



e-Tec Brasil
Escola Técnica Aberta do Brasil

Enfermagem

Área 3 | A Prevenção de Agravos, a
Promoção e Recuperação da Saúde da
Mulher, da Criança e do Adolescente

Unidade 2 | Saúde da Gestante

*Ieda Maria Vargas Dias
Maria Inês Gomes de Almeida*



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
SUDESTE DE MINAS GERAIS
Campus Rio Pomba



Ministério
da Educação



Rio de Janeiro – RJ
2010

Este caderno foi elaborado em parceria entre o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sudeste de Minas Gerais, a Fundação Cecierj/Consórcio CEDERJ e o Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil – e-Tec Brasil.

Equipe de Elaboração

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia Sudeste de Minas Gerais

Coordenação Instrucional

Angela Maria Corrêa Gonçalves

Professor-autor

Ieda Maria Vargas Dias
Maria Inês Gomes de Almeida

**Coordenação de Desenvolvimento
Instrucional**

Cristine Costa Barreto
Paulo Vasques de Miranda

Coordenação de Produção

Fábio Rapello Alencar

**Supervisão de Desenvolvimento
Instrucional**

Flávia Busnardo

Supervisão de Produção

Paula Gosselen

Desenvolvimento Instrucional

Cristina Mendes
Lúcia Beatriz Alves

Equipe de Revisão

Equipe Cederj

Projeto Gráfico

Eduardo Meneses
Fábio Brumana

Diagramação

Andreia Villar
Verônica Paranhos

Ilustração

Fernando Torelly
Jefferson Caçador
Pablo Carranza
Sami Souza

Copyright © 2010, Fundação Cecierj / Consórcio Cederj

Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, mecânico, por fotocópia e outros, sem a prévia autorização, por escrito, da Fundação.

D541e

Dias, Ieda Maria Vargas.

Enfermagem: área 3: a prevenção de agravos, a promoção e recuperação da saúde da mulher, da criança e do adolescente. Unidade 2: saúde da gestante. / Ieda Maria Vargas Dias, Maria Inês Gomes de Almeida. – Rio de Janeiro : Fundação CECIERJ, 2010
74 p. ; 20,5 x 27,5 cm.

ISBN: XXXXXXXXXXXX

1. Enfermagem. 2. Assistência de enfermagem. 3. Gestante. 4. Gravidez.
I. Almeida, Maria Inês Gomes. II Título.

CDD 610.73

Sumário

Tema 1 Conhecendo o processo da gravidez	5
Tema 2 Assistência de enfermagem em situações de risco materno-fetal	27
Tema 3 Parto, nascimento e puerpério	55

Tema 1 | Conhecendo o processo da gravidez

Objetivo geral do tema

- Evidenciar a importância do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê.

Objetivos específicos voltados para o conteúdo

Ao final do estudo deste tema, você deverá ser capaz de:

1. identificar os sinais e sintomas típicos de gravidez;
2. evidenciar a importância dos procedimentos de enfermagem durante a fase do pré-natal.

Competência a ser desenvolvida

- Prestar assistência de enfermagem à mulher durante o período pré-natal.

Introdução

Você já acompanhou a gravidez de uma amiga ou parente? Imagino que muito provavelmente sua resposta seja sim. Percebeu que, ao longo dos meses, ela passou por transformações fisiológicas? Além da barriga evidente, ela possivelmente ficou mais sensível. Todas essas transformações contribuem para uma atmosfera cheia de expectativas.

Ao longo deste tema, você vai aprender a lidar com as pacientes grávidas e a como proceder durante uma consulta de pré-natal das gestantes.

A importância do pré-natal na gravidez

A primeira coisa que você precisa saber é que o processo de gestação e parto é fisiológico, ou seja, é natural na fisiologia do corpo feminino, não sendo, portanto, uma doença. E, como já vimos no início do curso de Enfermagem, saúde é um bem que todos devem preservar e constitui-se em direito de todo cidadão, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a Constituição brasileira.

Os direitos das gestantes também estão assegurados na legislação. Eles devem ser garantidos com uma atenção pré-natal integral, individualizada, humanizada e de qualidade. Os principais direitos das gestantes são:

- atendimento feito por profissional qualificado;
- detecção precoce de risco gestacional para redução de morbimortalidade materna;
- acesso a pré-natal de qualidade;
- acesso à instituição onde será realizado o parto.

É importante ressaltar que o pré-natal de risco habitual (baixo risco) pode ser realizado por enfermeiros.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é a detecção precoce de fatores de risco, isto é, fatores que possam colocar a vida da mulher e a do bebê em perigo. Existem alguns instrumentos e procedimentos usuais do pré-natal para se obter dados sobre a saúde da mulher e do bebê:

- anamnese;
- exame clínico;
- exame obstétrico;
- exames laboratoriais complementares.

Durante o período pré-natal, é importante que os profissionais que atendem a gestante – médico ou enfermeira – estejam preparados para escutá-la ou ao casal sobre questões que geralmente afligem e preocupam quem vivencia uma gravidez. É comum que medos, dúvidas, mitos e questionamentos apareçam nessa fase da vida do casal, ainda mais se é a primeira gravidez.

Além disso, precisam:

- usar linguagem de fácil compreensão;
- transmitir confiança, mostrando que as informações prestadas são baseadas em evidências científicas;
- demonstrar disposição para ajudar, principalmente se o casal tem experiências negativas em gestações e partos anteriores não só deles, mas de parentes ou conhecidos;
- incentivar a presença de acompanhante em todas as consultas;
- escutar a gestante.

Para atendimento da gestante, deve haver condições básicas como:

- recursos humanos;
- área física com local arejado;
- privacidade;
- equipamentos adequados.



Fonte: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22406

Figura 1.1: O acompanhamento pré-natal é essencial para a saúde da gestante e do bebê.

Dentre os equipamentos necessários para o atendimento da gestante, estão:

- mesa e cadeiras para o profissional, a gestante e o acompanhante;
- balança de adulto para medição de peso e estatura;
- mesa de exame com lençóis;
- escadinha com dois degraus para acesso à mesa;
- foco de luz;
- aparelho de PA (pressão arterial);
- estetoscópio;
- fita métrica;
- sonar;
- material para exame colpocitológico;
- impressos com orientações importantes para a gestante;
- medicamentos essenciais.



Fontes: a) <http://www.faico.com.ar/cirurgiageneral.htm>; b) <http://www.sxc.hu/photo/387982>.



Fontes: c) http://www.pedregulho.sp.gov.br/photogallery.php?photo_id=62; d) http://www.precisaoabsoluta.com.br/prods/Welmy_110.jpg.



Fontes: e) http://www.ipem.am.gov.br/Esignomanometro_minimus.jpg; f) <http://www.jamir.com.br/telas/busca.asp?subcateg=91&fonte=linkcateg#>.

Figura 1.2: Alguns dos equipamentos de uma sala de exame ginecológico: a) estetoscópio de Pinard, que pode ser de alumínio ou de madeira; b) estetoscópio; c) mesa ginecológica; d) balança para aferição de peso e estatura; e) aparelho medidor de pressão; f) foco de luz.

Diagnóstico de gravidez

Quanto mais precoce o diagnóstico de gravidez, melhor para o acompanhamento do desenvolvimento do feto, além de permitir detectar precocemente alterações que podem ocorrer durante a gestação.

Ao procurar um consultório médico, mulheres com vida sexual ativa e com atraso menstrual são avaliadas pelos sinais e sintomas apresentados, acompanhados de exame físico e laboratorial.

A-Z Glossário

Amenorreia

É a ausência de menstruação.

Gonadotrofina coriônica humana (HCG)

É um hormônio específico da gravidez.

Amenorreia, náuseas, vômitos e sonolência são sinais e sintomas presuntivos de gravidez. Nesse caso, é solicitado exame de sangue ou de urina para confirmar o diagnóstico por meio do Teste Imunológico para Gravidez (TIG). Neste teste, caso haja presença de **gonadotrofina coriônica humana (HCG)** nas amostras, confirma-se o diagnóstico de gravidez.

Para o exame de sangue, a mulher deve comparecer à unidade de saúde com o pedido do exame feito pelo médico ou pelo enfermeiro. Em caso do exame de urina, a mulher deve ser orientada a colher a primeira da manhã, em recipiente limpo, que deve ser lacrado e rotulado com nome. Com o resultado positivo, inicia-se o acompanhamento pré-natal.

Caso a mulher chegue ao posto de saúde com relato de amenorreia acima de 12 semanas, realiza-se o exame físico. Se por meio do exame físico o médico ou o enfermeiro conseguir detectar batimentos cardíofetais (BCF), temos um diagnóstico certo de gravidez. Sendo assim, o pedido de exame, seja ele de urina ou de sangue, é dispensado para confirmação e já se inicia o pré-natal.

A mulher deve ser orientada a realizar o pré-natal na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, visando seu conforto na locomoção e no acesso, havendo, claro, a possibilidade de ser em clínica particular de sua preferência.



Atividade 1

Atende ao Objetivo 1 e à Competência 1

Analise a seguinte situação:

Ana Luiza, de 19 anos, comparece à unidade de saúde sozinha, com queixa de enjoo. Sua última menstruação foi há um mês. Ela alega usar anticoncepcional somente quando tem relações sexuais com o namorado. Está muito ansiosa com medo de estar com algum problema grave. A família não sabe que ela já tem vida sexual ativa. Com base na história, qual a conduta indicada para Ana Luiza?

Do que consta a assistência pré-natal?

A assistência pré-natal consta da avaliação do estado geral de saúde da gestante e do bebê, a partir dos seguintes procedimentos:

1. anamnese minuciosa;
2. exame físico completo;
3. exame obstétrico;
4. exames complementares.

Você agora vai conhecer em detalhes cada um deles.

Anamnese minuciosa

A anamnese é um instrumento de coleta de dados da paciente, visando ao levantamento do seu histórico de saúde. Deve ser feito o registro de todas as informações, a partir do roteiro a seguir:

Identificação: nome, endereço completo, idade, cor, data de nascimento, nacionalidade, profissão, grau de instrução, estado civil, documento de identidade.

História clínica: queixas, antecedentes pessoais e familiares de hipertensão, diabetes, doenças renais, cardíacas, infecção urinária, cirurgias ginecológicas, alergias, tratamentos, doenças infecciosas e parasitárias, sífilis, hepatite, tuberculose, malformação congênita, câncer de útero e de mama, DST, gemelaridade, transfusões de sangue, história nutricional, vícios (álcool, fumo e outros tipos de drogas), uso de medicações, saúde bucal.

Antecedentes ginecológicos e obstétricos: cirurgias ginecológicas, DST, número de partos, tipos de parto e peso dos RN (recém-nascidos), abortos (se espontâneos ou não), partos prematuros, malformação do embrião, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, história vacinal, preventivo ou outra patologia nas gestações anteriores, seja da mãe ou do feto.

História obstétrica atual: data da última menstruação (DUM). Essa data é do primeiro dia, mês e ano da última menstruação.

Como calcular a data provável do parto?

A partir da Data da Última Menstruação (DUM), calculamos a Data Provável do Parto (DPP) pela regra de Nägele:

1º dia da última menstruação + 7 dias – 3 meses ou + 9 meses

Exemplos:

DUM: 20 de janeiro de 2010 + 7 dias = 27 de janeiro de 2010 + 9 meses = fev., mar., abr., maio, jun., jul., ago., set., out., então, a DPP = 27 de outubro de 2010

Ou:

DUM: 20 de janeiro de 2010 + 7 dias = 27 de janeiro de 2010 – 3 meses = dez., nov., out. = 27 de outubro de 2010

Exame físico completo

Após a anamnese e o cálculo da DDP, inicia-se, então, o exame físico completo da gestante. Nele são feitos os seguintes procedimentos:

- controle de sinais vitais;
- ausculta cardiopulmonar;
- verificação de mucosas;
- palpação de tireoide;
- observação de MMII (membros inferiores) edema e varizes;
- aferição de peso e estatura.

Exame obstétrico

Após as duas etapas anteriores, é feito o exame obstétrico. Para realizá-lo, deve ser solicitado à gestante que esvazie a bexiga. Ela deve estar deitada e coberta com lençol. O examinador deve ficar sempre do lado direito da gestante. Esse exame consta do seguinte:

1. avaliação da AU (altura uterina);
2. ausculta de BCF (batimentos cardíofetais);
3. realização da manobra de Leopold (a partir da 28ª semana de gestação);
4. exame das mamas.

Veja com mais detalhes em que consiste cada um desses itens verificados no exame obstétrico.

Avaliação da altura uterina (AU)

A avaliação da AU é feita para verificar o crescimento fetal. Primeiramente, delimita-se essa altura por meio de palpação e depois se faz a medida com a fita métrica.



Figura: 1.3: A avaliação da altura uterina é feita com fita métrica.

Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)

A ausculta de BCF pode ser feita a partir de 12 semanas de gestação, com o objetivo de avaliar a vitalidade fetal, por meio do ritmo e da regularidade dos batimentos cardíacos do feto.

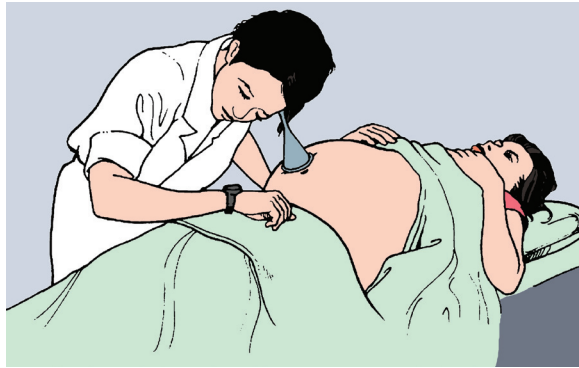


Figura 1.4: A ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF) é importante indicador da saúde do feto.

Esse procedimento é realizado com detector fetal ultrassônico (sonar).

Os BCF considerados dentro da normalidade devem estar entre 120 e 160 BPM (batimentos por minuto). A contagem deve ser feita durante um minuto.

Manobra de Leopold

A manobra de Leopold é realizada para a verificação da posição e da apresentação fetal no útero. Essa manobra é realizada por meio da palpação em quatro tempos, como veremos a seguir. Sua realização é indicada a partir da 28ª semana, sendo que a AU e os BCF podem ser avaliados a partir da 12ª semana de gestação.

Vamos entender como é feita a manobra de Leopold? Como dito anteriormente, ela é realizada em quatro tempos:

Primeiro tempo: É realizada a identificação da situação e da apresentação fetal. Isso é feito por meio de palpação, identificando o polo cefálico, o pélvico e o dorso fetal.

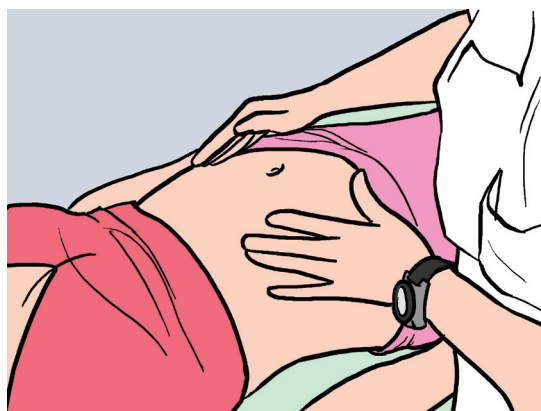


Figura 1.5: Por meio da palpação identifica-se a posição fetal.

Sínfise púbica

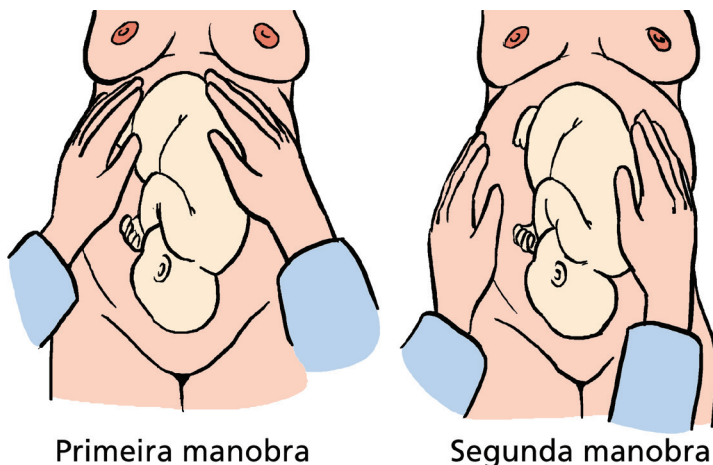
É "a articulação semimóvel que une, na linha mediana, as superfícies internas das lâminas quadrilaterais do púbis". Fonte: *Dicionário digital de termos médicos*, 2007.

Segundo tempo: O feto pode estar em situação longitudinal ou transversa e pode estar em apresentação cefálica ou pélvica. Quando o que se palpa na sínfise púbica é o polo cefálico ou o polo pélvico, o feto está em situação longitudinal, e a apresentação é cefálica ou pélvica. A posição do dorso é determinada em relação à mãe, de acordo com a posição do dorso à esquerda ou à direita da mãe. Nessa circunstância, o feto pode estar na situação longitudinal, cefálico ou pélvico, direita ou esquerda.

O local onde se localiza o dorso é o ponto de ausculta dos BCF. O feto pode, ainda, apresentar-se em posição transversa, se o que se apresenta na sínfise púbica é o ombro e apresentação córmica.

Terceiro tempo: É realizada a mobilização do polo cefálico ou do pélvico. Visa à exploração da mobilidade do polo que se relaciona com o estreito superior da pelve, ou seja, a sua apresentação. Procura-se apreender o polo entre o polegar com o dedo indicador ou o médio, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade para verificar o grau de penetração da apresentação na bacia, comparando-o com o outro polo identificado no fundo uterino durante a primeira manobra. Quando a apresentação está alta e móvel, o polo da apresentação balança de um lado para o outro.

Quarto tempo: É feita a pesquisa da escava, determina a altura do polo cefálico e seu grau de flexão e deflexão. Com as costas do examinador voltadas para a paciente, coloca-se as mãos sobre as fossas ilíacas, estendendo-a ao longo do maior eixo uterino e, com a mão esquerda, que delimita o fundo, apreende-se a fita métrica, verificando o comprimento obtido. Podemos também colocar uma ponta da fita métrica na região pubiana e esticar a fita ao longo do eixo uterino, com a fita entre o dedo indicador e o médio. Desse modo, vamos ter um acréscimo de 1,5cm em relação ao método anterior.



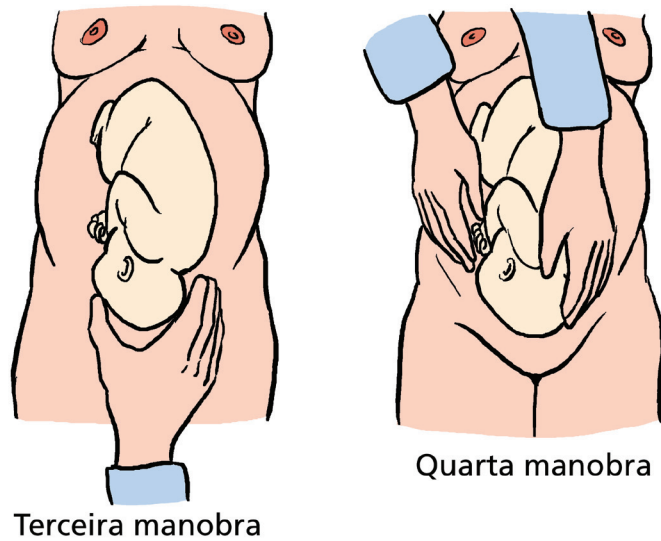


Figura 1.6: Os quatro tempos da manobra de Leopold.

Exame de mama

Ainda com a gestante deitada, é feito o exame das mamas. Avaliam-se as suas formas, a existência ou não de nódulos, se quando pressionadas é expelida alguma secreção e observa-se o tipo de mamilo.



Figura 1.7: O exame da mama também faz parte do exame obstétrico.

Após a realização do exame obstétrico, é necessário ajudar a gestante a levantar e descer da mesa, com delicadeza e segurança.

Exames complementares

Além de todos os procedimentos e exames realizados durante a consulta, há uma série de exames complementares a serem solicitados à gestante. Há uma agenda com a data adequada para a realização de cada um deles. Observe a seguir:



Fonte: <http://news.arapiraca.al.gov.br/userfiles/image/gestante.jpg>

Figura 1.8: O hemograma (exame de sangue) é feito logo após a confirmação da gravidez e também no segundo e no terceiro trimestres de gestação.

- hemograma – na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres;
- glicose – na primeira consulta, no segundo trimestre ou quando necessário;
- VDRL (exame para detectar sífilis) – na primeira consulta, com 30 semanas e no mês do parto;
- toxoplasmose e rubéola – na primeira consulta. Se a mulher não apresentar imunidade, esses exames são repetidos no segundo e no terceiro trimestres. Essa imunidade é verificada pelo enfermeiro ou pelo médico quando a gestante traz o resultado solicitado na primeira consulta.
- hepatite B (HbsAg) – na 30ª semana;
- HIV – na primeira consulta e no segundo trimestre: recomenda-se fazer aconselhamento pré e pós-teste. No aconselhamento, o profissional que está realizando a consulta avalia os conhecimentos da gestante sobre HIV/Aids e sobre outras DST. A partir daí, informa o que ela não sabe ou sobre o que tem dúvida. Explica a importância do teste na gestação e informa também que esse teste é realizado por todas as gestantes.

- tipo sanguíneo e fator Rh;
- urina EAS e cultura – na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres, ou para controle de infecção urinária;
- fezes parasitológico – na primeira consulta;
- ultrassonografia (USG): solicitar na primeira consulta; durante o pré-natal é solicitada, dependendo da rotina do serviço, da necessidade, de acordo com a situação clínica da gestante e a presença de intercorrências;
- preventivo: a gestante deve realizar preventivo se o último exame tiver sido feito há mais de um ano ou se apresentar algum sintoma, devendo realizá-lo após a 13ª semana de gestação. Muitas mulheres não frequentam a UBS e só procuram o serviço em caso de gestação; por isso, deve-se aproveitar a oportunidade para realizar esse exame. O Papanicolaou deve ser agendado em consulta separada do dia do pré-natal, devido à demora dos dois atendimentos no mesmo dia. Sempre é realizado pelo médico ou enfermeiro.

Durante toda a consulta, a gestante deve ser avisada de cada procedimento antes de sua realização.

Outras orientações do pré-natal

Ainda na consulta, a gestante deve ser orientada sobre:

- a importância do aleitamento materno;



Carín Araujo

Fonte: www.sxc.hu/photo/161049

- a manutenção de uma dieta alimentar saudável, de acordo com suas possibilidades. Ela deve se alimentar em menor quantidade e em maior número de vezes, em torno de seis refeições ao dia;



- o que consta no cartão de pré-natal;
- a data de agendamento do retorno.

E, ainda, a gestante deve poder expressar seus sentimentos e ter o direito garantido de esclarecer suas dúvidas.



Fonte: sisprenatal.datasus.gov.br/.../fotopre.jpg

Como funciona o calendário das consultas?

Durante o pré-natal, devem ser garantidas pelo menos seis consultas, sendo:

- uma no primeiro trimestre;
- duas no segundo trimestre;
- três no terceiro trimestre.

Esse seria o calendário para gestações de risco habitual.

Nos casos em que forem detectados quaisquer fatores de risco, a gestante deverá ser encaminhada para o serviço de referência para alto risco.

Em todas as consultas subsequentes, devem ser realizados exame físico e obstétrico, interpretação dos exames, cálculo de IG e avaliação nutricional.

É muito importante a situação vacinal da gestante!

A vacinação antitetânica é indicada para prevenção do tétano neonatal e proteção da gestante. É utilizada a vacina dupla adulto (dT) e, na falta desta, pode ser aplicada a vacina toxoide tetânico (TT). Segue-se o seguinte esquema:



Fonte: http://www3.uberlandia.mg.gov.br/midia/imagens/saude/vacinacao_adulto_1_caixa_mult.jpg

Figura 1.9: A vacinação é uma importante proteção para a gestante.

- Se a gestante apresentar cartão de vacina com esquema completo, aplicar somente uma dose de reforço, se a última dose tiver sido aplicada há mais de cinco anos.

- Quando a gestante não apresentar cartão e não souber informar história vacinal, deverá receber três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Pode ser aplicada com intervalo de, no mínimo, um mês. A aplicação da última dose deve ser sempre 20 dias antes do parto.
- Gestante que recebeu uma dose: deverão ser aplicadas mais duas para completar o esquema, sendo a segunda 20 dias antes do parto.
- Gestante que recebeu duas doses: aplicar a terceira dose 20 dias antes do parto. Quando não der tempo de completar as doses antes do parto, essas devem ser completadas no pós-parto.

Orientações gerais para a gestante

- A gestante deve ser estimulada a participar de grupos e oficinas oferecidos pela rede básica de saúde.
- Em todas as consultas, a gestante deve estar com o cartão do pré-natal e os resultados dos exames, assim como quando for encaminhada para consultas especializadas.
- A gestante deve adequar seus hábitos alimentares, como: aumentar a ingestão de líquidos; evitar consumo de calorias como doces, refrigerantes, alimentos gordurosos, frituras, café; deve diminuir o consumo de adoçantes, diminuir o volume das refeições, fracionando em café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite.
- Com relação à dieta alimentar, é muito importante também aumentar o consumo de frutas, verduras e legumes e reduzir o consumo de sal.
- Não deve consumir bebida alcoólica e tabaco (uso de cigarro).



- Sensibilizar-se sobre o aleitamento materno como fonte privilegiada de alimentação do recém-nascido.



Carin Araujo

Fonte: www.sxc.hu/photo/266170



Há no portal do Ministério da Saúde um material muito bom sobre esse tema: manual técnico *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Caso você tenha interesse, pode acessá-lo no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf



Atividade 2

Para a realização desta atividade, é importante que você verifique se é possível assistir a uma consulta de pré-natal com a(o) enfermeira(o) em uma Unidade de Saúde mais próxima de sua residência. Caso seja viável, observe todos os passos da consulta, elaborando um relatório do que foi observado.



Atividade 3

Faça um levantamento em sua comunidade para saber se todas as mulheres grávidas estão tendo acompanhamento no pré-natal e em que unidade de saúde. Assim, você tomará conhecimento do nível de conscientização de sua comunidade sobre a importância do pré-natal e da oferta da assistência pré-natal.

Conclusão

O acompanhamento da gestação tem como objetivo não só promover a saúde da grávida e do conceito do ponto de vista somático, mas também conhecer e esclarecer as dúvidas, conhecer os medos e desejos da mulher em relação à própria gestação. Quanto mais precoce a ida ao obstetra, melhores os resultados alcançados.

Resumo



- A primeira coisa que você precisa saber é que o processo de gestação e parto é fisiológico, ou seja, é natural na fisiologia do corpo feminino, não sendo, portanto, uma doença.
- Os direitos das gestantes também estão assegurados na legislação.
- O pré-natal de risco habitual (baixo risco) pode ser realizado por enfermeiros.
- O objetivo do acompanhamento pré-natal é a detecção precoce de fatores de risco, isto é, fatores que possam colocar a vida da mulher e do bebê em perigo.
- Quanto mais precoce o diagnóstico de gravidez, melhor para o acompanhamento do desenvolvimento do feto. Nesse caso, é solicitado exame de sangue ou urina para confirmar o diagnóstico por meio do Teste Imunológico para Gravidez (TIG).
- A assistência pré-natal consta da avaliação do estado geral de saúde da gestante e do bebê, a partir dos seguintes procedimentos: anamnese minuciosa; exame físico completo; exame obstétrico; exames complementares.
- Ainda na consulta, a gestante deve ser orientada sobre a importância do aleitamento materno; manter uma dieta alimentar saudável de acordo com suas possibilidades; a data de agendamento do retorno.
- A vacinação antitetânica é indicada para prevenção do tétano neonatal e proteção da gestante.

- A gestante deve ser estimulada a participar de grupos e oficinas oferecidos pela rede básica de saúde.

Informação sobre o próximo tema

No próximo tema, você aprenderá sobre assistência de enfermagem voltada para situações de risco materno-fetal. Até lá!



Respostas das atividades

Atividade 1

Ana Luiza deve ser acolhida e encaminhada para um consultório com atendimento privativo. Deve ser ouvida e depois deve ser explicado a ela que as características que ela relata são de gravidez e que, para confirmação, será solicitado um exame de sangue ou de urina. Também deve ser assegurado a ela que sua família não ficará sabendo do fato pelos profissionais de saúde que a atenderam na UBS. Ela deverá ser informada que a gravidez só será confirmada com o resultado do exame, devendo ser orientada a retornar à UBS assim que o resultado ficar pronto, devendo entregá-lo ao enfermeiro. Em caso positivo, ela deverá iniciar o pré-natal.

Atividade 2

Esta atividade é de grande importância para a sua formação. Registre os dados observados para que você possa debater com o tutor a distância.

Atividade 3

Esta atividade permite que você faça um levantamento sobre a situação de pré-natal em sua comunidade e, assim, você será um técnico em enfermagem bem informado acerca da região onde mora. Caso não haja uma unidade de atendimento pré-natal na localidade em que mora, pesquise onde fica localizada a mais próxima de sua residência.

Referências bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual técnico: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF, 1996.

CURITIBA. Prefeitura. *Programa mãe curitibana: planejamento familiar e risco reprodutivo*. Curitiba, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Maternidade segura. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996

SANTOS, I. et al. *Guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem - área hospitalar: área curricular IV: participando da assistência integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente*. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG/PRODEN, 1995.

SCHWARCZ, R. et al. *Saúde reprodutiva materna perinatal: atenção pré-natal e do parto de baixo risco*. Montevideu: Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), 1996. (Publicação Científica, n.1321).

SILVA, Marcos Nascimento et al. Saúde materna: a importância da assistência pré-natal. *Revista Cadernos UniFOA*, ago. 2009. Edição especial. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pos-graduacao/02/97.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

Tema 2 | Assistência de enfermagem em situações de risco materno-fetal

Objetivo geral do tema

- Apresentar os fatores e sinais de risco na gestação, assim como as atitudes e procedimentos para a prestação da assistência de enfermagem a gestantes e parturientes.

Objetivos específicos voltados para o conteúdo

Ao final do estudo deste tema, você deverá ser capaz de:

1. reconhecer os fatores de risco na gestação;
2. prestar assistência de enfermagem às gestantes e parturientes em situações de risco.

Competências a serem desenvolvidas

- reconhecer os fatores e sinais de uma gestação de risco, estando apto a prestar assistência de enfermagem às gestantes que apresentarem esse quadro;
- identificar o tipo de conduta a ser utilizada pelo técnico em enfermagem para cada situação de risco durante a gravidez.

Introdução

A notícia de gravidez pode trazer ansiedade para a mulher ou para o casal, dependendo da situação ou do momento da vida que estejam enfrentando. Inicialmente a mulher começa a pensar nas mudanças que ocorrerão em seu corpo, na responsabilidade de ser mãe e também em como será o bebê. E isso tudo gera ansiedade e medo.

Muitos casais planejam a gravidez, outros, não. Pode acontecer que seja surpresa para muitos. O fato é que gravidez é um fenômeno fisiológico que ocorre no corpo da mulher e que não é doença. Então, durante a gravidez, a mulher espera um período saudável. Mas algumas gestações evoluem com alguma complicação e são chamadas gravidezes de risco, ou com complicações obstétricas. Muitas vezes as gestantes necessitam até de internamento durante a gestação, e é sobre isso que vamos falar agora.

Quando a gravidez é considerada de risco?

Alguns fatores são considerados de risco para a gravidez, tais como:

- situação conjugal e familiar insegura, como, por exemplo, a não aceitação da gravidez pelo companheiro ou familiares;
- idade: menor que 15 anos e
maior que 35 anos (para a primeira gestação);
- tipo de ocupação: esforço físico excessivo;
rotatividade de horário;
carga horária extensa;
exposição a agentes físicos, químicos e
biológicos;
- baixa escolaridade: menos de 5 anos de estudo;
altura: menor que 1,45m;
- peso: menos de 45kg e
mais de 75kg;
- condições ambientais desfavoráveis, como, por exemplo, morar em casa sem saneamento básico ou próxima a uma fábrica que despeja dejetos no meio ambiente;

- dependência de drogas;
- morte fetal em gestações anteriores;
- abortamento;
- filho com malformação;
- filho nascido prematuro;
- intervalo menor que 2 anos e maior que 5 anos entre os partos;
- cirurgia uterina;
- doenças como: cardiopatias;

diabetes;

hipertensão arterial;

nefropatias (doenças renais);

doenças infecciosas.

Esses fatores são avaliados pelo profissional que realiza o pré-natal, o médico ou a enfermeira.

Quando a mulher descobre que está grávida, ela deve procurar o serviço de saúde para iniciar o pré-natal e durante a consulta é realizada a anamnese (levantamento do histórico de saúde), quando são detectados os fatores de risco.

Diante disso, você deve ficar ciente de que, para atender uma gestante, o profissional deve ser muito bem preparado. Para atender as gestantes no pré-natal, os profissionais qualificados são o médico e a enfermeira, sendo que se a enfermeira detectar algum fator de risco, a gestante é encaminhada para atendimento médico.

O técnico em enfermagem tem um grande papel na assistência de enfermagem nas gestações de alto risco às gestantes do pré-natal e também às que estão hospitalizadas.

É muito importante salientar que as gestantes não devem enfrentar filas e não devem ter horários para agendar consultas. Elas devem sempre ter prioridade no atendimento.

Agora vamos estudar algumas situações de risco que podem acontecer durante a gestação.

Abortamento

Abortamento é a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal, ou seja, antes da vigésima segunda semana de gestação. Nessa idade gestacional, o feto pesa menos de 500 gramas, portanto dificilmente sobrevive fora do útero materno.

O abortamento pode ser:

- espontâneo;
- provocado.

O abortamento espontâneo é quando há o aborto independente da vontade da mulher, ou seja, há interrupção da gravidez, naturalmente.

Já o abortamento provocado é um ato ilícito, uma prática clandestina, em que a mulher utiliza vários artifícios tais como substâncias tóxicas, tanto por via oral como por via vaginal ou objetos introduzidos no útero provocando a interrupção da gravidez. A maioria dos abortamentos provocados são infectados, ou seja, acompanhados de infecção.

Os fatores que podem contribuir para haver um aborto espontâneo são os mais diversos. Dentre eles, estão:

- óvulo ou espermatozoides defeituosos;
- doenças como sífilis, rubéola e toxoplasmose;
- traumas como quedas ou acidentes.
- anomalias uterinas;
- alterações hormonais;
- uso de fumo e/ou álcool;
- intoxicação por chumbo, quando a mulher trabalha em locais que lidam com essa substância.

- doenças endócrinas, como diabetes ou problemas na tireoide;
- hipertensão arterial;
- e, ainda, fatores emocionais.



Steve Woods

Fonte: <http://www.sxc.hu/909709>



Jyn Meyer

Fonte: <http://www.sxc.hu/386247>



Rodolfo Clix

Fonte: <http://www.sxc.hu/916142>



Sanja Gjenero

Fonte: <http://www.sxc.hu/980845>

Figura 2.1: Alguns dos fatores que podem contribuir para o abortamento: bebidas alcoólicas; preocupações/fatores emocionais; fumo e óvulos e espermatozoides defeituosos.

Existem várias classificações para o aborto de acordo com os sintomas percebidos e apresentados pela grávida. Para cada tipo de aborto, há uma série de condutas a serem adotadas. Essa classificação é realizada pelo médico e esse profissional é quem toma a conduta de acordo com as manifestações clínicas que a mulher apresentar.



Atividade 1

Patrícia, 36 anos, que trabalha em uma clínica de raio x, está grávida do primeiro filho. Iniciou o pré-natal corretamente, hoje está com 15 semanas de gestação e encontra-se muito feliz. Ao chegar em casa, depois de um longo dia de trabalho, começou a sentir uma forte cólica abdominal e sangramento vaginal. O que pode estar acontecendo com Patrícia? Será que está apresentando um quadro de abortamento? Quais os cuidados de enfermagem que devem ser prestados à Patrícia?

Qual o papel do técnico de enfermagem durante uma situação de aborto?

Uma situação de aborto fragiliza muito a mulher e seus parentes mais próximos. Afinal, a gravidez é um momento em que se criam muitas expectativas. E, quando há a interrupção deste processo, é compreensível que a mulher fique insegura e sensível diante dessa inesperada situação. Mesmo nos casos em que o abortamento foi provocado, não é papel do técnico em enfermagem julgar a mulher. Momentos de perda sempre abalam muito as pessoas.

Você, como técnico de enfermagem, é uma pessoa muito importante nesse momento de sofrimento e dificuldade vivenciado pela mulher. Sua postura deve ser de total acolhimento para auxiliar a paciente a enfrentar esse momento doloroso.

O técnico de enfermagem, ao mesmo tempo em que oferece amparo psicológico, deve ficar atento ao quadro clínico após o aborto. E deve estar preparado para:

- situações de emergência em casos de hemorragia, devido à possibilidade de choque hipovolêmico (sangramento, sudorese, pele fria e pegajosa, pulso fraco e rápido, agitação ou apatia);
- controlar sinais vitais (controle de pulso, temperatura, respiração e pressão arterial);
- verificar prescrição de medicamentos e aplicação em horário correto;
- em caso de infusões venosas, controlar gotejamento e verificar local de aplicação;
- zelar sempre pela privacidade da mulher, mantendo-a sempre coberta;
- preparar a paciente para cirurgia (curetagem), se for necessário;
- anotar todos os procedimentos no prontuário e livro de ocorrências.

Como você já teve oportunidade de aprender o que é baixa, média e alta complexidade em atendimento de saúde, a mulher que chega em processo de abortamento em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) deve ser transferida para um hospital, que é uma instituição de alta complexidade.

Após o abortamento, é importante que o técnico em enfermagem oriente a mulher a ter cuidado com as mamas. Isso deve ser realizado na unidade hospitalar. Normalmente utiliza-se o enfaixamento das mamas para prevenir **ingurgitamento** mamário.

A-Z Glossário

Ingurgitamento

É quando a mama fica muito cheia de leite, ficando endurecida e empedrada

Atividade 2

Atende ao Objetivo 2



Cecília tem 24 anos, é mãe de um filho de 3 anos e chega na unidade de saúde com a queixa de cólica abdominal; não apresenta sangramento. Cecília relata que há 3 meses não menstrua e que já iniciou o pré-natal.

Ao verificar os sinais vitais, você obtém os seguintes valores:

T = 36,8°C;

P = 72bpm;

R = 16mrpm;

PA = 110/60mmHg.



O que pode estar acontecendo com Cecília? Qual será a conduta que o médico deverá tomar, de acordo com os sintomas que Cecília apresenta? Desenvolva sua resposta no espaço abaixo para, depois, discutir com os colegas da sua turma e com seu tutor presencial.

Você já ouviu falar em placenta prévia?

No tema anterior, vimos que, após a fecundação, por volta do 8º dia, acontece o fenômeno da nidação, que é a implantação da placenta na cavidade uterina. Geralmente, essa fixação ocorre na parte superior do útero, conforme a figura a seguir.

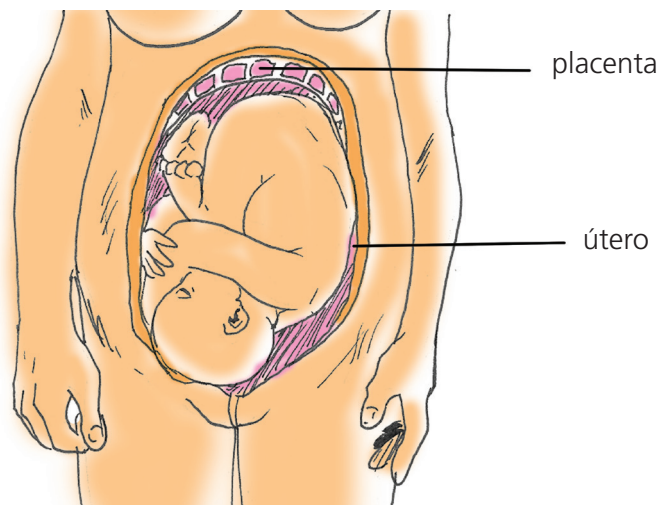


Figura 2.2: A imagem ilustra o posicionamento considerado normal da placenta no útero.

Quando, porém, há a fixação da placenta na parte inferior do útero, ocorre o que é denominado placenta prévia.

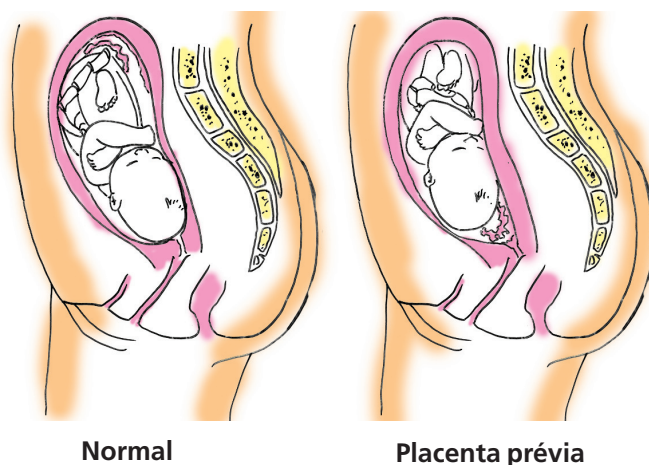


Figura 2.3: As imagens ilustram bem a diferença entre a fixação da placenta na parte superior do útero (placenta normal) e a sua fixação na parte inferior do útero (placenta prévia).

Neste caso, ela pode ficar implantada na parte lateral do útero, podendo haver a obstrução parcial ou total do orifício cervical (orifício do colo do útero). Classifica-se a placenta prévia de acordo com sua fixação:

- placenta prévia marginal: quando a implantação da placenta ocorre na parte lateral do útero;
- placenta prévia parcial (quando a implantação da placenta ocorre obstruindo parcialmente o orifício do colo do útero);
- placenta prévia total: quando a implantação da placenta ocorre obstruindo totalmente o orifício do colo do útero.

A placenta prévia pode trazer consequências como:

- abortamento;
- parto prematuro;
- ruptura prematura (antes do tempo devido) de membranas que protegem o feto;
- posições anômalas fetais, ou seja, posições apresentadas pelo feto dentro do útero da mãe que dificultam o parto normal.

Pode ocorrer também uma implantação baixa sem oclusão do orifício do colo do útero e, com o desenvolver da gravidez, a placenta ficar na parte mediana do útero, não apresentando complicações.

A-Z Glossário

Multiparidade

Ocorrência anterior de três partos ou mais. A ocorrência de muitas gestações pode acarretar uma diminuição da vascularização do endométrio, que é a camada interna do útero.

Gemelaridade

Gestação de gêmeos.

Quais são as causas para a ocorrência da placenta prévia?

Existem fatores que predispõem à implantação anômala da placenta no útero, tais como:

- a multiparidade;
- abortos repetidos;
- curetagem;
- extração manual de placenta em parto anterior;
- endometrite (inflamação do endométrio, que é a camada interna do útero);
- gemelaridade;
- cesárea anterior.

Principal manifestação clínica (sintoma) da placenta prévia é o sangramento vermelho vivo de aparecimento abrupto (repentino) e indolor (sem contrações uterinas).

Qual deve ser a conduta dos profissionais de saúde diante de uma paciente apresentando placenta prévia?

A conduta médica vai depender:

- do estado da parturiente;
- da intensidade do sangramento;
- da idade gestacional e desenvolvimento do feto;
- da posição do feto;
- de estar ou não a mulher em trabalho de parto;
- das condições do colo do útero.

Nos casos de placenta prévia, não há indicação absoluta de realização de parto cesárea. O médico é quem deverá fazer uma avaliação. O toque vaginal deve ser evitado, porque pode resultar num sangramento grave; mas

deve ser realizado suavemente na hora da avaliação pelo médico, em lugar seguro e preparado para intervenção, se necessário. Nesse caso, a mulher deve estar em um hospital onde haja maternidade.



Fonte: <http://www.paranagua.pr.gov.br/imgbank/867.jpg>

Figura 2.4: Em caso de placenta prévia, o médico deve avaliar a situação da gestante para indicar os procedimentos a serem realizados.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para identificar e atender imediatamente a mulher que possui esse risco, pois será necessário:

- a punção venosa;
- a sondagem vesical;
- preparo da mulher para exames;
- o controle de sinais vitais;
- a observação das perdas sanguíneas;
- o controle de BCF (batimentos cardíacos fetais).

O que é o Descolamento Prematuro da Placenta (DPP)?

É o descolamento imprevisto da placenta normalmente inserida, ou seja, a placenta desloca do útero antes do parto, como observado na figura a seguir.

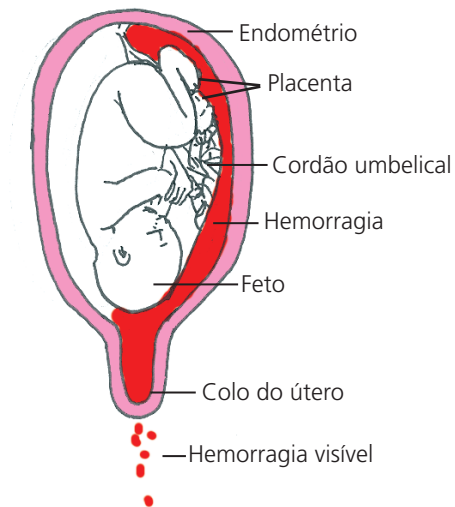


Figura 2.5: Ocorrência de hemorragia causada por DPP.

Principais causas do DPP

- a hipertensão arterial;
- traumatismo no abdômen (tais como acidentes e agressões);
- tabagismo;
- esforço físico intenso;
- exposição excessiva ao calor.

Como é o quadro clínico da gestante com DPP?

Uma gestante com DPP apresenta os seguintes sintomas:

- dor abdominal intensa;
- sangramento vaginal vermelho-escuro devido ao hematoma;
- palidez;
- sudorese;
- pulso rápido;
- hipotensão (pressão baixa).

Deve-se prestar bastante atenção na PA (pressão arterial) dessa paciente. Quando a parturiente é hipertensa, pode aparentar que está com pressão normal, mas pode já estar iniciando quadro de choque. Isso deve ser verificado no cartão de pré-natal.

Você pode saber mais sobre descolamento de placenta, consultando o site: www.alunosonline.com.br/descolamento-de-placenta.



Agora que você já aprendeu sobre DPP, vamos ver como deve ser prestada assistência a parturientes com esta síndrome?

Qual a melhor conduta a ser seguida em caso de DPP?

O médico deve avaliar o estado da parturiente para selecionar a conduta mais adequada no parto.

A mulher deve ter:

- acompanhamento médico contínuo durante o procedimento do parto;
- acesso venoso (em 2 veias calibrosas);
- medição dos sinais vitais de hora em hora;
- controle do gotejamento dos soros;
- controlar e anotar a diurese (quantidade de urina).

A mulher que tem hemorragia fica mais susceptível a infecção. Por esse motivo, deve haver um cuidado redobrado para se evitar complicações durante o parto. Dentre as condutas médicas necessárias, temos medidas de higiene, como: lavagem das mãos e material esterilizado para realização dos procedimentos.



Fonte: <http://www.guarapuava.pr.gov.br/noticiaimagem/vigilanciasanitaria.jpg>

Figura 2.6: A assepsia deve ser redobrada em casos de gestantes com hemorragia.

Você, como técnico de enfermagem, deve:

- promover um relacionamento de confiança com a mulher, aliviando suas tensões, medos e ansiedades;
- responder a suas dúvidas de maneira clara e segura;
- explicar todos os procedimentos antes de realizá-los.



Atividade 3

Atende aos Objetivos 1 e 2

Agora, que você já aprendeu sobre placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, vamos ver como você se sai diferenciando essas duas situações.

Observando os sintomas listados a seguir, marque PP para placenta prévia e DPP para descolamento prematuro de placenta:

- a) () Sangramento vaginal abrupto, de coloração vermelho vivo, sem presença de dor.
- b) () Sangramento vaginal de coloração vermelho escuro, acompanhado de dor abdominal intensa e palidez.
- c) () O tratamento tem como objetivo controlar a hemorragia e reverter o choque.
- d) () Inserção da placenta no segmento inferior do útero.
- e) () Uma das causas pode ser a hipertensão arterial.

Você já ouviu falar em gravidez ectópica?

A gravidez ectópica é uma gravidez extrauterina, ou seja, não ocorre dentro do útero, podendo ser ovariana, abdominal ou tubária (nas tubas uterinas). A tubária é o tipo mais comum de gravidez ectópica.

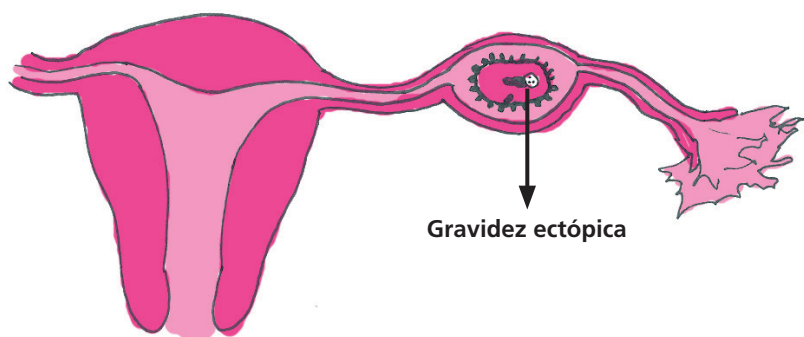


Figura 2.7: Esta imagem mostra uma gravidez tubária.

Agora, vamos entender melhor o caso de gravidez ectópica usando como exemplo a gravidez tubária.

Você deve lembrar que o óvulo fecundado leva oito dias para chegar ao útero. Acontece que, por algum motivo, o trajeto do óvulo fecundado (célula-ovo) é dificultado. E esse ovo, então, fica localizado na trompa ou tuba uterina e começa a se desenvolver nesse mesmo local, ou seja, ele não chega ao útero.

Dentre os possíveis motivos para essa situação acontecer, podemos citar algumas anomalias como, por exemplo:

- uma trompa longa;
- trompa com uma parede muscular impotente, o que dificulta o caminho do óvulo até o útero por causa da movimentação lenta;
- malformação;
- processos inflamatórios que causam obstrução das trompas.

Como a tuba não tem constituição nem função de manter uma gestação, os sintomas logo aparecem. E é a partir desses sintomas que é possível chegar ao diagnóstico.

Quais são os sintomas de uma gravidez ectópica?

A mulher tem atraso menstrual e apresenta dor abdominal (cólica) de intensidade variada. Podem ocorrer também hemorragia, dor durante a palpação e resistência abdominal do lado acometido.

Quando há ruptura das trompas ocorre dor nos ombros e no pescoço, dor abdominal intensa e desmaio. Pode haver sintomas de choque, pois há hemorragia interna. A mulher deve ser imediatamente diagnosticada e encaminhada para um centro cirúrgico, onde será realizado o tratamento, que é intervenção cirúrgica.

A equipe de enfermagem deve realizar os seguintes procedimentos:

- controlar os sinais vitais;
- preparar a mulher para a cirurgia;
- estar atenta à prescrição de medicações;
- sondagem vesical;
- providenciar exames laboratoriais, principalmente GS (grupo sanguíneo) e fator Rh, que é a classificação do tipo de sangue.

Enfim, a equipe de enfermagem tem o papel de realizar a assistência contínua à mulher.



Atividade 4

Atende aos Objetivos 1 e 2

Vamos agora exercitar de um modo diferente?

Você aprendeu o que é gravidez ectópica, seus sintomas e como se dá o quadro clínico. Procure completar a história de Sandra com ajuda do caça-palavras. Vamos lá? Mãos à obra!

Sandra tem 25 anos e uma vida sexual ativa, sem o uso de qualquer tipo de anticoncepcional. Ela chegou à unidade de saúde com os seguintes sintomas: dor abdominal, atraso _____, dor à palpação e _____. O médico suspeitou de uma gravidez ectópica. Ele explicou à Sandra que esse tipo de gravidez pode acontecer fora do útero, no _____, no _____ ou na _____ (onde é mais comum). E que é necessário tomar alguns cuidados, já que nenhum desses órgãos está apto a manter uma gestação.

ÁFNVLMMLTOOAREONFPSPMBPPGÁTPLSOPKNÇL
OEMBOEEMUOPOROIRÁVOIIROSOSAMEAFOME
PTNYLNTOPBLÊSPKTHOPMÊNSOVABIOSDDLGP
ANIMOSJBMÁALFWWERTOPBSOOPODDNTAIRÁM
EPOOLTSLSNTURPSOFNOMASNRIOOOMOPENQR
MPONARRNSHGTTHTOANTHSEOEPNMNMIANRIOSQ
SRESOUÁRIONVKELGWPROPPLSSEEIOSOMESO
IOUTEAINNOSONARLANIMODBAAICNÊTSISER
UALNOLEMSTRUALMIOSWPWÊNFKROÁRUAHTOP
NERINALDOÁRIOAGONEMONSTOLALNRONSORK
SIÊNSPTRPOSNGKFÁKAFSDKÊNSJKFJOARIOS

O que é Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)?

É uma síndrome que ocorre no terceiro trimestre da gravidez, de causa ainda desconhecida. A hipertensão arterial (pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg) é o elemento primordial na identificação da DHEG.

Os fatores de risco da DHEG são os seguintes:

- idade materna acima de 40 anos;
- multiparidade;
- hipertensão crônica;
- gestação múltipla;
- doença renal crônica;

A-Z Glossário

Edema

Acúmulo excessivo de líquido nos tecidos, provocando inchaço na região afetada.

Ganho ponderal

Ganho de peso.

- diabetes melitus;
- história familiar de hipertensão ou pré-eclâmpsia;
- presença de edemas.

O **edema** de membros inferiores é comum na gestação. Ele ocorre devido ao obstáculo mecânico das veias criado pelo útero gravídico e pelas alterações da circulação sanguínea e da pressão venosa nessa região. Por isso, o edema isolado não pode ser reconhecido como patológico.

Na DHEG, o edema pode estar presente de modo aparente ou oculto. No caso de estar oculto, um possível sintoma que possibilita o diagnóstico é o ganho de peso excessivo, mais de 500g (1/2kg) semanais. Portanto, o edema oculto é avaliado por meio do **ganho ponderal**, na consulta pré-natal.

A proteinúria também é um elemento importante na DHEG, que é a perda de proteína pela urina. A taxa dessa perda é de 0,3g em 24 horas.

Portanto, a DHEG é caracterizada pela tríade: hipertensão, edema e proteinúria.



Figura 2.8: Os três fatores que caracterizam o quadro de DHEG.

Eclâmpsia: uma DHEG acompanhada de crise convulsiva

Quando a tríade, que vimos anteriormente, é acompanhada de crise convulsiva, caracterizamos o caso como eclâmpsia.

Na eclâmpsia, a PA está sempre muito elevada, isto é, com níveis acima de 160 x 110 mmHg antes ou depois do parto.

Como é feito o diagnóstico de eclâmpsia?

O diagnóstico de eclâmpsia é sempre clínico, ou seja, através do exame realizado na gestante, verificando a PA e o peso, e é mais fácil de ser feito quando se conhece a gestante no pré-natal. O único exame laboratorial indicador da patologia é a proteinúria, que pode ser solicitada por meio de um exame de urina com proteinúria isolada ou de 24 horas.

O técnico em enfermagem deve orientar a mulher na coleta da urina de 24 horas. Lembra quando você aprendeu sobre preparo para exames? Então deve recordar como é realizado esse procedimento.

Prevenção: para a prevenção da pré-eclâmpsia e de suas conseqüências, é primordial um pré-natal de qualidade, já que sua etiologia é desconhecida. Desde a primeira consulta, é necessário dar bastante ênfase aos fatores de risco. E, nas consultas subsequentes, efetuar avaliação rigorosa da PA e do ganho ponderal. O técnico em enfermagem deve incentivar a gestante a frequentar a UBS para realização do pré-natal, facilitando seu acesso às consultas.

A maioria dos casos de pré-eclâmpsia poderia ser evitada, pois a detecção precoce dos sintomas reduz a evolução de casos graves. As gestantes com hipertensão crônica devem ser encaminhadas ao serviço de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).



Tipos de eclâmpsia, seus sintomas e as condutas para cada caso

a) Pré-eclâmpsia leve

Os sintomas desse tipo de eclâmpsia são:

- presença de edema localizado ou oculto determinado pelo aumento súbito de peso de mais de 500g semanais;
- proteinúria até 3g em 24 horas;
- PA até 159 x 109 mmHg;
- diurese igual ou maior que 500ml em 24 horas.

O tratamento é ambulatorial, ou seja, a gestante pode ficar em casa, desde que com acompanhamento periódico na UBS – controle pré-natal de 7 em 7 dias, com prescrição de anti-hipertensivo estabelecido pelo médico, repouso relativo e dieta hipossódica (com restrição do consumo de sal).



Figura 2.9: Gestantes com sintomas de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia devem seguir uma dieta hipossódica, isto é, com pouquíssimo sal.

A equipe de enfermagem deve estar capacitada para:

- orientar a mulher sobre a necessidade de realizar dieta e repouso;
- fazer busca ativa, ou seja, procurá-la caso não compareça à consulta;
- explicar o uso correto da medicação;
- informar de maneira simples a respeito da doença e de seu tratamento;
- alertar que o quadro pode se agravar caso ela não siga corretamente o tratamento.

b) Pré-eclâmpsia grave

Os sintomas desse tipo de eclâmpsia são:

- hipertensão;
- PAS igual ou maior que 160mmHg e PAD igual ou maior que 110mmHg;
- proteinúria maior que 3g por 24 horas,
- diurese maior que 500ml em 24 horas (o que caracteriza um quadro de oligúria);

A-Z Glossário

Oligúria

Quadro de diminuição do volume urinário.

- edema ++ ou +++;
- ganho ponderal de 1kg semanal;
- cefaleia (dor de cabeça);
- escotomas;
- náuseas e vômitos;
- dor epigástrica;
- sonolência.

O tratamento deve ser hospitalar para estabilização da PA e para prevenção de crises convulsivas e do agravamento do quadro. A interrupção da gestação vai depender das condições materno-fetais, que serão avaliadas pelo médico.

A assistência de enfermagem deve ser contínua e permanente, com cuidados que o técnico em enfermagem deve seguir de acordo com o plano assistencial elaborado pelo enfermeiro.

Os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve ter:

- controlar a dieta (hipossódica);
- controlar os sinais vitais, em especial a pressão arterial, pelo menos de 4 em 4 horas;
- fazer o controle diário do peso, como forma de verificar a evolução do edema pelo ganho de peso;
- fazer o controle da diurese, para avaliar o volume urinário;
- manter a cabeceira da cama elevada e o ambiente tranquilo, arejado, livre de estímulos irritativos;
- observar sinais de agravamento do quadro como: agitação psicomotora, queixas de cefaleia, escotomas e epigastralgia (dor gástrica);

A-Z

Glossário

Escotomas

Alteração da visão em que a pessoa enxerga estrelinhas brilhantes.

- ter sempre disponível material de emergência, que são as medicações utilizadas no atendimento da gestante com pré-eclâmpsia, desde o momento da internação;
- controlar os BCF de 4 em 4 horas;
- manter sempre um acompanhante com a gestante;
- evitar queda do leito colocando grades de proteção;
- manter veia calibrosa puncionada seguindo prescrição;
- controlar o gotejamento do soro;
- fazer sondagem vesical, quando indicada para controle da diurese.

As medidas anteriores visam a estabilizar o quadro da gestante e avaliar a vitalidade fetal. O médico determina o momento ideal para o parto, de preferência vaginal, ou seja, parto normal.

A cesárea somente está indicada nos casos de:

- convulsões persistentes;
- sofrimento fetal, que é detectado através da ausculta dos BCF, que, nesse caso, estarão com menos de 120 ou acima de 160bpm (batimentos por minuto);

A terapêutica hipotensora contribui para controlar a pressão arterial (PA) e diminuir a incidência de acidente vascular cerebral (AVC), causa frequente de mortalidade materna na DHEG. A droga de escolha é a metildopa. E o sulfato de magnésio (MgSO₄) é utilizado como anticonvulsivante por não produzir depressão no sistema nervoso central (SNC). A dose de ataque é de 8 ml de sulfato de magnésio diluído em 12 ml de água destilada endovenosa.

Cuidados na aplicação: o medicamento deve ser aplicado por enfermeiro ou pelo técnico em enfermagem sob supervisão do enfermeiro, lentamente, devendo durar pelo menos 15 minutos. A dose de manutenção é de 10ml na região glútea profunda, com agulha longa de raquianestesia (dividir em 2 doses de 5ml), que será ajustada de acordo com o resultado/reação da dose de ataque após 4 horas da aplicação.

Atividade 5



Atende aos Objetivos 1 e 2

Você observou, após estudar este tema, que as complicações de uma pré-eclâmpsia podem ser evitadas com um acompanhamento pré-natal de qualidade, não é mesmo?

Então, que tal ir até a unidade de saúde mais próxima de sua residência conversar com a enfermeira para verificar a possibilidade de você acompanhar uma consulta de pré-natal? Explique a importância, para a sua formação, de participar de uma consulta como observador. Caso a resposta seja positiva, você deve ter uma postura apenas de observador, sem emitir comentários ou opiniões. Mas não se esqueça de pedir permissão para a gestante e de se apresentar pelo nome e pela função.

Durante a consulta, a partir do relato da gestante, das anotações do prontuário, do cartão de pré-natal e do atendimento, verifique se a gestante tem fatores de risco para pré-eclâmpsia e se a consulta tem todas as etapas estudadas: se dá ênfase principalmente às queixas da gestante, se o ganho de peso está sendo valorizado, assim como a aferição da PA.

Caso não lhe seja permitido assistir a uma consulta, veja se há possibilidade de pelo menos conversar com a enfermeira sobre como ela procede à consulta com as gestantes. Assim, você poderá saber qual a conduta dessa unidade de saúde.

Após vivenciar essa experiência, reveja neste tema os procedimentos de como evitar a mortalidade materna por hipertensão arterial. Anote no espaço a seguir os procedimentos estudados e tenha esse material de consulta para discussão no fórum.



Atividade 6

Atende aos Objetivos 1 e 2

Agora que você já conhece os riscos materno-fetais, vamos ver o que você aprendeu?

Identifique o risco presente em cada uma das situações a seguir. Use a seguinte legenda:

(DPP) descolamento prematuro da placenta;

(DHEG) doença hipertensiva específica da gravidez;

(E) eclâmpsia;

(GE) gravidez ectópica;

(PP) placenta prévia.

- a) Elizabete, 28 anos, está grávida do quarto filho. Está ansiosa por não ter planejado a gravidez porque tem um filho de 7 anos, uma filha de 5 anos e um bebê de 1 ano e 3 meses. Todos os partos anteriores foram cesáreas. Chegou à UBS para iniciar o pré-natal com o bebê no colo. Relata sangramento vermelho vivo e não sente dor. Já está no quinto mês de gestação. ()
- b) Cristina, grávida de 9 meses do segundo filho, chega à portaria da maternidade acompanhada pelo marido Eduardo se queixando de muita dor abdominal. Fala que suas sensações estão bem diferentes das do outro parto, pois a dor é muito intensa e está tendo um sangramento vermelho-escuro. Ângela e Gustavo, técnicos em enfermagem que passavam na hora voltando do horário de descanso, notaram que ela estava muito pálida e suando bastante. Logo providenciaram uma maca, levaram Cristina para dentro da maternidade e solicitaram atendimento médico urgente para ela. ()
- c) Débora ficou muito feliz, juntamente com o esposo Rafael, por estar com atraso menstrual há 2 meses. Ela informa estar com cólica, por isso foi imediatamente à UBS. Foi muito bem recebida pelo técnico em en-

fermagem Gilmar, que logo providenciou uma sala para acomodá-la e, em seguida, comunicou à enfermeira a chegada de Débora e o tipo de queixa. A enfermeira Rita realizou um histórico sumário da gestante e imediatamente chamou o médico. No exame foi detectado que a dor era intensa à palpação abdominal do lado esquerdo. Imediatamente, ela foi encaminhada para a maternidade. ()

- d) Marilene está grávida de seu primeiro filho, tem 35 anos e tem realizado corretamente suas consultas de pré-natal. Hoje chegou à UBS informando que amanheceu com cefaleia e queria saber se, mesmo tendo 15 dias que fez sua última consulta, poderia ser atendida. Gilda, a técnica em enfermagem, imediatamente levou Marilene para uma sala e verificou a PA, 150 x 100mmHg, sendo que durante todo o pré-natal estava 120 x 80mmHg. Gilda se comunicou logo com a enfermeira, que providenciou atendimento médico para Marilene. ()

Conclusão

A gravidez é um fenômeno fisiológico, não sendo, portanto, encarada como doença. Porém, algumas mulheres desenvolvem complicações em seu quadro clínico. Por isso, recomenda-se um acompanhamento periódico do processo da gravidez, com vistas a garantir a saúde da mãe e do bebê. O técnico em enfermagem constitui-se num importante ator nesse período, podendo orientar e acompanhar esse momento tão especial da gestação e da chegada de um bebê.

Resumo



- Neste tema, estudamos as alterações que podem ocorrer durante a gestação.
- As mulheres grávidas devem ter prioridade no atendimento, e suas queixas devem ser valorizadas.
- Tanto o pré-natal de qualidade quanto o atendimento imediato podem evitar complicações.

- O técnico em enfermagem, como membro da equipe de saúde, deve estar atento aos sintomas das gestantes no momento em que elas procuram a UBS ou nas visitas domiciliares.
- As gestantes podem ter queixas de dor abdominal no início da gestação com ou sem sangramento, o que pode caracterizar abortamento ou gravidez ectópica.
- Sangramento vaginal vermelho vivo pode ser sinal também de placenta prévia.
- Dor abdominal intensa no final da gestação pode caracterizar descolamento prematuro da placenta.
- Cefaleia, desânimo e alterações visuais podem ser sintomas de DHEG.
- Todas as observações e procedimentos devem ser anotados no prontuário da gestante e comunicados à enfermeira ou ao médico.

Informação sobre o próximo tema

No próximo tema, veremos como prestar assistência à gestante durante o parto, o nascimento e o puerpério.



Respostas das atividades

Atividade 1

Patrícia apresenta manifestações clínicas de abortamento, que são cólicas abdominais e sangramento vaginal. Ela deverá ser encaminhada para atendimento hospitalar, ser bem acolhida e examinada pelo médico. O técnico em enfermagem deverá acompanhar a consulta e prestar assistência de enfermagem. O técnico em enfermagem também deverá verificar periodicamente os sinais vitais da paciente e observar o sangramento: volume, características (com coágulos, sangue vivo). Outra atuação importante é tranquilizar a gestante e realizar administração de medicação conforme prescrição médica, anotando todos os procedimentos no prontuário e na ocorrência de enfermagem.

Atividade 2

Cecília pode ser atendida na UBS, não precisa ser encaminhada para unidade hospitalar. Provavelmente o médico deve recomendar repouso, evitar excessos físicos e medicação analgésica. O técnico em enfermagem, ao receber Cecília na UBS, deve comunicar ao médico para que ele priorize o atendimento. Após a consulta, deve orientar a gestante para não pegar peso, tomar a medicação no horário correto, fazer o repouso e, se não melhorar, procurar novamente a unidade. Também é fundamental agendar visita domiciliar para avaliar Cecília.

Atividade 3

- a) PP
- b) DPP
- c) DPP
- d) PP
- e) DPP

Atividade 4

ÁFNVLMLTOOAREONFPSPMBPPGÁTPLSOPKNÇL
OEMBOEEMUOPOROIRÁVOI IROSOSAMEAFOME
PTNYLNTOPBLÊSPKTHOPMÊNSOVABIOSDDLGP
ANIMOSJBMÁALFWWERTOPBSOOPODDNTAIRÁ
EPOOLTSLSNTURPSOFNOMASNRIOOMOPENQR
MPONARRNSHGTTHTOANTHSEPMNMIANRIOSQ
SRESOUÁRIONVKELGWPROPPLSSEEIOSOMESO
IOUTEAINNOSONARLANIMODBAICNÊTSISER
UALNOLEMSTRUALMIOSPWPÊNFKROÁRUAHTOP
NERINALDOÁRIOAGONEMONSTOLALNRONSORK
SIÊNSPTRPOSNGKFÁKAFSDKÊNSJKFJOARIOS

Atividade 5

Suas anotações devem estar prontas para serem debatidas com seus colegas e com o tutor, via fórum ou em um encontro presencial.

Atividade 6

- a) PP
- b) DPP
- c) GE
- d) DHEG

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco e morte materna*. Brasília, 2000.

CURITIBA. Prefeitura. *Programa mãe curitibana: pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido*. Curitiba, 2005.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Tema 3 | Parto, nascimento e puerpério

Objetivo geral do tema

- Apresentar as vantagens do parto normal.

Objetivos específicos voltados para o conteúdo

Ao final do estudo deste tema, você deverá ser capaz de:

1. reconhecer as vantagens do parto normal;
2. prestar assistência durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério.

Competência a ser desenvolvida

- prestar assistência durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério.

Assistência humanizada no trabalho de parto, no parto e no puerpério

A chegada de um novo ser é sempre cercada de muita expectativa pelos familiares e amigos. O instante do nascimento geralmente é precedido e vivido com muita emoção e ansiedade, principalmente pela mãe. Afinal, o nascimento é a etapa da vida que desperta nas pessoas momentos de reflexão, incerteza e esperança.

Portanto, a equipe de enfermagem deve estar capacitada para entender as reações emocionais da mulher ou do casal no processo do parto e estimular a sua participação ativa. É um momento que requer disponibilidade e tranquilidade por parte de cada componente da equipe. O casal está vivendo um período de grande ansiedade e necessita de muito acolhimento.

Existem dois tipos de parto: o normal e a cesariana. O parto normal é o parto fisiológico, e a cesariana é uma cirurgia que é realizada com indicação obstétrica, quando não é possível o parto normal. Somente 15% das mulheres têm indicação para cesariana.

Neste tema, você vai conhecer o que acontece num parto normal e como prestar assistência às parturientes nessa ocasião.

Uma dúvida frequente: parto normal ou cesárea?

O preparo da gestante para o parto deve começar no pré-natal. A mulher deve receber orientações e esclarecimento de dúvidas sobre todo o período da gestação, sobre o trabalho de parto e sobre o parto em si. Essas conversas, durante as consultas, diminuem a ansiedade e o medo, comuns nessa situação, e favorecem a cooperação e a participação ativa da mulher durante todo o processo de gravidez e parto. Deve ser incentivada a presença de um acompanhante durante todas as consultas de pré-natal para que a família também esteja preparada, para que se sinta envolvida e desempenhe um papel de coadjuvante ativo nesse período.

A gestante deve ser orientada para o parto normal pelas vantagens que se sobrepõem à cesariana.

A cesárea é um procedimento muito importante quando há algum risco à saúde da gestante ou do feto e é indicada justamente para salvar a vida da mãe e do bebê ou de um deles. Ainda é necessário saber que é uma cirurgia de grande porte, tendo o risco de acidentes anestésicos, de maior incidência de hemorragia e infecção pós-parto, da possibilidade de laceração accidental de órgãos como a bexiga e de artérias, além de cortes no bebê durante a abertura do útero. Um dado que não pode ser esquecido: a incidência de morte materna é 3,5 vezes maior quando a mulher é submetida à cesariana.

A cesárea também apresenta maior risco de complicações respiratórias para o bebê, além de ser causa de prematuridade iatrogênica naquelas que são programadas. Você provavelmente não deve saber o que é iatrogenia, não é? Iatrogenia é a ocorrência de algum mal ao paciente causado por erro de procedimento ou conduta médica. Quando a mulher entra naturalmente em trabalho de parto

é porque o bebê está na hora de nascer. Se a cesárea é pré-agendada, o feto pode ainda não estar maduro, tendo como consequência ao nascer dificuldade para respirar e/ou para sugar e também baixo peso.

A cesárea também apresenta outro inconveniente: limita o número de filhos. A mulher pode ser submetida a somente três cesáreas, mais do que isso ela corre risco de morte.

Outro fator desfavorável: a cesárea interfere no vínculo mãe-bebê. Por quê? Porque a mãe não consegue abraçar seu bebê na hora em que ele nasce. Além disso, ela deve ficar de repouso e sente muita dor, atrasando a primeira mamada, o que pode ser causa do desmame precoce.

E o parto normal? Só tem vantagens!

Primeiramente, sabemos que quem deve comandar o processo do parto é a natureza. Sendo assim, a mulher não precisa obrigatoriamente ter seu bebê em centro cirúrgico; ela pode optar por tê-lo em centros de parto normal, que oferecem ambiente acolhedor semelhante a sua casa e com muita segurança. Esse processo natural de nascer deve ser respeitado e estimulado, pois é muito gratificante para a mãe e é mais seguro tanto para a mãe como para o bebê.

Dessa forma, o vínculo estabelecido entre a mãe e o bebê é imediato, pois este é colocado no colo da mãe até antes do corte do cordão umbilical. Além disso, o risco de hemorragia e de infecção hospitalar é muito menor, assim como o risco de problemas respiratórios para o bebê ser próximo a nulo.

Um outro aspecto positivo é com relação à recuperação da mãe, que também é muito mais rápida. Ela consegue se levantar logo após o parto, tomar banho de chuveiro, amamentar seu bebê logo que ele nasce, além de poder alimentar-se normalmente.

O site www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_parto_2/index.asp é muito bom como indicação para as grávidas que estão inseguras quanto ao parto normal. Há as seções “Dúvidas frequentes”, “Derrubando mitos” etc., enfim, uma ótima dica para incentivar as mulheres a ter um parto normal. E, claro, uma ótima fonte de consulta para você também.





Fonte: www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_parto_2/oper_prest_campanha.asp

Enfim, chegou o final da gestação

Quais são os sinais que indicam que a mulher está em trabalho de parto?

O trabalho de parto desencadeia-se de maneira espontânea. Os sinais e sintomas principais são as contrações uterinas frequentes e regulares. As contrações uterinas se caracterizam pelo endurecimento do abdômen, com dores que vão aumentando gradativamente.

E quando a gestante deve procurar a maternidade?

Quando as contrações ocorrerem de 5 em 5 minutos. Outro sinal que caracteriza o início do trabalho de parto é o aumento da secreção vaginal: a mulher relata perda de secreção espessa, denominada "tampão mucoso", que pode estar com raios de sangue. Isso pode ocorrer alguns dias antes de o bebê nascer, mas aumenta no dia em que ela entra em franco trabalho de parto.

Um outro sinal também é a perda de líquido pela vagina. Isso acontece quando há o rompimento da bolsa amniótica. Nesse caso, a mulher deve ser encaminhada imediatamente para a maternidade.

O início do trabalho de parto é um momento de muita expectativa para a gestante e seus familiares, por isso eles devem estar informados dos sintomas que o precedem. Com certeza, isso auxilia a fazer desse momento uma experiência menos tensa e incômoda e mais natural e feliz.

Atividade 1



Atende ao Objetivo 1

Caso você perceba insegurança em uma gestante em relação ao parto normal, quais vantagens você poderia citar-lhe desse parto sobre a cesárea?

O início do trabalho de parto

Durante o pré-natal, especificamente no último trimestre, a mulher deve ser orientada pelos profissionais que atendem o pré-natal ou pelo técnico em enfermagem sobre os sinais de TP (trabalho de parto). Também é muito importante verificar com a futura mamãe quais os possíveis locais onde ela poderá ter o bebê. Você pode auxiliá-la fazendo o mapeamento da região em que ela mora, indicando os hospitais mais próximos onde são realizados partos.

Muitas mulheres ainda chegam à maternidade sem assistência adequada de pré-natal, seja pela dificuldade de acesso ao serviço, seja pela precariedade do serviço ou pelo despreparo dos profissionais que atendem ao pré-natal para prestar uma consulta de qualidade. Sendo assim, os profissionais de saúde que atendem nas maternidades ainda recebem parturientes despreparadas, com medos, dúvidas, associando parto a dor e sofrimento, e familiares tensos e desinformados.

Quando a mulher chega à instituição em trabalho de parto, deve ser bem acolhida por todos os profissionais para que sinta confiança na equipe. Muitas vezes a parturiente ainda não conhece a instituição em que vai ter o bebê, pois ela faz o pré-natal na Unidade Básica de Saúde e o parto é feito em um hospital. O ideal seria que conhecesse a equipe hospitalar e a instituição antes de ter o bebê, mas nem sempre isso é possível.

Ao chegar ao hospital, a futura mamãe deve estar com o cartão de pré-natal e com todos os exames. A parturiente deve ser avaliada imediatamente pelo médico ou pela enfermeira obstetra, auxiliada pelo técnico em enfermagem, para que a melhor conduta de parto seja logo definida.

Essa avaliação consta do seguinte:

- ouvir as queixas da parturiente, caso ela tenha alguma;
- saber quando se deu o início do TP;
- avaliar o cartão de PN;
- realizar exame clínico completo;
- realizar exame obstétrico.

Importante: Quando a mulher não tiver cartão de PN (pré-natal) ou se estiver faltando algum exame, este deve ser solicitado no ato da admissão, como por exemplo, tipagem sanguínea, HIV, sífilis.

Após a avaliação inicial, a parturiente deve ser encaminhada para o quarto. Atualmente, não se realizam mais a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) nem o clister (lavagem intestinal), procedimentos usuais até bem pouco tempo. Isso porque não existem evidências de que esses procedimentos tragam benefícios para a mulher durante o TP e o parto.

Durante todo o tempo de trabalho de parto, a parturiente tem o direito de permanecer com um acompanhante de sua escolha.



Atividade 2

Atende ao Objetivo 2

Se uma mulher perguntasse o que indica que o parto está próximo e quando ela deve ir para a maternidade, o que você diria?

As etapas do parto normal

Os períodos clínicos do parto são:

- período de dilatação;
- período expulsivo;
- dequitação;
- período de Greemberg.

Período de dilatação

Esse é o período em que as contrações se intensificam para a dilatação do colo do útero. Isso pode causar um certo desconforto à mulher, por isso ela deve permanecer na posição em que se sentir mais confortável. A equipe de enfermagem, enfermeiro e técnico, junto com o acompanhante, devem proporcionar meios de conforto, como:

- massagem;
- banho de chuveiro ou de banheira;
- estimular a posição vertical e o andar livremente; a parturiente não precisa ficar deitada;
- oferecer alimentação líquida, de preferência açucarada (sucos, chá, mel) para que a parturiente tenha mais energia;
- colocar música ambiente; deve ser música suave ou de escolha da parturiente.

No período de dilatação, a cada hora, deve ser realizado o controle:

- dos sinais vitais da parturiente;
- dos Batimentos Cardíacos do Feto (BCF);
- da Dinâmica Uterina (DU), que é o controle das contrações em relação a frequência, intensidade e duração.

A Dinâmica Uterina é avaliada durante um período de 10 minutos, e assim são feitas as anotações no prontuário: 3/10/30, o que quer dizer: 3 contrações em 10 minutos com duração de 30 segundos cada uma. A DU é avaliada de hora em hora.

O toque vaginal para avaliação da dilatação do colo do útero é realizado no exame obstétrico inicial e depois de 4 em 4 horas ou quando necessário. Por meio da ausculta dos BCF, da Dinâmica Uterina e do toque vaginal, o profissional que está acompanhando o trabalho de parto avalia se o processo está evoluindo normalmente ou se necessitará de cesariana. Vamos citar um exemplo: a parturiente chega em trabalho de parto, com contrações frequentes, regulares, está tudo bem, mas quatro horas depois, com o mesmo padrão de contrações, começam os BCF a alterar para 100 bpm e a dilatação do colo permanece a mesma. Isso significa que o trabalho de parto não está evoluindo e que o feto está em sofrimento. Nesse caso, a cesárea é indicada.



Fonte: www.saobenedito.ce.gov.br/fotos/category/33.html

Figura 3.1: Centro cirúrgico para cesárea.

Mas se o trabalho de parto está transcorrendo normalmente, à medida que o colo vai dilatando, as contrações vão se intensificando e, consequentemente, aumenta o desconforto para a mulher.

A bolsa amniótica pode estar íntegra ou rota (rompida), sendo que o ideal seria que ela rompesse espontaneamente no final do trabalho de parto. Algumas parturientes já chegam ao hospital de bolsa rota (Rotura Espontânea de Membranas = REM). Há casos em que o profissional médico ou enfermeiro obstetra que acompanha o parto precisa romper a bolsa artificialmente com auxílio de um amniótomo (Rotura Artificial de Membranas = RAM). Amniótomo é o instrumento utilizado para romper a bolsa.



Fonte: www.sxc.hu/photo/1170952.

Figura 3.2: A imagem ilustra um feto dentro da bolsa amniótica, que é rompida naturalmente (REM) ou com ajuda (RAM) do profissional que acompanha o parto.

O líquido amniótico é de coloração transparente. Se o líquido estiver esverdeado, significa que o bebê está em sofrimento. Nesse caso, também pode ser indicação de cesárea.

Durante esse período, é preciso preparar o material que será utilizado durante o parto. Os equipamentos e o material utilizados no parto são preparados pelo técnico em enfermagem.

A mulher deve ser informada da evolução do trabalho de parto. A informação sobre tudo que está acontecendo é fundamental para que a parturiente mantenha a calma e colabore com o parto. A equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico em enfermagem) deve anotar todas as observações e todos os procedimentos que serão realizados, com data, hora e assinatura legíveis.



Atividade 3

Atende ao Objetivo 2

Qual a conduta da enfermagem diante de uma mulher que, em trabalho de parto, queixa-se de muita dor?

Período expulsivo

Este período inicia-se com a dilatação completa do colo. Nesse momento, a mulher sente vontade de fazer força durante a contração, momento em que acontecem os puxos, que são movimentos espontâneos. Portanto, não é necessário ordenar que a mulher faça força. Esses puxos espontâneos são suficientes para a expulsão do feto. Durante esse período, os Batimentos Cardíacos do Feto (BCF) devem ser avaliados, a intervalos menores, de 15 em 15 minutos. As contrações nesse período são mais intensas e mais longas.

Com contrações eficientes, pode ser notada a cabeça do feto aparecer na saída da vagina (fase denominada “coroamento”). Esse é o momento em que a mulher faz força e há o desprendimento do polo cefálico (cabeça do bebê). Nesse instante, o profissional que está assistindo o parto, médico ou enfermeiro obstetra, protege o períneo da mulher com uma compressa esterilizada para evitar lacerações, isto é, a rotura do períneo.



Figura 3.3: O profissional protege o períneo para que ele não se rompa no instante da expulsão.

Em seguida, há desprendimento dos ombros do bebê e posteriormente do resto do corpo. Após a saída do bebê, ele deve ser colocado no colo da mãe; esse contato imediato propicia a formação do vínculo entre mãe e filho.

O técnico em enfermagem imediatamente cobre o bebê com um manto, identificando-o com pulseira com nome, nome da mãe, hora de nascimento e sexo do bebê. Em algumas instituições, uma pulseira é colocada também na mãe com uma numeração única para as duas pulseiras, evitando a troca dos bebês. Essa identificação só deve ser retirada após a alta.

O profissional que assiste o parto, médico ou enfermeira obstetra, realiza aspiração das vias aéreas com um bulbo de borracha, quando o bebê apresenta secreção na boca e no nariz, e a laqueadura do cordão umbilical com anel de borracha (látex) ou *clamp*, que é um artefato de plástico. Nesse momento, o bebê já pode ser amamentado.



Oriol martinez

Fonte: www.sxc.hu/photo/152849

Figura 3.4: Logo que nasce, o bebê já pode dar a sua primeira mamada.

Após esses procedimentos, inicia-se o 3º período.

Período de dequitação, delivramento ou dequitação

Este é o período da saída da placenta. A mulher sente uma contração e a placenta desloca-se espontaneamente.

Placenta divina

A placenta é uma parte que se desenvolve no corpo da mulher exclusivamente para nutrir o feto, com tudo o que ele necessita. Por esse feito especial, em algumas culturas a placenta é objeto de divinização, e são realizados rituais para ela. Nessa ocasião, a família do recém-nascido a ingere.

A medicina moderna aproveita a placenta de outros mamíferos para a realização de diversos remédios e cosméticos para a espécie humana.



Mario Alberto Magallanes Trejo

Fonte: www.sxc.hu/photo/1036273

Após a dequitação, o enfermeiro ou o técnico em enfermagem deve:

- observar a quantidade do sangramento vaginal; o sangramento vaginal no pós-parto é denominado lóquios;
- controlar os sinais vitais;
- verificar a contratilidade uterina. O útero deve manter-se bem contraído.

O períneo e a vagina da mulher foram preparados para distender-se na medida necessária para a passagem do bebê; portanto, não é sempre necessário o corte para a saída do bebê, o que é avaliado pelo médico ou enfermeiro obstetra que assiste o parto. Esse corte é chamado de episiotomia. É feito após anestesia local, e quando termina o parto é realizada a sutura.

Após o parto, a mulher pode ser encaminhada para o banho de chuveiro, sempre acompanhada pela técnica em enfermagem.

Período de Greenberg

Após a saída da placenta, inicia-se o puerpério. O período de Greenberg compreende o puerpério imediato, mas o puerpério vai até um prazo de aproximadamente 42 dias após o parto.

Popularmente, fala-se que a mulher depois que tem o bebê está de “resguardo”. Vocês já ouviram alguém falar assim? Pois bem, profissionais de saúde como você falam que a mulher está no período de puerpério.

O período de Greenberg compreende as duas horas pós-parto. Nessa etapa, devem ser observados:

- contratilidade uterina (realizando palpação abdominal da puérpera, observamos que o útero encontra-se bem endurecido; é o aspecto normal para o pós-parto);
- os sinais vitais da paciente, em intervalos de 30 em 30 minutos; nas primeiras duas horas pós-parto;
- os lóquios (sangramento pós-parto), quanto a quantidade, aspecto e odor;
- o local da sutura, se necessário.

Esse controle é essencial para a detecção precoce de hemorragia pós-parto. Mesmo que a parturiente tenha tido um parto tranquilo, essa etapa é fundamental.

Após o parto

No período imediatamente após o parto, as condutas de enfermagem devem incentivar a puérpera a amamentar em livre demanda, isto é, a cada solicitação do bebê. A enfermagem também deve continuar observando e anotando os sinais vitais, geralmente duas vezes ao dia. Além dos sinais vitais essenciais, devem ser verificados:

- lóquios;
- contratilidade uterina;
- diurese;
- função intestinal;
- local da sutura (quando houver);
- higiene.

O bebê deve permanecer durante todo o tempo com a mãe. A permanência do bebê junto à mãe denomina-se alojamento conjunto.

Por ocasião da alta, a puérpera deve ser orientada a retornar à unidade hospitalar para consulta puerperal em sete dias. Esse controle geralmente é realizado onde ocorreu o pré-natal. Outra consulta puerperal tardia deve ser agendada para 30 a 40 dias.



Fonte: portal.saude.gov.br/.../jpg/capa_album_am.jpg

Figura 3.5: As últimas orientações do enfermeiro antes de a puérpera ir para casa.

Além disso, as seguintes orientações devem ser dadas para a mãe:

- manter aleitamento materno exclusivo em livre demanda;
- cuidados com o recém-nascido quanto a banho, curativo umbilical, vacinas (você verá mais adiante esse assunto quando estudar os cuidados com o bebê na Unidade 3, referente à saúde do neonato);
- procurar atendimento médico em casos de sangramento intenso, febre, dor intensa localizada no abdome ou no local dos pontos (quando houver), lóquios com odor fétido, disúria (dor ao urinar). Esses são sinais e sintomas de complicações.

Para a mulher submetida à cesárea, os cuidados pós-parto são os mesmos descritos anteriormente.

Atividade 4



Atende ao Objetivo 2

Qual a importância do pós-parto imediato?

Atividade 5



Atende ao Objetivo 2

Como é o acompanhamento das puérperas em seu município? Você já teve oportunidade de acompanhar alguma delas? Faça o relato de sua experiência.

Se não teve essa oportunidade, faça uma visita a uma puérpera e peça para que ela conte como foi a assistência recebida no parto.

Conclusão

Ao término deste tema, ficamos sabendo dos sinais de trabalho de parto e dos períodos do parto e sobre as vantagens do parto normal.

Concluímos que a mulher deve ser respeitada e bem acolhida durante todo o processo e que ela tem direito a permanecer com acompanhante. E ainda que durante o trabalho de parto a mulher não deve ficar sozinha.

Logo após o nascimento, o bebê deve ser colocado no colo da mãe e ficar durante toda a sua permanência na maternidade em alojamento conjunto.

O técnico em enfermagem deve incentivar o aleitamento materno desde o nascimento, colocando o bebê para sugar ainda na sala de parto. Os cuidados de enfermagem no pós-parto são importantes para a prevenção de hemorragia.

A puérpera deve receber orientações na hora da alta quanto a higiene, cuidados com o bebê, aleitamento materno e sinais e sintomas que podem resultar em complicações.

Durante a gravidez, a mulher é uma gestante; quando entra em trabalho de parto é parturiente; depois do parto é puérpera.



Resumo

- O parto constitui um evento fisiológico, podendo ser vivenciado pela mulher sem necessidade de intervenções.
- A parturiente tem direito a um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, o parto e o puerpério, e este deve ser de sua escolha.

- A gestante deve ser orientada sobre os sinais de trabalho de parto durante o pré-natal.
- O parto normal deve ser incentivado devido às vantagens tanto para a mulher quanto para o bebê.
- Quando a mulher entra em trabalho de parto e procura uma instituição para ter o bebê, ela deve ser bem atendida, bem acolhida e ter liberdade durante o trabalho de parto.
- O trabalho de parto compreende os períodos de dilatação, expulsivo, dequitação e Greenberg.
- Logo após o parto, o bebê deve ser amamentado e permanecer em alojamento conjunto com a mãe.
- O técnico em enfermagem deve acompanhar a mulher durante todo o trabalho de parto, o parto e o puerpério.
- O técnico em enfermagem também deve prestar cuidados ao recém-nascido.

Informação sobre o próximo tema

Finalizamos mais uma unidade do curso Técnico em Enfermagem. Na unidade seguinte, você vai conhecer os cuidados essenciais para a saúde do recém-nascido. Até lá!

Respostas das atividades



Atividade 1

Esse processo natural de nascer deve ser respeitado e estimulado, pois é muito gratificante para a mãe e é mais seguro tanto para ela como para o bebê.

O vínculo estabelecido entre a mãe e o bebê é imediato, pois este é colocado no colo da mãe até antes do corte do cordão umbilical.

O risco de hemorragia e de infecção hospitalar é muito menor, assim como o risco de problemas respiratórios para o bebê.

A recuperação da mãe é muito mais rápida. Ela consegue se levantar logo após o parto, tomar banho de chuveiro, amamentar seu bebê logo que ele nasce e também alimentar-se normalmente.

Atividade 2

O trabalho de parto desencadeia-se de maneira espontânea.

Os sinais e sintomas principais são as contrações uterinas frequentes e regulares. A gestante deve procurar a maternidade quando as contrações ocorrerem de 5 em 5 minutos.

Um outro sinal é a perda de secreção espessa denominada tampão mucoso, que pode estar com raios de sangue. Isso pode ocorrer alguns dias antes de o bebê nascer, mas aumenta no dia em que a mulher entra em franco trabalho de parto.

E ainda há como sintoma de trabalho de parto a perda de líquido pela vagina. Isso acontece quando há o rompimento da bolsa amniótica. Nesse caso, a mulher deve ser encaminhada imediatamente à maternidade.

Atividade 3

A conduta da enfermagem é oferecer meios de conforto para alívio da dor, tais como: banho de chuveiro, banhos de banheira (se tiver), massagens e deixar a mulher ficar na posição em que ela se sentir mais confortável. Não chamar a atenção da mulher se ela se exceder nas queixas ou se ela gritar. E nunca deixar a parturiente sozinha.

Manter o ambiente tranquilo, com música suave, e informar sobre a evolução do trabalho de parto também auxiliam para que o parto seja uma experiência mais agradável.

Atividade 4

Esse controle é essencial para a detecção precoce de hemorragia em qualquer tipo de parto.

Atividade 5

A visita puerperal tem como finalidade avaliar o estado físico e mental da parturiente e possíveis complicações, além do exame do recém-nascido. Deve-se nesse momento reforçar o incentivo à amamentação. Essa visita deve ser feita pela enfermeira juntamente com o técnico em enfermagem.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Febrasgo. Abenfo. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2000.

_____. *Pré-natal e puerpério: atenção humanizada e qualificada*. Brasília, DF, 2006.

CURITIBA. Prefeitura. *Programa mãe curitibana: pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido*. Curitiba, 2005.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

SCHWARCZ, R. et al. *Saúde reprodutiva materna perinatal: atenção pré-natal e do parto de baixo risco*. Montevideu: Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1996.

