimizar a perfusão placentária.
- Coletar histórico detalhado para obter informações sobre o início do sangramento, sua duração, a quantidade e os sintomas associados.
- Estabelecer acesso intravenosos periférico a fim de permitir a administração de líquidos, sangue e medicamentos, conforme prescrição.
- Monitorar débito para avaliação adequada da perfusão renal.
- Monitorar o aumento do volume de sangue perdido, nível de dor e contratilidade uterina.
- Promover apoio emocional.
- Evitar realização de exames vaginais que possam romper a placenta ou provocar hemorragia.
- Monitorar a sequência fetal.
- Preparar a mulher para cesariana, quando necessário.

Uma placenta prévia com sangramento ativo é uma potencial emergência obstétrica. Nesse caso os principais objetivos são: alcançar e manter a estabilidade hemodinâmica materna, monitorar continuamente a frequência cardíaca fetal e determinar se a cesariana de emergência está indicada. A cesariana de emergência é indicada em caso de:

- Trabalho de parto ativo.
- Resultados preocupantes do monitoramento da frequência cardíaca fetal.
- Sangramento vaginal grave e persistente, causando instabilidade hemodinâmica materna.
- Sangramento vaginal significativo após 34 semanas de gestação.

DIFERENCIAÇÃO ENTRE DESCOLAMENTO DE PLACENTA E PLACENTA PRÉVIA

Quanto aos achados clínicos, a paciente que apresentar descolamento prematuro de placenta frequentemente irá queixar-se de sangramento vaginal com coloração escurecida, dor abdominal intensa e súbita e contrações uterinas.

Enquanto isso, a paciente que apresentar um quadro placenta prévia, classicamente irá queixar-se de repetidos episódios de sangramento progressivo, de cor vermelho vivo, espontâneo e indolor. Ao exame físico, nas situações de descolamento prematuro de placenta, pode-se identificar hipertonia ou hiperatividade uterina, ausculta fetal difícil ou ausente e bolsa de águas tensas ao toque vaginal. Já em quadros de placenta prévia, há ausência de hipertonia uterina.

Figura 14 - Diferenciando DPP e PP

DIFERENÇA ENTRE	
Descolamento Prematuro de Placenta	Placenta Prévia
☒ Sangramento escuro com coágulos	☒ Sangramento vermelho vivo
☒ Dor	☒ Indolor
☒ Hipertonia	☒ O tônus uterino se mantém
☒ Sinais de sofrimento fetal agudo	☒ Feto em boas condições
☒ A gestante pode apresentar sinais de choque	
	

Tópico 2.5: cuidados maternos imediatamente após o parto e emergências obstétricas

No pós-parto, é necessária supervisão rigorosa da puérpera de DPP para se evitar complicações ainda passíveis de ocorrer neste momento, os cuidados basicamente são:

- Monitorar recuperação pós-anestésica: sinais vitais, retorno da consciência, perdas vaginais, débito urinário por cateter vesical, infusões venosas e aquecimento da cliente (em caso de cesariana).
- Identificar sinais de infecções puerperais.
- Manter a permeabilidade das vias respiratórias.
- Manter material para reanimação cardíaca completo e a mão.

O colo do útero e vagina são inspecionadas em busca de lacerações que, se presentes, são reparadas, como na episiotomia.

Assim, se a mãe e criança estiverem se recuperando normalmente, podem ser colocadas juntas. Muitas mães desejam começar a amamentar logo em seguida ao parto e essa atividade deve ser encorajada. Mãe, criança, pai ou parceiro devem permanecer juntos em área privada e aquecida durante uma hora ou mais para aumentar o vínculo entre os pais e a criança. A partir de então, ela pode ser levada para o berçário ou ser mantida com a mãe, dependendo da vontade desta.

Durante a primeira hora após o parto, a mãe deve ser observada rigorosamente para se ter certeza de que o útero está contraído (avaliado por palpação abdominal) e verificar possível sangramento vaginal, anormalidades da pressão arterial e bem-estar geral.

O tempo entre a dequitação da placenta até 4 horas pós-parto é chamado de 4ª fase do trabalho de parto; a maioria das complicações, especialmente hemorragia, acontece nesse período, e observação frequente é imperativa.

Tópico 3: Cuidados do Técnico em Enfermagem na assistência Pré e Intra-hospitalar de emergência obstétrica e neonato

A cirurgia ginecológica é usada para tratar um amplo espectro de doenças. Consequentemente, a lista de procedimentos cirúrgicos usados em ginecologia é extensa, mas, em geral, as técnicas utilizadas tentam maximizar a cicatrização dos tecidos e a recuperação da paciente (HOFFMAN, et.al., 2014, p. 995).

Além disso são cirurgias realizadas em mulheres no tratamento ou diagnóstico de doenças decorrentes no sistema reprodutor, como por exemplo: histerectomia (retirada do útero), vulvectomy (retirada parcial da vulva e eventualmente da rede linfática inguinal, na área do abdômen), salpingectomy (retirada das trompas), ooforectomia (retirada dos ovários), cirurgia de Wertheim-Meigs (retirada do útero, ovário, trompas e linfonodos).

Os resultados favoráveis dependem da seleção apropriada de pacientes e de procedimentos, assim como da antecipação de possíveis fatores complicadores e da tomada das medidas preventivas necessárias. Durante qualquer procedimento, podem ser encontradas complicações intraoperatórias que devem ser observadas por toda equipe de enfermagem (HOFFMAN, et.al., 2014, p. 995).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA:

- Manter paciente em jejum;
- Efetuar tricotomia local;
- Providenciar enteroclistima;
- Elaborar tipagem sanguínea;
- Aplicar pré-anestésico prescrito.
- Providenciar preparo psicológico (NETTINA, 2017).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PÓS-OPERATÓRIA:

- Aferição e avaliação dos sinais vitais;
- Sonda vesical: deverá ser retirada 24 a 48 horas após cirurgia, observando antes disso a drenagem e aspectos da urina;
- Monitorar e observar curativos, drenos e sangramentos vaginais;
- Alimentação progressiva iniciada 24 a 48 horas após cirurgia (de acordo com prescrição do médico);
- Estimular a deambulação precoce;
- Retirar gazes de tamponamento 24 horas após determinadas cirurgias (NETTINA, 2017)

Tópico 3.1: Instrumentos cirúrgicos - cirurgias obstétricas (cesárea)

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS:

☑ Bisturi elétrico.

MESA DE MAYO – Mesa principal com instrumentais para cirurgia:

☑ Bandeja de cesárea (Instrumentais).

☑ Lâmina para bisturi nº 22.

☑ Caneta / ponta.

MESA AUXILIAR CIRÚRGICA GRANDE:

☑ Luva estéril.

☑ Capote estéril.

☑ Bandeja antissepsia. (cuba rim, cuba redonda, pinça de antissepsia)

☑ Bacia estéril.

☑ Coletor de secreção vias aéreas.

☑ Campo cirúrgico descartável para cobertura de paciente submetida à cirurgia de cesárea.

☑ Campo cirúrgico para cobertura de mesa de Mayo.

☑ Campo cirúrgico (fronha) para mesa de Mayo.

☑ Campo cirúrgico para cobertura de mesa auxiliar grande.

☑ Campo cirúrgico simples para o recém-nascido.

☑ 06 pacotes de compressas (24 unidades).

☑ Gaze estéril.

☑ Clorexidina alcoólica 0,5%.

☑ Seringa 20ml.

☑ Agulha 40x12.

☑ Fios de suturas (Nylon 4/0 e kit Set Cesárea – 3 agulhas).

MESA AUXILIAR CIRÚRGICA PEQUENA SUPERIOR – Anestesia

☑ Bandeja peridural.

☑ Compressas.

☑ Gaze estéril.

- ☐ Seringa de 1ml.
- ☐ Seringa de 3ml.
- ☐ Seringa de 5ml.
- ☐ Agulha 30 x 0,8 mm.
- ☐ Agulha 40 x 1,2 mm.
- ☐ Agulha 13 x 0,45 mm.
- ☐ Álcool 70%.

MESA AUXILIAR CIRÚRGICA PEQUENA INFERIOR:

Material para cateterismo vesical:

- ☐ Bandeja de cateterismo vesical.
- ☐ Bolsa coletora de urina estéril.
- ☐ Seringa de 10ml.
- ☐ 01 ampola de água para injeção.
- ☐ Sonda foley siliconizada.
- ☐ Solução de digliconato de clorexidina 2%.
- ☐ Luva estéril.

OUTROS:

- ☐ Luvas de procedimento.
- ☐ Máscara cirúrgica descartável.
- ☐ Saco plástico para coleta de placenta.
- ☐ Álcool 70%.
- ☐ Solução de Cloreto de Sódio 0,9% (frasco de 500 ml).
- ☐ Dispositivo para irrigação para uso em frascos de solução em sistema fechado
- ☐ Tubo de ensaio de tampa roxa (coleta de sangue de cordão).
- ☐ Pulseira de identificação do binômio.

Tópico 3.2: Assistência intra-hospitalar ao parto - competências do técnico de enfermagem

A prescrição de enfermagem para uma gestante em trabalho de parto consistiria em:

- Verificar os sinais vitais materno;
- Monitorar a evolução do parto
- Avaliar a dinâmica uterina registrando sua frequência, duração e intensidade;
- Monitorar os batimentos cardíacos fetais;
- Oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor (deambulação, massagem, banho de aspersão, bola suíça, aromaterapia, etc.);
- Registrar a evolução do trabalho de parto;
- Monitorar o partograma;
- Proteger o períneo durante o nascimento;
- Administrar os medicamentos prescritos;
- Observar os sinais e sintomas após a administração dos medicamentos;
- Incentivar e dar apoio à paciente (sartori, 2019, p. 248-249).

Quadro 01 – Cuidados de enfermagem de acordo com o período clínico do parto.

1º período clínico — período de dilatação	• realizar a dinâmica uterina, para avaliar as contrações, verificar intensidade, duração e frequência, além de seu efeito sobre a dilatação e o apagamento do colo e a descida fetal; • avaliar a frequência cardíaca fetal, que possibilita analisar a vitalidade do feto; • estimular a deambulação, para facilitar a descida fetal, a dilatação e o apagamento do colo; • para mulheres restritas ao leito, estimular a mudança de posição, considerando que a orientação do decúbito lateral esquerdo permite alívio da compressão da aorta e da via cava inferior; • orientar técnicas de relaxamento que podem ser realizadas pelo acompanhante, buscando utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor; • após o rompimento das membranas, incentivar o banho e a higiene íntima, que promovem relaxamento e conforto e reduzem o risco de infecção; • informar a parturiente sobre o andamento do trabalho de parto, para que consiga ter controle sobre o que está acontecendo; • observar as eliminações oral, vaginal, urinária e intestinal, pois a retenção de algum fluido pode causar dor e prolongar o trabalho de parto.
2º período clínico do parto — expulsivo	O profissional enfermeiro deve encorajar a mulher e ajudá-la a perceber os sinais do seu corpo, fazendo com que se esforce no momento certo. Esse cuidado deve ser contínuo durante todo o momento de expulso, pois permitirá uma diminuição da ansiedade e do medo, a avaliação dos sinais vitais do binômio mamãe e bebê, a avaliação das contrações uterinas e o cálculo de seus intervalos, a

	observação do líquido amniótico e a provisão de um ambiente calmo e seguro e bem-estar materno (BRASIL, 2010)
3º período clínico do parto — dequitação	Como nesse período há risco de hemorragia por hipotonia ou retenção de restos placentários, o enfermeiro deve verificar os sinais vitais, observar os sinais de deslocamentos da placenta e o tempo em que a dequitação está acontecendo, avaliar a altura e a consistência uterina e observar qualquer possível sinal de hemorragia (BRASIL, 2017).
4º período clínico do parto — período de Greenberg ou recuperação	• revisão placentária e de seus anexos de modo a verificar sua integridade e garantindo, assim, sua expulsão completa; • coleta de amostra de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea do recém-nascido; • limpeza da região perineal com água morna esterilizada ou soro fisiológico; • reposição da mulher em caso de posição litotômica e colocação de camisola ou lençóis para cobri-la; • remoção de campos molhados; • verificação de sinais vitais; • avaliação da retração uterina e presença do globo de segurança de Pinard; • avaliação do volume e aspecto do sangramento vaginal e troca de absorvente sempre que necessário.

Fonte: Sartori (2019, p. 266-268)

Todos os cuidados realizados pela equipe de enfermagem devem ser registrados de modo a possibilitar o acompanhamento adequado da parturiente durante todo o período de parto (SATORI, 2019, p. 268).

Tópico 3.3: Atribuições da equipe de enfermagem: a monitorização hemodinâmica

Paciente criticamente doente: é o paciente com risco de descompensação ou aquele fisiologicamente instável, necessitando de constante vigilância e titulação contínua do tratamento, de acordo com a evolução da sua doença (REZENDE et. al., 2005).

A monitorização é a base da estruturação de uma unidade de tratamento intensivo e tem por objetivo avaliar as possíveis alterações hemodinâmicas, em tempo hábil, permitindo o estabelecimento de uma terapia adequada imediata (KROKOSCZ, 2010, p. 285).

A monitorização hemodinâmica é utilizada para diagnóstico, terapêutica, e até mesmo fazer prognóstico com os dados obtidos. A finalidade é reconhecer e avaliar as possíveis complicações do estado hemodinâmico do paciente e intervir em tempo hábil com terapia adequada, prevenindo maiores complicações (MACHADO, s/d).

MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA BÁSICA:

- Frequência cardíaca (FC);

- Eletrocardiograma (ECG) contínuo;
- Saturação de pulso de O₂ (SpO₂) e frequência respiratória;
- Diurese;
- Pressão arterial não invasiva;
- Temperatura;
- Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Pressão Venosa Central (PVC).

Salienta-se a monitorização hemodinâmica, para a prevenção de instabilidades, denota uma ação de enfermagem de suma relevância para a sobrevivência do neonato na UTI, visto que, apresentando esse quadro o neonato fica impedido de realizar outros tratamentos enquanto não for regularizado, prejudicando a melhoria do quadro clínico (BRASIL, 2012).

Uma das situações mais recorrentes em recém-nascidos que pode causar a instabilidade hemodinâmica consiste na hipotermia, desta forma, a termorregulação da temperatura do neonato deverá ser monitorada pelo enfermeiro.

Para tanto, o referido autor destaca que o RN possui facilidade em acompanhar a temperatura do ambiente, portanto, se resfriam e superaquecem com facilidade sendo de suma importância o monitoramento (SILVA, 2017).

Para os neonatos que são prematuros, se observa maiores chances de internação na UTI decorrente de causas respiratórias em virtude da imaturidade pulmonar, muitas vezes observada a necessidade de ventilação não invasiva causando variações hemodinâmicas, que podem causar danos irreparáveis como a hemorragia intraventricular, ocasionada pela variação da pressão arterial (MICHELIN et al., 2013).

Desta forma, os cuidados de enfermagem devem estar voltados a estabilizar as variáveis que comprometem o equilíbrio hemodinâmico, sendo a monitorização contínua, de modo a promover a sobrevivência do recém-nascido, uma vez que a causa da internação não está relacionada a instabilidade hemodinâmica, mas a outras anomalias que podem ser prejudicadas em caso da ausência da assistência e intervenção de enfermagem para solucionar o problema.

O QUE FAZ UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UMA UTI NEONATAL?

Os chamados "cuidados gerais de Enfermagem em UTI Neonatal" são aqueles rotineiramente realizados pela equipe técnica de Enfermagem "para com todos os bebês internados", salvo algumas exceções e/ou modificações de certos procedimentos para com certos pacientes, conforme prescrição médica e/ou de Enfermagem. Esses "cuidados gerais" incluem:

- Verificação dos Sinais Vitais do recém nascido (Saturação de oxigênio, Pulso ou Frequência Cardíaca, Respiração, Temperatura e Pressão Arterial e aplicação de escala de dor);
- Manter elevação da cabeceira entre 30 e 45 graus conforme prescrição médica;
- Permeabilizar os cateteres de acesso venoso periférico, cateter umbilical, flebotomia ou PICC (quaisquer que sejam que o RN esteja mantendo) conforme prescrição médica e de enfermagem e observar constantemente se não há sinais flogísticos ou de extravasamento no local de inserção dos cateteres;
- Rodízio de sensor de oximetria contínua entre os MMSS e MMII (membros superiores e inferiores respectivamente);
- Higiene oral e ocular dos recém nascidos;
- Mudança de decúbito;
- Higiene perineal e troca de fraldas;
- Pesagem de fraldas e controle de eliminações vesico-fisiológicas;
- Curativo de coto umbilical;
- Banho do Recém nascido;
- Troca de eletrodos e de roupas (ninho) do leito do recém nascido (sempre após o banho ou quando houver necessidade);
- Sempre observar a posição de cânula orotraqueal e das sondas para certificar-se que o RN não está "extubando acidentalmente" ou "que saque a sonda", quando necessário, colocar luvinhas para evitar que o RN saque a sonda gástrica;
- Oferta de dieta por gavagem, sonda-dedo, copinho, ou posicionando o recém nascido em seio materno (conforme prescrição médica);
- Manutenção do conforto geral do recém-nascido (diminuir luminosidade, ruídos e ter manuseio mínimo agrupando os cuidados);
- Manter ambiente térmico neutro;

INTERVENÇÕES:

Proposta de protocolo para diminuir os riscos e manter o RN estável hemodinamicamente durante os diversos tipos de procedimentos realizados na UTI Neonatal invasivos ou não (CARVALHO, et al. 2021):

- 1 – Cautela no manejo da incubadora e nos demais equipamentos da UTIN.
- 2 – Atender com agilidade os disparos de alarmes dos equipamentos.
- 3 – Abrir portas e janelas devagar e delicadamente de maneira mais silenciosa possível.
- 4 – Evitar expor o recém nascido a iluminação excessiva , se possível cobrir uma pequena parte da incubadora diminuindo a luminosidade.
- 5 – Conversar dentro da UTIN com tom de voz baixa e o menos possível.
- 6 – Nos momentos em que haja necessidade de manipulação, o mesmo deverá ser realizado em blocos, devagar e delicadamente para não causar estresse ao RN.
- 7 – Em caso de hipotermia, aquecer a incubadora aumentando 1 a 2 graus a temperatura controlando e verificando a temperatura do RN a cada 20 minutos, até sua elevação a parâmetros de normalidade, evitando a hipertermia. Pode – se também utilizar cobertores e mantas.
- 8 – Em caso de hipertemia deve – se resfriar o RN, diminuindo a temperatura da incubadora, utilizar compressas de água em temperatura ambiente e administrar antitérmicos prescritos de acordo com o protocolo da unidade.
- 9– Posicionar o RN dentro da incubadora de maneira confortável e que facilite os procedimentos realizados diariamente, mantendo a cabeceira elevada a 30º C e os membros em flexão.
- 10 – Promover a mudança de decúbito sempre que possível, a cada 2 horas ou reposicionamento ósseo, acomodando as laterais do corpo, cabeça e os pés, utilizando suportes como rolos de conforto, coxins ou compressas grandes para realizar o posicionamento do RN dentro da incubadora.
- 11 – Realizar rodizio do oxímetro. Verificar se o sensor não esta promovendo pressão excessiva sobre a derme local, podendo ocasionar LPP. Mudar de mão ou de pé a cada 4 horas quando instável e a cada 2 horas quando estável hemodinamicamente.
- 12 – Banho de leito: deve-se utilizar compressas pequenas e macias ou bolas de algodão embebidos em água aquecida a temperatura de 36°C. Não friccionar compressas ou algodão na pele para não lesionar, fazendo movimentos suaves e delicados de toque, manipulando o menos possível o recém nascido.
- 13 – Promover o cuidado com a pele do RN. Quando possível, manipulação utilizar creme barreira específico para pele sensível e utilizar proteção adesiva nos locais de atrito com os dispositivos.

14 – De acordo com a prescrição médica, gotejar de 2 a 3 gotas de glicose de 3 a 4 minutos antes de realizar qualquer procedimento doloroso, invasivo ou não, como punções ou coleta de amostras laboratoriais, para acalmar o RN e ajudar no manejo da dor antes, durante e após os procedimentos realizados.

15 - Para realizar procedimentos invasivos dolorosos ou punções avaliar o posicionamento na incubadora, utilizar rolos de conforto, coxins ou compressas para apoio do corpo, gotejar glicose conforme indicado no item 14, movimentando o menos possível o recém nascido na incubadora.

17 - Para realizar a remoção dos curativos de punções utilizar rolos de conforto como coxins ou compressas para suporte da cabeça, das laterais do corpo e dos pés. Segurar e manipular cuidadosamente a região a ser realizado a retirada do curativo e utilizar pedaços pequenos de algodão embebidos em solução fisiológica, água ou óleo mineral aquecidos em temperatura de 36°C, deslizando na pele delicadamente para amolecer a cola da fixação. Remover fixação e proceder ao curativo como preconizado e ocluir.

18 - Para realizar a remoção dos curativos de cateteres e drenos utilizar rolos de conforto, coxins ou compressas para suporte da cabeça, das laterais do corpo e dos pés . Segurar e manipular cuidadosamente a região a ser realizado a retirada do curativo e utilizar pedaços pequenos de algodão embebidos em solução fisiológica, água ou óleo mineral aquecidos em temperatura de 36°C deslizando na pele delicadamente para amolecer a cola da fixação, mexendo cautelosamente para não tracionar cateteres e drenos, bem como, promover dor e maior estresse. Proceder ao curativo como preconizado e ocluir.

Tópico 4: Atendimento primário e abordagem das principais urgências e/ou emergências pediátrica e neonatal

Com a grande demanda de pacientes na qual o serviço de emergência tem se deparado, o papel do profissional de enfermagem, junto com a sua equipe, é o de prestar uma assistência rápida e resolutiva para minimizar as situações de risco de vida.

A especificidade dos pacientes pediátricos e neonato encontra-se, principalmente, na maior dificuldade em verbalizar suas angústias e sofrimentos durante sua internação, requerendo que o profissional de enfermagem compreenda e acolha não apenas a criança doente como também sua subjetividade em se expressar.

Muitos são os fatores que colocam a criança em risco. Entre as causas que necessitam da assistência nas unidades de atendimento de EP estão as doenças respiratórias, as intoxicações, os estados convulsivos e os acidentes e traumas, que

provocam, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que é a emergência de maior importância na pediatria.

Tópico 4.1: Síndrome do desconforto respiratório

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SRD), também conhecido como Doença da Membrana Hialina (DMH) é uma doença que frequentemente acomete recém-nascidos (RN) pré-termo, principalmente os com menos de 28 semanas.

A principal causa da SDR é a deficiência de quantidade adequada de surfactante pulmonar. Para seu diagnóstico é necessário conhecimento adequado da história materna obstétrica e familiar, além de estar atento às condições do recém-nascido (RN) ao nascimento. O surfactante pulmonar é constituído basicamente por lipídeos (90%) e proteínas (10%) e é produzido a partir da 20ª semana de gestação pelos pneumócitos tipo II, tendo sua produção aumentada de forma progressiva no decorrer da gestação, com o pico na 35ª semana.

A principal função do surfactante é diminuir a tensão superficial na interface ar-líquido alveolar e nos bronquíolos distais, garantindo adequada expansão pulmonar e evitando colapso pulmonar, além de ser importante na defesa pulmonar.

Tópico 4.2: 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.

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).

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.

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.

Não só o enfermeiro precisa estar apto para o atendimento a um paciente em PCR, mas a equipe de enfermagem, como um todo preciso estar treinada para a constatação de uma PCR e conhecer as manobras de suporte básico de vida.

A equipe de enfermagem possui uma importância significativa dentro do centro obstétrico, desde que capacitados para o atendimento a parada cardiorrespiratória em RN, pois na PCR o emocional do enfermeiro e de sua equipe é testado a todo o tempo, pois se trata de um procedimento, onde a rapidez e agilidade são de tamanha importância para um desempenho eficaz, sob pressão e até em situações dramáticas os funcionários de enfermagem têm que ter olhar clínico para alguns itens importantes logo no início da PCR.

Técnicos e auxiliares de enfermagem poderão assessorar o enfermeiro nesse atendimento inicial e ficar à sua disposição para as todas as tarefas que envolvem as necessidades de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (ROCHA et. al., 2012, p.144).

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).

PRINCIPAIS SINAIS DA PCR:

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

Tópico 4.3: convulsões

As convulsões que ocorrem no período neonatal são difíceis de serem reconhecidas e podem incluir movimentos oculares anormais (normalmente horizontais, mantendo desvio do olhar), sucções labiais, movimentos anormais de língua, movimentos de pedalar ou apneia.

Crises convulsivas são motivos frequentes de idas à emergência. Dentre elas, as que irão necessitar de intervenção imediata e investigação são as crises recorrentes ou as prolongadas (com duração maior que 5 minutos), pois quanto maior o tempo de crise, maior a sua morbimortalidade, visto que convulsões prolongadas podem levar à neurotoxicidade e danos cerebrais.

CRISES CONVULSIVAS ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA:

- **Crise convulsiva febril:** é definida como uma crise associada à temperatura acima de 38°C em crianças entre 6 meses e 5 anos sem infecção do sistema nervoso central (SNC), sendo classificada em simples (generalizada, menos de 15 minutos, sem recorrência em 24 horas) ou complexa (focal, com duração de pelo menos 15 minutos e/ou recorrência em 24 horas, além de déficit neurológico focal).
- **Estado epiléptico febril:** apresenta-se como crise febril generalizada ou parcial que evolui para generalizada por mais de 30 minutos. Está mais associada à história familiar de epilepsia e a anormalidades neurológicas.
- **Crise epiléptica após traumatismo crânio-encefálico (TCE):** aproximadamente 20 a 40% das crianças que sofrem TCE podem apresentar crise epiléptica pós-traumática. É necessário solicitar tomografia computadorizada (TC) de crânio a fim de excluir lesões neurológicas.
- **Estado de mal epiléptico (EME):** é o quadro convulsivo mais temido na emergência. Caracteriza-se por crises convulsivas contínuas por mais de 30 minutos ou duas ou mais convulsões de curta duração e sem recuperação da consciência entre elas, por mais de 30 minutos.

A estabilização do paciente com crise convulsiva na emergência é uma prioridade. Faz parte da abordagem inicial atentar para a função cardiorrespiratória e para as possíveis complicações das crises ou da sua terapêutica, como hipotensão arterial, arritmias cardíacas e depressão respiratória.

Dessa forma, é necessário verificar a permeabilidade das vias aéreas, aspirar e fornecer oxigênio por cateter nasal ou máscara, avaliando a necessidade

de intubação. Posiciona-se o paciente de forma a evitar a aspiração e instala-se monitor cardíaco para avaliar arritmias. Verifica-se constantemente os sinais vitais e a saturação de oxigênio, além de conferir a glicemia capilar. O tratamento medicamentoso geralmente só é instituído após 5 a 10 minutos de atividade convulsiva.

Cuidados de Enfermagem - Identificar RN com risco para convulsões; - Posicionar o RN de forma segura providenciando ambiente calmo; - Otimizar cateterismo venoso periférico; - Providenciar fonte de calor, de oxigênio e de aspiração; - Administrar líquidos segundo prescrição e necessidades hídricas do RN; - Balanço hídrico em cada turno; - Controlo rigoroso dos parâmetros vitais (FC, FR, SatO2, temperatura); - Vigilância estreita identificando precocemente sinais de crises convulsivas; - Colheita de amostra para exames e providenciar resultados.

Tópico 4.4: desidratação grave

A desidratação grave faz com que a criança fique sonolenta ou letárgica, sendo esse um sinal de que ela precisa ser examinada pelo médico ou levada para o pronto-socorro imediatamente. Não há lágrimas. É possível que a pele da criança esteja azulada (cianose).

É evidenciada por relato de dificuldade de ingesta hídrica, boca seca, mucosas ressecadas, letargia. Associada ou não com quadro de vômitos e/ou diarreia e / ou fontanela muito deprimida.

Quando o paciente chega ou evolui com desidratação grave é o momento em que devemos pensar em métodos mais invasivos para terapia de reidratação. Ela ocorre por via parenteral e possui duas fases: a de EXPANSÃO, e a de MANUTENÇÃO e REPOSIÇÃO.

Tópico 3.5: intoxicação exógena

Intoxicação exógena consiste na introdução de substâncias no organismo em doses nocivas, que podem comprometer a sua funcionalidade. Na intoxicação, ocorre a produção de metabólitos que provocam uma instabilidade transitória nos sistemas fisiológicos. É considerada uma emergência pediátrica potencialmente grave, mesmo que a criança esteja assintomática.

É importante que a equipe de enfermagem investigue como ocorreu o episódio de intoxicação, a substância ingerida, a quantidade ingerida, há quanto

tempo a substância foi ingerida e os sinais e sintomas iniciais. Além disso, deve verificar o uso de medicamentos, presença de distúrbios psiquiátricos e história de tentativas de suicídio, principalmente em adolescentes.

Na admissão de paciente com sintomas de intoxicação, é necessário avaliar os sinais vitais e, a partir disso, realizar a estabilização. Em seguida, é preciso identificar o agente tóxico e a quantidade absorvida. A via de exposição e o tempo entre o evento e o socorro são essenciais para presumir um diagnóstico mais assertivo. As decisões terapêuticas e o prognóstico do paciente também dependem dessas informações.

Tópico 5: Cuidados do Técnico em Enfermagem na administração de medicamentos direcionada a obstetrícia e ao paciente neonato e pediátrico

Sabe-se que as modificações bioquímicas e fisiológicas acontecem desde o momento do nascimento até à fase adulta e que essas mudanças influenciam, de forma importante, os mecanismos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos produtos farmacêuticos.

Entende-se, por esse motivo, que as fases de desenvolvimento do indivíduo integram uma das principais variáveis que podem interferir na metabolização dos medicamentos e, portanto, nos efeitos no organismo. Enfatiza-se, assim, que as crianças não podem ser vistas como “adultos pequenos”, pois possuem reações diferentes no que diz respeito aos efeitos farmacológicos.

Fatores específicos ao sítio de administração interferem diretamente nesse processo. Por exemplo, o pH gástrico, o tempo de esvaziamento gástrico, a colonização bacteriana intestinal, a produção de suco biliar e a perfusão gastrointestinal interferem diretamente na absorção de drogas administradas por via oral.

No organismo materno as modificações gravídicas gerais influem sobremaneira nos processos de absorção, distribuição e, principalmente, metabolismo e excreção das drogas. A placenta, por sua vez, com os mecanismos de transferência bem definidos e sistemas enzimáticos ativos, também interfere no comportamento das drogas que vão para o concepto e de seus metabólitos que retornam ao organismo materno.

Acredita-se que a produção de ácido gástrico no prematuro - principalmente menor de 32 semanas - seja menor que a do RN a termo até a segunda ou terceira semanas de vida pós-natal, o que explicaria a diferença na absorção de drogas administradas por via oral: drogas fracamente básicas

(Penicilina, Ampicilina, Eritromicina etc.) se mantêm não-ionizadas e apresentam absorção facilitada, enquanto drogas ácidas (Fenobarbital, Fenitoína) se tornam ionizadas e apresentam absorção dificultada. No estômago, a presença de alimentos que diminuem o pH gástrico interfere diretamente na absorção de drogas administradas por via oral.

Outro fator relacionado à idade que interfere na absorção de drogas administradas por via oral é o tempo de esvaziamento gástrico, geralmente lento nos prematuros - 6 a 8 horas -, acarretando, por demora na liberação da droga para o lúmen intestinal, picos de concentração sérica de drogas mais tardiamente.

A absorção de drogas administradas por via subcutânea ou intramuscular não é boa nos prematuros em função do baixo fluxo regional de sangue e da baixa reserva de massa muscular.

Tópico 5.1: Uso de medicamentos na gravidez

O uso inadequado dos medicamentos pode trazer riscos à saúde do usuário ou tornar-se isento de ação terapêutica (Oliveira et al., 2005). Uma das estratégias para que isso não ocorra é a efetiva orientação médica, tornando-se um dos pilares que se deve trabalhar para o uso correto dos diversos tipos de medicamentos (Ministério da Saúde, 2001).

Todavia diversas condições podem interferir na orientação médica para a escolha adequada do medicamento e da terapia a ser utilizada. Condições são estas concepção do profissional sobre o processo saúde-doença; a qualidade de sua formação; as fatores socioculturais e econômicas da população e as fontes de informações às quais teve acesso.

O uso racional de medicamentos é indispensável para garantir a qualidade e eficácia de um tratamento medicamentoso. Diante disto, a utilização de medicamentos durante a gestação deve ser analisada e acompanhada minuciosamente para minimizar os riscos e possíveis conseqüências ao feto e à gestante.

A gestação é considerada situação de alto risco e o uso de medicamentos nessa etapa de vida deve ser avaliado com cautela, considerando a segurança da mulher e do feto, uma vez que pode estar associado à ocorrência de aborto, prematuridade, morte neonatal, anormalidades fetais, entre outros.

Medidas de prevenção de erros devem ser intensificadas entre gestantes, pois configuram um grupo de pacientes cujo uso de medicamentos envolve alto risco.

Dessa forma, deve-se garantir que a prescrição de medicamentos para gestantes seja feita apenas quando estritamente necessário e que os

medicamentos sejam os mais seguros, além da adoção de estratégias de revisão da prescrição quanto aos critérios de contraindicação, dupla checagem independente da dispensação e administração.

Por outro lado, ressalta-se que medicamentos isentos de prescrição são frequentemente utilizados por gestantes, que desconhecem os riscos envolvidos. Apesar de grande parte dos fármacos dessa categoria ser considerada segura para uso na gestação, para muitos ainda faltam estudos que confirmem essa segurança ou documentem o impacto do seu uso no trabalho de parto e parto.

Por isso, reforça-se a importância de profissionais de saúde se manterem atualizados quanto à segurança desses medicamentos e orientem gestantes a não utilizarem medicamentos sem orientação adequada.

O acompanhamento pré-natal com equipe multidisciplinar é benéfico às gestantes em comparação ao mesmo com atendimento por uma única profissão. As chances de seguimento e adequação às recomendações são 41% maiores em gestantes acompanhadas por profissionais médicos e enfermeiros em comparação às acompanhadas exclusivamente por médicos, justificando a importância da integralidade profissional (MARQUES et al., 2021).

Visando a orientação e o auxílio ao prescritor na escolha do medicamento mais adequado para a gestante, a agência americana FDA – Food and Drug Administration – classificou os medicamentos de acordo com o risco associado ao seu uso durante a gravidez.

Os medicamentos, assim, são categorizados em cinco classes (A, B, C, D e X) com base na ausência ou presença de dados sobre a segurança de seu uso durante a gestação, conforme o tipo de estudo e os resultados obtidos.

Medicamentos da categoria de risco A não demonstram risco para o feto no primeiro e demais trimestre de acordo com estudos em mulheres. Medicações na categoria de risco B não demonstram risco fetal em estudos com animais, mas não há estudos no ser humano para averiguação.

Na categoria de classe C enquadram-se os medicamentos que revelaram efeitos adversos ao feto em relatos com animais, não havendo estudos controlados em mulheres e animais. Tais fármacos devem ser administrados somente se o benefício justificar o potencial teratogênico.

Drogas de categoria de risco D apresentam evidência positiva de risco fetal e humano, porém os benefícios do uso em gestantes podem ser aceitáveis. Por fim, medicações categorizadas como risco X revelam efeitos donosos sobre o feto que ultrapassam os benefícios, de acordo com estudos em animais ou seres humanos (ANVISA, 2010).

No Brasil, essas informações precisam estar descritas na bula dos medicamentos e registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual também realiza a categorização e indicação dos medicamentos nessa fase (LUNARDI-MAIA et al., 2014).

- **Medicamentos básicos para uso obstétrico:** a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos; b) Inibidores da contratilidade uterina; c) Sulfato de magnésio 20% e 50%; d) Anti-hemorrágico; e) Hidralazina 20 mg; f) Nifedipina 10 mg; g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal; h) Antibióticos; i) Anestésicos; j) Analgésicos.

Tópico 5.2: Esquema de Pritchard e de Zuspan

Desde a publicação dos resultados do The Collaborative Eclampsia Trial (Magpie Trial), o sulfato de magnésio passou a ser a droga de escolha para o tratamento da iminência de eclâmpsia e da eclâmpsia.

Revisões sistemáticas indicam que o sulfato de magnésio é mais seguro e eficaz do que fenitoína, diazepam ou cocktail lítico (clorpromazina, prometazina e petidina) para a prevenção de convulsões recorrentes em eclâmpsia, além de ter baixo custo, facilidade de administração e não causar sedação.

Os principais esquemas de uso do sulfato de magnésio são o Pritchard e o de Zuspan, que devem ser empregados de acordo com a experiência de cada serviço, uma vez que são considerados de igual eficácia.

Em 1955, Pritchard decreveu o esquema terapêutico intramuscular para eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave. O esquema preconiza a manutenção por aplicações intramusculares de sulfato de magnésio a cada 4 horas, o que causa muita dor e ocorrência de hematomas nas pacientes.

A maioria dos centros de saúde no mundo utiliza o Esquema de Zuspan, criado em 1966, que preconiza a administração endovenosa de 4 g de sulfato de magnésio com manutenção de 1-2 g/h em bomba de infusão.

Tópico 5.3: Fármacos interventores no parto

O início do trabalho de parto caracteriza-se pela presença de contrações uterinas espontâneas e alguns sinais específicos. Quando há o propósito de acelerar esse processo devido alguma intercorrência, utiliza-se métodos de estímulos exógenos, entre eles, ocitocina e misoprostol. Porém, têm-se discutido a necessidade de sua administração relacionada ao protagonismo da parturiente no processo de parto e a capacidade fisiológica de seu corpo.

A condução do parto de forma espontânea ocorre com dilatações uterinas progressivas concomitante às contrações dolorosas e regulares. Quando a parturiente está com algum desses fatores desregulado, o medicamento interventor pode auxiliar na normalização.

Pode haver falha na condução, quando não apresentar padrão contrátil eficaz, ou seja, que promova dilatação cervical progressiva, após doses máximas de ocitocina.

A ocitocina, em sua forma sintética, é o fármaco mais utilizado para condução do trabalho de parto, pois sua fórmula é idêntica ao hormônio natural que é armazenado no lóbulo posterior da hipófise e liberado para a circulação sistêmica em resposta ao trabalho de parto.

O misoprostol, por sua vez, é um análogo sintético de prostaglandina E1 sendo utilizado principalmente para indução do trabalho de parto, pois relaxa o músculo liso da cérvix e facilita a dilatação, permitindo o acréscimo do cálcio intracelular com consequente promoção da contração uterina e maturação do colo uterino.

O misoprostol apresenta vantagens e desvantagens. É eficaz devido ao custo inferior ao de qualquer outra prostaglandina, possui um maior tempo de meia-vida e é de fácil administração. Todavia, merece atenção quanto à dose, pois pode provocar hiperestimulação uterina, traduzida por hipertonia e taquissístolia, podendo provocar ruptura uterina.

Ambos os fármacos são reconhecidos como medicamentos de alta vigilância, pois requerem atenção e controle em sua utilização devido ao risco de efeitos adversos prejudiciais à saúde materno-fetal. Evidencia-se a relação da ocitocina principalmente com alterações da contração uterina, seja em intensidade, duração ou frequência, além de gerar desconforto por náuseas ou aumento da pressão arterial da parturiente.

Tópico 5.4: Medicamentos mais utilizados em urgência e emergência -paciente neonato e pediátrico.

- **Principais medicamentos utilizados em neonatologia:** a) aminofilina/teofilina; b) citrato de cafeína; c) dexametasona; d) surfactante; e) antibióticos; f) antimicrobianos (como metronizadol); g) antifúngicos (como o fluconazol); h) ação no sistema cardiovascular (dopamina, epinefrina, ibuprofeno); i) ação no SNC (hidrato de cloral, fentanil, morfina); j) diuréticos (espironolactona, furosemida); h) ação no trato gastrointestinal (cimetide,

metoclorpamida, ranitidina); i) outras drogas, como: heparina, insulina, hidrocortisona, etc.

Carro ou maleta de emergência deve conter medicamentos básicos, como, antiarrítmico, antihipertensivo, antihistamínico, barbitúrico, benzodiazepínico, broncodilatador, corticosteróide, digitálico, diurético, vasodilatador e vasocostritor coronarianos, anticonvulsivante, glicose hipertônica e isotônica, soro fisiológico, gluconato de cálcio e água destilada.

Equipamentos como ambú com máscaras e laringoscópio completo, tubos endotraqueais com cuff, conectores, cânulas de Guedel, fio guia estéril. Bandejas para procedimentos invasivos em local de fácil acesso.

CARRO DE EMERGÊNCIA NEONATAL:

1º GRAVETA – Medicamentos

Adenosina 6mg/2mL – 03 ampolas
Água destilada 10mL 10 ampolas
Atropina, sulfato 0,25mg/1mL – 05 ampolas
Bicabornato de Sódio 8,4% 250mL – 02 frascos
Dexametasona, fosfato 4mg/mL – 02 ampolas
Dobutamina, cloridrato 250mg/20mL – 02 ampolas
Dopamina, cloridrato 50mg/10mL – 02 ampolas
Epinefrina 1mg/mL (Adrenalina) – 10 ampolas
Fenitoína sódica 5% 250mg/5mL – 02 ampolas
Fenobarbital sódico 100mg/mL – 02 ampolas
Fentanila, citrato 0,05mg/mL 20mL – 02 frascos
Furosemida 20mg/2mL – 02 ampolas
Flumazenil 0,5mg/5mL – 02 ampolas
Glicose Hipertônica 50% 10mL – 02 ampolas
Gluconato de Cálcio 10% 1,5mEq/mL 10mL – 02 ampolas
Hidrocortisona, succinato 100mg – 01 frasco
Lidocaína, cloridrato 2% sem vaso 20mg/mL 5mL – 01 ampola
Midazolan, cloridrato 15mg/3mL – 02 ampolas
Naloxona, cloridrato 0,4mg/mL – 02 ampolas
Norepinefrina, hemitartrato 8mg/4mL (Noradrenalina) – 02 ampolas
Soro Fisiológico 0,9% 10 mL – 10 frascos
Succinilcolina, cloridrato 500mg – 01 frasco
Tiopental sódico 1000mg – 01 frasco

2º GRAVETA – Circulação

Cateter intravenoso periférico flexível (abocath®) nº 24 – 05 unidades
Cateter intravenoso periférico rígido (Scalp) nº 25 e 27 – 03 unidades cada

Agulha hipodérmica descartável 13×4,5 – 01 unidade
Agulha hipodérmica descartável 25×7 / 25×8 – 03 unidades cada
Agulha hipodérmica descartável 40×12 ou 30×10 – 03 unidades
Equipo Macrogotas – 02 unidades
Equipo Parenteral – 02 unidades
Equipo Fotossensível – 02 unidades
Multivias ou Torneira de 3 vias (three ways) – 03 unidades
Seringa 1 mL – 01 unidades
Seringa 3 mL / 5 mL / 10 mL – 03 unidades cada
Seringa 20 mL – 01 unidades
Eletrodos neonatal – 05 unidades

3º GRAVETA- Vias Aéreas

Luva estéril nº 6,0 / 6,5 / 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5 – 01 unidade cada
Cânula Endotraqueal nº 2,0 / 2,5 / 3,0 / 3,5 / 4,0 / 4,5 – sem cuff – 03 unidades cada
Cateter de aspiração traqueal nº 6 / 8 / 10 – 01 unidade cada
Máscara de reanimação nº 00 / 01 – 01 unidade cada
Reanimador manual (AMBU) 250 mL – 01 unidade
Cateter Oxigênio Tipo Óculos – 02 unidades

4º GRAVETA - Materiais complementares

Cateter gástrico nº 6 / 8 – 01 unidade cada
Cateter uretral Levine nº 4 / 6 / 8 / 10 – 01 unidade cada
Cateter vesical de demora nº 6 / 8 – 01 unidade cada
Coletor de urina sistema fechado – 01 unidade
Coletor de urina sistema aberto – 02 unidades
Extensão de silicone – 03 unidades

5º GRAVETA - Soluções

Soro fisiológico 0,9% 250 mL – 01 frasco
Soro glicosado 10% 500 mL – 01 frasco
Soro glicosado 5% 250 mL – 01 frasco
Água destilada 500 mL – 01 frasco

CARRO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO:

1º GRAVETA – Medicamentos

Adenosina 6mg/2ml – 03 ampolas
Água destilada 10ml – 10 ampolas
Amiodarona, cloridrato 150mg/3mL – 02 ampolas
Atropina, sulfato 0,25mg/1mL – 05 ampolas

Bicabornato de Sódio 8,4% 250mL – 04 frascos
Dexametasona, fosfato 4mg/ml – 02 ampolas
Diazepan 10mg/2mL – 04 ampolas
Dobutamina, cloridrato 250mg/20mL – 02 ampolas
Dopamina, cloridrato 50mg/10mL – 02 ampolas
Epinefrina 1mg/mL (Adrenalina) – 10 ampolas
Fenitoína sódica 5% 250mg/5mL – 02 ampolas
Fenobarbital sódico 200mg/2ml – 02 ampolas
Fentanila, citrato 0,05mg/mL 20mL – 04 frascos
Furosemida 20mg/2ml – 03 ampolas
Flumazenil 0,5mg/5mL – 02 ampolas
Glicose Hipertônica 25% 10mL – 05 ampolas
Glicose Hipertônica 50% 10mL – 05 ampolas
Gluconato de Cálcio 10% 0,5mEq/mL 10mL – 02 ampolas
Hidrocortisona, succinato 100mg – 02 frascos
Hidrocortisona, succinato 500mg – 02 frascos
Lidocaína, cloridrato 2% sem vaso 20mg/mL 20mL – 01 frasco
Lidocaína, cloridrato 2% sem vaso 20mg/mL 5mL – 02 ampolas
Metilprednisolona, succinato Sódico 125mg – 02 frascos
Metilprednisolona, succinato Sódico 500mg – 01 frasco
Midazolan, cloridrato 15mg/3mL – 03 ampolas
Naloxona, cloridrato 0,4mg/mL – 02 ampolas
Nitroprusseto de sódio 25mg/2mL – 01 ampola
Norepinefrina, hemitartrato 8mg/4mL (Noradrenalina) – 02 ampolas
Prometazina, cloridrato 50mg/2mL – 02 ampolas
Soro Fisiológico 0,9% 10 ml – 10 frascos
Succinilcolina, cloridrato 500mg – 01 frasco
Tiopental sódico 1000mg – 01 frasco

2º GRAVETA – Circulação

Cateter intravenoso periférico flexível (abocath®) nº 24 / 22 – 04 unidades cada
Cateter intravenoso periférico flexível (abocath®) nº 20 / 18 / 16 / 14 – 02 unidades cada
Cateter intravenoso periférico rígido (Scalp) nº 19 / 21 / 25 / 27 – 02 unidades cada
Agulha hipodérmica descartável 13X4,5 – 02 unidades
Agulha hipodérmica descartável 25×7 – 03 unidades
Agulha hipodérmica descartável 25×8 – 03 unidades
Agulha hipodérmica descartável 40×12 ou 30×10 – 03 unidades
Equipo Macrogotas – 02 unidades
Equipo Parenteral – 02 unidades
Equipo Fotossensível – 02 unidades

Multivias ou Torneira de 3 vias (three ways) – 03 unidades
Seringa 3 mL / 5 mL / 10 mL / 20 mL / 60 mL – 02 unidades cada
Eletrodo descartável infantil – 01 pacote
Gel condutor – 01 unidade

3º GRAVETA – Vias Aéreas

Luva estéril 6,0 / 6,5 / 7,0 / 7,5 / 8,0 / 8,5 – 01 par cada
Cânula Endotraqueal nº 4,0 / 4,5 sem cuff – 03 unidades cada
Cânula Endotraqueal nº 5,0 / 5,5 / 6,0 / 6,5 / 7,0 com cuff – 03 unidades cada
Cateter de aspiração nº 8 / 10 / 12 – 01 unidade cada
Guia pequeno para cânula traqueal – 01 unidades
Guia grande para cânula traqueal – 01 unidades
Cânula orofaríngea (Guedel) nº 1 / 2 / 3 / 4 – 01 unidade cada
Máscara de reanimação nº 01 / 02 / 03 – 01 unidade cada
Reanimador manual (AMBU) 500 mL e 1000 mL – 01 unidade cada
Cateter Oxigênio Tipo Óculos – 01 unidade
Umidificador – 01 unidade
Máscara de nebulização contínua – 01 unidade

4º GRAVETA – Materiais complementares

Cateter uretral Levine nº 8 / 10 / 12 / 14 – 01 unidade cada
Cateter vesical de demora nº 8 / 10 / 12 / 14 – 01 unidade cada
Coletor de urina sistema fechado – 02 unidades
Coletor de urina sistema aberto – 02 unidades
Cateter gástrico nº 8 / 10 / 12 / 14 / 16 – 01 unidade cada
Borracha de silicone – 03 unidades

5º GRAVETA – Soluções

Soro fisiológico 0,9% 250 mL – 01 frasco
Soro fisiológico 0,9% 500 mL – 01 frasco
Soro glicosado 10% 500 mL – 01 frasco
Soro glicosado 5% 250 mL – 01 frasco
Água destilada 500 mL – 01 frasco
Bicarbonato de sódio 250 mL – 01 frasco
Solução Ringer Lactato 500 mL – 01 frasco