Enfermagem na Saúde da Mulher

Enfermagem na Saúde da Mulher

Ana Carolina de Castro Curado

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente
Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação
Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico
Ana Lucia Jankovic Barduchi
Camila Cardoso Rotella
Danielly Nunes Andrade Noé
Grasiele Aparecida Lourenço
Isabel Cristina Chagas Barbin
Lidiane Cristina Vivaldini Olo
Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica
Marcia Cristina Aparecida Thomaz

Editorial
Camila Cardoso Rotella (Diretora)
Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)
Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)
Letícia Bento Pieroni (Coordenadora)
Renata Jéssica Galdino (Coordenadora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Curado, Ana Carolina de Castro
C975e Enfermagem na saúde da mulher / Ana Carolina de Castro Curado. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018.
208 p.

ISBN 978-85-522-0543-2

1. Enfermagem ginecológica. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Mulheres - Saúde e higiene. I. Título.

CDD 618.20231

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 — Londrina — PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: http://www.kroton.com.br/

Sumário

Unidade 1 | Saúde da mulher: cuidados e agravos 7

Seção 1.1 - Principais agravos na saúde da mulher 9
Seção 1.2 - Patologias ginecológicas e violência 25
Seção 1.3 - Cuidados em saúde 37

Unidade 2 | Assistência pré-natal 55

Seção 2.1 - Cuidados no pré-natal 57
Seção 2.2 - Intercorrências e patologias 74
Seção 2.3 - Patologias obstétricas 94

Unidade 3 | Assistência no pré-parto e parto 109

Seção 3.1 - Preparação para o parto 111
Seção 3.2 - Assistência durante o parto 125
Seção 3.3 - Tipos de parto 141

Unidade 4 | Assistência de enfermagem no puerpério 161

Seção 4.1 - Assistência no puerpério I 162
Seção 4.2 - Assistência no puerpério II 175
Seção 4.3 - Aleitamento materno 192

Palavras do autor

Prezado aluno! Seja muito bem-vindo à disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher, uma disciplina mais específica da sua área de formação.

Até agora você adquiriu muitos conhecimentos importantes na construção de seu aprendizado por meio das disciplinas já cursadas. Neste momento, você adquirirá conhecimentos voltados para os cuidados da saúde da mulher, tanto na área da ginecologia quanto na obstetrícia, visando garantir uma assistência de qualidade aos pacientes.

É importante que você se organize para estudar de maneira disciplinada e ter contato com todo o material disponível antes do encontro com seu professor. Crie uma rotina e anote todas as suas dúvidas para que sejam sanadas no momento propício.

Esta disciplina possui como competências conhecer e compreender a assistência de enfermagem no ciclo evolutivo, as principais patologias e, em seu ciclo gravídico puerperal, conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados aos cuidados da saúde da mulher, conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao pré-natal e suas patologias, conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao pré-parto e ao parto, incluindo tipos de parto, e por último conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao puerpério, incluindo aleitamento materno.

A Unidade 1 trará conteúdos relacionados à saúde da mulher em seus cuidados e agravos, as patologias ginecológicas e violência contra a mulher. Na segunda unidade aprenderemos a respeito da assistência pré-natal, as principais patologias da mulher na gestação e suas intercorrências, assim como a preparação para o parto. Já na Unidade 3 veremos a respeito da assistência no pré-parto e parto, isto é, a preparação para o parto, a assistência durante o parto e os tipos de parto. E por último, na Unidade 4, abordaremos os principais pontos relacionados à assistência de enfermagem no puerpério e aleitamento materno. Agora que você tomou conhecimento do conteúdo que será abordado neste livro, vamos iniciar nossa jornada de estudos! Boa sorte!

Saúde da mulher: cuidados e agravos

Convite ao estudo

Olá, aluno. Seja bem-vindo à primeira unidade de estudos da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher. A partir de agora vamos mergulhar neste universo tão fantástico e interessante, repleto de conhecimentos. Nesta primeira unidade veremos a respeito da saúde da mulher, seus cuidados e agravos. Por isso a competência técnica a ser desenvolvida nesta unidade de ensino é conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados aos cuidados da saúde da mulher. Ao término, você será capaz de elaborar uma cartilha informativa direcionada aos principais cuidados com relação à saúde da mulher.

Para que isso ocorra de maneira mais efetiva apresentaremos, a seguir, um contexto de aprendizagem, facilitando assim o entendimento deste conteúdo tão importante em sua formação.

A Universidade Saber é uma das maiores instituições de ensino do país e possui um grande número de alunos que estudam e fazem estágio. No mesmo local e campus da faculdade que contempla os cursos da saúde encontra-se o Hospital Universitário, que é municipal e atende a pacientes do SUS e de convênios, mas na sua maioria do SUS.

Neste ano, os alunos de uma turma de enfermagem iniciarão estágio em uma área diferente e mais específica, o da saúde da mulher. A partir de agora, eles vão conhecer este fantástico universo de aprendizado, curioso e rico em informações, diferente do aprendizado que tiveram até agora em sua jornada.

A professora Glória é uma docente que atua nesta universidade há 15 anos. Sua formação e especialização é voltada e dedicada

à área da mulher, a qual a professora tanto se dedica e ama atuar junto com seus alunos. É ela quem acompanhará os alunos deste semestre em sua prática profissional na área.

A partir de agora convidamos você, aluno, a mergulhar neste universo tão singular que é o de cuidados à mulher, e, no decorrer do conteúdo, você aprenderá novas informações que levará para toda sua vida profissional. Vamos lá!

E chegou o grande dia, o início do período de estágio dos alunos com a professora Glória, na área de saúde da mulher. A expectativa foi muito grande, tanto por parte dos alunos, quanto por parte da docente. No horário marcado, os alunos se encontraram com a professora, quando puderam conhecê-la e saber como será a sua jornada de estágio. Todos ficaram muito animados por saber que a docente é muito experiente e apaixonada pelo que faz.

Portanto, a partir de agora, a cada dia vamos vivenciar uma nova situação e um novo desafio a ser descoberto!

Seção 1.1

Principais agravos na saúde da mulher

Diálogo aberto

Prezado aluno, como vimos, o nosso contexto de aprendizagem aborda o início do estágio na área de saúde da mulher de uma turma de estagiários da Universidade Saber, com a experiente docente Glória, que tem paixão por sua profissão e tem muito a ensinar aos seus alunos.

Deu-se início ao primeiro dia de estágio, e os alunos conheceram a unidade onde vão atuar, ficando cada vez animados com os desafios que os aguardavam.

A professora Glória já dividiu a turma em grupos e, como já possuem alguma prática, pediu que assumissem algumas pacientes.

Entre estas pacientes encontra-se Dona Joana, uma senhora de meia idade que está internada por uma hipótese diagnóstica de câncer de mama. Ao se depararem com este caso, se perguntaram: como é feito o rastreamento para que se chegue a esta hipótese diagnóstica?

Esta e outras dúvidas serão respondidas ao longo desta seção. Vamos então ajudar os alunos a fazerem estas descobertas!

Não pode faltar

Políticas públicas de saúde da mulher

O principal objetivo da Política de Saúde da Mulher é indicar os recursos mínimos necessários à mulher que, além de ser a maioria na população, cuida da família e de sua manutenção e sofre com a sobrecarga de trabalho e responsabilidades. A partir do século XX é que o tema Saúde da Mulher passou a constar nas políticas nacionais de saúde. Em 1983 foi criado o programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual foi oficializado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS).

O PAISM incluía ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação na área da mulher, com princípios e diretrizes como descentralização, hierarquização e regionalização

de seus serviços, assim como equidade e integralidade. A luta das mulheres pela sua implementação foi um passo bem significativo para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

Em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que hoje atua na defesa dos direitos reprodutivos e na definição de políticas públicas para as mulheres. Em 2001, o MS criou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), que estabelece, na área da mulher, que os municípios garantam as ações mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer do colo do útero. Em 2004, o MS priorizou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que considera a população feminina importante e prioritária ao se formular políticas públicas, principalmente as mulheres que se encontram em idade reprodutiva, portanto, a PNAISM visa ações que buscam a assistência de qualidade e humanizada em obstetrícia, na violência sexual e doméstica e na atenção ao abortamento inseguro. Este traz também a prevenção e o tratamento de mulheres que são portadores do HIV, câncer ginecológico ou doenças crônicas não transmissíveis. Possui o objetivo de:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde da mulher e garantia dos direitos legais e ampliação de acesso e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o país.

- Contribuir para a diminuição de mortalidade e morbidade em todos os ciclos de vida e diferentes grupos populacionais.

- Humanizar, qualificar e ampliar a atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas políticas devem contribuir para que se construa uma sociedade mais justa e igualitária, devendo também incluir as adolescentes. Em 2005 foi lançada a cartilha *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo*, que apresenta diretrizes à saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e adolescentes com foco no planejamento familiar. Entre as ações estão:

- Ampliar a oferta dos métodos anticoncepcionais no SUS.

- Elaborar cartilhas e manuais para seus usuários.

- Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica.

- Implantação do serviço de atenção às vítimas de violência.

- Redução de mortalidade materna e neonatal por meio do Pacto Nacional.

Rastreamento do câncer de colo uterino

O câncer de colo de útero é o segundo que mais acomete as mulheres de todo o mundo, mais comum entre 25 e 49 anos de idade, porém suas lesões precursoras aparecem entre 20 e 29 anos, quando devem ser tratadas. O rastreamento se baseia no exame citopatológico ou Papanicolau, no tratamento das lesões, infecções, nas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além da cirurgia de alta frequência (CAF), que visa tratar a área que está doente com o mínimo de dano possível.

No ano de 1997, com o projeto piloto de um programa chamado Viva Mulher surgiu a proposta de oferta de exame citopatológico para todas as mulheres. Em 1998 foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) com o objetivo de traçar ações futuras neste sentido, e assim a proposta se intensificou. Algumas das diretrizes do Programa Viva Mulher é de articular e integrar uma rede nacional de cuidados, assim como incentivar a mulher para que cuide da saúde, procurando diminuir a desigualdade do acesso à rede, melhorando a qualidade da assistência prestada e aumentando a eficiência no controle.

Observa-se que até os 35 anos de idade a mulher comparece ao serviço em busca de assistência na fase reprodutiva, planejamento familiar e infecções, porém, quando não necessita mais destes cuidados, ela não comparece mais, além do que os serviços não possuem a estrutura para este tipo de busca ativa.

No ano de 2005, lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental nos planos estaduais e municipais de saúde. A importância desta detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde no ano de 2006, por meio da inclusão de indicadores específicos de metas com estados e municípios.

Em 2009, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde (PNAISM) previu que, para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer ginecológico, seria necessário implantar medidas de mobilização e investimentos em tecnologia e pessoal, assim como a organização da rede.

Além destas medidas, os profissionais devem orientar e estimular o uso de preservativo em todas as relações sexuais e estar preparados para detectar fatores de risco relacionados ao câncer do colo uterino,

como: início precoce da vida sexual, tabagismo, múltiplos parceiros, condição socioeconômica baixa e o aparecimento do Papiloma Vírus Humano (HPV).

Assimile

Em 2011, foram publicadas pelo INCA as diretrizes brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. No ano de 2013, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (Siscan) no âmbito do SUS, uma versão em plataforma web que integra o Siscolo e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama). Já em 2014 foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM). Ainda em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV).

O Ministério da Saúde preconiza a coleta de exame citopatológico (coleta do Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 anos anual, porém, após dois anos sem alteração, a coleta pode ser feita a cada três anos. Caso exista histórico de lesões precursoras de câncer, mantém-se a coleta anual. Este tipo de exame detecta, além do câncer de colo do útero e de suas lesões, infecções vaginais como Gardnerella vaginalis, Tricomoníase e Candidíase.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito deste assunto consulte o material *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

Rastreamento do câncer de mama

O câncer de mama é a segunda maior causa de morte entre mulheres do Brasil e do mundo, e apenas 10% dos casos são por fatores genéticos. No Brasil, a maioria dos casos se diagnostica em fase avançada, levando assim a tratamentos agressivos e à necessidade de

tratamentos coadjuvantes de alto custo e por tempo prolongado. Este é um órgão símbolo da feminilidade, e isso leva a mulher ao sofrimento, influenciando assim suas relações.

Existem alguns fatores não modificáveis, isto é, não temos como alterá-los, porém indicam grande risco para o desenvolvimento do câncer de mama, entre eles:

- Sexo feminino, pois pode ocorrer somente em 1% dos homens.

- Histórico familiar em algum parente de primeiro grau, com idade inferior a 50 anos.

- Histórico familiar em algum parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou de ovário, em qualquer idade.

- Histórico familiar de câncer de mama masculino.

- Raça branca.

- Menarca precoce.

- Exposição à radiação.

- Envelhecimento, isto é, acima de 50 anos, quando a incidência é maior.

Conhecer estes fatores permite ao enfermeiro atuar estimulando as mulheres com relação ao autocuidado e realizando a promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas, de maneira geral.

Já os fatores modificáveis são: tabagismo, reposição hormonal há mais de cinco anos, não amamentar, obesidade, sedentarismo e nuliparidade ou gravidez após 30 anos, devido à grande exposição ao estrógeno.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estabeleceu por meio de um documento algumas ações de detecção precoce de câncer de mama, entre elas:

- Rastreamento de exame clínico de mama para qualquer idade, a partir dos 40 anos, anualmente.

- Rastreamento por mamografia para mulheres entre 50 a e 69 anos, com intervalo de no máximo dois anos entre os exames.

- Mamografia e exame clínico para pacientes que estão no grupo de risco para câncer de mama.

- Garantia de acesso a diagnóstico e tratamento às mulheres que tiverem alteração nos exames.

O exame clínico deve ser realizado em mulheres em todas as idades, porém está preconizado que lesões palpáveis devem ser

investigadas e mulheres com menos de 35 anos devem ser submetidas à ultrassonografia; já em idade superior deve ser realizada a mamografia. No caso de lesão suspeita deve-se realizar a punção aspirativa ou biópsia. Estes são procedimentos ambulatoriais que permitem o diagnóstico, sendo, neste momento, em um custo menor, permitindo um planejamento das ações.

Para que se faça um rastreamento de câncer de mama é essencial que os dados da população sejam fidedignos, trabalho importante realizado pelas equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, pois a partir daí o serviço será organizado, definindo assim o número de mamografias e procedimentos complementares.

O autoexame das mamas é incentivado, porém, não se trata de um método de rastreamento, pois por meio dele se descobrem nódulos palpáveis. Discute-se que a mamografia deve ser ofertada para todas as mulheres a partir de 40 anos, e não 50 como é feito geralmente, porém o recurso não existe para todas, por isso é importante que se conheça o perfil da população e quais recursos o município dispõe.

Reflita

Para o sucesso do rastreamento é de grande importância que o serviço esteja organizado e que cada nível de complexidade exerça seu papel de maneira efetiva e adequada. Os níveis primários devem realizar o exame clínico, solicitar mamografia de rastreamento ou em mulheres de risco, realizar ações educativas, realizar busca ativa em público alvo, encaminhar ao serviço de referência os casos suspeitos, orientar as mulheres com relação aos exames e acompanhamentos e realizar a busca ativa daquelas pacientes que foram encaminhadas ao nível secundário com alteração em sua mamografia.

Principais agravos ginecológicos da mulher

São consideradas as alterações ginecológicas normalmente apresentando vários sintomas, portanto, a mulher deve ser investigada a fim de prevenir, diagnosticar, se possível precocemente, e tratar qualquer alteração apresentada. A queixa mais comum é de **vulvovaginite**, caracterizada por uma infecção por patógenos na região vulvar. O enfermeiro deve observar a presença de corrimento e estar atento a períodos de:

- Ovulação: pois possui liberação de maior quantidade de muco cervical.

- Pré-menstrual: quando os níveis de progesterona são altos.

- Lactação: com a alta de prolactina os níveis de estrogênio estão diminuídos.

- Menopausa: ocorre um ressecamento vaginal devido à alteração hormonal, quando os níveis de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) começam a aumentar.

Entre as vulvovaginites, as mais comuns são:

Vaginite fúngica (candidíase): esta é a mais comum, algumas até apresentam em sua flora vaginal sem apresentar alterações. Ela aparece principalmente pela alteração do pH vaginal, que se torna básico, pois geralmente é ácido. O principal agente patológico é a *Candida albicans*, porém em mulheres diabéticas a mais frequente é a *Candida glabata*. Entre os sinais e sintomas mais comuns se destaca o intenso prurido, acompanhado do edema de vulva e/ou de vagina, com secreção de coloração branca e grumosa, com presença de dispareunia e ardência ao urinar. Os fatores que predispõem o aparecimento são: gravidez, diabetes descompensado, alta dosagem de anticoncepcional oral, estresse, higiene precária, uso de antibióticos ou imunossupressores ou corticoides e uso de roupas que permitem pouca ventilação dos genitais, por exemplo, fio sintético. O diagnóstico se inicia pelo histórico da paciente, em seguida a realização do exame físico, exame ginecológico e coleta de amostras do corrimento vaginal.

O tratamento é a base de antifúngico, de acordo com o quadro clínico. Ela não é considerada infecção de transmissão sexual, por isso trata apenas os sintomas do parceiro, se houver.

Vaginose bacteriana: causada pela alteração do pH vaginal, com aumento de bactérias anaeróbicas e diminuição de lactobacilos, causada geralmente pela *Gardnerella vaginallis* e a *Mycoplasma hominis*, possuem uma ação local, por isso não é considerada uma infecção de transmissão sexual. Pode propiciar o aparecimento de outras infecções, porém a mulher se apresenta na maioria das vezes assintomática ou queixa-se de corrimento de cor cinza, homogêneo e cremoso, com odor fétido (peixe em putrefação), principalmente, após a relação sexual. O diagnóstico é feito por meio da coleta do Papanicolau. O tratamento é feito com metronidazol 500 mg via oral (VO) por sete dias, ou 2 g VO dose única, não sendo necessário tratar o parceiro.

Vaginose por protozoários (tricomoníase): causada pelo *Trichomonas vaginalis*, tem seu período de incubação de 4 a 28 dias e aparece com corrimento esverdeado, de grande quantidade, bolhoso, com intenso prurido vulvar, hiperemia e edema de vulva e vagina. O **diagnóstico** é feito com base na avaliação dos sintomas, na análise e no aspecto da secreção vaginal, onde o médico verifica a possível presença de protozoários. O tratamento é para o paciente e seu parceiro, com o uso de Metronidazol 2g VO em dose única, ou Secnidazol 2g VO em dose única.

Exemplificando

Este quadro pode alterar o exame citopatológico para câncer, por isso deve ser repetido após o tratamento.

Gestantes só devem ser tratadas após o terceiro mês.

Se estiver amamentando, a lactante deve suspender o aleitamento por 24 horas.

Gonorreia e clamídia: possuem como agente infeccioso respectivamente a *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo e a *Chlamydia trachomatis*, sendo elas as responsáveis pela endocervite e doença inflamatória pélvica (DIP), podendo levar à gravidez tubária, infertilidade e dor pélvica. Possui período de incubação médio de 4 a 7 dias, porém apresenta-se na maior parte assintomática, propiciando assim contaminação por outros vírus, principalmente o HIV. Se ocorrerem sintomas, apresentará secreção purulenta de cor amarelo esverdeada, dor pélvica, dispaurenia, disúria, polaciúria, edema de vulva e irregularidades menstruais. O diagnóstico da gonorreia é feito pela cultura de Thayer-Martin, e a cultura de clamídia deve ser associada à sorologia para sífilis. O diagnóstico é feito com análise de mucosa orofaríngea e linfonodos, devendo-se realizar também um exame físico e ginecológico detalhado, observando a anatomia e avaliando o colo do útero (presença de lesão, elasticidade). O tratamento da gonorreia é feito com Ciprofloxacina 500 mg VO ou Ceftriaxona 250 mg IM, ambos em dose única. Já na clamídia é usada a Azitromicina 1 g VO em dose única ou a Doxicilina 100 mg VO por sete dias, de 12 em 12 horas.

Papiloma vírus humano (HPV): conhecido por formar verrugas vaginais, possui relação com o câncer de colo uterino, vírus do tipo

DNA, tendo inúmeros subtipos, mas somente 20 infectam o trato geniturinário. Detecta-se pela colposcopia, mas a avaliação do tipo é feita após hibridização de seu DNA. É transmitida pelo ato sexual, oral e por contaminação no parto. Acomete principalmente mulheres entre 15 a 25 anos, e a incubação varia de semanas a décadas. Deve ser feita a educação em saúde pelo enfermeiro, e o serviço deve garantir o acompanhamento citológico, mesmo após o desaparecimento dos sintomas, como também o controle até a negativação do exame. Um exame físico cuidadoso já diagnostica a doença, devendo então iniciar o tratamento. As verrugas podem ser tratadas utilizando ácido tricloroacético (ATA), podofilina, crioterapia, eletrocoagulação e exerese cirúrgica. O desaparecimento das verrugas não significa cura, mas fase de latência. A vacina contra o HPV, quadrivalente, atua produzindo anticorpos contra os tipos mais virulentos.

Úlceras genitais: todas se estabelecem por transmissão sexual e provocam úlceras de diferentes formas. São elas:

- **Sífilis**: de transmissão sexual causada pelo *Treponema pallidum*, caracterizada por lesão ativa e com período de latência sem sintomas. A úlcera surge entre 10 e 90 dias após a contaminação, ela é avermelhada, com líquido e indolor, chamada de cancro, desaparecendo após três a seis semanas, sendo esta a primeira fase da doença. A secundária aparece entre duas e oito semanas após o surgimento do cancro e é caracterizada por erupção do tipo pápula, pústula ou nódulo, que são simétricos, acompanhados geralmente por febre, cefaleia e mal-estar. Na terciária, se não houver tratamento, podem ocorrer complicações nos sistemas, entre eles cardiovascular e neurológico. Em caso de gestação, deve ser investigado a fim de evitar a contaminação do feto via placentária, por isso a importância de se realizar o VDRL (sigla de *Venereal Disease Research Laboratory*) durante a gestação, no início e após seis meses. O diagnóstico é feito por meio de teste direto (diretamente da lesão) ou teste imunológico (que detecta anticorpos que o organismo produz partir de 10 dias do aparecimento da úlcera). O tratamento é realizado com penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI IM dose única. Outra opção é a Doxiciclina 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias, sendo contraindicado para gestantes.

- **Cancro mole**: causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, com incubação de um a dois dias, surgindo uma úlcera dolorosa que sangra com facilidade, e de aspecto mole, e que após alguns dias secreta pus

com presença de gânglios na virilha. Espalha-se com facilidade se não tratada, sendo mais comum em homens. Deve-se solicitar uma pesquisa de sífilis, apesar de ser diferente do cancro duro. O diagnóstico é feito, na maioria das vezes, baseado no quadro clínico (múltiplas úlceras dolorosas e purulentas, aumento dos linfonodos da virilha e pesquisa negativa para sífilis e herpes genital), pois a coleta de material da úlcera não é comum em qualquer laboratório. O tratamento é realizado com Azitromicina 1g VO dose única ou Ciprofloxacina 500 mg VO de 12 em 12 horas por três dias. A ciprofloxacina deve ser evitada em gestante, lactente ou menor de 18 anos.

- **Herpes simples**: vírus que se apresenta de dois tipos: I (responsável por infecções de pequenas vesículas) e II (por lesão genital e em áreas circunscritas, e também na mucosa oral), portanto, é responsável por infecções dos genitais, mucosas, reto e boca. Ela possui tratamento, mas não é curável, sendo que o tratamento controla as crises recidivas de erupção vesicular, eritematosa e dolorosa. O contágio acontece quando a lesão está aberta e se manifesta com a baixa resistência do indivíduo. O diagnóstico é feito por meio da observação clínica, e testes que confirmam como anticorpos de HSV (sorologia), teste de anticorpo fluorescente das células da lesão e cultura viral da lesão. Trata-se com Aciclovir 200 mg VO de 4 em 4 horas ou 400 mg VO de 8 em 8 horas, por sete dias.

- **Donovanose**: doença crônica progressiva que afeta a pele e mucosa das regiões inguinais e perianal, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, com período de incubação de um a seis meses. Inicialmente apresenta úlcera bolhosa limitada com coloração vermelho vivo e fácil sangramento, podendo ser uma ou várias lesões e progredir para úlceras vegetantes. O diagnóstico é feito por biópsias que permitem o diagnóstico histológico, quando se encontram os corpúsculos de Donovan. O tratamento é longo e feito com Dixiciclina 100 mg VO de 12 em 12 horas por três semanas ou até a cura.

- **Linfogranuloma venéreo**: causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis* por meio do aparecimento de uma elevação na região inguinal, de três a cinco dias após a contaminação. Esta elevação regride de maneira espontânea, porém após 30 dias reaparece com edema na virilha, que se denomina bulbão, e se não for tratado pode virar uma úlcera com saída de pus. O diagnóstico é eminentemente clínico-epidemiológico, feito por meio de sorologia com imunofluorescência

direta. O tratamento é realizado com Dixicilina 10 mg ou Tetraciclina VO de 12 em 12 horas por sete dias.

Exame físico e ginecológico

O exame físico é realizado após o levantamento do histórico da mulher. Deve-se orientar a mulher quanto aos procedimentos que serão realizados. Peça que esvazie a bexiga e encaminhe-a para vestir o avental adequado, com a abertura para frente. Não podemos nos esquecer nunca de lavar as mãos antes e depois do procedimento, aquecer as mãos se necessário e pedir licença para tocar a paciente.

Primeiramente é feito um exame físico geral, no sentido crânio-podal, verificando seu estado geral, tal como sua postura e mobilidade. É ideal que se faça um exame da tireoide e a palpação do abdome.

Exame das mamas: com a paciente sentada e braços soltos ao longo do corpo, abrir o avental e observar a simetria das mamas, os mamilos (se estão retraídos ou desviados), observando também o aspecto da pele e sua coloração. Esta é a inspeção estática das mamas. Já na fase de inspeção dinâmica, na qual o tronco fica levemente inclinado para frente, devemos palpar a rede de gânglios na região supraclavicular e cervical, buscando algum linfonodo alterado. Em seguida deite-a e realize a palpação da base para o mamilo, depois com a ponta dos dedos e em sentido horário em busca de alguma alteração. Para finalizar realize a expressão do mamilo verificando se há saída de alguma secreção. Se houver saída de secreção de cor castanha, colete e encaminhe para avaliação médica.

Fazer movimentos circulares em todos os quadrantes das mamas, em sentido horário. Se encontrar alguma alteração, deve-se descrever no prontuário da paciente seu formato, consistência e sua localização.

Exemplificando

A dor mamária é uma queixa comum, portanto observe e investigue vários aspectos como condições da pele e região axilar, postura, uso de sutiã apertado, etc.

Lembre-se de que o câncer é indolor.

Exame pélvico: realizado para coleta de material do colo uterino (Papanicolau), visando rastrear e detectar câncer e lesões precursoras. Devemos observar na mulher, já em posição ginecológica, a distribuição e configuração dos pelos, presença de tumorações e úlceras, e a disposição das estruturas próprias do aparelho reprodutor feminino.

Exame especular: tem a finalidade de coletar o material da cérvice e visualizar o colo uterino. Posteriormente ao esfregaço na lâmina, a coleta será encaminhada ao laboratório anatomopatológico. O exame é realizado com espéculo normalmente descartável.

Os **materiais** para coleta são: espátula de Ayre, lâmina de vidro identificada, pinça Cherron, escova de coleta endocervical, gaze, ácido acético 3%, solução de lugol, espéculo de diversos tamanhos, fixador de Hoffman ou álcool 95% e éter. Além destes materiais, é importante que o consultório tenha uma estrutura mínima, com mesa ginecológica, foco de luz, luva de procedimento e máscara descartável.

A **técnica** consiste em: preparar todo o material, segurar o espéculo fechado, abrir os pequenos lábios com os dedos indicador e polegar, solicitando que a paciente faça força para baixo, relaxando assim os músculos perineais. Inserir o espéculo no canal vaginal em um ângulo de 75° e, no meio da inserção, virar as lâminas em posição horizontal, abrindo-as de maneira suave, fazendo pressão para baixo, procurando o colo do útero. Ao localizar, aperte o parafuso a fim de manter o espéculo em posição, em seguida realize a inspeção do colo com relação à coloração, sangramentos, presença de cisto, pólipos ou lacerações. Ao remover o espéculo, observe a mucosa vaginal e verifique se há presença de secreção ou qualquer tipo de anormalidade.

Coleta de material: não realizar se a paciente estiver em período menstrual. Deve-se pegar a lâmina identificada e ter em mãos a espátula de Ayre, a escova e o fixador. Colete o material da ectocérvice com a espátula de Ayre, rodando no sentido horário. Já o material da endocérvice deve ser coletado com a escova de coleta endocervical em sentido anti-horário, em seguida espalhando na lâmina em camada fina e uniforme. Antes que seque, aplique o fixador ou álcool 95% e éter.

Após coleta, realizar a limpeza do colo com ácido acético 3%, em seguida aplicar lugol para realizar o **teste de Schiller**, a fim de delimitar a área com alteração. Nele, o iodo reage com o glicogênio que existe no colo e apresenta uma cor castanho-avermelhada, porém as áreas cancerosas não se coram, por serem pobres em glicogênio, ficando

assim esbranquiçadas. Mas é preciso atentar à presença de infecções ou traumatismos, que podem apresentar um falso positivo.

Portanto, se o colo ficar corado, o teste é negativo para células atípicas, e se não corar, o Schiller é positivo, o que deve ser visualizado pelo colposcópio (aparelho que aumenta as células e permite classificar lesões atípicas, junto com o resultado do Papanicolau, indicando a necessidade ou não de biópsia).

Sem medo de errar

Vamos então relembrar a situação a ser resolvida, quando o primeiro dia de estágio se inicia e a professora Glória já dividiu a turma em grupos e, como já possuem alguma prática, pediu que os alunos assumissem alguns pacientes.

Entre estas encontra-se Dona Joana, uma senhora de meia idade que está internada por uma hipótese diagnóstica de câncer de mama. Ao se depararem com este caso, perguntaram: como é feito o rastreamento para que se chegue a esta hipótese diagnóstica?

Existem alguns fatores não modificáveis, isto é, que não são possíveis de ser alterados, porém eles indicam grande risco para o desenvolvimento do câncer de mama. São eles:

- Sexo feminino, pois pode ocorrer somente em 1% dos homens.

- Histórico familiar em algum parente de primeiro grau, com idade inferior a 50 anos.

- Histórico familiar em algum parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou de ovário, em qualquer idade.

- Histórico familiar de câncer de mama masculino.

- Raça branca.

- Menarca precoce.

- Exposição à radiação.

- Envelhecimento, isto é, acima de 50 anos, quando a incidência é maior.

Conhecer estes fatores permite ao enfermeiro atuar estimulando as mulheres com relação ao autocuidado e realizando a promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas, de maneira geral.

Já os fatores modificáveis são: tabagismo, reposição hormonal há mais de cinco anos, não amamentar, obesidade, sedentarismo e nuliparidade ou gravidez após 30 anos, devido à grande exposição ao estrógeno.

É preciso avaliar bem a paciente e ver em quais fatores ela se encaixa.

Além destes fatores, é importante também que a mulher realize o autoexame das mamas e outros exames complementares, quando necessário.

Avançando na prática

Exame das mamas

Descrição da situação-problema

Após a análise do rastreamento do câncer de mama, a professora pediu para que os alunos realizassem o exame das mamas da paciente Dona Joana. Mas como isso deve ser feito?

Resolução da situação-problema

Exame das mamas: com a paciente sentada e braços soltos ao longo do corpo, abrir o avental e observar a simetria das mamas, os mamilos (se estão retraídos ou desviados), observando também o aspecto da pele e sua coloração. Esta é a inspeção estática das mamas. Já na fase de inspeção dinâmica, em que o tronco fica levemente inclinado para frente, devemos palpar a rede de gânglios na região supraclavicular e cervical, buscando algum linfonodo alterado. Em seguida, deite-a e realize a palpação da base para o mamilo, depois com a ponta dos dedos e em sentido horário em busca de alguma alteração. Para finalizar realize a expressão do mamilo verificando se há saída de alguma secreção.

Fazer movimentos circulares em todos os quadrantes das mamas, em sentido horário. Se encontrar alguma alteração, deve-se descrever no prontuário da paciente seu formato, consistência e sua localização.

Faça valer a pena

1. É a segunda maior causa de morte entre mulheres do Brasil e do mundo, e apenas 10% dos casos são por fatores genéticos. No Brasil, a maioria dos casos se diagnostica em fase avançada, levando assim a tratamentos agressivos e à necessidade de tratamentos coadjuvantes de alto custo e por tempo prolongado. Este é um órgão símbolo da feminilidade, e isso leva a mulher ao sofrimento, influenciando assim em suas relações.
O texto-base se refere a qual doença? Assinale a alternativa correta:

a) Câncer de colo uterino.
b) Câncer de mama.
c) Câncer de útero.
d) Sífilis.
e) Papiloma Vírus Humano (HPV).

2. A respeito do Papiloma Vírus Humano (HPV), analise as afirmativas:
I. É conhecido por formar verrugas vaginais e possui relação com o câncer de colo uterino, vírus do tipo DNA.
II. Possui inúmeros subtipos, mas somente cinco infectam o trato geniturinário.
III. É transmitida pelo ato sexual, oral e por contaminação no parto.
Após a análise do texto-base, assinale a alternativa correta:

a) I e II estão corretas.
b) II e III estão corretas.
c) I e III estão corretas.
d) Somente a I está correta.
e) Somente a III está correta.

3. Com relação ao cancro mole:

I. Trata-se de uma patologia causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, com incubação de um a dois dias, surgindo uma úlcera dolorosa que sangra com facilidade e de aspecto mole e que após alguns dias secreta pus com presença de gânglios na virilha.
PORTANTO:
II. Espalha-se com facilidade se não tratada e é mais comum em homens.
Leia as asserções do texto-base com relação ao cancro mole e assinale a alternativa se:

a) I e II são verdadeiras e se complementam.
b) I e II são verdadeiras e não se complementam.

c) A I é verdadeira e a II é falsa.
d) A I é falsa e a II é verdadeira.
e) I e II são falsas e não se complementam.

Seção 1.2

Patologias ginecológicas e violência

Diálogo aberto

Caro aluno! Agora que você já iniciou sua jornada no universo da saúde da mulher, nós vamos continuar relembrando o contexto de aprendizagem apresentado no início desta unidade, em que aborda o início do estágio na área de saúde da mulher de uma turma de estagiários da Universidade Saber, com a experiente docente Glória que tem paixão por sua profissão e tem muito a ensinar aos seus alunos.

Após os alunos terem aprendido sobre Políticas Públicas e rastreamento de alguns agravos ginecológicos que acometem a saúde da mulher, já estão preparados para mais um novo desafio. Desta vez, os alunos da professora Glória se depararam com a paciente Maria e foram então conhecer e saber o seu histórico. Ao se depararem com seu prontuário souberam por meio das anotações existentes de que ela é uma vítima de violência e que encontra-se internada nesta instituição. Por ser um assunto muito delicado, conversaram com Glória a respeito, e a professora então questionou: como deve ser feito o acolhimento e a orientação à mulher vítima de violência? Vamos então acompanhar os alunos nesta difícil missão!

Não pode faltar

Doenças relacionadas à saúde da mulher

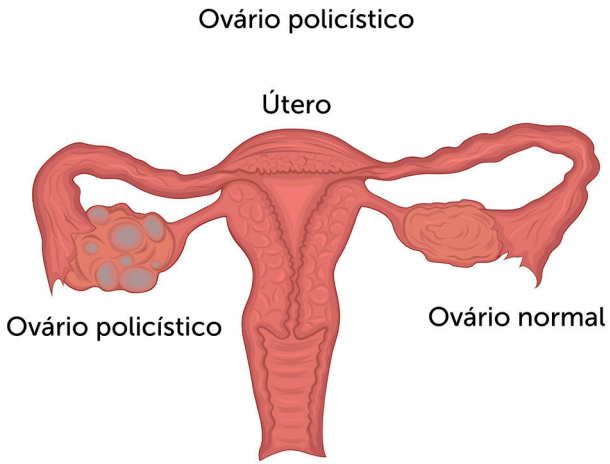
Corrimento vaginal: é um dos mais comuns, apesar de se tratar mais de um sintoma do que de uma doença em si. Ele se torna preocupante quando possui alteração no volume, na cor e no cheiro. Pode ser **causado** pelo desequilíbrio da flora vaginal e por condições como: hábitos de higiene desfavorável, relação sexual sem preservativo, alergia a uso de perfumes ou sabão, existência de algum agente infeccioso, alteração dermatológica, condição que altera o pH vaginal como diabetes, atrofia vaginal e infecção pélvica. Os **sintomas** são coceira, ardor, dor pélvica ao urinar e dispaurenia. O **tratamento** dependerá do tipo de infecção, porém são tratadas

geralmente com medicamentos de aplicação local, podendo ser complementada com uso de medicamento oral. Em alguns casos o parceiro deve ser examinado e tratado quando necessário.

Infecção do trato urinário (ITU): trata-se de um quadro infeccioso que ocorre em qualquer parte do sistema urinário, por isso seu **tipo** é definido de acordo com o local da infecção, por exemplo: cistite (bexiga), uretrite (uretra), pielonefrite (rins). Sua **causa** varia de acordo com o local, porém existem alguns fatores de risco, como vida sexual ativa, uso de certos contraceptivos, pessoas que possuem a uretra menor podem ter mais infecção urinária, menopausa devido à baixa de estrógeno (deixando o trato urinário mais vulnerável às bactérias), bloqueio no trato urinário como cálculos renais, sistema imunológico suprimido e uso de cateter vesical para urinar. Os sintomas mais comuns são ardência ao urinar, vontade de urinar a todo o instante, urina escura ou acompanhada de sangue, odor intenso, dor pélvica e no reto, aumento da frequência e incontinência. O **diagnóstico** é feito por exames de urina, cultura e exames de imagem. O tratamento varia, mas em geral é com antibióticos, podendo utilizar analgésicos para aliviar a dor e a ardência para urinar.

Síndrome do ovário policístico (SOP): trata-se de um distúrbio endócrino que altera os níveis hormonais, ocorrendo a formação de cistos nos ovários, aumentando-os de tamanho. **Caracteriza**-se pela menstruação irregular, com alta produção de testosterona, porém sua causa não é totalmente conhecida, podendo ser de origem genética ou causada pela resistência da ação da insulina no organismo. O principal sinal é a ausência ou deficiência da ovulação. Já os **sintomas** são: acne, obesidade, aumento de pelos e atraso menstrual. Para o **diagnóstico** são necessários: exame clínico, ultrassom e exames laboratoriais. O tratamento depende dos sintomas apresentados pela mulher, mas os principais são: anticoncepcional oral, cirurgia, antidiabetogênicos orais, dieta e atividade física e indução à ovulação.

Figura 1.1 | Ovário policístico



Fonte: <https://www.istockphoto.com/br/vetor/ilustra%C3%A7%C3%A3o-de-s%C3%ADndrome-dos-ov%C3%A1rios-polic%C3%ADstico-gm840927362-137077869>. Acesso em: 21 dez. 2017.

Endometriose: se caracteriza pela presença do endométrio fora da cavidade uterina, isto é, em outros órgãos como trompas, ovários, bexiga e intestino. Os principais **sintomas** são dor e/ou infertilidade, entre outros: cólicas menstruais intensas, dor pré-menstrual, dispaurenia, fadiga e exaustão, sangramento intenso e irregular, alteração urinária e intestinal durante a menstruação e dificuldade para engravidar, até mesmo infertilidade. O **diagnóstico** é feito por exame clínico, ginecológico, exames de imagem (ultrassom, ressonância, laparoscopia) e dosagem de marcadores, assim como outros exames laboratoriais. O tratamento pode ser medicamentoso e cirúrgico, de acordo com a especificidade. O medicamentoso é para reduzir o estímulo do estrógeno, o qual é produzido pelos ovários. Os mais utilizados são: análogos de GnRH, pílulas, dispositivo intrauterino com hormônio (levonorgestrel) e inibidores de aromatase.

Mioma uterino: trata-se de um tumor benigno que aparece durante a idade fértil. O mioma se desenvolve a partir do tecido muscular liso do útero (miométrio), e então uma única célula se divide repetida e desenfreadamente, até criar uma massa distinta dos tecidos próximos. Alguns crescem rapidamente, outros mantêm-se do mesmo tamanho ou até mesmo regridem, podendo até desaparecer, principalmente após o parto. Eles podem ser de vários **tipos**, entre eles: subserosos

(porção externa do útero), pediculados (ligados à superfície uterina), intramurais (interior da parede uterina), submucosos (parte mais profunda do útero) e intracavitários (totalmente dentro da cavidade uterina). As causas podem ser mudanças genéticas e fatores hormonais, tendo como fatores de risco a hereditariedade, a raça (negro é mais propício) e outros fatores. De maneira geral, os **sintomas** mais comuns são: fluxo menstrual intenso e prolongado, sangramento atípico, pressão ou dor pélvica, micção frequente, prisão de ventre, dispaurenia e dificuldade de esvaziamento da bexiga. O **diagnóstico** é feito inicialmente por ultrassom e hemograma completo. Se necessário podem ser solicitados exames como ressonância magnética, histeroscopia ou histerossalpingografia. O tratamento varia de acordo com cada caso e sintoma, mas pode ser cirúrgico ou medicamentoso. O tratamento medicamentoso possui o objetivo de diminuir os sintomas causados como cólicas menstruais de forte intensidade e aumento do fluxo menstrual. Os medicamentos utilizados são não hormonais (anti-inflamatórios e antifibrinolíticos) ou hormonais (pílulas anticoncepcionais). O tratamento deve ser individualizado para cada paciente, pois é preciso avaliar os riscos, benefícios, indicações e contraindicações de cada medicamento a ser utilizado.

Infecções sexualmente transmissíveis

Mais conhecidas como DSTs, isto é, doenças sexualmente transmissíveis, são chamadas assim pois podem ser adquiridas por meio do contato sexual por via vaginal, anal ou oral, tendo como principal causa a ausência do uso do preservativo durante a relação sexual.

Infecções caracterizadas por úlceras genitais

Herpes simples genital e sífilis: conforme já explicado na seção anterior.

Doença inflamatória pélvica (DIP): trata-se de uma infecção nos órgãos reprodutores femininos causada por bactérias em relação sexual desprotegida (quando um dos parceiros está contaminado), principalmente quem possui múltiplos parceiros. É uma doença sexualmente transmissível (DST), que tem como principais **sintomas** dor ou ardência ao urinar, febre baixa, corrimento com odor forte e característico, além da coloração que varia de amarela à purulenta.

Exemplificando

Se não tratada pode se disseminar para o trato genital superior acompanhada de sangramento e dor abdominal, podendo atingir o útero e as tubas uterinas, causando a infertilidade. Nas trompas, pode causar obstrução e abcesso e, quando afeta a vulva, pode atingir a glândula de Bartholin, causando a bartholinite.

O **diagnóstico** é clínico, sendo eficiente a coleta por meio do "*swab*", que nada mais é do que uma haste com um pedaço de algodão na ponta. Este material é coletado e transposto em um campo de cultura por 72 horas, sendo indicada pelo especialista a quantidade de bactérias por metro quadrado, determinando assim o grau de contaminação. O **tratamento** nada mais é do que medidas de higiene, uso de preservativo e uso de antibiótico adequado, indicado pelo médico.

Infecções sexualmente transmissíveis imunopreveníveis

Papiloma vírus humano (HPV): conforme já explicado na seção anterior já citado.

Hepatite A e B: trata-se de uma infecção aguda sistêmica que pode ser transmitida por via sexual. O vírus da hepatite A é transmitido por via oral e/ou anal, já o vírus da hepatite B é transmitido pela saliva, soro sanguíneo, sêmen, sangue menstrual e secreção vaginal (relação sexual com parceiro infectado). Estes vírus podem ser prevenidos por meio da vacinação, pois não existe tratamento específico.

Vírus da imunodeficiência humana (HIV): trata-se do vírus causador da AIDS, que ataca o sistema imunológico, porém ter o HIV não significa ter AIDS. Existem muitos soropositivos que vivem anos com a ausência dos sintomas e sem desenvolver a doença. Mesmo assim podem transmitir o vírus por meio de relações sexuais de maneira desprotegida, de compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante o período de gestação e amamentação, quando não são tomadas as devidas precauções. Por isso é de grande importância fazer o teste e se proteger em qualquer situação. Observe o quadro a seguir, a respeito da forma de transmissão do vírus.

Quadro 1.1 | Transmissão pelo vírus HIV

Transmite	Não transmite
Sexo vaginal sem preservativo	Sexo com uso correto de preservativo
Sexo anal sem preservativo	Beijo no rosto ou boca
Sexo oral sem preservativo	Suor ou lágrima
Compartilhar seringa	Picada de inseto
Transfusão de sangue contaminado	Aperto de mão ou abraço
De mãe infectada para filho na gravidez	Sabonete, toalha ou lençol compartilhado
De mãe infectada para filho no parto	Talheres e copos compartilhados
De mãe infectada para filho na amamentação	Assento de ônibus
Perfuro cortantes não esterilizados	Piscina ou banheiro
	Doação de sangue
	Pelo ar

Fonte: elaborado pelo autor.

O diagnóstico pode ser feito com cautela, sabendo reconhecer a diferença de janela imunológica, isto é, tempo entre a exposição ao vírus até que a detecção por marcadores virais ou antivirais se tornem detectáveis (geralmente 30 dias) e soroconversão, isto é, período que denota no processo de desenvolvimento de anticorpos contra um patógeno específico). O mais utilizado é o laboratorial.

Já o tratamento é feito por antirretrovirais a fim de prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do indivíduo, reduzindo a carga viral e reconstituindo o sistema imunológico. As diretrizes do tratamento para HIV/AIDS, são constantemente revisadas e encontram-se revisadas, encontra-se disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2017.

Assimile

O vírus HIV trata-se de um retrovírus que se classifica na subfamília dos *Lentiviridae*. Esse tipo de vírus compartilha certas propriedades como: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

A violência contra a mulher

A sociedade define, baseado nas diferenças sexuais, isto é, em sexo e em gênero, o que é masculino e feminino, porém a sociedade fundamenta a inferioridade da mulher em relação ao homem, mostrando uma fragilidade atribuída à mulher e à virilidade ao homem. Esta relação de diferença vem desde a infância, com os tipos de brincadeiras que as meninas e os meninos fazem.

As diferenças existem, porém uma das maiores desigualdades de gênero é a violência contra a mulher. O número de mulheres que sofrem violência é muito grande, e essa violência, em sua maioria, parte do seu próprio companheiro. Por isso é necessária o que haja uma reflexão e um plano de mudança que englobe toda a sociedade.

No ponto de vista do gênero, a violência possui o objetivo de manter a mulher no poder e no controle do homem, podendo ocorrer de diferentes formas. Uma das características do ciclo de violência é o aumento progressivo da intensidade dos atos, muitas vezes acabando em femicídio, isto é, assassinato de mulheres devido à violência.

Muitos fatores dificultam o rompimento do ciclo da violência, entre eles o histórico familiar, a baixa autoestima da mulher, a situação emocional com esperança de mudança de atitude do parceiro, a situação econômica, o medo da represália e a carência de recursos sociais que possam proteger a mulher da violência.

Os tipos de violência contra a mulher são: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Reflita

A lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006 foi criada com a finalidade de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, também chamada de "Lei Maria da Penha". Maria da Penha Maia Fernandes sofreu agressões durante todo o período em que foi casada, tendo seu marido tentado matá-la duas vezes. Na primeira vez, ela foi baleada e ficou paraplégica, e na segunda, ele tentou eletrocutá-la juntamente com três filhas pequenas. Apresentou sua denúncia ao Ministério Público estadual, e, oito anos depois, seu companheiro foi condenado a oito anos de prisão, mas cumpriu apenas dois anos. Saiba mais em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 8 set. 2017.

Acolhimento da equipe de enfermagem: quando identificada a violência, o primeiro passo é estabelecer uma relação de confiança com a vítima, sem expô-la, realizando atendimento em local reservado e informando-a a respeito do sigilo. Depois disso devemos ouvi-la sem julgamento, a fim de identificar o tipo de violência sofrida, informando sempre de recursos existentes e redes de atendimento e também apontando as consequências de se viver este tipo de situação. O profissional pode criar estratégias, junto com a vítima, para o rompimento deste ciclo de violência, encorajando-a à independência e à retomada do poder sobre a situação.

Orientação: instruir a vítima a guardar números de telefone de socorro, separar peças de roupas necessárias assim como cópias de documentos importantes a fim de facilitar sua fuga, em caso de violência iminente. Oriente também a anotar datas, locais e horas das agressões para realização de um Boletim de Ocorrência (BO) e posterior encaminhamento jurídico.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito deste e outros assuntos relacionados aos cuidados com a saúde da mulher, consulte o material do Ministério da Saúde do ano de 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

Sem medo de errar

Vamos relembrar a nossa situação a ser resolvida, na qual, após os alunos terem aprendido sobre Políticas Públicas e rastreamento de alguns agravos ginecológicos que acometem a saúde da mulher, já estão preparados para mais um novo desafio. Desta vez o grupo de alunos da professora Glória se deparou com a paciente Maria, a quem foram então conhecer e saber qual o seu histórico. Ao analisarem seu prontuário, souberam por meio das anotações existentes que ela é uma vítima de violência e que encontra-se internada nesta instituição. Por ser um assunto muito delicado, conversaram com Glória a respeito, e a professora então questionou: como deve ser feito o acolhimento e a orientação à mulher vítima de violência?

Acolhimento da equipe de enfermagem: quando identificada a violência, o primeiro passo é estabelecer uma relação de confiança com a vítima, sem expô-la, realizando atendimento em local reservado e informando-a a respeito do sigilo. Depois disso devemos ouvi-la sem julgamento, a fim de identificar o tipo de violência sofrida, informando-a sempre de recursos existentes e redes de atendimento e também apontando as consequências de se viver este tipo de situação. O profissional pode criar passos, junto com a vítima, para o rompimento deste ciclo de violência, encorajando-a à independência e à retomada do poder sobre a situação.

Orientação: instruir a vítima a guardar números de telefone de socorro, a separar peças de roupas necessárias, assim como cópias de documentos importantes, a fim de facilitar sua fuga, em caso de violência iminente. Oriente-a também a anotar datas, locais e horas das agressões para realização de um Boletim de Ocorrência (BO) e posterior encaminhamento jurídico.

Avançando na prática

Diagnóstico e tratamento de endometriose

Descrição da situação-problema

Desta vez, os alunos da professora Glória se depararam com uma paciente chamada Luciana, admitida na unidade hospitalar de cuidados à mulher com dor e/ou infertilidade, entre outros: cólicas menstruais intensas, dor pré-menstrual, dispaurenia, fadiga e exaustão, sangramento intenso e irregular, alteração urinária e intestinal durante a menstruação e dificuldade para engravidar. Diante deste caso, a professora Glória os questionou: qual o provável diagnóstico de Luciana? Como é feito o diagnóstico e qual o tratamento?

Resolução da situação-problema

De acordo com os sinais e sintomas, a aluna sugeriu que poderia ser endometriose.

Endometriose é caracterizada pela presença do endométrio fora da cavidade uterina, isto é, em outros órgãos como trompas, ovários, bexiga e intestino. Os principais sintomas são dor e/ou infertilidade,

entre outros: cólicas menstruais intensas, dor pré-menstrual, dispaurenia, fadiga e exaustão, sangramento intenso e irregular, alteração urinária e intestinal durante a menstruação e dificuldade para engravidar, até mesmo infertilidade. O diagnóstico é por exame clínico, ginecológico, exames de imagem (ultrassom, ressonância, laparoscopia) e dosagem de marcadores, assim como outros exames laboratoriais. O tratamento pode ser medicamentoso e cirúrgico, de acordo com a especificidade. O medicamentoso é para reduzir o estímulo do estrógeno, o qual é produzido pelos ovários. Os mais utilizados são: análogos de GnRH, pílulas, DIU com hormônio (levonorgestrel) e inibidores de aromatase.

Faça valer a pena

1. É um dos mais comuns, apesar de tratar-se mais de um sintoma do que de uma doença em si. Ele se torna preocupante quando possui alteração no volume, na cor e no cheiro. Pode ser causado pelo desequilíbrio da flora vaginal e por condições como: hábitos de higiene desfavorável, relação sexual sem preservativo, alergia a uso de perfumes ou sabão, existência de alguma agente infeccioso, alteração dermatológica, condição que altera o pH vaginal como diabetes, atrofia vaginal e infecção pélvica.
De qual anormalidade o texto base se refere? Assinale a alternativa correta:

a) Hepatite A.
b) Candidíase.
c) Corrimento vaginal.
d) Infecção do trato urinário (ITU).
e) Doença inflamatória pélvica (DIP).

2. Com relação à síndrome do ovário policístico (SOP), trata-se de:
I. Distúrbio endócrino que altera os níveis hormonais, ocorrendo a formação de cistos nos ovários, aumentando-os de tamanho.
II. Caracteriza-se pela menstruação irregular, com alta produção de testosterona, porém sua causa não é totalmente conhecida, podendo ser de origem genética ou causada pela resistência da ação da insulina no organismo.
III. O principal sinal é a ausência ou deficiência da ovulação; já os sintomas são: acne, obesidade, aumento de pelos e atraso menstrual.
Leia as afirmativas do texto-base e assinale a alternativa correta:

a) Se I e II estiverem corretas.
b) Se II e III estiverem corretas.
c) Se I e III estiverem corretas.
d) Se I, II e III estiverem corretas.
e) Se apenas a III estiver correta.

3. Analise as asserções a seguir:
1. O vírus da imunodeficiência humana (HIV) trata-se do vírus causador da AIDS, que ataca o sistema imunológico, porém ter o HIV não significa ter AIDS. Existem muitos soropositivos que vivem anos com a ausência dos sintomas e sem desenvolver a doença.
PORÉM,
2. Apesar disso, podem transmitir o vírus a outras pessoas por meio de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as

devidas precauções.
Com base nas duas asserções apresentadas, assinale a resposta correta.

a) As duas afirmativas são corretas, e uma justifica a outra.
b) As duas afirmativas são corretas, e uma não justifica a outra.
c) As duas afirmativas são falsas, e uma não justifica a outra.
d) A 1 é verdadeira e a 2 é falsa, e uma não justifica a outra.
e) A 1 é falsa e a 2 é verdadeira, e uma não justifica a outra.

Seção 1.3

Cuidados em saúde

Diálogo aberto

Prezado aluno! Bem-vindo a mais uma seção de estudos, a última desta Unidade 1. Vamos então relembrar o contexto de aprendizagem apresentado, que aborda o início do estágio na área de saúde da mulher de uma turma de estagiários da Universidade Saber, com a experiente docente Glória, que tem paixão por sua profissão e tem muito a ensinar aos seus alunos.

Após os alunos terem aprendido a respeito da violência da mulher e como abordar estas pacientes, os alunos fizeram uma pausa com a professora e colocaram, então, seus sentimentos a respeito destes dias intensos de aprendizagem. Ao realizarem uma análise do cenário onde atuam, questionaram-se a respeito da diversidade de patologias e pacientes, além das diversas idades e períodos da vida em que se encontram. A partir daí surgiu mais um questionamento: todas as fases da vida possuem seus cuidados específicos, mas a humanização de cuidados está presente em todas as fases, portanto, como deve ser a humanização dos cuidados à mulher, em todas as fases da vida? Vamos a mais este desafio!

Não pode faltar

Cuidados na adolescência

A adolescência é uma fase muito peculiar da vida, por isso exige certos investimentos sociais e alguns cuidados peculiares. São considerados direitos sociais a saúde dos adolescentes e seu adequado desenvolvimento vital, tendo em vista que sua população possui uma considerável porcentagem diante do cenário mundial.

Os adolescentes são muito vulneráveis por passarem por uma fase de consideráveis mudanças físicas, psicoemocionais e socioculturais, principalmente os que possuem menos acesso a bens sociais, exigindo cuidados e ações mais amplas, tanto na saúde quanto em

outras áreas. Por isso não podem ser tratados de maneira padronizada e desconsiderar sua pluralidade.

O crescimento varia e depende de vários fatores, por exemplo, a ação hormonal e o seu padrão genético, assim como outros fatores relacionados a alimentação, sono, condições clínicas, entre outras. Ocorre também o ganho de peso, que acompanha as modificações na estatura, e o aumento no tamanho dos órgãos.

É importante acompanhar também a pressão arterial, pois ela vai se configurar no padrão adulto. Nesta fase também ocorre o surgimento dos caracteres sexuais secundários, como descrito a seguir:

- Mulher: aparecimento do broto mamário, que se desenvolve até formar a mama adulta; menarca (primeira menstruação) e surgimentos dos pelos pubianos.

- Homem: aumento dos testículos e escroto, acompanhado do aparecimento dos pelos pubianos, aumento do pênis, aparecimento dos pelos axilares e pigmentação do escroto. Pode ocorrer também a ginecomastia (aumento do tecido mamário masculino), mas que normalmente é fisiológica.

Qualquer tipo de modificação ou atraso neste padrão de desenvolvimento deve ser identificado pelo enfermeiro e encaminhado para uma avaliação e acompanhamento médico. A capacidade reprodutiva de ambos os sexos é adquirida por meio do estímulo hormonal, ocorrendo um aumento da secreção de hormônios esteroides (testosterona e estrógeno), aumentando a produção de hormônio folículo-estimulante (FSH) na mulher e de hormônio luteinizante (LH) no homem e na mulher.

- Mulher: o estrógeno causa aumento na secreção de hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), o qual estimula o crescimento folicular, a ovulação, a formação do corpo lúteo, a menstruação e a produção de hormônios sexuais, tais como estrógeno e progesterona.

- Homem: o estímulo do LH gera produção de testosterona, e o FSH estimula a formação dos espermatozoides.

Na mulher, as características, mudanças do período menstrual e intervalos devem ser avaliados, assim como o volume e a duração, e qualquer mudança deve ser investigada e tratada. Outras alterações que ocorrem estão relacionadas à alteração do timbre de voz e ao aparecimento de acne.

A avaliação física também é importante a fim de acompanhar e detectar sinais de doenças crônicas e possíveis infecções. O exame ginecológico é importante principalmente para aqueles que possuem vida sexual ativa, atentando às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Já no sexo masculino deve-se estar atento à varicocele (dilatação das veias do cordão que sustenta os testículos), hidrocele (acúmulo de fluido seroso no envoltório dos testículos) e fimose (estreitamento do orifício do prepúcio), assim como também às DSTs.

Devido à complexidade dos cuidados e questões que envolvem a saúde do adolescente, o enfermeiro não pode se restringir aos cuidados individuais clínico-educativos, mas fazer uso de medidas de promoção da saúde que englobem diversas atitudes e práticas de equipe multiprofissional, até mesmo da família. Em resumo, estas ações devem englobar quatro eixos de cuidados:

- Vigilância e promoção à saúde da criança e do adolescente, considerando a relação entre as duas fases.

- No campo da sexualidade, o desenvolvimento de ações psicoemocionais e educativas de maneira individual e coletiva, incluindo a família e a escola.

- Promover a capacidade criativa do adolescente.

- Apoios de caráter individual como psicoemocionais, relacionais e físicos.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito de gravidez na adolescência, leia o artigo no link: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a04v36n1s2.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

Métodos contraceptivos

Contracepção trata-se do ato de evitar a gravidez. Os métodos desse controle incluem medicamentos, procedimentos, dispositivos e comportamentos. Alguns métodos, como os preservativos, são facilmente encontrados em drogarias. Já outros métodos, como pílulas, exigem prescrição médica e requerem uma consulta médica. Vejamos então quais são eles.

- MÉTODO OGINO-KNAUS (ritmo, calendário ou tabelinha): este método se baseia no fato de que a duração da segunda fase do ciclo

menstrual (pós-ovulatório) é relativamente constante, quando a ovulação ocorre entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante 6 (seis) a 12 (doze) meses. A mulher que quiser usar este método deve ser orientada para registrar, durante pelo menos 6 meses, o primeiro dia de cada menstruação.

- MUCO CERVICAL: Em fase ovulatória, o muco que inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai se tornando cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo. Este é o período favorável para a penetração dos espermatozoides no canal cervical. Havendo fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, o casal deve abster-se de relações sexuais, quando não deseja a gravidez. O último dia de sensação vulvar de umidade lubrificante chama-se Ápice. O dia Ápice, no entanto, só pode ser reconhecido posteriormente, pois, somente quando o muco desaparece ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de secura, é que se identifica que o dia anterior foi o dia Ápice. O dia Ápice indica que a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer até aproximadamente 48 horas. Nessa fase, o casal deve abster-se de todo contato genital para evitar a gravidez.

- MÉTODO SINTO-TÉRMICO: este método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade. Ele combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco-cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação. A mulher que deseja fazer uso deste método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos comportamentais.

- MÉTODO DO COLAR: trata-se de uma simplificação do método de Ogino-Knaus, que facilita e encurta o tempo requerido para ensinar/aprender a utilizar a abstinência periódica e proporciona um mecanismo para que o casal identifique com facilidade o período fértil do ciclo menstrual.

Também requer a análise do padrão menstrual da mulher nos últimos seis meses, mas apenas para verificar se os ciclos não foram mais curtos que 27 dias nem mais longos que 31 dias. As mulheres com ciclos mais curtos ou mais longos que 27 e 31 dias, respectivamente, não podem utilizar este método.

- OUTROS MÉTODOS COMPORTAMENTAIS: a relação sexual sem penetração e a interrompida antes da ejaculação (coito interrompido). São práticas muito usadas, embora não sejam recomendadas como único método anticoncepcional. Podem ser especialmente úteis em situações de emergência, nas quais, por alguma razão, não se dispõe de outro método contraceptivo e não é possível evitar a relação sexual. Em especial, com relação ao coito interrompido, destacamos que é necessário um autocontrole por parte do homem para que ele possa retirar o pênis da vagina na iminência da ejaculação e o sêmen ser depositado longe dos genitais femininos. Esse fato traz alta possibilidade de falha, fazendo com que o seu uso não deva ser estimulado, devendo, portanto, ser tratado como último recurso, que deverá ser prontamente substituído por outro método contraceptivo mais eficaz. Ao contrário, a relação sexual sem penetração é altamente eficaz tanto para a prevenção de gravidez, como também das DST/AIDS.

- PRESERVATIVO MASCULINO: um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo assim o contato com a vagina, impedindo que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa. É um método que, além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.

- PRESERVATIVO FEMININO: é um tubo de poliuretano com uma extremidade fechada e a outra aberta, acoplado a dois anéis flexíveis também de poliuretano. O primeiro, que fica solto dentro do tubo, serve para ajudar na inserção e na fixação de preservativo no interior da vagina. O segundo anel constitui o reforço externo do preservativo que, quando corretamente colocado, cobre parte da vulva. O produto já vem lubrificado e deve ser usado uma única vez. Forma uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de receptáculo ao esperma, impedindo seu contato com a vagina, assim como impede que os microrganismos da vagina entrem em contato com o pênis ou vice-versa.

- GELEIA ESPERMATICIDA: são substâncias químicas que recobrem a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozoides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizando ou destruindo-os.

- DIAFRAGMA: por ser considerado um método de barreira, ele se assemelha à camisinha masculina e feminina, exceto pelo fato de que não previne infecções sexualmente transmissíveis (IST). Trata-se de

uma opção para quem não se adaptou ou não gostou de métodos hormonais. Se a mulher optar por usar este método, a consulta com o profissional é essencial, pois as mulheres são diferentes, e existem diversos tamanhos de diafragma. Este método também pode ser usado combinado com outro.

- PÍLULA: de maneira geral ela deve ser tomada por 21 dias sem interrupções e sempre no mesmo horário. Depois que os comprimidos acabam, faz-se uma pausa de sete dias e começa uma nova cartela da mesma maneira. Este tipo de pílula, geralmente, contém dois hormônios produzidos pelos ovários: o estrogênio e a progesterona.

- MEDICAÇÃO INJETÁVEL: funciona quase da mesma forma que a pílula, mas é aplicada de forma mensal, que pode ser usada desde a primeira menstruação, ou trimestral, recomendada a partir dos 16 anos. Deve ser aplicada por um profissional de saúde.

- MINIPÍLULA: possui apenas um tipo de hormônio: a progesterona. Por possuir uma quantidade pequena desses hormônios, o uso contínuo sempre no mesmo horário, todos os dias, se faz ainda mais essencial. Há restrição no uso para meninas menores de 16 anos, e é mais indicada durante a amamentação, iniciando o seu uso na 6ª semana após o parto.

- ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA, OU "PÍLULA DO DIA SEGUINTE": como é conhecida popularmente, não deve ser usada como método regular, somente em casos como: falha do preservativo, falha em relação ao uso de algum outro método, ocorrência de relações sexuais sem uso de método anticoncepcional, e por vítimas de violência sexual. A eficácia maior se dá em até 72 horas, mas ela pode ser utilizada até cinco dias depois da relação desprotegida. Ela só tem efeito se a fecundação ainda não tiver ocorrido.

- DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): o DIU de cobre é considerado um método eficaz e de longa duração, visto que previne a gravidez por até 10 anos depois de inserido na mulher. Também é reversível, pois assim que a mulher retirar o dispositivo, já está apta a engravidar novamente. Pode ser usado por quase todas as mulheres, desde adolescentes que ainda não possuem filhos até mulheres mais velhas, com poucas restrições, entre elas as malformações uterinas ou miomas intracavitários.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito de métodos anticoncepcionais, pesquise em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Leia também: <http://books.scielo.org/id/7z56d/pdf/moreira-9788523211578-12.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

Cuidados no climatério

O termo climatério significa fase crítica da vida, usado muitas vezes como sinônimo da menopausa (cessação da menstruarão por mais de doze meses, isto é, a perda da função folicular dos ovários), o que ocorre geralmente entre 48 e 52 anos. O climatério está dividido em estágios:

- Transição menopausal: dos 37 aos 46 anos.
- Perimenopausa: dos 46 aos 50 anos.
- Pós-menopausa: dos 51 aos 65 anos.
- Terceira idade: após os 65 anos de idade.

Diante deste conceito de climatério, podemos afirmar que são muitos os fenômenos e transformações vividos pela mulher, que se sente, a partir dessa fase, infértil e deixando de ser jovem, experimentando uma sensação de envelhecimento. Portanto, trata-se de uma fase crítica na vida da mulher, também chamada de meia idade feminina, que traz inúmeras mudanças físicas, emocionais e sociais.

Os sinais e sintomas são de curto e longo prazo. No curto prazo inicialmente são: irregularidade menstrual, sintomas vasomotores, por exemplo, fogachos (ondas de calor), manifestações atróficas do sistema geniturinário, como dispaurenia, alterações de pele e psíquicas. Já as manifestações tardias são a osteoporose e as doenças de origem cardiovasculares.

Exemplificando

A preocupação com a melhora na qualidade de vida da mulher nesta fase tem feito com que países de todo o mundo, elaborem programas que atendam às suas necessidades, por envolver vários aspectos e merecer uma atenção por parte do governo, porém no âmbito da saúde pública percebe-se que os profissionais de saúde não estão preparados para este tipo de atendimento, devido à falta de conhecimento e envolvimento neste assunto.

A orientação dos profissionais da saúde é primordial no climatério a fim de que as pacientes tenham uma perspectiva de melhor qualidade de vida, sendo analisado cada caso de maneira individual, avaliando os sinais e sintomas, considerando sua totalidade e complexidade. A assistência a ser implantada deve ser a interdisciplinar, priorizando o acolhimento, a educação e a promoção da saúde, resgatando sempre a autonomia e a qualidade de vida. Deve-se estimular bons hábitos de vida com atividade física e dieta hipogordurosa, também rica em cálcio, e intensificar o controle de doenças como hipertensão e diabetes.

Cuidados na terceira idade

No Brasil, a pessoa é considerada idosa quando atende à idade de 60 anos, momento em que o principal objetivo deve ser o de desenvolver suas habilidades, preservando a independência e a autonomia. Para o idoso, manter a melhor qualidade de vida possível significa ter saúde.

Reflita

Os censos demográficos apontam um crescente na população idosa, tendo em vista os recursos tecnológicos e outras melhorias, o que gera um aumento da expectativa de vida da população.

O aumento da expectativa de vida gera impacto diretamente nos serviços de saúde, tendo em vista que a mulher sofre mais agravos que o homem, biologicamente falando.

É papel da enfermagem geriátrica conhecer esta população, realizar e desenvolver ações preventivas, atender à mulher e seus problemas nesta fase da vida e contribuir para a sua recuperação. O envelhecimento saudável é um fenômeno que todo o ser humano passa, e isto gera diversas alterações físicas e psíquicas, porém a maneira como se manifesta varia muito, até mesmo pelo fato de ela ter se preparado ou não para este momento, pois ela desenvolve sua capacidade de adaptação física, mental e social. Mas para que este planejamento seja efetivo, temos que conhecer as diversas mudanças que ocorrem atingindo os órgãos e sistemas. Vejamos algumas **alterações físicas** mais comuns nesta faixa etária:

- Sistema musculoesquelético: redução de massa óssea, podendo levar à osteoporose, predispondo fraturas. Também ocorre diminuição da massa muscular e perda de força, diminuição da elasticidade de tendões, ligamentos e cápsulas articulares pela diminuição do colágeno, além de problemas de postura como escoliose.

- Sistema tegumentar: alteração da função e do aspecto da pele com a redução das fibras elásticas, diminuição do aporte sanguíneo, gerando enrugamento e flacidez. A pele de uma idosa é mais fina, surgindo escoriações por qualquer motivo banal, queimaduras pelo sol e intolerância ao calor, pele ressecada.

- Sistema gastrointestinal: há consequências nutricionais pela diminuição do fluxo salivar, ressecamento da boca, diminuição da mobilidade gástrica (com esvaziamento gástrico tardio), diminuição da absorção de ferro, cálcio e vitaminas, constipação.

- Sistema urinário: diminuição da massa renal com perda de nefrons, diminuindo, assim, a taxa de filtração e função tubular, menor reabsorção, diminuição da capacidade de retenção da urina, enfraquecimento do esfíncter da uretra, surgindo incontinência urinária, maior frequência de eliminação e em menor quantidade.

- Sistema reprodutor: as alterações se iniciam na menopausa, e sua atividade sexual depende de sua história de vida e das alterações que esta apresentar.

- Sistema sensorial:

• Visão: alteração nas cores, campo visual, visão noturna, visão de perto e longe, catarata, glaucoma e degeneração macular devido à idade.

• Audição: redução da capacidade auditiva em diferentes etapas do trajeto.

• Olfato: as alterações se iniciam na meia idade e progridem, podendo prejudicar na alimentação.

• Paladar: redução, juntamente com o olfato, e sua perda podem induzir ao aumento de consumo de sal e açúcar.

• Tato: há redução gradual, não estando necessariamente ligada unicamente ao diabetes, sua alteração interfere em atividades motoras finas e defesa contra acidentes.

- Sistema endócrino: o metabolismo da glicose diminui, além de reduzir a atividade da tireoide assim como os hormônios sexuais femininos. Pode ocorrer diabetes, ressecamento das mucosas e obesidade.

- Sistema cardiovascular: alteração do débito cardíaco, perda da elasticidade das artérias (o que diminui e lentifica o aporte sanguíneo), ocorrendo estase venosa e edema de extremidades. Ocorre ainda alteração do ritmo cardíaco, que pode causar isquemia, insuficiência cardíaca ou arritmia.

- Sistema respiratório: ocorre pela perda da elasticidade e permeabilidade dos tecidos comprometendo a eficácia respiratória e a limpeza dos brônquios (o que provoca quadro infeccioso), causando enfisema pulmonar no caso de fumantes, cansaço aos esforços e dispneia.

- Sistema imunológico: com o passar dos anos a imunidade vai diminuindo de maneira gradual devido às dificuldades de adaptação, tornando o organismo mais vulnerável às infecções.

Vejamos algumas **alterações psicológicas** que podem ocorrer.

Elas estão ligadas diretamente ao estilo de vida da mulher e seu preparo para esta fase. A maioria destas alterações é decorrente da solidão e das mudanças físicas que ocorrem (rugas, obesidade), além do fato de se aposentar, perder o cônjuge e outros fatores que geram estresse na idosa, levando a doenças. A dificuldade de adaptação leva à depressão, o que é muito frequente na mulher idosa. A memória também fica muito prejudicada devido a problemas biológicos e também por falta de motivação, por lentidão, alterações de visão e de audição, porém a capacidade de aprendizado permanece.

A atuação do enfermeiro, nesta área, deve ser junto com uma equipe multiprofissional da área de gerontologia, compondo assim um grupo de apoio e orientação para planejar e avaliar os resultados das ações. Se a idosa teve uma boa alimentação e manteve hábitos de vida saudáveis acaba se adaptando com maior facilidade ao processo de envelhecimento.

A atenção ao idoso normalmente ocorre em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ou em ambulatórios, onde o enfermeiro deve atuar na consulta de enfermagem direcionando as orientações e ações com um bom preparo e conhecimento, tudo isso por meio de um levantamento das necessidades e aplicação do histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), assim como as evoluções no retorno da paciente.

O relacionamento terapêutico se desenvolve ao longo do período e a participação da família se faz importante, principalmente em grupos

de socialização e de atividades. Após a consulta, o enfermeiro deve realizar orientações em grupo com assuntos de interesse em comum desta fase, como alterações no climatério, como também grupos de caminhada e passeios culturais.

Humanização nos cuidados à mulher

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento confirma que a humanização deveria nortear o cuidado à mulher como política pública, pois possui um olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais.

A enfermagem se dedica muito ao estudo e à prática do cuidado humanizado, portanto, é considerado violência a prática invasiva e desnecessária empregada com base em critérios que privilegiam o profissional ou a instituição. Dessa forma, a humanização se apresenta contra esta prática, e por isso surgem algumas que são consideradas recomendadas e que permitem um cuidado humanizado, com tecnologias não invasivas. Neste caso, não invadir significa que o sujeito compartilha das decisões de como ser cuidado.

No processo de cuidar, o comportamento afetivo da equipe de enfermagem influencia positivamente para a satisfação da mulher, desde a aderência ao tratamento até sua recuperação, portanto, a comunicação é o instrumento primário do processo, tanto verbal quanto não verbal.

Assimile

De nada adianta ter conhecimentos técnicos se o profissional não tiver construído um vínculo de confiança e afetividade com a paciente, pois ele deve ser capaz de identificar pistas dos problemas que a aflige e quais cuidados devem ser prestados. Devemos estar atentos para alguns sinais, como timbre de voz e expressão facial, por exemplo.

Um ambiente acolhedor é importante na humanização, pois constitui um caminho de respeito, privacidade e segurança que a mulher deseja.

Qualidade de vida na saúde da mulher

Com o avanço da saúde pública e da medicina, as condições de vida têm melhorado de forma contínua, principalmente na América Latina, onde a expectativa de vida aumentou. A saúde é um aspecto importante que influencia na qualidade de vida, pois a doença, além de limitar a atividade humana, também gera muitos gastos.

A relação entre qualidade de vida, condições de vida e saúde já está evidenciada. A qualidade de vida depende de vários fatores, intrínsecos e extrínsecos, sendo diferente para cada indivíduo, de acordo com a sua inserção na sociedade. Este é um termo de difícil definição pois possui um caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos na tentativa de sintetizar sua relatividade nas diferentes realidades.

Garantir um atendimento de maneira integral à saúde da mulher em qualquer faixa etária significa respeitá-la como cidadã, por isso a necessidade de atendimento na rede pública a todas as fases de vida da mulher.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito do assunto, *Saúde da mulher: princípios e diretrizes*, consulte em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 1 out. 2017.

Sem medo de errar

Após os alunos terem aprendido a respeito da violência da mulher e como abordar estas pacientes, eles fizeram uma pausa com a professora e colocaram então seus sentimentos a respeito destes dias intensos de aprendizagem. Ao realizarem uma análise do cenário onde atuam, questionaram-se a respeito da diversidade de patologias e pacientes além das diversas idades e períodos da vida em que se encontram. A partir daí surgiu mais um questionamento: todas as fases da vida possuem seus cuidados específicos, mas a humanização de cuidados está presente em todas as fases, portanto como deve ser a humanização dos cuidados à mulher, em todas as fases da vida?

Pois bem, a enfermagem se dedica muito ao estudo e à prática do cuidado humanizado, portanto, é considerado violência a prática invasiva e desnecessária empregada com base em critérios que privilegiam o profissional ou a instituição. Dessa forma, a humanização se apresenta contra esta prática, e por isso surgem algumas que são consideradas recomendadas e que permitem um cuidado humanizado, com tecnologias não invasivas. Neste caso, não invadir significa que o sujeito compartilha das decisões sobre como ser cuidado.

No processo de cuidar, o comportamento afetivo da equipe de enfermagem influencia positivamente para a satisfação da mulher, desde a aderência ao tratamento até sua recuperação, portanto, a comunicação é o instrumento primário do processo, tanto verbal quanto não verbal.

Um ambiente acolhedor é importante na humanização, pois constitui um caminho de respeito, privacidade e segurança que a mulher deseja.

Avançando na prática

Terceira idade

Descrição da situação-problema

Os alunos do grupo de estágio conheceram outra paciente, durante uma visita domiciliar, a Dona Olga, que se encontra em tratamento de um enfisema pulmonar, pois foi fumante durante toda a vida adulta. Qual é o papel da enfermagem diante desta paciente, nesta fase de vida em que se encontra?

Resolução da situação-problema

É papel da enfermagem geriátrica conhecer esta população, realizar e desenvolver ações preventivas, atender à mulher e seus problemas nesta fase da vida e contribuir para a sua recuperação. O envelhecimento saudável é um fenômeno que todo ser humano passa, e isto gera diversas alterações físicas e psíquicas, porém a maneira como se manifesta varia muito, até mesmo pelo fato de ela ter se preparado ou não para este momento, pois ela desenvolve sua capacidade de adaptação física, mental e social. Mas para que este

planejamento seja efetivo, temos que conhecer as diversas mudanças que ocorrem, atingindo os órgãos e sistemas.

Faça valer a pena

1. A adolescência é uma fase muito peculiar da vida, por isso exige certos investimentos sociais e alguns cuidados peculiares.
I. São considerados direitos sociais a saúde dos adolescentes e seu adequado desenvolvimento vital, tendo em vista que sua população possui uma considerável porcentagem diante do cenário mundial.
II. Os adolescentes são muito vulneráveis por passarem por uma fase de consideráveis mudanças físicas, psicoemocionais e socioculturais, principalmente, os que possuem menos acesso a bens sociais, exigindo cuidados e ações mais amplas, tanto na saúde quanto em outras áreas.
III. Por isso podem ser tratados de maneira padronizada e desconsiderar sua pluralidade.
Analise as afirmativas descritas e assinale a alternativa correta, se:

a) I e II estiverem corretas.
b) II e III estiverem corretas.
c) I e III estiverem corretas.
d) Somente a I estiver correta.
e) I, II e III estiverem corretas.

2. A capacidade reprodutiva de ambos os sexos é adquirida por meio do estímulo hormonal, ocorrendo um aumento da secreção de hormônios esteroides (_____ e _____), aumentando a produção de _____ na mulher, e de _____ no homem e na mulher.
Complete as lacunas com as palavras corretas, assinalando a alternativa correspondente:

a) Aldosterona e cortisol – hormônio folículo-estimulante (FSH) – hormônio luteinizante (LH).
b) Aldosterona e cortisol – hormônio luteinizante (LH) – hormônio folículo-estimulante (FSH).
c) Testosterona e estrógeno – hormônio folículo-estimulante (FSH) – hormônio luteinizante (LH).
d) Testosterona e estrógeno – hormônio luteinizante (LH) – hormônio folículo-estimulante (FSH).
e) Aldosterona e testosterona – hormônio folículo-estimulante (FSH) – hormônio luteinizante (LH).

3. Analise as asserções a seguir:
1. A maioria das alterações psicológicas da terceira idade é decorrente da solidão e das mudanças físicas que ocorrem (rugas, obesidade), além do fato de se aposentar, perder o cônjuge e outros fatores que geram estresse

na idosa, levando a doenças.
PORTANTO,
2. A dificuldade de adaptação leva à depressão, que é muito frequente na mulher idosa. A memória também fica muito prejudicada devido a problemas biológicos e também por falta de motivação, lentidão, alterações de visão e de audição, porém a capacidade de aprendizado permanece.
Diante das asserções apresentadas, assinale a resposta correta:

a) A asserção 2 está correta e a 1 está incorreta.
b) A asserção 1 está correta e a 2 está incorreta.
c) As asserções 1 e 2 estão corretas, e a 2 não justifica a 1.
d) As asserções 1 e 2 estão incorretas, e a 2 justifica a 1.
e) As asserções 1 e 2 estão corretas, e a 2 justifica a 1.

Referências

FABRO, Márcia Regina Cangiani; MONTRONE, Aida Victoria Garcia. **Enfermagem em saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2013.

FERNANDES, Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. ed. Barueri: Manole, 2013.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Assistência pré-natal

Convite ao estudo

Prezado aluno, bem-vindo a mais uma unidade da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher. Agora que você já aprendeu alguns conceitos básicos relacionados à saúde da mulher, vamos partir para um assunto muito desafiador: o pré-natal. Por isso, a competência técnica a ser desenvolvida é conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao pré-natal e suas patologias. Ao término do estudo da unidade você será capaz de elaborar uma cartilha informativa direcionada aos principais cuidados no pré-natal e às patologias.

Para que isso ocorra de maneira mais afetiva, apresentamos a seguir um contexto de aprendizagem, facilitando, assim, o entendimento deste importante conteúdo em sua formação.

A Universidade Saber é uma das maiores instituições de ensino do país e possui um grande número de alunos que estuda e faz estágio. No mesmo local e *campus* da faculdade que contempla os cursos da saúde, encontra-se o Hospital Universitário, que é municipal e atende a pacientes de convênios e do SUS, sendo os últimos a maioria.

Neste ano, os alunos de uma turma de enfermagem já iniciaram seu estágio na área da saúde da mulher e estão conhecendo este fantástico universo de aprendizado, curioso e rico de informações, diferente do aprendizado que tiveram até agora em sua jornada.

Vamos continuar acompanhando a professora Glória, docente que atua nesta universidade há 15 anos, com formação e especialização voltada e dedicada à área da mulher. Ela é quem está acompanhando os alunos deste semestre em sua prática profissional na área.

A primeira parte do estágio já foi concluída, a professora está muito contente com o desempenho de seus alunos e considera

o grupo preparado para mais uma etapa de atividades práticas, voltadas aos cuidados da saúde da mulher, portanto, prepare-se para continuar nesta jornada tão fascinante, junto com os desafios a serem encarados pela professora Glória e por seus alunos.

Preparado? Então, mãos à obra!

Seção 2.1

Cuidados no pré-natal

Diálogo aberto

Caro aluno, como vimos, o contexto de aprendizagem aborda os alunos que já iniciaram seu estágio na área da saúde da mulher e estão fascinados. Eles têm aprendido muito ao lado da professora Glória, que, além de ter paixão por ensinar, consegue passar muita segurança e bons ensinamentos aos seus alunos em campo de estágio. Após passarem pelo primeiro contato, eles agora partem para o seu próximo desafio: os cuidados com o pré-natal. A partir de agora, os alunos vão ingressar no mundo da mulher grávida, seus desafios e anseios, medos e expectativas, portanto, a professora Glória conduziu seus alunos até a enfermaria que atende às pacientes que se encontram em período de gestação e que necessitam de alguns cuidados especiais, por isso encontram-se internadas. A partir daí os alunos começam a se perguntar: quais são os principais cuidados aos quais o enfermeiro deve se atentar neste período pré-natal?

Esta e outras dúvidas serão respondidas ao longo desta seção. Vamos ajudar os alunos a fazerem estas descobertas!

Não pode faltar

O enfermeiro possui papel fundamental no acompanhamento à assistência à mulher, desde o pré-natal até o pós-parto, por meio de orientações de cuidados com as mamas, por exemplo, até a amamentação em si. Vamos então acompanhar o papel fundamental deste profissional neste momento tão importante e de tantas mudanças na vida da mulher!

Diagnóstico de gravidez

O diagnóstico deve ser feito o quanto antes, pois assim ocorre um maior controle de riscos e condições da gestação, assim como uma melhor avaliação do desenvolvimento fetal. Este pode ser feito por meio de exame clínico por médicos ou enfermeiros e exames subsidiários.

Exame clínico: antes do segundo trimestre se torna difícil, pois os sinais e sintomas variam muito, por isso se pode solicitar ultrassom e/ou teste imunológico. O primeiro motivo normalmente pelo qual a mulher procura assistência é pela ausência da menstruação, a amenorreia.

Sinais e sintomas: Entre a 4ª e 8ª semana a paciente apresenta amenorreia, vômitos e náuseas, sialorreia, polaciúria, alteração do apetite, aumento das mamas, hiperpigmentação da aréola e dos mamilos, hipersensibilidade das mamas e fadiga. Já por volta das 16 semanas temos presença de colostro, aumento da circulação das mamas (rede de Haller), aumento do volume uterino (podendo ser palpado acima da sínfise púbica com 12 semanas) e aumento do volume abdominal. Pelo examinador temos a percepção e palpação dos movimentos fetais e partes fetais. Em média, entre a 20ª e 22ª semana já se auscultam os batimentos cardiofetais (BCF), e a partir da 12ª semana com Pinard ou Sonar-Doppler.

Consulta de enfermagem: é função privativa do enfermeiro para a promoção da saúde conforme a Resolução Cofen nº 159/1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 0544/2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 30 out. 2017.

A consulta de enfermagem é definida como um conjunto de ações prestado pelo profissional enfermeiro à pessoa sadia, de forma sistemática e completa, especificamente relacionado com o controle da gestante de baixo risco e do crescimento e desenvolvimento da criança sadia. Ela é composta por:

- Histórico de enfermagem; em que são coletadas as informações.

- Plano assistencial: planejamento da assistência individualizada.

Já o atendimento se divide em: entrevista, exame físico, exame obstétrico e orientação. Deve possuir recursos físicos e materiais. Após esta etapa, o enfermeiro pode encaminhar a paciente a outra especialidade ou a outros especialistas.

Pesquise mais

Saiba mais sobre a consulta de enfermagem à gestante. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671979000300259>. Acesso em: 30 out. 2017.

Diagnóstico em obstetrícia: o diagnóstico da gestação é aquele que provoca as maiores emoções: desde alegria e bem-estar intensos até a tristeza profunda e sensação de desamparo. O não reconhecimento da gestação pode levar a diagnósticos e tratamentos inadequados. Este se trata do:

- Diagnóstico clássico obstétrico normal (DON)

• Da gravidez: pode ser clínico por meio de alterações orgânicas como atraso menstrual, imunológico por meio do exame na urina ou no plasma da detecção da gonadotrofina coriônica (HCG) e ultrassonográfico que visualiza o saco gestacional por volta das seis semanas.

• Da idade gestacional: baseia-se na data da última menstruação (DUM), na altura uterina (AU), início dos movimentos fetais ativos, na insinuação e na biometria fetal pelo ultrassom. A duração da gestação são 280 dias ou 40 semanas, assim calculamos pela regra de Naegele a data provável do parto (DPP), somando-se à DUM sete dias e subtraindo três meses. Em seguida calculamos a gestação em número de semanas.

Exemplificando

Para realizar o cálculo da data provável do parto (DPP) temos que:

1. Saber a DUM, por exemplo: 20/08/2006.

Obs.: Se o mês for igual ou maior que 4, subtraímos 3 do mês. Em meses menores que 4, soma-se 9 ao mês.

2. Neste caso, 20/08/2006 – 3 meses = 27/05/2006.

Obs.: Acrescenta-se 1 ao ano quando o mês for maior ou igual ao mês quatro. Se o mês for menor que quatro se mantém o mesmo ano.

Se a DUM fosse, por exemplo, 27/01/2006 + 0 = altera-se somente o mês, ficando assim a data 27/08/2006.

3. Neste caso, 27/08/2006 + 1 ano = 27/08/2007.

Para fazer o cálculo da idade gestacional (IG) devemos:

1. Conhecer a DUM.

2. A partir da data conta-se no calendário quantos dias se passaram até a

data atual.

Neste caso: DUM em 20/08/2006.

• Agosto 11 dias

• Setembro 30 dias

• Outubro 31 dias

• Novembro 30 dias

• TOTAL 102 dias

3. Pega-se o total de dias até a data que se quiser saber e se divide por 7, isto é, uma semana. Neste caso: 102 : 7 = 14, e sobra um resto de 5 que não é divisível por 7.

4. Portanto, a IG no final de novembro é de 14 semanas.

A altura uterina aumenta 4 cm a cada mês, mensurada com fita métrica em seu ponto zero localizado na borda superior da sínfise púbica, medindo-se até o fundo do útero. No início, para saber a idade gestacional (IG) divide-se a altura obtida por 4. No fim da gestação, a altura deve corresponder a 36 cm. Já os movimentos fetais se percebem a partir das 16 semanas. A ultrassonografia se calcula a biometria fetal pelo tamanho do saco gestacional, portanto é pouco precisa. Da 8ª a 14ª semana mede-se a distância da cabeça até as nádegas do feto, sendo este um parâmetro mais fidedigno. Na segunda metade da gestação, o cálculo é feito pela medida do diâmetro biparietal, isto é, pelo comprimento do fêmur, presença e tamanho da ossificação secundária do fêmur.

• Da paridade: inclui o número de gestações (primigesta, secundigesta, tercigesta e multigesta) e o número de vezes que pariu (primípara, secundípara, tercípara, multípara).

• Da apresentação e posição: obtidos por meio da palpação obstétrica.

• De gravidez múltipla: feito principalmente por ultrassonografia (US), mas também pela palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardiofetais.

• Da vitalidade fetal: feita por meio da anamnese, quando a gestante refere movimentos fetais ativos, também pela ausculta do BCF, palpação e eventualmente pelo US.

• Do sexo fetal: feito pelo US a partir do 6º mês ou pela sexagem fetal, a partir das 9 semanas.

- Diagnóstico obstétrico patológico (DOP)

• Pregresso (DOPP): registro das ocorrências obstétricas das gestações anteriores, por ordem de importância.

• Atual (DOPA): registro das ocorrências obstétricas da atual gestação, por ordem de importância.

- Diagnóstico ginecológico (DG): diagnósticos passados e atuais, inclusive os já corrigidos.

- Diagnóstico clínico-cirúrgico (DCC): todos os diagnósticos passados e atuais, tanto clínicos quanto cirúrgicos.

Cuidados no pré-natal

Nomeamos como assistência pré-natal a supervisão médica e de enfermagem desde à concepção até o início do trabalho de parto. Esta se classifica principalmente como preventiva e possui objetivos como:

- Identificar e tratar ou controlar doenças.

- Prevenir complicações no parto e na gestação.

- Promover o bom desenvolvimento do feto.

- Reduzir os índices de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal.

A consulta de pré-natal trata-se da avaliação clínica e obstétrica, contínua e periódica (no mínimo seis ao longo da gestação) que visa prevenção, tratamento e controle de intercorrências que possam ocorrer. No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos), orientações nutricionais, orientações de prevenção a doenças crônicas e infecções. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna,

inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 38), os 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica são:

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na atenção primária à saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de parto".

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Esta se divide em: - Pré-consulta: ações de preparo para a consulta como recepção da cliente, verificação de sinais vitais, peso e altura, entre outros. A avaliação do estado nutricional da gestante é de grande importância, pois identifica de maneira precoce algum tipo de risco nutricional (baixo peso ou sobrepeso), ganho ou perda excessiva de peso, realizando assim a orientação adequada e promoção do estado nutricional materno, parto e peso do recém-nascido. É de grande importância a participação destas pacientes em grupos de gestantes nos quais existirá uma orientação direcionada, além do acompanhamento e da troca de experiências entres as gestantes.

- Consulta: segue um calendário de rotina mensal (até 32 semanas), a cada 15 dias até 36 semanas, uma vez por semana até 40 semanas, e de 40 a 42 semanas a consulta deve ser feita duas vezes por semana. A primeira consulta é a mais completa, portanto, deve englobar todos os dados da gestante: identificação, dados socioeconômicos, anamnese, exame físico geral e obstétrico, solicitação de exames complementares, avaliação da idade gestacional, maturidade e vitalidade fetal, assim como avaliação do risco gestacional e encaminhamento para especialistas quando necessário ou identificação do pré-natal de alto risco. Além disso, devem ser realizados encaminhamentos para serviços de apoio como psicologia e odontologia quando necessário. A orientação nutricional também é de grande importância, além da verificação da profilaxia de tétano, hepatite B, influenza e rubéola, orientações e preparo para o aleitamento materno. Acolher a gestante e deixá-la expressar seus sentimentos ajuda no processo de tantas transformações e medos.

- Pós-consulta: são as orientações dadas pelo enfermeiro à paciente, além de medidas preventivas e curativas, algo ou necessidade a mais que tenha sido identificada em consulta.

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 38), é importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012, p. 38).

Exames laboratoriais no pré-natal

- 1ª consulta e ou antes de 20 semanas: (hemograma, tipagem sanguínea e fator RH), VDRL (sorologia para sífilis), glicemia de jejum, urina I e urocultura, IgG e IgM para toxoplasmose, citologia oncótica (exame de secreção vaginal).

- Entre 20 e 26 semanas de gestação: glicemia de jejum ou curva glicêmica conforme resultado do primeiro exame de fatores de risco.

- Entre 27 a 32 semanas: hemograma, VDRL, AntiHIV, Urina I, IgG e IgM (se IgG reagente no primeiro exame), sorologia de hepatite B, sorologia de hepatite A.

Higiene e uso de fármacos na gestação

A higiene é um aspecto de grande importância em todas as fases, principalmente na gestação, quando a gestante deve ter alguns cuidados com relação à(ao):

- Vestuário: deve-se evitar roupas que restrinjam a circulação, usando, então, roupas e sapatos confortáveis.

- Cuidado com as mamas: iniciar os cuidados visando à amamentação, aconselhar uso de sutiã de alças largas para que as mamas fiquem acomodadas por inteiro.

- Cuidados com pele e cabelo: tornam-se mais oleosos, podendo assim lavar os cabelos com maior frequência.

- Cuidados com os dentes: ocorre uma discreta hipertrofia gengival o que causa certo sangramento. Continuar os cuidados de rotina de higiene e limpeza, após as refeições.

- Sono e repouso: observar sono noturno, realizar descanso com os pés elevados.

- Viagens: evitar as longas.

- Trabalho: diminuir os riscos ambientais, restringir as áreas de insalubridade e periculosidade e evitar trabalhos com mudanças de turnos.

- Relação sexual: evitar quando existe alguma ameaça de abortamento ou parto prematuro, sangramento, amniorrexe, sangramento ou dilatação cervical.

Já com relação aos fármacos, a maioria passa facilmente pela barreira placentária, por isso estima-se que cerca de 1 a 5% de

anormalidades congênitas são causadas por efeito de fármacos na gravidez. Teratogenia é o nome dado às anomalias morfológicas como também em aspectos químicos, até mesmo em alterações de padrão de comportamento. Os efeitos teratogênicos vão depender de alguns fatores como: idade gestacional, quantidade utilizada, via de administração e solubilidade da droga.

O Ministério da Saúde estabelece como estratégias de prevenção e controle da anemia gestação: suplementação profilática com ferro e ácido fólico; ingestão de alimentos que contenham farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico; alimentação adequada e saudável com ingestão de ferro de alta biodisponibilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O ideal seria iniciar o ácido fólico de 60 a 90 dias antes da gravidez. O sulfato ferroso deve ser tomado até o final da gestação e pode se estender até o pós-parto.

Reflita

Perceba que todo o cuidado é pouco na gestação. Antes de tomar um simples medicamento, a gestante precisa se informar e consultar o seu médico para saber se o remédio tem efeitos adversos. O Valium, por exemplo, pode fazer com que o feto desenvolva hipotermia ou lábio e palato fendidos.

Queixas na gestação

Durante a gravidez é comum que as gestantes tenham pequenas queixas. Vamos ver algumas delas, juntamente com suas causas e condutas? Então vamos lá!

- Enjoo matinal: este não se restringe apenas ao período da manhã e deve ser controlado, preferencialmente, sem o uso de medicamentos. Pode ser causado por: aborrecimentos, alterações hormonais e diminuição do peristaltismo. A conduta deve ser: evitar alimentos de difícil digestão, fazer alimentação fracionada (pelo menos seis vezes ao dia) e ao acordar permanecer na cama por mais ou menos meia hora antes de se levantar. Algumas medicações também podem ser usadas, indicadas e prescritas pelo médico como bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina e metoclopramida.

- Pirose: uma sensação de queimação, com causas como: refluxo do suco gástrico para o esôfago pela diminuição do peristaltismo do estômago causando irritação, alterações emocionais e modificações hormonais sobre a cárdia (esfíncter localizado entre o esôfago e o estômago), a qual faz o conteúdo gástrico refluir para o esôfago. A conduta deve ser evitar ingerir alimentos gordurosos, não deitar após as refeições (aguardar uma hora), evitar alimentos condimentados, realizar mais refeições em menores quantidades, dormir com o tronco mais elevado (cabeceira elevada) e tomar medicamentos (antiácidos). Indica-se também evitar o bicarbonato de sódio, pois ele promove a retenção hídrica e diminui a absorção de ferro.

- Lombalgia: esta é causada por adaptações da postura e enfraquecimento dos ligamentos das articulações sacroilíacas. A conduta deve ser: corrigir a postura, evitar a fadiga, usar roupas adequadas e usar sapatos baixos e confortáveis, além de aplicação de calor no local.

- Varizes: estas podem afetar os membros inferiores, a vulva e a pelve. As principais causas são: hereditariedade, roupas apertadas, compressão dos grandes vasos devido ao útero estar aumentado e permanecer longos períodos em pé ou sentada. A conduta deve ser: usar meias elásticas quando recomendado, repousar com frequência, evitar roupas apertadas, elevar pernas e quadril com almofadas ou elevar os pés da cama cerca de 15 cm.

- Hemorroidas: possuem causas como hereditariedade, constipação e compressão dos grandes vasos pelo aumento do útero. A conduta deve ser evitar e tratar a constipação, após a evacuação fazer banhos de assento com água morna.

- Polaciúria: trata-se da urina em pequena quantidade e várias vezes ao dia devido ao crescimento do útero e consequente pressão sobre a bexiga.

- Constipação: pode ser causada pela diminuição do peristaltismo e pressão do útero sobre os intestinos. A conduta é ingerir alimentos ricos em fibra, ingerir bastante água, estabelecer horários para evacuação, evitar medicamentos e praticar exercícios como caminhadas.

- Flatulência: é causada por ação de bactérias produtoras de gás no intestino. A conduta deve ser evitar ingestão de alimentos que produzem gases e mastigar bem os alimentos.

- Corrimentos: são comuns na gravidez, porém sem irritação, apesar de ser comum a manifestação da Candida albicans, conforme já estudamos, por conta das modificações da acidez vaginal. Por isso é importante descartar qualquer tipo de corrimento patológico na gestação. A causa se dá pela maior produção de muco cervical, maior descamação do epitélio e maior vascularização. A conduta seria tratamento da monilíase (candidíase).

- Câibras: as causas são hipocalcemia, compressão dos grandes vasos aumentados pelo útero, excesso de fósforo, tensão muscular, frio e fadiga. A conduta é ingerir quantidade adequada de cálcio, usar roupas confortáveis, manter o corpo em boa temperatura e repousar periodicamente com os pés elevados.

Fatores de risco na gestação

Assimile

A gestação é uma fase de intensas transformações sociais, físicas e psicológicas, as quais exigem uma adaptação e readaptação, pois a presença de algum grau de risco para o binômio exigirá outras posturas, além das comuns da gestação. A assistência pré-natal contínua e periódica é a maneira mais eficaz de se detectar alterações, por isso os pais devem ser instruídos sobre sinais de anormalidades da gestação.

Por isso, a gravidez é dita como de risco ou patológica quando apresenta os seguintes fatores:

- Antecedentes obstétricos: multiparidade, parto difícil, parto prematuro, intervalo entre gestações de menos de 2 anos ou mais de 5 anos, óbitos perinatais, aborto, recém-nascido com peso menor que 2.500 gramas ou maior que 4.000 gramas, Rh negativo, infertilidade e esterilidade, malformação fetal, crescimento intrauterino restrito (CIUR), síndrome hemorrágica, síndrome hipertensiva, cirurgia de útero anterior.

- Presença de doenças: renal, cardiovascular, pneumopatia, hemopatias, epilepsia, doença autoimune, ginecopatia, diabetes, anemia, doenças mentais e infectocontagiosas.

- Doenças obstétricas na gravidez atual: hipertensão arterial, altura uterina superior ou inferior à esperada, suspeita de gravidez ectópica, toxemia, hemorragia vaginal, ameaça de parto prematuro, gravidez prolongada, múltipla gravidez, oligoâmnio ou polihidrâmnio, óbito fetal, rotura das membranas por mais de 12 horas sem presença de trabalho de parto, desnutrição e/ou ganho ponderal inadequado, diabetes gestacional e doenças infectocontagiosas.

Pesquise mais

Saiba mais sobre "O uso de medicamentos na gravidez". Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a19v9n4.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

Sem medo de errar

Após passarem pelo primeiro contato agora partem para o seu próximo desafio: os cuidados com o pré-natal. A partir de agora os alunos vão ingressar no mundo da mulher grávida, seus desafios e anseios, medos e expectativas, por isso a professora Glória conduziu seus alunos até a enfermaria que atende às pacientes que se encontram em período de gestação e que necessitam de alguns cuidados especiais, por isso encontram-se internadas. A partir daí os alunos começam a se perguntar: quais são os principais cuidados aos quais o enfermeiro deve se atentar neste período pré-natal?

Cuidados no pré-natal

Nomeamos como assistência pré-natal a supervisão médica e de enfermagem desde a concepção até o início do trabalho de parto, que se classifica principalmente como preventiva e possui objetivos como:

- Identificar e tratar ou controlar doenças.
- Prevenir complicações no parto e na gestação.
- Promover o bom desenvolvimento do feto.
- Reduzir os índices de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal.

A consulta de pré-natal é a avaliação clínica e obstétrica, contínua e periódica (no mínimo seis ao longo da gestação) que visa à prevenção,

ao tratamento e controle de intercorrências. No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas (ECM) e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos), orientações nutricionais, orientações de prevenção a doenças crônicas e infecções. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 38), os 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica são:

1° PASSO: iniciar o pré-natal na atenção primária à saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2° PASSO: garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3° PASSO: toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4° PASSO: promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5° PASSO: garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6° PASSO: é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8° PASSO: estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9° PASSO: toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10° PASSO: as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Esta se divide em: - pré-consulta: ações de preparo para a consulta como recepção da cliente, verificação de sinais vitais, peso e altura, entre outros. A avaliação do estado nutricional da gestante é de grande importância, pois identifica de maneira precoce algum tipo de risco nutricional (baixo peso ou sobrepeso), ganho ou perda excessiva de peso, realizando assim a orientação adequada e promoção do estado nutricional materno, parto e peso do recém-nascido. É de grande importância a participação destas pacientes em grupos de gestantes onde existirá uma orientação direcionada, além do acompanhamento e troca de experiências entres as gestantes.

- Consulta: segue um calendário de rotina mensal (até 32 semanas), a cada 15 dias até 36 semanas, uma vez por semana até 40 semanas, e de 40 a 42 semanas a consulta deve ser feita 2 vezes por semana. A primeira consulta é a mais completa, portanto deve englobar todos os dados da gestante: identificação, dados socioeconômicos, anamnese, exame físico geral e obstétrico, solicitação de exames complementares, avaliação da idade gestacional, maturidade e vitalidade fetal, assim como avaliação do risco gestacional e encaminhamento para especialistas quando necessários ou identificação do pré-natal de alto risco. Além disso devem ser realizados encaminhamentos para serviços de apoio como psicologia e odontologia quando necessário. A orientação nutricional também é de grande importância, além da verificação da profilaxia de tétano, hepatite B, influenza e rubéola, orientações e preparo para o aleitamento materno. O acolhimento à paciente e deixar com que ela expresse seus sentimentos ajuda no processo de tantas transformações e medos.

- Pós-consulta: são as orientações dadas pelo enfermeiro à paciente, além de medidas preventivas e curativas, algo ou necessidade a mais que tenha sido identificado em consulta.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é importante ressaltar que as atribuições dos profissionais são de grande valia em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas

as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

Não podemos esquecer a participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012).

Avançando na prática

Fatores de risco na gestação

Descrição da situação-problema

Os alunos da professora Glória continuam em seu desafio com as gestantes que se encontram internadas por precisarem de algum tipo de cuidado especial. Dentre elas, os alunos conheceram Ana, uma moça que está internada há cinco dias com ameaça de aborto, apresentando sangramento, dor e com histórico de aborto na gravidez anterior. Portanto eles se perguntaram: quais são os fatores de maior risco que ocorrem na gestação?

Resolução da situação-problema

A gravidez é dita como de risco ou patológica quando apresenta os seguintes fatores:

- Antecedentes obstétricos: multiparidade, parto difícil, parto prematuro, intervalo entre gestações de menos de 2 anos ou mais de 5 anos, óbitos perinatais, aborto, recém-nascido com peso menor que 2.500 gramas ou maior que 4.000 gramas, Rh negativo, infertilidade e esterilidade, malformação fetal, crescimento intrauterino restrito (CIUR), síndrome hemorrágica, síndrome hipertensiva, cirurgia de útero anterior.

- Presença de doenças: renal, cardiovascular, pneumopatia, hemopatias, epilepsia, doença autoimune, ginecopatia, diabetes, anemia, doenças mentais e infectocontagiosas.

- Doenças obstétricas na gravidez atual: hipertensão, altura uterina superior ou inferior à esperada, suspeita de gravidez ectópica, toxemia,

hemorragia vaginal, ameaça de parto prematuro, gravidez prolongada, múltipla gravidez, oligoâmnio ou polihidrâmnio, óbito fetal, rotura das membranas por mais de 12 horas sem presença de trabalho de parto, desnutrição e/ou ganho ponderal inadequado, diabetes gestacional e doenças infectocontagiosas.

Faça valer a pena

1. Supervisão médica e de enfermagem desde a concepção até o início do trabalho de parto. Esta se classifica principalmente como preventiva e possui objetivos como:
- Identificar e tratar ou controlar doenças.
- Prevenir complicações no parto e na gestação.
- Promover o bom desenvolvimento do feto.
- Reduzir os índices de morbidade e de mortalidade, tanto materna quanto fetal.

Como se nomeia este tipo de assistência prestada? Assinale a alternativa correta:

a) Assistência pré-parto.
b) Assistência pós-parto.
c) Assistência pré-natal.
d) Assistência neonatal.
e) Assistência ginecológica.

2. A altura uterina aumenta _____ a cada mês, mensurada com fita métrica em seu ponto zero localizado na borda superior da sínfise púbica, medindo-se até o fundo do útero. No início, para saber a idade gestacional (IG) divide-se a altura obtida por _____. No fim da gestação, a altura deve corresponder a 36 cm. Já os movimentos fetais se percebem a partir da _____ semana.
Preencha as lacunas com as palavras corretas, assinalando a alternativa correspondente:

a) 4 cm – 4 – 16ª.
b) 6 cm – 4 – 16ª.
c) 4 cm – 8 – 16ª.
d) 4 cm – 4 – 20ª.
e) 6 cm – 4 – 20ª.

3. Com relação aos fármacos:
1. A maioria passa facilmente pela barreira placentária, por isso se estima que cerca de 1 a 5% de anormalidades congênitas são causadas por efeito de fármacos na gravidez.

PORTANTO

2. Teratogenia é o nome dado às anomalias morfológicas como também em aspectos químicos, até mesmo em alterações de padrão de comportamento. Os efeitos teratogênicos vão depender de alguns fatores como: idade gestacional, quantidade utilizada, via de administração e solubilidade da droga. Leia com atenção o texto-base e assinale a alternativa com relação às asserções, se:

a) A 1 é falsa e a 2 é verdadeira.
b) A 1 e 2 são falsas, e a 1 não justifica a 2.
c) A 1 e 2 são verdadeiras, e a 1 não justifica a 2.
d) A 1 e 2 são falsas, e a 1 justifica a 2.
e) A 1 e 2 são verdadeiras, e a 1 justifica a 2.

Seção 2.2

Intercorrências e patologias

Diálogo aberto

Prezado aluno, vamos dar continuidade ao nosso desafio na área da saúde da mulher? Pois bem, vimos no contexto de aprendizagem que os alunos já iniciaram seu estágio na área da saúde da mulher e estão fascinados. Eles têm aprendido muito ao lado da professora Glória, que, além de ter paixão por ensinar, consegue passar muita segurança e bons ensinamentos aos seus alunos em campo de estágio. Após passarem pelo primeiro contato, agora já partiram para o seu próximo desafio: os cuidados com o pré-natal.

O grupo de alunos da professora Glória é muito dedicado e já conseguiu compreender a respeito dos principais cuidados com a paciente em período pré-natal, por isso estão mais seguros para seguir com os próximos desafios. Desta vez, a professora Glória apresentou aos alunos a paciente Luciana, que se encontra internada devido a uma infecção do trato urinário (ITU). Diante disso, Glória solicitou aos alunos que listem quais os cuidados que devem ser prestados à paciente com ITU. Vamos então ajudar os alunos a esclarecer esta e outras dúvidas. Boa sorte!

Não pode faltar

Cardiopatias na gestação

São comuns na gravidez, principalmente a cardiopatia reumática e os defeitos cardíacos congênitos. As alterações fisiológicas do sistema cardiovascular na gestação são:

- Sopros cardíacos funcionais devido ao aumento da velocidade do fluxo sanguíneo.

- Palpitações e taquicardia em repouso ou durante a prática de exercícios leves.

- Cardiomegalia, com aumento do volume plasmático que determina o aumento do fluxo sanguíneo pulmonar.

- Edema em membros inferiores, varizes e hemorroida.

- Dispneia pelo aumento da frequência respiratória e pela elevação do diafragma.

Qual é a conduta a ser tomada então durante a gestação? Este tipo de assistência exige uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, portanto:

- Quando necessário, hospitalização das gestantes cardiopatas a fim de avaliar e prevenir sinais e sintomas de descompensação cardíaca.

- Realizar exame físico e anamnese para estabelecer o diagnóstico e prognóstico das lesões cardíacas.

- Observar evidências de congestão venosa e de aumento da pressão arterial pulmonar, principalmente entre a 20ª a 30ª semanas.

- Tratar infecções e deficiências nutricionais para evitar a insuficiência cardíaca.

- Limitar as atividades, dependendo da gravidade de seu estado clínico.

- Estabelecer normas dietéticas com a nutricionista.

- Observar sinais e sintomas de algum tipo de comprometimento pulmonar como: tosse, hemoptise, estertores, dispneia em repouso, sopro diastólico (que indica estenose mitral), taquicardia que aumenta com atividade.

- Avaliar, junto ao médico, a necessidade de administrar medicamentos como diuréticos, digitálicos, antibióticos e oxigenoterapia.

Já no trabalho de parto, as alterações são:

- Aumento da frequência cardíaca no momento da contração devido ao aumento do fluxo sanguíneo, com taquicardia persistente durante o parto.

- Durante o parto e nas primeiras 24 horas após o parto a pressão sanguínea se mantém alta, geralmente.

- A pressão arterial sistólica e diastólica aumenta.

- Aumento do consumo de oxigênio durante as contrações uterinas.

A conduta durante o trabalho de parto é:

- Avaliar todos os aspectos do trabalho de parto e sua evolução (batimento cardíaco fetal - BCF, dilatação) oferecendo apoio e encorajamento.

- Observar a presença de complicações, tanto cardíacas quanto obstétricas.

- Manter a paciente em posição semifowler, diminuindo assim o esforço respiratório.

- Controle frequente dos sinais vitais.

- Administrar analgésicos conforme prescrição e necessidade a fim de aliviar a dor e a ansiedade, mantendo assim uma boa oxigenação.

Já no pós-parto, a conduta é:

- Observar sinais de complicações e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) devido à queda súbita da pressão intra-abdominal.

- Estimular a deambulação precoce para evitar trombose venosa.

- Ajudar a paciente a reconhecer quais são suas limitações, poupando-a de um desgaste desnecessário, auxiliando com a amamentação e os cuidados com o recém-nascido.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Risco de complicações ou disfunções cardíacas: observar pulso, pressão arterial, arritmias, cianose, dispneia e edema. Deve também monitorar a frequência, o ritmo, a profundidade e o esforço das respirações, monitorar ruídos respiratórios tais como sibilos e roncos, monitorar fadiga muscular diafragmática.

- Padrão de sono prejudicado relacionado à angina e dispneia. Observar fadiga ao despertar, sonolência e agitação. Auxiliar a paciente no controle do sono diurno. Discutir com a paciente/família as medidas de conforto, técnicas de monitoramento do sono e as mudanças no estilo de vida. Ensinar à paciente técnicas de relaxamento. Observar as circunstâncias físicas (apneia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto). Monitorar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas; proporcionar um ambiente calmo e seguro.

Diabetes mellitus

Trata-se de uma doença de ordem metabólica hereditária e crônica, que se caracteriza por quadros de hiperglicemia, glicosúria, cetoacidose e aumento do catabolismo proteico. O diabetes mellitus gestacional (DMG) se caracteriza pela intolerância à glicose que se diagnostica no período da gestação. Esta pode ocorrer neste período devido aos hormônios antagônicos da insulina que são secretados pela placenta, e se iniciam no 2º ou 3º trimestre da gestação.

Os casos que se incluem são de hipoglicemia de jejum ou teste de intolerância à glicose oral alterado (TTGO), mas que se normalizam, muitas vezes, após o parto. É importante manter os níveis glicêmicos maternos estáveis, pois sua oscilação está diretamente ligada à morbimortalidade de seus recém-nascidos.

Exemplificando

O diabetes mellitus se classifica como:

- DM tipo I: diabetes insulinodependente.

- DM tipo II: diabetes não insulinodependente.

- DM secundário: associado à doença pancreática, a endocrinopatia e às síndromes genéticas complexas.

- Intolerância à glicose.

- Diabetes gestacional.

Diante disso, precisamos refletir: quais são as consequências do diabetes na gestação? Ainda assim existem duas formas de repercussão: sobre a mãe e sobre o feto. Vejamos então as duas a seguir.

• Consequências para a mãe: maior incidência de infecção do trato urinário – ITU, maior incidência de polihidrâmnio (excesso de líquido amniótico no útero), maior índice de abortamento espontâneo, maior tendência à cetose e acidose.

• Consequências para o feto: maior incidência de malformação congênita, maior morbidade neonatal (hipoglicemia), maior incidência de complicações respiratórias, maior incidência de sofrimento fetal durante o parto, elevada incidência de morte fetal nas 3ª ou 4ª últimas semanas de gestação, rápido crescimento do feto com acelerado desenvolvimento do esqueleto, deposição excessiva de gordura e retenção hídrica.

O diagnóstico é feito por meio de investigação e acompanhamento da glicemia de jejum, considerando índices maior ou igual a 126 mg/dl como diabetes pré-gestacional. Se a glicemia de jejum for maiores ou iguais a 92 mg/dl e menor que 126 mg/dl se faz o diagnóstico de DM gestacional. Nestes dois casos a glicemia deve ser repetida e reavaliada. A investigação deve ser feita em todas as pacientes, independente de histórico de DM.

O tratamento é composto por orientações alimentares e controle de peso, prática de exercícios físicos respeitando as contraindicações, monitoramento da glicemia quatro a sete

vezes por dia. As alterações que aparecerem neste controle serão avaliadas pelo médico para que se inicie o tratamento farmacológico (hipoglicemiantes orais ou insulina).

Quais são as condutas que devem ser tomadas?

- Realizar uma avaliação das necessidades individuais e o planejamento de seu tratamento pela equipe multiprofissional.

- Identificar e diagnosticar pacientes pré-diabéticas ou diabéticas o mais cedo possível pelo exame físico e anamnese completos.

- Determinar qual é a condição obstétrica e clínica geral da paciente.

- Realizar contínua orientação à paciente com relação a sua dieta, às medicações, aos sinais e sintomas da doença e suas possíveis complicações, além de orientar no preparo e na aplicação na insulina.

- Realizar um controle rigoroso da doença por meio de exames frequentes, de acordo com o estado de saúde atual da gestante (semanal ou diário).

- Estimular a prática de exercícios adequados à gestante.

- Encorajar a paciente a falar a respeito de seus medos, suas queixas e dúvidas.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Risco de infecção relacionado à doença crônica e defesas secundárias inadequadas. O enfermeiro deve acompanhar os resultados de exames laboratoriais e orientar a gestante para que informe a ocorrência de disúria.

- Risco de perfusão tissular renal ineficaz relacionado à redução do fluxo sanguíneo venoso e/ou arterial. O enfermeiro deve acompanhar os exames laboratoriais e orientar a paciente quanto à importância da ingestão hídrica adequada.

- Risco de lesão materna relacionada à alteração do metabolismo. O enfermeiro deve se atentar aos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia.

- Risco de lesão do feto relacionado às alterações da glicemia materna. O enfermeiro deve realizar ausculta de BCF pelo menos três vezes ao dia, realizar cardiotocografia diariamente ou de acordo com a orientação médica e orientar a paciente para alterações da movimentação fetal.

Assimile

O profissional deve instruir a paciente a respeito de alguns aspectos, tais como: graduação da seringa, realização da antissepsia da tampa de borracha do frasco, antissepsia do local da aplicação, evitar repetições de local realizando rodízios e orientar o correto armazenamento do medicamento.

A insulina pode ser suína, bovina ou mista e humana. Pode ser simples ou regular (R, de rápida ação), ação moderada (NPH), ação lenta (L) e ultralenta (U).

Infecção do trato urinário (ITU)

Esta é uma das infecções que mais acomete a mulher grávida e a Escherichia coli é responsável por cerca de 80% dos casos.

Pielonefrite: quando a infecção é localizada no parênquima renal, com presença de febre e sensibilidade na lombar ou dor, acompanhada geralmente de disúria e urgência urinária. É indicada antibioticoterapia devido à leucocitose (aumento de leucócitos acima do limite), piúria (pus na urina) e bacteriúria (bactérias na urina).

Alguns fatores podem predispor a infecção na gestação, como alterações hormonais (principalmente a progesterona que causa dilatação da pelve renal e estreitamento de segmento inferior, determinando retardo do débito urinário) e pressão do útero sobre os ureteres (o que resulta em estase urinária e maior risco de infecção).

As manifestações clínicas são: dor à palpação na região hipogástrica (bexiga), dor ao toque vaginal, dor em baixo ventre, em algumas situações Giordano positivo (dor à percussão na região lombar), polaciúria (urina frequente), poliúria (grande volume de urina num dado período), disúria (dor ao urinar), nictúria (urina noturna maior que a diurna), lombalgia uni ou bilateral, náuseas e vômitos, febre e calafrio, irritabilidade uterina que leva ao trabalho de parto.

Diante disso, qual seria a conduta da equipe de saúde?

- Instruir paciente a coletar urina com antissepsia e solicitar urina e antibiograma.

- Após coleta da urina prescrever ou administrar antibiótico adequado.

- Ao término do antibiótico, coletar novamente cultura de urina.

- Orientar o aumento da ingestão hídrica (de 3 a 4 litros por dia).

- Manter acesso venoso permeável para hidratação e inibir o trabalho de parto.

- Fazer controle rigoroso de temperatura e avaliação da dinâmica uterina.

- Observar se existe perda vaginal.

- Orientar paciente a permanecer em decúbito lateral esquerdo (DLE).

- Acompanhar o tratamento com coleta de hemograma, sempre comparando-o ao anterior.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Eliminação urinária prejudicada relacionada ao esvaziamento incompetente da bexiga e secundária à infecção. A enfermagem deve determinar se existem causas agudas para problema (por exemplo, cálculo renal) e solicitar avaliação do urologista se necessário. Se houver caso de incontinência investigar a história, o começo, a duração e os fatores que aumentam a incidência.

- Dor aguda relacionada à inflamação e infecção da uretra, bexiga e outras estruturas do trato urinário. O enfermeiro deve explicar as causas da dor, discutir métodos e medicações a fim de reduzir o desconforto, ensinar métodos de distração durante a dor e medidas não invasivas para o alívio.

- Hipertermia relacionada à infecção. O enfermeiro deve orientar a respeito da importância da ingestão adequada de líquidos, monitorar a ingestão e a eliminação e orientar a respeito dos sinais e sintomas da febre.

Anemia

Denomina-se anemia quando os níveis de hemoglobina estão abaixo do normal devido à carência de nutrientes essenciais, principalmente por deficiência de ferro, zinco, vitamina B12 e proteínas. A principal e mais comum se deve pela carência de ferro, denominada anemia ferropriva.

Sua consequência na gestação pode ser materna ou fetal. Para a mãe, diminui a capacidade de cicatrização, diminui a resistência contra infecções, há aumento do índice de complicações hemodinâmicas, aumento do índice de partos operatórios e aumento do número de aborto, parto prematuro e toxemia gravídica (pré-eclâmpsia e eclâmpsia). Como consequência fetal, temos: o bebê pode nascer pequeno para a idade gestacional (PIG), haver aumento do índice de sofrimento fetal, lesão neurológica e mortalidade perinatal.

Anemia ferropriva: como vimos, este tipo de anemia se dá por causa do insuficiente fornecimento de ferro para a formação das hemácias e, com a gestação, a necessidade de ferro no organismo aumenta e está associada à deficiência de ácido fólico ou folicopriva. Os fatores que predispõem são: dieta inadequada, parasitoses intestinais, multiparidade, menstruação abundante e intervalo pequeno entre os partos. As manifestações clínicas são: palidez de pele e mucosas, irritabilidade, cefaleia, anorexia, inapetência, dispneia aos esforços, sonolência, fadiga e cansaço. O diagnóstico pode ser feito apenas com o exame de sangue, medindo assim as taxas de série vermelha, por meio do hemograma, se estão com microcitose (pequenos) e hipocromia (descorados). Deve-se também solicitar a dosagem de ferritina e outros parâmetros como dosagem de ferro.

A conduta diante desta paciente deve ser: tratar em ambulatório os casos mais leves, orientar a administração de sulfato ferroso conforme prescrito pelo médico, orientar alimentação com alimentos ricos em ferro, solicitar avaliação da nutrição, orientar o correto tratamento em caso de parasitose intestinal, realizar acompanhamento ambulatorial observando as manifestações clínicas e realizando e comparando os exames laboratoriais (Hb e Ht) a cada 30 dias.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Perfusão tissular prejudicada relacionada a problemas de troca (transporte de oxigênio e nutrientes às células). O enfermeiro deve administrar oxigenoterapia conforme prescrito, auscultar sons respiratórios, controlar a ingestão hídrica, incentivar a caminhada e o aumento de atividades, investigar sinais de hemorragia, monitorar sinais vitais de 4 em 4 horas, prevenir choque, prevenir úlcera de pressão e supervisionar pele.

- Intolerância à atividade relacionada ao desequilíbrio entre os suprimentos de oxigênio e demanda. A enfermagem deve monitorar evidências de fadiga física, além de limitar o estímulo ambiental (iluminação e ruído excessivo) para facilitar relaxamento.

Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)

Trata-se de uma patologia comum que acomete as gestantes, em geral, no seu terceiro trimestre, porém é grave. Os sintomas são hipertensão arterial, edema e albuminúria ou proteinúria e, em casos mais graves, ocorre convulsão e coma.

Reflita

Esta doença possui grande causa de morte materna no Brasil e o prognóstico para o feto é grave, com mortalidade fetal em cerca de 20%. Precisamos nos atentar, pois, na maioria das vezes, a paciente que já desenvolveu eclâmpsia ou pré-eclâmpsia tende a desenvolvê-la novamente em novas gestações. Por isso é importante um controle rigoroso destas pacientes, pois na maioria das vezes a doença poderia ser evitada. A redução de mortes pode ser feita por meio de uma boa assistência no pré-natal, seguida de diagnóstico e tratamento precoce.

De acordo com Morton (2007), a DHEG é classificada em:

• Hipertensão induzida pela gravidez (em primíparas).

• Pré-eclâmpsia: desenvolvimento da hipertensão depois da 20ª semana de gestação complicada por envolvimento renal, levando à proteinúria.

• Eclâmpsia: pré-eclâmpsia complicada por envolvimento do sistema nervoso central (SNC) levando à convulsão.

• Hipertensão arterial crônica que antecede a gestação.

• Hipertensão arterial crônica com toxemia superposta.

Os fatores que predispõem a DHEG são:

- Idade e multiparidade, em que as mais acometidas são as multíparas e as jovens primigestas.

- Patologias já existentes, por exemplo, diabetes e lúpus.

- Condições existentes como polihidrâmnio.

- Dieta rica em sal e carboidratos.

- Mudança de parceiro e estado emocional.

As alterações fisiopatológicas são: renais, vasculares, cardiovasculares, hepáticas, cerebrais, sanguíneas, hidroeletrolíticas e uteroplacentárias.

Pesquise mais

Para saber mais detalhes a respeito das alterações que ocorrem em cada sistema, consulte o link: <http://www.sbh.org.br/revistas/2008/revistahipertensao1_2008.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

As manifestações clínicas podem aparecer com: ganho de peso (450 gramas por semana, a partir de 20 semanas), hipertensão arterial, proteinúria, edema (região maleolar, periorbital, dedos e região pré-tibial), alterações cerebrais e neurológicas, exame de fundo de olho com espasmos arteriolares segmentares ou generalizados. Os sinais de mau prognóstico são: hipertermia, cianose, taquicardia, coma prolongado, pressão sistólica maior que 200 mmHG oligúria, albuminúria. As causas de óbito materno são: insuficiência renal, hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência cardíaca e broncopneumonia.

O diagnóstico feito é clínico e laboratorial, devendo-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 24 horas.

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

- Exame do fundo dos olhos: observar 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.

O diagnóstico diferencial, em especial nas convulsões antes de 20 semanas ou após 48 horas 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.

Portanto, quais seriam as condutas a serem tomadas? Em caso de pré-eclâmpsia leve:

- Observação e controle a fim de evitar complicações, assim como sinais vitais e BCF, peso e observação de congestão venosa.

- Estimular repouso em DLE para diminuir a hipovolemia, baixar a pressão e melhorar a vascularização interplacentária.

- Atenção à dieta: normocalórica e normossódica. Em pacientes hipertensas crônicas e DHEG, a dieta deve ser hipossódica.

- Administrar ou orientar o uso de hipotensores e sedativos, conforme prescrição médica.

- Verificar proteinúria semanalmente ou de acordo com o estado da paciente.

- Estimular e encorajar a paciente a aceitar o seu plano terapêutico, colocar suas dúvidas e seus anseios, aliviando, assim, a ansiedade.

No caso de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia:

- Observar dieta leve ou jejum, não oferecer líquido a menos que a paciente esteja totalmente consciente.

- Orientá-la a manter-se em repouso no leito, deixando a paciente tranquila, e restringir visita, se necessário.

- Eliminar luzes fortes e ruídos do quarto, evitar correntes de ar e muitas pessoas da equipe que prestam assistência à paciente.

- Proteger a paciente de eventuais traumatismos que podem ser causados durante a convulsão, evitando também que ela fique sozinha.

- Administrar líquidos conforme prescrição e orientação, assim como hipotensores, anticonvulsivantes, sedativos, antibióticos, de acordo com a necessidade e prescrição.

- Estabelecer oxigenoterapia contínua e cateterismo vesical para avaliação da função renal.

- Instalar e controlar punção venosa central (PVC), além de controle rigoroso dos sinais vitais e BCF, observando e anotando também sinais como escotomas e sonolência.

- Manter material de emergência à mão.

- Requisitar tipagem sanguínea, fator Rh, prova cruzada e solicitar reserva de sangue (se necessário).

- Requisitar dosagem de ureia, creatinina, ácido úrico e proteínas sanguíneas, assim como Hb e Ht, solicitando também outros exames complementares.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Risco de lesão materna relacionado à disfunção de órgão ou de sistema causada por aumento da pressão arterial. A enfermagem deve verificar a pressão arterial a cada duas horas ou de acordo com as condições da paciente e orientação, orientando para que ela permaneça em repouso em decúbito lateral esquerdo (DLE).

- Volume de líquidos excessivo relacionado à hipertensão. O enfermeiro deve monitorar a pele para sinais de úlcera de pressão, investigar evidências de acúmulo venoso, orientar a paciente a elevar o membro edemaciado sempre que possível e quando não existe contraindicação, investigar a ingestão alimentar e hábitos que facilitam a retenção de líquidos.

Sulfato de magnésio ($MgSO_4$)

Na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o sulfato de magnésio age como uma elevação da frequência cardíaca materna e diminuição da pressão arterial sistólica, diastólica e média. Os cuidados de enfermagem são:

- Verificar sinais vitais antes, durante e após a infusão do medicamento.
- Auscultar BCF e observar movimentação fetal.
- Solicitar e explicar os benefícios do decúbito lateral esquerdo.
- Se atentar para a presença de sangramento e/ou perdas vaginais de líquido amniótico.
- Realizar controle do balanço hídrico.
- Identificar e anotar a presença e localização de edema.
- Alertar para sinais de convulsão.
- Ficar atento aos sinais depressivos do sistema nervoso central.
- Controlar diurese que deve estar maior que 30 ml/h.
- Verificar presença de reflexo patelar e se a frequência respiratória

está no mínimo 16 rpm, deixar preparado o antagonista do sulfato de magnésio, que é o gluconato de cálcio à beira do leito.

Pesquise mais

Para saber mais sobre a Síndrome Hellp, consulte o link disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_revision2.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2018.

A respeito do uso do sulfato de magnésio, acesse o link disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300018>. Acesso em: 18 out. 2017.

Isoimunização pelo fator RH

Durante o parto, a passagem de hemácias Rh positivas para a corrente sanguínea da mãe negativa, pela placenta, estimula a formação de anticorpos pelas células do sistema retículo-endotelial, ocorrendo então a isoimunização materna. Como estes anticorpos se mantêm na corrente sanguínea da mãe, em uma próxima gravidez, os anticorpos Rh atacam os glóbulos vermelhos do feto, causando então a doença hemolítica.

A profilaxia se dá pela administração intramuscular de imunoglobulina anti-Rho (D) até 72 horas do parto ou aborto. Administra-se também durante a gestação de mulheres Rh negativas e Coombs indireto negativo, com marido positivo, entre 28 e 34 semanas.

No pré-natal deve-se solicitar o Coombs indireto na primeira consulta, em casos de paciente Rh negativo. Se for negativo o resultado, repetir entre 28 e 34 semanas de gestação. No caso de resultado positivo na primeira consulta (paciente sensibilizada) repetir a cada duas semanas a partir das 28 semanas. Internar a paciente se o valor for igual ou superior a 1:32. Se o resultado for positivo no líquido amniótico significa risco aumentado para o feto, e quanto mais alta a titulagem, pior será o prognóstico do feto.

A conduta deve ser:

- Administrar a imunoglobulina anti-Rh até 72 horas após o parto ou aborto, em pacientes Rh negativo, Coombs indireto negativo e RN Rh positivo.

- Providenciar a realização do Commbs indireto a cada 3 meses, com resultado anterior negativo.

- Acompanhar e/ou auxiliar na realização da amniocentese.

- Providenciar realização de dosagem de bilirrubina no líquido amniótico para avaliação da anemia fetal.

O principal diagnóstico de enfermagem para estes casos é:

- Risco de lesão fetal relacionada à incompatibilidade sanguínea materno-fetal. O enfermeiro deve estar atento aos resultados de exames laboratoriais e orientar a paciente para que realize a administração da imunoglobulina anti-Rh no período correto.

Incompetência cervical

Trata-se do defeito mecânico do colo do útero, que se torna incapaz de levar a gravidez até o final, induzindo ao trabalho de parto prematuro ou abortamento (geralmente no 2º trimestre da gravidez).

De maneira geral, a incompetência istmo-cervical não gera sintomas, é suspeitado após uma ou mais perdas sem motivo aparente. O diagnóstico é realizado durante a gravidez por meio do exame de ultrassom transvaginal, em que é feita a medida do canal cervical em pacientes de risco, isto é, naquelas gestantes com evidências de encurtamento do canal cervical ao toque vaginal. Deve-se suspeitar e consequentemente investigar a incompetência istmo-cervical naquelas gestantes com história de abortamento de repetição.

A conduta deve ser tratamento médico com a sutura em forma de bolsa que reforça o colo do útero e impede sua dilatação ou relaxamento, chamado de cerclagem, e deve ser realizado entre 14 e 18 semanas, quando o risco maior de perda espontânea já passou.

Antes da cerclagem, a paciente deve manter repouso, investigar possível amniorrexe prematura (ruptura prematura das membranas) e contrações uterinas. Após a cirurgia, a paciente deve manter repouso absoluto em posição de Trendelenburg, manter cateterismo vesical nas primeiras 24 horas, verificar aminiorrexe, contrações e sangramentos excessivos. A paciente deve ser orientada à abstenção sexual até a próxima avaliação (15 dias), possibilidade de pequenas manchas de sangue devido à incisão; além disso, ela não deve realizar duchas vaginais. Retirar os pontos em casos de amniorrexe, início de trabalho de parto, presença de sinais de infecção e quando o feto estiver maduro.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Risco de sangramento relacionado às complicações relativas à gravidez. O enfermeiro deve monitorar a perda vaginal da paciente atentando-se para os sinais de choque, orientando também a paciente.

- Deambulação prejudicada relacionada à necessidade de repouso. O enfermeiro deve monitorar o repouso e orientar a paciente a permanecer em DLE.

Mola hidatiforme

Trata-se de uma anomalia do desenvolvimento placentário que resulta na conversão das vilosidades coriônicas e uma massa, com

aspecto de uvas, e precede um tumor maligno do trofoblasto, com tendência à metástase rápida. Sua incidência é maior em mulheres com mais de 45 anos e a cada 2.000 gestações.

As manifestações clínicas são: sangramento de pouco a grande volume, crescimento do útero desproporcional e ocorrências de pré-eclâmpsia grave no início do 2º trimestre. O diagnóstico é feito pela palpação e pela ultrassonografia, em que se nota a ausência de partes fetais e nível elevado de gonadrotofina coriônica do plasma (100 dias ou mais após o último período menstrual). Deve-se também excluir a possibilidade de gravidez gemelar.

A conduta deve ser: controlar o sangramento devido ao abortamento, providenciar reserva de sangue (se for necessário), solicitar tipagem sanguínea, fator Rh e prova cruzada. Após abortamento revisar a cavidade uterina seguida de curetagem, preparar para uma possível histerectomia ou histerotomia (se a mola não for eliminada), solicitar exame histológico do material coletado. Monitorar os níveis de gonadrotofina coriônica: observar se os níveis estão altos, pois aí a curetagem é indicada e o tecido examinado. Após isso, encaminhar e orientar a paciente para que use método anticoncepcional a fim de evitar a gravidez por, pelo menos, um ano.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Risco de sangramento relacionado a complicações relativas à gravidez. O enfermeiro deve monitorar a perda vaginal da paciente atentando-se para os sinais de choque, orientando também a paciente.

- Volume de líquidos deficiente relacionado à perda de sangue secundária à atonia uterina. O enfermeiro deve monitorar a perda vaginal da paciente atentando-se para os sinais de choque, orientando também a paciente.

Crescimento intrauterino restrito (CIUR)

Trata-se de casos em que o recém-nascido possui baixo peso ou é pequeno para a idade gestacional (PIG), com peso menor ou igual a 2.500 gramas, neste caso é independente da idade gestacional. Isto ocorre devido ao inadequado funcionamento da placenta, o que acarreta em crescimento restrito. Os recém-nascidos são classificados com a época do parto como:

- Pré-termo: parto com menos de 37 semanas.

- Termo: parto entre 38 a 41 semanas.

- Pós-termo: parto com mais de 42 semanas.

A classificação quanto ao tamanho do recém-nascido ao nascer é:

- PIG: pequeno para a idade gestacional.

- AIG: adequado para a idade gestacional.

- GIG: grande para a idade gestacional.

Os fatores que predispõem são: hipertensão arterial, malformação fetal, infecções, alteração da placenta, tabagismo, fatores nutricionais e intoxicações. O diagnóstico pode ser feito por meio de:

- Observação clínica: exames obstétricos regulares como altura uterina e palpação abdominal, conhecimento da data da última menstruação (DUM) e pesquisa de antecedentes.

- Exames para controle de vitalidade (amnioscopia, BCF) e maturidade fetal (amniocentese).

A conduta para este tipo de situação é:

- Administração de hipotensores no caso de hipertensão, conforme prescrição médica.

- Manter repouso no leito.

- Apoio psicológico, tranquilização e atividades educativas para a paciente.

- Além do tratamento da doença, estimular medidas para melhorar a nutrição intrauterina do feto como uma dieta hiperproteica e administração de sulfato ferroso e ácido fólico durante a gravidez, de acordo com a prescrição médica.

O principal diagnóstico de enfermagem para estes casos é:

- Risco de lesão materna relacionado à disfunção de órgão ou de sistema causada por aumento da pressão arterial. A enfermagem deve verificar a pressão arterial a cada duas horas ou de acordo com as condições da paciente e orientação, orientando para que ela permaneça em repouso em decúbito lateral esquerdo (DLE).

Gravidez ectópica

Trata-se da fertilização do óvulo implantando fora da cavidade uterina, e acomete uma a cada 300 gestações. Pode ser classificada como: tubária, abdominal, ovariana, cervical e mista

(extra e intrauterina). Os fatores que predispõem são tubários (ex: endometriose) e ovarianos (implantação precoce).

As manifestações clínicas variam de acordo com o local da implantação do óvulo fecundado, suspeitando com presença de sangramento e dor após 7 a 8 semanas da amenorreia. No caso de gravidez tubária rota (nas 12 primeiras semanas geralmente), os sinais e sintomas são: dor penetrante que irradia para o ombro e nuca, náuseas, vômitos, desmaios, massa pélvica palpável (lateral ou posterior ao útero), choque e temperatura normal ou baixa.

A maioria dos casos de gravidez ectópica pode ser detectada por meio de exame pélvico, ultrassonografia e exames de sangue.

A conduta neste caso seria:

- Preparar o paciente para exame de confirmação e cirurgia.

- Observar alterações no estado geral da paciente.

- Controlar os sinais vitais.

- Alertar-se para sintomas de choque iminente.

- Observar sangramento vaginal.

- Realizar cateterismo venoso com cateter calibroso para administrar sangue e líquidos rapidamente.

- Administrar analgésicos se necessário e conforme prescrição médica.

- Solicitar tipagem sanguínea e prova cruzada, assim como Hb e Ht e hemograma completo.

- Disponibilizar sangue, se necessário, para utilização.

Os principais diagnósticos de enfermagem para estes casos são:

- Dor aguda relacionada à ruptura dos tecidos pélvicos. O enfermeiro deve explicar as causas da dor, discutir métodos e medicação a fim de reduzir o desconforto, ensinar métodos de distração durante a dor e medidas não invasivas para o alívio.

- Medo relacionado à perda da gravidez e à ameaça de infertilidade.

- Volume de líquidos deficiente relacionado ao sangramento. O enfermeiro deve orientar a paciente, estimular a expressão dos sentimentos e incentivar respostas que reflitam a realidade.

Sem medo de errar

O grupo de alunos da professora Glória é muito dedicado e já conseguiu compreender a respeito dos principais cuidados com a paciente em período pré-natal, por isso está mais seguro para seguir com os próximos desafios. Vimos que desta vez a professora Glória apresentou aos alunos a paciente Luciana que se encontra internada devido a uma infecção do trato urinário (ITU). Diante disso, Glória solicitou aos alunos que listem quais os cuidados que devem ser prestados à paciente com ITU. São eles:

- Instruir a paciente a coletar urina com antissepsia e solicitar urina e antibiograma.

- Após coleta da urina, prescrever ou administrar antibiótico adequado.

- Ao término do antibiótico, coletar novamente cultura de urina.

- Orientar o aumento da ingestão hídrica (de 3 a 4 litros por dia).

- Manter acesso venoso permeável para hidratação e inibir o trabalho de parto.

- Controle rigoroso de temperatura e avaliação da dinâmica uterina.

- Observar se existe perda vaginal.

- Orientar paciente a permanecer em decúbito lateral esquerdo (DLE) aumentando assim o fluxo renal.

- Acompanhar o tratamento com coleta de hemograma, sempre comparando-o ao anterior.

Avançando na prática

Sangramento vaginal

Descrição da situação-problema

Paciente Andreia, 45 anos, gestante, encontra-se internada devido a um sangramento e crescimento desproporcional do útero. Qual é o possível diagnóstico e definição desta patologia?

Resolução da situação-problema

Mola hidatiforme: trata-se de uma anomalia do desenvolvimento placentário que resulta na conversão das vilosidades coriônicas e uma massa, com aspecto de uvas, e precede um tumor maligno do trofoblasto, com tendência à metástase rápida. Sua **incidência** é maior em mulheres com mais de 45 anos e a cada 2.000 gestações.

Faça valer a pena

1. Trata-se de casos em que o recém-nascido possui baixo peso ou é pequeno para a idade gestacional (PIG), com peso menor ou igual a 2.500 gramas, neste caso, é independente da idade gestacional. Isto ocorre devido ao inadequado funcionamento da placenta, o que acarreta em crescimento restrito.
A qual patologia o texto-base se refere? Assinale a alternativa correta:

a) Crescimento intrauterino restrito (CIUR).
b) Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG).
c) Gravidez ectópica.
d) Isoimunização pelo fator RH.
e) Mola hidatiforme.

2. _____: trata-se do defeito mecânico do colo do útero, que se torna incapaz de levar a gravidez até o final, levando ao trabalho de parto prematuro ou abortamento (geralmente no 2º trimestre da gravidez). A _____ deve ser tratamento médico com a sutura em forma de bolsa que reforça o colo do útero e impede sua dilatação ou relaxamento, chamado de _____, e deve ser realizada entre 14 e 18 semanas, quando o risco maior de perda espontânea já passou.
Leia com atenção o texto-base e preencha as lacunas com as palavras corretas, assinalando a alternativa correspondente:

a) Incompetência cervical – conduta – curetagem
b) Mola hidatiforme – conduta – cerclagem
c) Incompetência cervical – conduta – cerclagem
d) Mola hidatiforme – conduta – curetagem
e) Infecção do trato urinário – conduta – cerclagem

3. 1. A principal e a anemia mais comum na gestação se deve pela carência de ferro, denominada anemia ferropriva. Para a mãe, diminui a capacidade de cicatrização, diminui a resistência contra infecções, aumenta o índice de complicações hemodinâmicas, aumenta o índice de partos operatórios

e aumento do número de aborto, parto prematuro e toxemia gravídica (pré-eclâmpsia e eclâmpsia).
PORTANTO
2. O bebê pode nascer pequeno para a idade gestacional (PIG), haver aumento do índice de sofrimento fetal, lesão neurológica e mortalidade perinatal.
Analise as asserções acima e assinale a alternativa correta:

a) A 1 é falsa e a 2 é verdadeira.
b) A 1 é verdadeira e a 2 é falsa.
c) 1 e 2 são verdadeiras e não se complementam.
d) 1 e 2 são falsas e se complementam.
e) 1 e 2 são verdadeiras e se complementam.

Seção 2.3

Patologias obstétricas

Diálogo aberto

Como vimos, a Universidade Saber é uma das maiores instituições de ensino do país e possui um grande número de alunos matriculados, os quais fazem estágio. No mesmo local e *campus* da faculdade, que contempla os cursos da saúde, encontra-se o Hospital Universitário, o qual é municipal e atende a pacientes de convênios e do SUS, sendo os últimos a maioria.

Neste ano, os alunos de uma turma de enfermagem já iniciaram seu estágio na área da saúde da mulher e estão conhecendo este fantástico universo de aprendizado, curioso e rico de informações, diferente do aprendizado que tiveram até agora em sua jornada.

Nesta semana, o grupo de alunos da professora Glória assumiu os cuidados da paciente Maria, que se encontra hospitalizada devido a uma hiperemese gravídica. Por isso a professora indagou aos seus alunos: o que é uma hiperemese gravídica, quais são seus sinais e sintomas e quais os cuidados que devemos ter com esse tipo de paciente?

Vamos então ajudar este grupo de alunos a encontrar as respostas! Bons estudos!

Não pode faltar

Vamos agora continuar a estudar a respeito das patologias obstétricas e os cuidados que devemos ter com cada uma delas, auxiliando assim a responder aos questionamentos levantados.

Hiperemese gravídica

Trata-se de uma condição clínica de alto risco que se caracteriza por vários episódios de vômitos, os quais podem gerar graves alterações hidroeletrolíticas e nutricionais para a gestante. Os **fatores que predispõem** são: níveis elevados no primeiro trimestre de gonadotrofina coriônica, aumento dos níveis de estrógeno e

progesterona e insuficiência relativa de adrenocortical. Existem também os fatores psicossomáticos e os alérgicos.

As **manifestações clínicas** são perda de peso, alcalose metabólica (devido à perda do suco gástrico), acidose (devido à diminuição do aporte nutricional) e desidratação. A **conduta de enfermagem** deve ser: discutir as angústias com a paciente oferecendo apoio, instruir a paciente quanto à alimentação fracionando-a. A enfermagem deve orientar a paciente a não ficar de estômago vazio ou consumir alimentos ácidos. Ela deve ser orientada também a ingerir alimentação leve e usar o medicamento antiemético prescrito.

Reflita

Nos casos em que a doença esteja moderada ou grave deve-se providenciar a hospitalização juntamente a um ambiente terapêutico, dependendo do caso até restringindo visitas a fim de diminuir sua angústia. Deve-se providenciar também um acompanhamento psicológico, pois o vômito pode ser um sinal de rejeição à gravidez.

Ainda nos casos moderados ou graves, a enfermagem também deve instalar e manter um cateterismo venoso a fim de administrar líquidos e eletrólitos para a paciente, administrar sedativos, anti-histamínicos e antieméticos, se necessário e prescrito, oferecer gargarejo com frequência, servir alimentos quentes, evitar alimentos gordurosos, manter ambiente ventilado, retirar os pratos ao término da refeição, realizar balanço hídrico, controlar ingestão de líquidos e o volume da diurese, observar sinais de agravamento da doença como: febre alta, delírio, hemorragia da retina, taquicardia, taquipneia e oligúria. Deve-se também realizar controle frequente dos sinais vitais e, em casos extremos, pode-se introduzir a nutrição parenteral (NPP).

Os diagnósticos de enfermagem são: nutrição menor que as necessidades corporais, volume de líquido deficiente e náusea.

Pós-datismo e gravidez prolongada

A gestação entre 40 e 42 semanas é chamada de pós-datismo, já a gravidez prolongada assim é chamada quando a gestação atinge ou ultrapassa 42 semanas. A função da placenta atinge seu pico em média nas 36 semanas de gestação, portanto, a gravidez prolongada pode

ser **classificada** em fisiológica (quando não há disfunção placentária) e patológica (quando há insuficiência da placenta que compromete o feto).

Quanto à incidência, constata-se que mortalidade perinatal é até três vezes maior em gravidez prolongada, ocorre em maior número em primíparas com mais de 35 anos de idade e em gestantes com complicações como hipertensão e isoimunização Rh.

As **complicações** que podem ocorrer são: distocia de apresentação (de nádegas ou face), desproporção cefalopélvica (após a data provável do parto – DPP – o feto continua crescendo e a falta de encaixe e desproporção acaba atrasando o desencadeamento do trabalho de parto), disfunção placentária (feto nasce menor do que o esperado) e morte fetal pela insuficiência da placenta.

A **conduta** com este tipo de paciente é: estabelecer corretamente a idade gestacional (IG) e DPP, reavaliar as gestantes primíparas, verificar se existe distocia, complicação clínica ou sofrimento fetal. Deve-se também controlar frequentemente o BCF do feto até 42 semanas e orientar quanto à parada ou diminuição dos movimentos fetais.

A interrupção da gravidez pode ser uma decisão do médico, se: houver antecedentes de óbito intrauterino nas mesmas condições, sinais de sofrimento fetal, indução de parto frustrada e possibilidade de expulsão vaginal com complicação. Deve-se também avaliar a maturidade e/ou falência da placenta de maneira precoce (a fim de evitar danos ao feto).

Trabalho de parto prematuro (TPP)

Trata-se do início do trabalho de parto antes das 37 semanas de gestação. O nascimento prematuro, isto é, antes da hora, ainda é um problema da obstetrícia, sendo que 2/3 dos casos são de ordem espontânea.

As **manifestações clínicas** se apresentam com contração uterina regular e palpável, alterações no colo uterino progressivas e, em alguns casos, amniorrexe prematura de membranas (conforme vamos estudar).

O diagnóstico não é simples de ser feito, pois se baseia nas contrações uterinas, dilatação e esvaecimento cervical. A decisão de se prolongar a gestação deve ser analisada de maneira cuidadosa para que se leve em consideração os riscos por meio de uma análise das condições materno fetais. Para inibir as contrações, a gestante deve ser

internada e mantida em repouso no leito e tratar a sua causa.

Alguns exames devem ser feitos, entre eles: ultrassom (para dúvidas em relação à idade gestacional e/ou crescimento fetal), cardiotocografia fetal (para a viabilidade fetal), amniocentese (quando houver dúvida quanto à maturidade fetal ou à presença de corioamnionite), urina tipo I, cultura de urina, exame bacterioscópico e cultura do conteúdo vaginal (devido às infecções).

A **conduta** neste tipo de caso é: hospitalização da paciente, repouso em DLE, cateterismo venoso contínuo, administração de medicamentos conforme prescrição, que podem ser sedativos, ringer lactato e corticoidoterapia (entre 28 e 34 semanas). Deve-se observar também se há rotura de membranas amnióticas, avaliar dinâmica uterina de maneira regular, avaliar alterações do colo uterino e realizar controle regular do BCF.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito de **trabalho de parto prematuro (TPP)**

Acesse o link disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000900010>. Acesso em: 30 out. 2017.

Placenta prévia

Trata-se da maior causa de hemorragias no último trimestre da gestação, em que a placenta está implantada no segmento uterino inferior, cobrindo assim de maneira parcial ou total o orifício cervical interno. Esta pode ser classificada em três tipos:

- Placenta prévia total: neste caso, a placenta cobre todo o orifício cervical interno.

- Placenta prévia parcial: neste caso, a placenta cobre de maneira parcial o orifício cervical interno.

- Placenta marginal ou implantação baixa da placenta: quando a placenta se encontra implantada sobre a região do orifício cervical interno, mas sem se estender além das margens; é possível apalpá-la na exploração digital em volta do colo do útero.

Os **fatores que predispõem** não são muito conhecidos, porém a idade avançada e a multiparidade são fatores que favorecem este tipo de ocorrência. As manifestações clínicas são: hemorragia vaginal sem dor, que pode começar de maneira difusa, a qual é causada pela separação da placenta devido a alterações que ocorrem no segmento uterino inferior, nos últimos meses da gestação.

Exemplificando

A hemorragia seguinte é sempre maior que a anterior, e no caso de placenta prévia total, o sangramento é mais intenso e aparece de maneira mais precoce. Esta ocorre com frequência após o 7º mês de gestação.

A **conduta de enfermagem** deve ser: assegurar-se de que não estão presentes outras causas de hemorragia, realizar exame especular para se certificar de condições, por exemplo, laceração vaginal. Não se deve introduzir o dedo no canal cervical, providenciar exame de ultrassom para confirmação de diagnóstico e o tipo, estabelecendo também de maneira mais precisa a idade gestacional.

As demais condutas são providenciar hospitalização, manter repouso, controlar rigorosamente o sangramento vaginal, realizar toque vaginal somente em ambiente cirúrgico ou próximo de uma sala preparada para uma emergência. Se por acaso o feto for inviável, manter repouso e controlar o BCF e o sangramento. Já no feto a termo, normalmente é realizado o parto cesárea.

Além destas já mencionadas deve-se também solicitar tipagem sanguínea, prova cruzada e fator Rh, disponibilizar sangue, realizar transfusão quando indicado, solicitar dosagem de Hb e Ht, manter cateter venoso periférico, controlar administração de líquidos, administrar antiespasmódico se necessário e prescrito, reavaliar as condições de mãe e feto a cada sangramento, ficar alerta com sinais de choque (palidez, taquicardia, extremidades frias), avaliar a evolução do trabalho de parto, monitorar o BCF, observar terceiro e quarto período (atonia uterina, sendo necessário administrar oxitocina) e orientar a família para reduzir a ansiedade e manter a colaboração.

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

Trata-se de uma complicação que ocorre normalmente na segunda metade da gestação quando a placenta se separa da parede uterina. Se o descolamento ocorrer nas margens da placenta, o sangue flui para o exterior (sob as membranas e através do canal cervical) causando hemorragia externa. Se o descolamento ocorre na parte central uma grande quantidade de sangue se acumula atrás da placenta, causando então a hemorragia oculta.

As **manifestações clínicas** são: hemorragia intensa ou discreta, dor intensa e súbita, sensibilidade e rigidez do útero, contrações uterinas espontâneas, movimentos fetais excessivos devido anóxia, ausência de BCF ou bradicardia e choque.

Os **fatores que predispõem** são toxemia, traumatismos, mau uso de oxitocina na indução do parto, amniorrexe repentina, parto gemelar (quando ocorre trauma da segunda placenta) e tração da placenta.

O diagnóstico de DPP pode ser feito por meio de exames de ultrassom, hemograma completo, monitoramento fetal, tempo parcial de tromboplastina (tempo em que a protrombina será convertida em trombina para a formação do coágulo) e exame pélvico.

A conduta deve ser:

- Controle de sangramento e sinais de choque: verificar sinais vitais e BCF, avaliar a perda de sangue e comparar com sinais vitais, manter cateter venoso periférico para sangue ou líquidos, avaliar hemograma que deve ser solicitado, avaliar dosagem de fibrinogênio plasmático frequentemente (observar alteração de coagulação, sendo necessário, às vezes, a administração de heparina), aliviar a dor com administração de analgésicos com cautela.

- Acompanhar a indução do parto quando necessário: auxiliar no parto, estabelecer oxigenoterapia, administrar antiespasmódico e oxitocina quando indicado e prescrito.

- Realizar o controle da altura uterina devido ao hematoma.

- Realizar o controle rigoroso dos sinais vitais, tônus uterino, sinais de infecção e controle do débito urinário, a fim de evitar complicações no pós-parto.

RPM ou amniorrexe prematura

Trata-se da rotura das membranas amnióticas de maneira espontânea com saída de líquido, às vezes, discreta por isso pode ser confundida com perdas vaginais habituais. A amniorrexe causa um risco de infecção ovular ou dilatação do colo do útero de maneira precoce, o que leva ao trabalho de parto prematuro.

O **diagnóstico** é feito por meio de anamnese, exame especular com ampla e minuciosa observação do colo, sendo que podem ser realizados testes com o líquido, como:

- Teste do pH vaginal: utilizando fenol vermelho a 0,1%. Coloca-se a paciente em posição ginecológica e o espéculo, enxugar o fundo do saco uterino com gaze estéril e pingar algumas gotas de fenol vermelho na gaze. Se o líquido for alcalino (líquido amniótico) a gaze fica rosada. Se o teste for negativo introduzir uma gaze na vagina e repetir o teste depois de duas a três horas.

- Teste de cristalização do líquido amniótico: colocar a paciente em posição ginecológica e o espéculo, coletar material na lâmina e deixar secar, aquecendo ligeiramente; realizar a análise microscópica.

O diagnóstico pode ser feito também por meio do exame de ultrassonografia, que diagnostica o oligoâmnio (redução do líquido amniótico) ou anidrâmnio (ausência de líquido).

A **conduta de enfermagem** deve ser:

- No caso de feto imaturo: manter repouso absoluto no leito, orientar abstinência sexual e duchas ou banhos de imersão, orientar e alertar a paciente a respeito de contrações uterinas, controlar temperatura e pulso várias vezes ao dia, orientar a respeito do aspecto do líquido amniótico (por exemplo, com mecônio), realizar cardiotocografia a cada dois dias, evitar toque vaginal e requisitar exames como leucograma, coagulograma, proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS).

- No caso de feto maduro: providenciar hospitalização, reduzir o número de toques, controlar temperatura, controlar BCF, controlar dinâmica uterina, observar sinais e sintomas de infecção, administrar corticoide para a maturidade fetal, realizar profilaxia com antibiótico prescrito, observar aspecto do líquido e observar se não há prolapso de cordão.

Obs.: Em ambos os testes, a presença de sangue os invalida.

Abortamento

Trata-se do término da gestação antes que se torne viável (22 semanas). Os **fatores que predispõem** são: ovulares (óvulos ou espermatozoides defeituosos), insuficiência de progesterona, infecções, traumas e incompetência cervical. A **classificação** se dá como: ameaça de abortamento e vários tipos de abortamento como: inevitável, habitual, incompleto, completo, provocado, terapêutico, infectado e retido.

Os sinais e sintomas são cólicas por um tempo mais prolongado, sangramento por mais de duas semanas, sangramento mais intenso do que uma menstruação, dor prolongada e intensa, febre, mal-estar, calafrios e desmaio.

Os diagnósticos podem ser por meio das síndromes hemorrágicas do primeiro trimestre da gravidez, como a gestação ectópica e a doença trofoblástica gestacional. Na gestação ectópica, a suspeita diagnóstica é realizada quando o β-HCG sanguíneo é positivo e não há achado de gestação intrauterina. No caso da gestação molar, se caracteriza por sangramento, útero habitualmente maior do que o esperado para idade gestacional e achado de vesículas ao exame de ultrassom. O diagnóstico é confirmado pelo exame anatomopatológico do material de abortamento.

As **complicações** do abortamento são: hemorragias e grande proporção, perfurações uterinas, úlceras do colo provocadas por comprimido de permanganato e infecções como endometrite e salpingite. Temos também as tardias (esterilidade secundária à salpingite), dor pélvica, transtornos de menstruação e salpingite crônica e as obstétricas (inserção anormal da placenta, parto prematuro, abortamento habitual, complicações na dequitação placentária e sinéquias, que são a união de duas paredes da cavidade uterina).

A **conduta** deve ser: providenciar hospitalização, controlar sinais vitais de maneira frequente, avaliar sangramento, verificar presença de embrião em meio aos coágulos, estabelecer cateterismo venoso a fim de administrar líquidos, sangue, antibióticos e analgésicos, de acordo com o caso e a necessidade.

Assimile

- Pré-operatório: o enfermeiro deve solicitar tipagem sanguínea, fator Rh e prova cruzada, fazer a reserva de sangue, preparar a paciente para a curetagem (esvaziamento do útero com auxílio da cureta) oferecer apoio, observar sinais de infecção, solicitar e verificar hemograma e eventual hemocultura. O enfermeiro deve preparar a paciente para o procedimento retirando toda a sua vestimenta e seus pertences, encaminhar ao centro obstétrico somente com forro e camisola em maca cirúrgica.

- Pós-operatório: o enfermeiro deve verificar se as mamas estão túrgidas providenciando a medicação para inibir a lactação, orientar a não estimular a ordenha e realizar o enfaixamento mamário. Deve-se também observar o sangramento vaginal, aspecto e quantidade.

Óbito fetal intrauterino

Trata-se da morte do feto, como o nome diz, ainda dentro do útero. É importante conhecer a causa para evitar que se repita. As **causas maternas** podem ser: hipertensão arterial, nefropatia, hipertensiva específica da gestação (DHEG), diabetes, incompatibilidade do fator Rh e diversos tipos de infecções. Já as **causas ovulares** podem ser: malformações, algumas patologias de uma artéria umbilical, infecção amniótica, placenta prévia, DPP, gravidez prolongada com anóxia. E, por fim, as causas obstétricas. Trata-se, principalmente, de anóxia por qualquer patologia, hipertonia uterina, gemelaridade, intercorrências no parto etc.

O **diagnóstico** se faz pela ausência de BCF e por meio do exame clínico, incluindo: ausência de BCF e movimentos fetais, útero relaxado, discordância entre tamanho do útero e idade gestacional, acavalgamento dos ossos do crânio, líquido avermelhado à amnioscopia ou amniocentese. O ultrassom e a cardiotocografia também são utilizadas para a confirmação.

A **conduta** é tentar manter a bolsa amniótica íntegra o maior tempo possível, administrar misoprostol via oral ou via vaginal, conforme prescrição (normalmente 200 mcg em fundo de saco posterior com até quatro administrações em um intervalo de quatro horas. Após a expulsão, encaminhar pedido de exame anatomopatológico e bacteriológico da placenta e encaminhar pedido de necropsia fetal.

Devemos ainda oferecer à paciente apoio psicológico, observar se existe lactação e providenciar medicação para inibi-la, assim como preparar o enfaixamento mamário. Se não houver a completa expulsão, a paciente deve ser levada ao centro obstétrico para que se faça a curetagem e retirada de restos placentários, quando necessário.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito deste assunto, consulte o "Manual do Ministério da Saúde de Atenção Básica: cadernos de atenção ao pré-natal de baixo risco". Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

Sem medo de errar

Como vimos, nesta semana, o grupo de alunos da professora Glória assumiu os cuidados da paciente Maria, que se encontra hospitalizada devido a uma hiperemese gravídica. Por isso a professora indagou aos seus alunos: o que é uma hiperemese gravídica, quais são seus sinais e sintomas e quais os cuidados que devemos ter com este tipo de paciente?

Trata-se de uma condição clínica de alto risco que se caracteriza por vários episódios de vômitos, os quais podem gerar graves alterações hidroeletrolíticas e nutricionais para a gestante. Os fatores que predispõem são: níveis elevados no primeiro trimestre de gonadotrofina coriônica, aumento dos níveis de estrógeno e progesterona e insuficiência relativa de adrenocortical. Existem também os fatores psicossomáticos e os alérgicos.

As **manifestações clínicas** são perda de peso, alcalose metabólica (devido à perda do suco gástrico), acidose (devido à diminuição do aporte nutricional) e desidratação. A **conduta de enfermagem** deve ser: discutir as angústias com a paciente oferendo apoio, instruir a paciente quanto à alimentação, indicar a ingestão de um café da manhã leve, administrar e orientar o uso de medicamento antiemético prescrito.

Ainda nos casos moderados ou graves, a enfermagem também deve instalar e manter um cateterismo venoso a fim de administrar líquidos e eletrólitos para a paciente, administrar sedativos, anti-histamínicos

e antieméticos se necessário e prescrito, oferecer gargarejo com frequência, servir alimentos quentes, evitar alimentos gordurosos, manter ambiente ventilado, retirar os pratos ao término da refeição, realizar balanço hídrico, controlar ingestão de líquidos e o volume da diurese, observar sinais de agravamento da doenças como: febre alta, delírio, hemorragia da retina, taquicardia, taquipneia e oligúria. Deve-se também realizar controle frequente dos sinais vitais e, em casos extremos, pode-se introduzir a nutrição parenteral (NPP).

Avançando na prática

Óbito fetal intrauterino

Descrição da situação-problema

Neste mesmo setor, em um quarto separado, encontra-se a paciente Nívia, que está internada, pois é portadora de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e sentiu que os movimentos fetais estavam ausentes há três dias, quando se detectou ausência de BCF, portanto, qual é o possível diagnóstico desta paciente? Quais são as causas, o diagnóstico e a conduta?

Resolução da situação-problema

Trata-se da morte do feto, como o nome diz, ainda dentro do útero. É importante conhecer a causa para evitar que se repita. As **causas maternas** podem ser: hipertensão arterial, nefropatia, DHEG, diabetes, incompatibilidade do fator Rh e diversos tipos de infecções. Já as **causas ovulares** podem ser: malformações, algumas patologias de uma artéria umbilical, infecção amniótica, placenta prévia, DPP, gravidez prolongada com anóxia. E, por fim, as causas obstétricas, pois se trata principalmente de anóxia por qualquer patologia, hipertonia uterina, gemelaridade, intercorrências no parto etc.

O **diagnóstico** se faz pela ausência de BCF e por meio do exame clínico, incluindo: ausência de BCF e movimentos fetais, útero relaxado, discordância entre tamanho do útero e idade gestacional, acavalgamento dos ossos do crânio, líquido avermelhado à amnioscopia ou amniocentese.

A **conduta** é tentar manter a bolsa amniótica íntegra o maior tempo possível, administrar misoprostol via oral ou via vaginal, conforme

prescrição (normalmente 200 mcg em fundo de saco posterior com até quatro administrações em um intervalo de quatro horas). Após a expulsão, encaminhar pedido de exame anatomopatológico e bacteriológico da placenta e encaminhar pedido de necropsia fetal. Devemos ainda oferecer à paciente apoio psicológico, observar se existe lactação e providenciar medicação para inibi-la, assim como providenciar o enfaixamento mamário.

Faça valer a pena

1. Trata-se da rotura das membranas amnióticas de maneira espontânea com saída de líquido, às vezes, discreta, por isso pode ser confundida com perdas vaginais habituais. Causa um risco de infecção ovular ou dilatação do colo do útero de maneira precoce, o que leva ao trabalho de parto prematuro. De qual definição de patologia o texto-base trata? Assinale a resposta correta:

a) RPM ou amniorrexe prematura.
b) Óbito fetal intrauterino.
c) Placenta prévia.
d) Abortamento.
e) Hipertensiva específica da gestação (DHEG).

2. Quanto ao descolamento prematuro de placenta (DPP):
I. Trata-se de uma complicação que ocorre normalmente na primeira metade da gestação quando a placenta se separa da parede uterina.
II. Se o descolamento ocorrer nas margens da placenta, o sangue flui para o exterior (sob as membranas e através do canal cervical) causando hemorragia externa.
III. Se o descolamento ocorre na parte central, uma grande quantidade de sangue se acumula atrás da placenta, causando então a hemorragia oculta.
Analise as afirmativas do texto-base e, em seguida, assinale a alternativa correta:

a) I e III estão corretas.
b) I e II estão corretas.
c) II e III estão corretas.
d) Somente a III está correta.
e) I, II e III estão corretas.

3. Com relação ao pós-datismo e gravidez prolongada:
1. A gestação entre 40 e 42 semanas é chamada de pós-datismo, já a gravidez prolongada é assim chamada quando a gestação atinge ou

ultrapassa 42 semanas.
PORTANTO
2. A função da placenta atinge seu pico em média nas 36 semanas de gestação, portanto, a gravidez prolongada pode ser classificada em fisiológica (quando não há disfunção placentária) e patológica (quando há insuficiência da placenta que compromete o feto).
Analise as asserções descritas no texto-base e assinale a alternativa correta:

a) A 1 é verdadeira e a 2 é falsa.
b) A 1 é falsa e a 2 é verdadeira.
c) A 1 e a 2 são verdadeiras, mas não se complementam.
d) A 1 e a 2 são falsas, mas se complementam.
e) A 1 e a 2 são verdadeiras e se complementam.

Referências

BITTAR, Roberto Eduardo et.al. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. vol. 27 n. 9. Rio de Janeiro, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000900010>. Acesso em: 24 nov. 2017.

BRASIL. **Caderno do Ministério da Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: EPU, 2007.

CARVALHO, Geraldo Mota de. et. al. **Diagnósticos de intervenções de enfermagem em ginecologia, obstetrícia e neonatologia**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

CORLETA, H. V. E.; KALIL, H. S. B. **Gestação e hipertensão**. Disponível em: <http://www.abcdocorposalutar.com.br/artigo.php?codArt=145>. Acesso em: 4 jun. 2004.

MORTON, P. G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem:** uma abordagem holística. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2007.

MOYET, Lynda Juall Carpenito. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Assistência no pré-parto e parto

Convite ao estudo

Caro aluno, estamos iniciando o estudo de mais uma unidade de ensino, em que o enfoque maior será a obstetrícia. Por isso, a competência técnica desta unidade é conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao pré-parto e ao parto, incluindo os tipos de parto. Ao término deste material, você será capaz de elaborar uma cartilha informativa direcionada aos principais cuidados no pré-parto e os tipos de parto.

Para que isso ocorra de maneira mais efetiva, apresentaremos a seguir um contexto de aprendizagem, facilitando assim o entendimento deste conteúdo tão importante em sua formação.

Para darmos continuidade ao estudo da saúde da mulher, vamos ainda acompanhar a Universidade Saber, que é uma das maiores instituições de ensino do país e possui um grande número de alunos que estuda e faz estágio. No mesmo local e campus da faculdade que contempla os cursos da saúde encontra-se o Hospital Universitário, o qual é municipal e atende pacientes do SUS e de convênios, mas na sua grande maioria do SUS.

Neste ano, os alunos de uma turma de enfermagem já iniciaram seu estágio na área da saúde da mulher e estão conhecendo este fantástico universo de aprendizado, curioso e rico de informações, diferente do aprendizado que tiveram até agora em sua jornada.

Continuaremos então acompanhando a professora Glória, docente que atua nesta universidade há 15 anos, com formação e especialização voltada e dedicada à área da mulher. Ela é

quem está acompanhando os alunos deste semestre em sua prática profissional nesta área.

Os alunos então acabaram de concluir mais uma fase do estágio e estão muito contentes com o aprendizado que estão adquirindo em um campo tão rico e com uma professora tão competente. A partir de agora, começaremos a entrar mais especificamente na área de obstetrícia, em que os cuidados devem ser minuciosos e os detalhes fazem toda a diferença.

Preparados? Então boa sorte!

Seção 3.1

Preparação para o parto

Diálogo aberto

Olá aluno, seja muito bem-vindo a mais uma unidade de estudos da disciplina de saúde da mulher, em que o foco agora será a área de obstetrícia, na qual os alunos da professora Glória irão estagiar no Centro Obstétrico, e os alunos acompanharão as pacientes desde o preparo para o parto, o pré-parto até o momento do nascimento, o parto em si.

Neste momento, eles iniciarão seus trabalhos dando assistência no pré-parto às pacientes que aguardam ansiosamente a chegada de seus bebês, os quais, na maioria das vezes, são muito desejados e esperado. A professora Glória então solicitou que seus alunos assumam os cuidados pré-parto da paciente Renata, que aguarda ansiosamente a chegada de seu primeiro filho. Neste momento, os alunos se perguntam: quais são os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve ter com a paciente neste momento tão importante, a assistência do pré-parto? Esta e outras questões surgirão, portanto, vamos estudar para que possamos sanar todas as dúvidas.

Mãos à obra!

Não pode faltar

A gestação trata-se do período que antecede o parto, em que a mulher passa por diversos tipos de transformação, desde físicas até emocionais. O pré-natal, como vimos, deve ser iniciado o quanto antes e ajuda a evitar possíveis intercorrências no momento do parto, realizando assim uma preparação para este momento. Assim percebemos o quão é importante a preparação para mãe e bebê, pois além de evitar problemas também acompanha o desenvolvimento de todo o ciclo gravídico.

Programas de Preparo para o Parto: existem vários métodos que objetivam acompanhar e preparar a mulher para o parto, assim como durante o período gestacional. No **método de Dick-Read**

existe a necessidade de interromper o processo de medo-tensão-dor, através de algumas etapas como:

I. No início da gestação, transmitir informações à paciente com relação a anatomia e fisiologia da gestação e do parto, esclarecendo assim as dúvidas através de figuras.

II. Nos meses seguintes, esclarecer a respeito do mecanismo fisiopatológico da dor e a relação do sistema nervoso e a angústia (medo e dor).

III. Sugerir a prática de exercícios e relaxamento que ajuda no momento das contrações uterinas.

IV. Orientar a respeito da internação e sobre acionar o obstetra.

V. Seguir passo a passo as fases do trabalho de parto.

VI. Abordar com a paciente as questões religiosas, psicológicas e sociais.

Um outro programa que se chama **método Lamaze** leva em consideração a supressão das emoções negativas, criando assim emoções fortes e positivas, com felicidade, no qual a mulher se adapta ao parto e não se submete. Tudo se associa às contrações uterinas e permite uma participação mais ativa da mulher no trabalho de parto, fazendo com que o medo a e a ansiedade diminuam, e consequente diminuição da dor. Este se constitui de:

I. Informações a respeito das modificações anatômicas do ciclo gravídico-puerperal, reduzindo assim o medo e a ansiedade e tirando a associação de parto com a dor.

II. Ensinar exercícios de fortalecimento e preparo de certos grupos musculares e melhora do estado geral, alívio de dores nas costas e uso eficiente dos músculos na dilatação e saída do bebê e no processo de contração uterina e respiração.

Exercícios de relaxamento

Outro método também utilizado e o mais antigo de preparação para o parto é o da **hipnose**, a utilização desse procedimento favorece uma redução dos períodos de dilatação e expulsão e menor necessidade de medicação sedativa, porém este método demanda muito tempo de condicionamento.

Existe também a técnica de **dessensibilização sistemática**, que

abrange o treinamento do relaxamento muscular e a construção das hierarquias de ansiedade. Temos também a **psicoterapia breve**, um atendimento focal com duração e objetivos predeterminados.

Um outro método seria **Bradley**, que trata este momento como um processo fisiológico e que deve ser vivenciado da maneira mais natural possível, envolvendo de maneira ativa seu parceiro.

E, por último, o **método de Intervenção Psicológica-Educacional (IPE)** que contém elementos do trabalho psicoprofilático, que objetiva a preparação da maternidade e paternidade, a redução da ansiedade no ciclo gravídico-puerperal e o alcance de novos níveis de integração e amadurecimento da personalidade. Esta possui duração de doze sessões e se realiza com pequenos grupos de casais ou, somente em gestantes, a partir do terceiro trimestre da gestação. Ele é composto de transmissão de informações a respeito do ciclo gestacional e puerperal, exercícios de sensibilização corporal e de estética pós-parto com treinamento de técnicas de relaxamento e respiração para o parto, além de grupos de discussão sobre as vivências emocionais.

Métodos e exercícios preparatórios

Para que o parto tenha êxito, é necessário um grande preparo físico e psíquico da mulher, assim com sua participação para que aconteça em boas condições.

- Exercícios de relaxamento: possui a finalidade de diminuir a tensão muscular e melhorar a oxigenação uterina.

- Exercícios respiratórios: temos dois tipos: respiração abdominal lenta e profunda (entre as contrações) e respiração rápida e superficial (para as contrações intensas), sendo capaz de inibir a percepção dolorosa.

- Exercícios para treinamento de expulsão fetal: deve-se ensinar a paciente a fazer força como se fosse evacuar, fazendo com que a energia seja economizada, encurtando a expulsão, diminuindo assim os riscos para o feto.

- Exercícios de fortalecimento da musculatura do abdome: possui a finalidade de fortalecer o diafragma e o músculo do abdome, que acabam realizando pressão sobre o útero e auxiliam na expulsão do feto no momento do parto.

Respiração para o parto: na primeira fase do trabalho de parto, deve-se realizar uma respiração que seja completa no início e no fim de cada contração (inspirando profundamente, expirando lentamente e relaxando todo o corpo). Na intensidade máxima da contração, a paciente deve respirar de maneira lenta e superficial. Respirar normalmente entre as contrações.

Na segunda fase do trabalho de parto, quando a paciente já se encontra fazendo força de maneira ativa e as contrações duram em média 60 segundos, orientamos a paciente a flexionar os joelhos e separa as pernas, com a cabeceira da cama elevada e ombros elevados, fazer uma inspiração profunda e expirar soprando o ar de maneira rápida e profunda. Oriente-a a segurar a respiração e dobrar as pernas contra o abdome segurando com as mãos e cabeça elevada. Mantendo a mesma posição, expirar com a cabeça para trás e iniciar novamente, flexionando a cabeça e prendendo a respiração. Ao término da contração, relaxar o corpo todo.

O papel da enfermagem nesta preparação para o parto é de proporcionar para a paciente o esclarecimento de dúvidas sobre todo o ciclo (parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido), substituir sugestões negativas através da educação da comunidade, condicionar a paciente a responder às contrações com exercícios e relaxamento, assegurar apoio da equipe para a paciente, desenvolver na paciente seu papel ativo no momento do parto e ministrar cursos de preparação com a participação de seu parceiro.

Assistência no pré-parto

O **diagnóstico** de trabalho de parto é feito através das evidências de contração uterina como frequência (2 ou mais em 10 minutos), duração (pelo menos 30 segundos) e características rítmicas que provocam alterações progressivas no colo do útero como dilatação, esvaecimento e centralização. Algumas vezes, podem ser encontradas algumas outras alterações como eliminação do tampão mucoso (com raias de sangue) e formação de bolsas d'água.

A **admissão** da paciente nesta pré-consulta é de recepção, verificação dos sinais vitais, preparação para a consulta, solicitar que esvazie a bexiga, anotar dados no prontuário, entre outros. Na consulta, receba a paciente e chame-a pelo nome, estabelecendo assim uma relação positiva e de confiança.

O enfermeiro deve realizar a anamnese para que encontre alguma informação sobre possíveis complicações. Perguntar a respeito da história clínica (dados de antecedentes familiares e pessoais, história da gestação atual e de anteriores, se houver), história ginecológica e da gravidez atual (Data da Última Menstruação (DUM), Idade gestacional (IG), Data Provável do Parto (DPP), início das contrações com frequência, duração e intensidade, hora da rotura das membranas e da última refeição), exame físico geral e obstétrico, auscultar batimentos cardíacos fetais (BCF), observar dinâmica uterina (frequência, duração e intensidade), realizar exame vaginal para verificar dilatação cervical, bolsa amniótica (se rota, observar aspecto e se íntegra realizar amnioscopia sempre que possível). Observar também a apresentação, a posição e a altura do feto.

Exemplificando

Se a paciente estiver em trabalho de parto, deve-se providenciar o encaminhamento à maternidade, mas em caso de estar fora de trabalho de parto deve-se encaminhá-la a sua casa com as orientações de quando ela deve procurar o serviço novamente.

Se a paciente for hospitalizada, deve-se solicitar exames laboratoriais, como VDRL, anti-HIV, Hb e Ht, se necessário tipagem sanguínea e fator Rh. Verificar os desejos da paciente com relação ao parto e analgesia, presença do pai, ausência de episiotomia (incisão efetuada na região do períneo – área muscular entre a vagina e o ânus – para ampliar o canal de parto), ausência de enteroclisma (lavagem no qual se introduz líquido no ânus).

Na pós-consulta, o enfermeiro deve orientar os familiares com relação à internação quando estiver em trabalho de parto. No caso de não estar em trabalho de parto, orientar quanto aos sinais do trabalho de parto e para que retorne à sua residência. Realizar tricotomia, ajudar a paciente a se trocar e encaminhar à sala de parto, entregar os objetos pessoais à família, orientar a remoção de lentes e próteses, acolher a paciente na sala de pré-parto, orientá-la de como se comunicar e tranquilizá-la.

Ao admitir a gestante no centro obstétrico, o enfermeiro deve orientar sobre a rotina do serviço para ela e seus familiares, acolhê-la e acompanhá-la até a sala de parto, verificar os sinais vitais, realizar os

devidos registros na anotação de enfermagem, como perda de líquido, contrações, dor etc. Devemos também realizar os exames de rotina como VDRL e HIV e encaminhar ao laboratório. Ao realizar a assistência à gestante, o enfermeiro deve promover um ambiente tranquilo, seguro e com privacidade para a paciente e seu acompanhante, promover técnicas de relaxamento e massagens para alívio da dor, mantendo sempre um diálogo.

Deve-se monitorar os sinais vitais, a perda de líquido, a intensidade da dor e administração de medicamentos conforme prescrição médica.

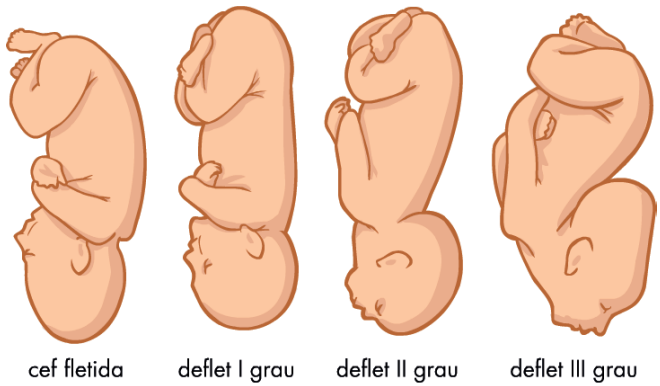
Relações útero fetais

Este assunto trata das relações entre o feto e a bacia materna.

Atitude: trata-se da relação das partes fetais entre si, em que pode ser fletida (ponto de referência ao toque a fontanela posterior) ou defletida de:

- 1º grau: em que o ponto de referência ao toque é a fontanela anterior.
- 2º grau: em que o ponto de referência ao toque é a raiz do nariz.
- 3º grau: em que o ponto de referência ao toque é o mento.

Figura 3.1 – Atitude



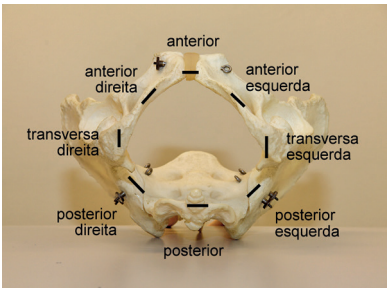
Fonte: Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11611/mod_resource/content/1/un04/index.html>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Os pontos de referência materna são: a sínfise púbica, promontório do sacro, as sinostoses sacroilíacas direita e esquerda, os extremos do diâmetro transverso direito e esquerdo e as eminências ileopectíneas direita e esquerda.

Reflita

Para que se faça o correto reconhecimento, é necessário saber os pontos, para que se estabeleça a correta relação bacia-feto.

Figura 3.2 – Referência da pelve materna



Fonte: Disponível em: <http://simbrazil.mediviewprojects.org/index.php/manejo-do-parto/primeiro-periodo-dilatacao/determine-da-apresentacao-variedade-de-posicao-e-situacao-fetal-eixo>. Acesso em:18 fev. 2018.

Situação: relação entre o eixo uterino e o eixo fetal, que pode ser: longitudinal (99,5%), transversa (0,5%) e oblíqua (rara).

Apresentação: trata-se da parte do feto que ocupa a área do estreito superior da bacia e nele pode se insinuar. Esta pode ser:

- Cefálica: ocorre em 98% dos casos, no qual o ponto de referência é o occipício (O).

- Pélvica: em que o ponto de referência é a crista do sacro (S).

- Transversa ou acromial (A): em que qualquer parte do corpo poderia se apresentar.

Posição: trata-se da relação do dorso do feto com o lado direito ou esquerdo materno. A variedade é determinada por siglas, empregando-se o ponto de referência fetal que está voltado para os pontos maternos e para qual lado direito (D) ou Esquerdo (E). A letra A é utilizada para as variadas posições anteriores, ou seja, que são voltadas para as eminências ileopectíneas. Já a letra P se utiliza para as posteriores, isto é, voltadas para as sinostoses sacroilíacas. A letra T para transversas (voltadas para os extremos do diâmetro transverso máximo), quando o ponto fetal está voltado para o púbis ou sacro, basta colocar a letra correspondente ao ponto fetal, seguido da letra P para púbis e S para sacro.

Assimile

Apresentações cefálicas fletidas: - occipito direita anterior (ODA); - occipito esquerda anterior (OEA); - occipito direita posterior (ODP); - occipito esquerda posterior (OEP); - occipto direita transversa (ODT); - iccipito esquerda transversa (OET).

Apresentações de face (cefálicas defletidas 3º grau: - mento direita anterior (MDA); mento esquerda anterior (MEA); - mento direita posterior (MDP); - mento esquerda posterior (MEP); - mento direita transversa (MDT); - mento esquerda transversa (MET).

Apresentações transversas: - acromial esquerda anterior (AEA); - acromial direita anterior (ADA); - acromial esquerda posterior (AEP); - acromila direita posterior (ADP).

Nas apresentações pélvicas: - sacra esquerda anterior (SEA); - sacra direita anterior (SDA); - sacra esquerda posterior (SEP); - sacra direita posterior (SDP); - sacra direita transversa (SDT); - sacra esquerda transversa (SET).

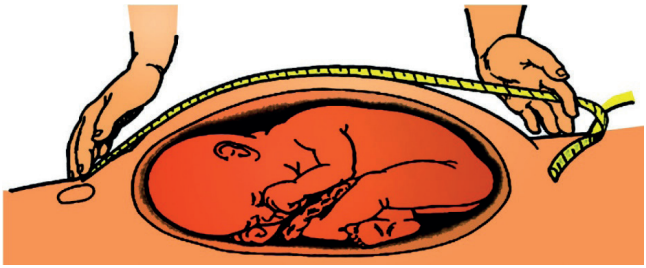
Palpação e mensuração uterina

Estes dois parâmetros servem para avaliar modificações de volume, forma e consistência do útero. A **mensuração da altura uterina (AU)** fornece informações muito aproximadas do tamanho do feto. Mas, de que maneira podemos fazer isso?

- Coloque a fita métrica com o zero na borda superior da sínfise púbica.

- Retificar o útero medindo a distância até o fundo uterino.

Figura 3.3 – Mensuração uterina



Fonte: Disponível em: <http://repocursos.unasus.ufma.br/prosaude/materno_1/und2/16.html>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Na **palpação**, temos dois modelos a serem apresentados: o da escola francesa e o da escola alemã. Na escola francesa é dividido em três tempos:

- 1º tempo: exploração das escavas para determinar o polo que se apresenta, e se for cefálico, verificar se está encaixado.
- 2º tempo: exame de fundo de útero.
- 3º tempo: exame do dorso do feto e pequenas partes.

Já a escola alemã se divide em quatro tempos, são eles:

- 1º tempo: fundo uterino.
- 2º tempo: dorso fetal e pequenas partes.
- 3º tempo: exploração da mobilidade do polo cefálico (Manobra de Leopold).
- 4º tempo: exploração das escavas.

Pesquise mais

Para saber mais sobre o assunto, consulte o *Cadernos de atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Tricotomia da região períneo vulvar

Com a finalidade de diminuir o risco de infecção, a tricotomia encontra-se no preparo pré-operatório da pele, tornando assim a pele mais livre de microrganismos patogênicos. A tricotomia é uma rotina ainda realizada pela equipe de enfermagem em algumas instituições. Muitos são os estudos a respeito desse procedimento, pois quando ele é realizado lesiona a pele, o que serve de porta de entrada para microrganismos, aumentando o risco de infecção. Porém as possíveis vantagens da tricotomia tradicional são melhor limpeza cirúrgica e a episiotomia fica livre dos pelos. As desvantagens são causar lesões e prurido no crescimento dos pelos.

O material a ser utilizado é solução degermante ou sabão, gaze, tesoura, lâmina de barbear e luvas de procedimento. Mas de que maneira? Coloque a paciente em posição ginecológica, coloque as luvas, corte o excesso e faça a antissepsia do local, passando em seguida a lâmina de barbear, retirando assim os pelos do local desejado. A paciente também pode realizar em casa esse procedimento quando puder.

Pesquise mais

Para saber mais sobre o assunto, consulte o manual da Anvisa chamado *Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais* – Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/Manual_de_Preveno_em_Infeco_Puerperal_consulta_restrita.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

O papel da doula

No Brasil, a Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999, no parágrafo XVI, assegura a presença do pai da criança nos exames pré-natais e no momento do parto. A parturiente pode ser acompanhada não só pelo companheiro ou pessoa de sua confiança, mas também por uma doula. Existe também a Lei do acompanhante nº 11.108/2005, que vem garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

A palavra doula significa mulher que serve, de forma assistida, refere-se àquela que está ao lado, que interage, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação. E aquela que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados com o bebê, seu papel é segurar a mão, respirar, prover encorajamento e tranquilidade. A doula presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico.

Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto

A assistência é prestada nos três períodos: dilatação, expulsão e dequitação. Na **dilatação**, realiza-se o exame obstétrico, pelo médico ou pela enfermeira obstetra, como: medida da altura uterina, auscultar BCF, toque vaginal se necessário e verificação dos sinais vitais. Seu preparo é solicitar que esvazie a bexiga de maneira espontânea ou por sondagem. Realize tricotomia se necessário, ajude no banho e vestir a camisola. Realize lavagem se necessário. Deixa-la em jejum, monitorar BCF e medicar quando necessário,

conforme prescrição médica. Controle de dinâmica uterina e perdas vaginais, comunicando qualquer tipo de anormalidade.

No período de **expulsão**, já em ambiente de sala de parto, o enfermeiro auxilia na montagem da sala, colocação de campos e paramentação dos médicos. Se estiver circulando a sala, conferir os materiais necessários, a caixa de parto e os fios de sutura, empregando a técnica asséptica. Coloque a paciente na mesa e solicite que coopere nas contrações uterinas, orientando a respiração (inspirar profundamente e em seguida fazer força para baixo com todos os músculos). Assim que ocorre o desprendimento da cabeça (no caso de parto normal), solicitar que a mãe pare de fazer força. Auxilie nos primeiros cuidados com o bebê, verificando o sexo e o envolvendo-o em um lençol específico.

Já na **dequitação**, alguns minutos após o nascimento, dá-se a saída da placenta, saco amniótico e cordão. Colocar em uma cuba rim, pesar e coletar o sangue do cordão para a tipagem sanguínea do feto. Verifica-se a pressão arterial, não estando alta, é provável que o médico solicite a administração de ocitocina.

Diagnósticos de enfermagem

- Dispneia ou hiperventilação, durante o trabalho de parto com necessidade de oxigenação.
- Com relação a eliminação, seria náusea e eliminação urinária aumentada. Deambulação prejudicada devido à fadiga.
- Risco para integridade da pele prejudicada.
- Risco de hipotermia ou hipertermia.
- Com relação a regulação vascular, risco de hemorragia pós-parto, pressão sanguínea diminuída ou elevada.
- Risco de queda, ansiedade e medo do parto.

Sem medo de errar

Neste momento, os alunos iniciaram seus trabalhos dando assistência no pré-parto às pacientes que aguardam ansiosamente a chegada de seus bebês, os quais, na maioria das vezes, são muito desejados e esperado. A professora Glória então solicitou que seus alunos assumam os cuidados pré-parto da paciente Renata, que aguarda ansiosamente a chegada de seu primeiro filho. Neste

momento, os alunos se perguntam: quais são os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve ter com a paciente neste momento tão importante, a assistência do pré-parto?

O diagnóstico de trabalho de parto é feito através das evidências de contração uterina como frequência (2 ou mais em 10 minutos), duração (pelo menos 30 segundos) e características rítmicas que provocam alterações progressivas no colo do útero, como dilatação, esvaecimento e centralização. Algumas vezes, podem ser encontradas algumas outras alterações, como eliminação do tampão mucoso (com raias de sangue) e formação de bolsas d'água.

A admissão da paciente nesta pré-consulta é de recepção, verificação dos sinais vitais, preparação para a consulta, solicitar que esvazie a bexiga, anotar dados no prontuário, entre outros. Na consulta, receba a paciente e chame-a pelo nome, estabelecendo, assim, uma relação positiva e de confiança.

O enfermeiro deve realizar a anamnese para que encontre alguma informação sobre possíveis complicações. Perguntar a respeito da história clínica (dados de antecedentes familiares e pessoais, história da gestação atual e de anteriores, se houver), história ginecológica e da gravidez atual (DUM, IG, DPP, início das contrações com frequência, duração e intensidade, hora da rotura das membranas e da última refeição), exame físico geral e obstétrico, auscultar BCF, observar dinâmica uterina (frequência, duração e intensidade), realizar exame vaginal para verificar dilatação cervical, bolsa amniótica (se rota, observar aspecto e se íntegra, realizar amnioscopia sempre que possível). Observar também a apresentação, a posição e a altura do feto.

Se a paciente for hospitalizada, deve-se solicitar exames laboratoriais como VDRL, anti-HIV, Hb e Ht, se necessário tipagem sanguínea e fator Rh. Verificar os desejos da paciente com relação ao parto e analgesia, presença do pai, ausência de episiotomia (incisão efetuada na região do períneo – área muscular entre a vagina e o ânus – para ampliar o canal de parto), ausência de enteroclisma (lavagem no qual se introduz líquido no ânus).

No caso da pós-consulta, o enfermeiro deve orientar os familiares com relação à internação, quando estiver em trabalho de parto. No caso de não estar em trabalho de parto, orientar quanto aos sinais do trabalho de parto e para que retorne à residência. Realizar

tricotomia, ajudar a paciente a se trocar e encaminhá-la à sala de parto, entregar os objetos pessoais à família, orientar a remoção de lentes e próteses se for se submeter a anestesia inalatória e receber sedativos, acolher a paciente na sala de pré-parto, orientá-la de como se comunicar e tranquilizá-la.

Avançando na prática

Mensuração da altura uterina (AU)

Descrição da situação-problema

A professora Glória pediu que sua aluna Ana realizasse a mensuração da altura uterina de umas das pacientes do pré-parto. Então, os alunos se perguntaram: Para que serve e como é feita a mensuração da altura uterina?

Resolução da situação-problema

A mensuração da altura uterina (AU) fornece informações muito aproximadas do tamanho do feto. Mas, de que maneira podemos fazer isso?

- Coloque a fita métrica com o zero na borda superior da sínfise púbica.

- Retificar o útero, medindo a distância até o fundo uterino.

Faça valer a pena

1. Proporcionar para a paciente o esclarecimento de dúvidas sobre todo o ciclo (parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido), substituir sugestões negativas através da educação da comunidade, condicionar a paciente a responder às contrações com exercícios e relaxamento, assegurar apoio da equipe para a paciente, desenvolver na paciente seu papel ativo no momento do parto e ministrar cursos de preparação com a participação de seu parceiro.

Qual a equipe responsável pelas atribuições descritas no texto-base? Assinale a alternativa correta.

a) Segurança.
b) Recepção.
c) Enfermagem.
d) Fonoaudiologia.
e) Nutrição.

2. Na assistência ao pré-parto:

I. O diagnóstico de trabalho de parto é feito através das evidências de contração uterina, como frequência (2 ou mais em 10 minutos), duração (pelo menos 30 segundos) e características rítmicas.
II. Estas características provocam alterações progressivas no colo do útero, como dilatação, esvaecimento e centralização.
III. Algumas vezes podem ser encontradas algumas outras alterações, como eliminação do tampão mucoso (com raias de sangue) e formação de bolsas d'água.

Analise as afirmativas descritas no texto-base e assinale, se

a) apenas I e II estiverem corretas.
b) apenas I e III estiverem corretas.
c) apenas II e III estiverem corretas.
d) apenas I estiver correta.
e) I, II e III estiverem corretas.

3. 1. No caso da pós-consulta, o enfermeiro deve orientar os familiares com relação à internação, quando estiver em trabalho de parto. Realizar tricotomia, ajudar a paciente a se trocar e encaminhar à sala de parto, entregar os objetos pessoais à família, orientar a remoção de lentes e próteses se for se submeter a anestesia inalatória e receber sedativos, acolher a paciente na sala de pré-parto, orientá-la de como se comunicar e tranquilizá-la.
PORTANTO
2. No caso de não estar em trabalho de parto, orientar quanto aos sinais do trabalho de parto e para que retorne à sua casa.

Analise as asserções descritas acima e assinale a alternativa correta, se

a) as asserções 1 e 2 estão corretas, e uma justifica a outra.
b) as asserções 1 e 2 estão incorretas, e uma justifica a outra.
c) as asserções 1 e 2 estão corretas, porém uma não justifica a outra.
d) a asserção 1 é incorreta e a 2 é correta.
e) a asserção 1 é correta e a 2 é incorreta.

Seção 3.2

Assistência durante o parto

Diálogo aberto

Caro aluno, bem-vindo a mais uma unidade de estudos da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher com foco em obstetrícia. Os alunos da professora Glória já iniciaram o estágio no Centro Obstétrico, primeiramente no pré-parto. Após esta experiência inicial, os alunos da professora Glória continuarão seu estágio neste mesmo setor, porém agora na sala de parto. A professora Glória então colocou cada aluno em uma sala para que acompanhe e observe os procedimentos que nela são realizados. Ao acompanhar um trabalho de parto, a aluna Paula foi orientada a observar o preenchimento do partograma. Então ela se perguntou: o que seria o partograma e qual a sua finalidade?

Vamos lá então, mãos à obra!

Não pode faltar

Após a confirmação de uma gravidez, as inseguranças logo aparecem, com relação principalmente a escolha do tipo de parto. A mulher possui uma participação ativa neste processo de escolha, porém a decisão final se deve de acordo com os diversos aspectos maternos e fetais que ocorrem durante a gravidez, como a hipertensão arterial, que pode gerar uma situação de urgência, e a solução ser a realização de uma cesariana.

Os tipos de parto mais comuns são: cesárea, normal, fórceps, natural ou humanizado, parto na água, parto de cócoras e parto Leboyer. Ao decorrer desta unidade, iremos detalhar os principais tipos e mais comuns.

Diante da necessidade de ver o parto como um evento mais natural, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado em análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como

prioridades: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante (Ministério da Saúde, 2002).

A rede cegonha trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil em todo o país.

A Resolução Cofen-223/1999 dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal, o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distocia, realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distocia, também realizado por Enfermeiro Obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil se caracteriza pelo excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Além do direito de escolha do tipo de parto, a mulher tem direito a um acompanhante de sua escolha, geralmente, trata-se do pai do bebê, o que favorece o aspecto emocional da mulher para diminuir a dor e a tensão.

Vejamos, a partir de agora, os principais aspectos relacionados ao mecanismo do parto.

Mecanismo de parto

O mecanismo do parto trata-se de um conjunto de fenômenos passivos, em que o feto está sujeito à passagem pelo canal, portanto, seu conhecimento é de fundamental importância para a prática obstétrica, requerendo assim um bom conhecimento da anatomia da pelve da mãe e crânio do feto. Normalmente, por mais que os movimentos sejam entrelaçados e contínuos, a divisão costuma ser feita em seis tempos. Veremos quais são a partir de agora.

1. Insinuação ou encaixamento: trata-se da passagem pela região

do estreito superior do maior diâmetro cefálico, que fica perpendicular à linha de orientação da apresentação, a sutura sagital. Pode ocorrer de maneira gradativa nas últimas semanas, na maioria dos casos em primíparas. Para que o encaixamento seja adequado, deve acontecer a flexão ou deflexão nas apresentações cefálicas, e o acomodamento dos membros inferiores sobre o tronco ou seu desdobramento para baixo nas apresentações pélvicas.

A **flexão** nada mais é do que o acomodamento dos membros inferiores que tem por objetivo a redução dos diâmetros. No começo desta fase, a cabeça do feto se encontra com flexão moderada, com a sutura sagital orientada no sentido do diâmetro oblíquo ou transverso e com a fontanela lambdoide (moleira) voltada para a esquerda. Para concluir o encaixamento tem início a descida, quando a apresentação, à qual é impulsionada pela contratilidade uterina, desce até a proximidade do assoalho pélvico, em que a resistência deste aumenta a flexão.

2. Descida ou progressão: se dá no início do trabalho de parto até a expulsão total do feto, em que a cabeça desce até bem próximo ao assoalho pélvico e a circunferência máxima encontra-se na altura do estreito médio da bacia.

3. Rotação interna da cabeça: trata-se da posição do feto que se altera de maneira progressiva, que possui a finalidade de colocar a sutura sagital no sentido anteroposterior (maior diâmetro da pelve). De maneira geral, a rotação interna não está completa até que a cabeça do feto tenha avançado na descida o suficiente para começar a distender a região do períneo, de maneira visível na vulva. As contrações são necessárias na maioria das vezes para ocorrer a rotação completa. Ao mesmo tempo da rotação interna da cabeça e sua progressão no canal, observa-se a penetração das espáduas (osso localizado na porção póstero-superior do tórax, que juntamente com a clavícula forma a cintura escapular ou ***espádua***, permitindo a união de cada membro superior ao tronco), através do estreito superior da bacia. No período expulsivo, o diâmetro biacromial, que mede 12 cm, sofre redução, pois era incompatível com os diâmetros do estreito superior, e agora os ombros se aconchegam, forçados pelo estreitamento do canal do parto. Conforme a cabeça progride, as espáduas descem em direção ao assoalho pélvico.

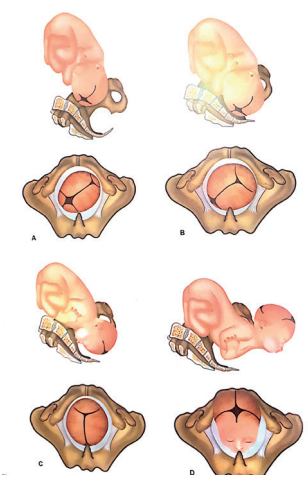
4. Desprendimento da cabeça: ocorre devido as contrações uterinas, que exercem uma força para baixo e estimula a descida. Após

a rotação, o suboccipital se coloca sob a arcada púbica e a sutura sagital orienta-se em sentido anteroposterior. No feto, a região occipital se coloca em contato com a borda inferior da sínfise púbica e então a cabeça oscila em torno desse ponto (de apoio), em um movimento de báscula (o que reduz o diâmetro da sua apresentação e facilita o parto). Então o desprendimento ocorre por movimento de extensão ou flexão da cabeça, em torno do ponto de apoio. O desprendimento do polo cefálico é facilitado pela retropulsão do cóccix, o que aumenta o diâmetro cóccix-subpúbico (de 9 para 11 cm).

5. Rotação externa da cabeça (restituição): trata-se da volta do occipício à sua orientação primitiva, o mecanismo de desprendimento da cabeça é dissociado das espáduas. Ao mesmo tempo da rotação da cabeça, acontece o movimento de rotação interna das espáduas, isto é, o ombro anterior vai se colocar sob a arcada púbica e o posterior se volta para a região sacral, impelindo o cóccix da mãe para trás.

6. Desprendimento do tronco: este momento ocorre em duas etapas: o desprendimento das espáduas (a fim de liberar o ombro anterior, realizando manobra de abaixamento, seguido de elevação para liberar o posterior) e do polo pélvico (a fim de realizar o desprendimento do polo pélvico e membros inferiores, fazendo uma leve flexão lateral no sentido do plano ventral do feto).

Figura 3.4 | Mecanismo de parto e trajeto



Fonte: Rezende (2014, p. 202).

Trajeto do parto

É denominado assim e se estende do útero até a fenda vulvar, se constitui por: trajeto duro (bacia grande e pequena ou obstétrica), trajeto mole (segmento inferior do útero, colo, vagina e região períneo-vulvar). A bacia obstétrica é por onde o feto é insinuado durante o parto, e se divide em três estreitos ou planos (estreito superior, estreito médio e estreito inferior) e são eles que podem dificultar a passagem do feto.

Podemos ter algumas alterações na dimensão, forma ou inclinação na bacia óssea chamada de vício pélvico. Essas podem estar associadas a alguns fatores como lordose, luxação de quadril, paralisia infantil, desenvolvimento anômalo congênito ou adquirido, tumores ósseos.

Assimile

O parto de maneira prolongada pode comprometer a saúde de mãe e filho, assim como os tocotraumatismos. Em regras gerais, o parto indicado é a cesárea. Por isso, se faz importante uma boa avaliação e acompanhamento de todo o processo e fases.

A avaliação da bacia obstétrica é feita através do toque vaginal a fim de se verificar a medida do conjugado diagonal (acima de 11,5 cm), avaliação da saliência das espinhas ciáticas e do grau de concavidade do sacro.

Contrações uterinas

O trabalho de parto depende de um conjunto de fatores que contribuem para o seu sucesso, entre eles: o feto, o canal do parto e a força que move o feto no canal, através das contrações uterinas. Esse conjunto ocorrendo de maneira harmoniosa é que desencadeia o parto normal ou vaginal. Para que a assistência ao parto seja adequada, é de grande importância conhecer os fatores responsáveis por esse fenômeno. Vamos conhecer aqui alguns **fatores estruturais e bioquímicos** relacionados às contrações uterinas.

O útero é formado pela cérvice e pelo corpo, o colo se constitui pelo colágeno e o corpo uterino por células musculares. O miométrio se constitui pela musculatura lisa e pela ausência de inervação. Para que ocorra a contração uterina, um estímulo é quem faz uma célula se contrair, passando assim para as demais células. Esse tipo de conexão só aumenta no decorrer da gestação, e à medida que eleva a concentração sérica de estrogênio materno, cai o nível da progesterona.

Exemplificando

Você sabia que a progesterona mantém o útero relaxado, enquanto o estrógeno atua como estimulante contrátil? Por isso é que na gestação ocorre o aumento da concentração de progesterona nos primeiros meses e diminui nos últimos, elevando também a concentração de estrógeno.

Outro fator que promove um grande potencial de ação contrátil e deixa as células miometriais excitadas é o desequilíbrio entre sódio e potássio nos compartimentos intra e extracelulares. Ainda existe o fator que ocorre na estrutura do miométrio e que contém grande quantidade de cálcio nos leiomiócitos, induzindo assim contratilidade das proteínas actina e miosina, fazendo assim toda a célula se contrair.

Enfim, são diversos os mecanismos que contribuem para a atividade uterina rítmica, e durante a gestação estão presentes as chamadas contrações de Braxton-Hicks, que são de baixa frequência e amplitude, mas que podem confundir a gestante. As características desse tipo de contração são: endurecimento do miométrio indolor e são separadas por um longo período de tempo.

Agora vamos ver a **relação dos hormônios** com a contrações uterinas, pois esses estão diretamente ligados especialmente a ocitocina e a prostaglandina. A ocitocina promove a contração rápida após estímulos nervosos (sucção mamária), e então promove a contração das células lisas miometriais, promovendo, assim a descida do leite materno para os ductos. Seu aumento ocorre no fim da gestação devido ao aumento de seus receptores e de sua concentração na circulação, devido à perda da capacidade de produção placentária de ocitocinase (enzima de inativação). As prostaglandinas também estão envolvidas no processo de contração, sem saber ao certo de seu exato efeito. Sua produção ocorre na decídua (no espaço entre a parede uterina e membrana amniótica).

Podemos concluir que todos esses mecanismos estão interligados, porém sem haver qualquer unanimidade de fator e estímulo que desencadeia. Agora vamos ver a respeito do **componente nervoso** e manutenção das contrações. Um dos componentes que desencadeiam e realizam a manutenção da contração está relacionado ao reflexo de *Fergusson-Harris*, que ocorre durante o trabalho de parto e no puerpério.

A pressão do feto exercida sobre o colo uterino estimula as terminações nervosas que desencadeiam no hipotálamo uma ação que promove a liberação da ocitocina na hipófise, o qual é progressivo, isto é, quanto maior a pressão, maior será a liberação da ocitocina. Sua maior importância se dá no final do período de dilatação e no início do período expulsivo.

Já no puerpério, o estímulo neuroendócrino da amamentação leva à liberação de ocitocina para a contração dos alvéolos mamários e ejeção do leite, e como a ocitocina também se encaixa nos receptores miometriais, ocorre a contração uterina durante a amamentação, causando assim a involução uterina e prevenindo as hemorragias. A puérpera pode se queixar de cólicas durante os primeiros dias de amamentação, sendo necessário explicar à paciente.

Os **elementos que compõem** a contração uterina são: tônus pressão basal (pressão entre as contrações), intensidade (força da contração sobre o feto e pode ser leve, moderada e intensa), frequência (número de contrações em um período de 10 minutos), duração (tempo entre o início e o término de cada contração) e forma de onda contrátil (onda de formato de parábola invertida no registro cardiotocográfico).

A **fisiologia** da contração uterina: no trabalho de parto normal, as contrações têm sua origem na região fúndica do útero, perto da inserção tubária. De lá, elas se propagam às demais partes do útero, em sentido descendente.

Reflita

As contrações têm maior duração e intensidade nas regiões mais altas do útero, e sua intensidade diminui durante o percurso para as proporções inferiores do útero, criando assim um gradiente descendente de pressão uterina, o Tríplice Gradiente Descendente (TGD). Sua função é de direcionar a descida do feto e apagar o colo uterino (pois ocorre o encurtamento das fibras miometriais que causam dilatação e tração da cérvice). Portanto o colo apagado ou esvaecido representa a incorporação do colo dilatado ao corpo uterino.

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro períodos:

- Dilatação

- Latente: poucas contrações uterinas, de curta duração e baixa intensidade, mas capazes de iniciar o encurtamento das fibras uterinas, o esvaecimento e a dilatação do colo.

- Ativa: as contrações se tornam efetivas e produzem modificações cervicais perceptíveis. A partir de 3 a 4 cm de dilatação, aumenta a intensidade e a frequência das contrações, esvaecimento e dilatação ao toque. As contrações são de 2 a 4 a cada 10 minutos, com maior duração (45 a 50 segundos) e maior intensidade.
- Transição: na transição do período de dilatação para o expulsivo, a apresentação se encontra baixa, comprimindo a vagina e o reto, com contrações intensas (de 4 a 5 em 10 minutos), com forte intensidade e maior duração (60 a 70 segundos). Alguns fatores podem interferir na contração, entre eles o decúbito, sendo a melhor posição de decúbito lateral esquerdo (DLE) a fim de impedir a compressão aorto-cava e regularizar as contrações.

O profissional que assiste a paciente e conhece a fisiologia do trabalho de parto deve estimular a deambulação quando puder, regularizando as contrações e estimulando o trabalho de parto. A posição em pé também ajuda, devido à gravidade, contribuindo também na dilatação.

Exemplificando

Outro fator importante nas contrações uterinas é que interferem na frequência cardíaca fetal, em graus variados. Quando a frequência diminui, denominamos de DIPs, são elas: DIP I (fisiológico), DIP II (patológico) e DIP variável (presença de compressão de cordão umbilical).

- Expulsão: associada às contrações, ocorre o esforço da musculatura abdominal e manobras de valsavas (realizada ao exalar de maneira forçada o ar contra os lábios fechados e nariz tapado, forçando o ar em direção ao ouvido médio, se a tuba auditiva estiver aberta), que podem aumentar de maneira transitória e intensa a pressão intra-amniótica. Após o nascimento, o útero e as fibras musculares retraem com a diminuição do volume e área de implantação placentária.

- Dequitação: a retração uterina, associada às contrações, tem por finalidade dequitar a placenta (expulsar), hemostasia do leito da placenta mediante miotamponamento (contração das fibras musculares clampeando os vasos sanguíneos uterinos). Após a expulsão da placenta, deve-se realizar uma inspeção: do lado materno (registre a integridade, os lóbulos, presença de hematomas e vasos abertos), do lado fetal (registre a posição em que o cordão está inserido, as membranas e sua integridade, os vasos sanguíneos e a localização do rompimento

da bolsa amniótica). Deve-se também inspecionar o número de vasos e artérias (2 artérias e 1 veia), se existem nós verdadeiros ou falsos e em média o comprimento do cordão e perda de sangue.

- Observação: após esse processo, as contrações também possuem a finalidade de expulsar coágulos e lóquios da cavidade do útero, principalmente durante a amamentação.

A conduta de enfermagem, diante desses casos, é monitorar a contração uterina, acompanhando as contrações durante o trabalho de parto através da palpação ou pelo tocógrafo.

- A palpação deve ser realizada durante 10 minutos, com a mão espalmada no abdome da mãe, na altura do fundo uterino.

- A contração ocorre com a alteração do tônus, sem que se consiga comprimir. Mantenha a mão imóvel. Ao verificar a dinâmica uterina (DU), o enfermeiro deve verificar frequência, duração e intensidade de cada uma, registrando-as da seguinte forma:

Ex: 2/10'/35"45". Isso significa duas contrações em 10 minutos de 35 a 45 segundos.

- A DU deve ser feita a cada 60 segundos ou menos, de acordo com a necessidade.

Distocia

Como vimos, o parto normal ou eutócico depende de três fatores: o feto e seus anexos, o trajeto e a força do parto. Distocia significa parto difícil, que pode ser causada por fatores mecânicos (tumores, vício pélvico, apresentação anômala e outras), funcionais (anomalia da contração uterina, que pode ser hipocinética e hipercinética) ou ambos.

As complicações podem ser trauma ou morte do feto, infecção intrauterina, fadiga materna, entre outras. A conduta de enfermagem deve:

- Identificar a presença de distocia e agir antes da chegada do médico, o que exige uma habilidade e conhecimento por parte do enfermeiro para avaliar, observar e tomar medidas rápidas e eficazes.

- Observar e registrar as ocorrências descritas por todos os profissionais, o que facilita a tomada de decisão.

- Informar ao médico as alterações e a evolução do trabalho de parto.

- Assegurar que a paciente esteja recebendo todos os cuidados de enfermagem e médicos adequados em seu devido tempo.

- Explicar e orientar seu plano terapêutico.

- Controlar de maneira rigorosa a vitalidade fetal.

- Usar todos os meios para promover o conforto, mobilidade e relaxamento da parturiente através de mudanças de decúbito, massagens, troca de roupa de cama, banho de chuveiro, diálogo e exercícios respiratórios, além de outros.

IMPORTANTE: O enfermeiro pode realizar o parto sem distocia.

Partograma

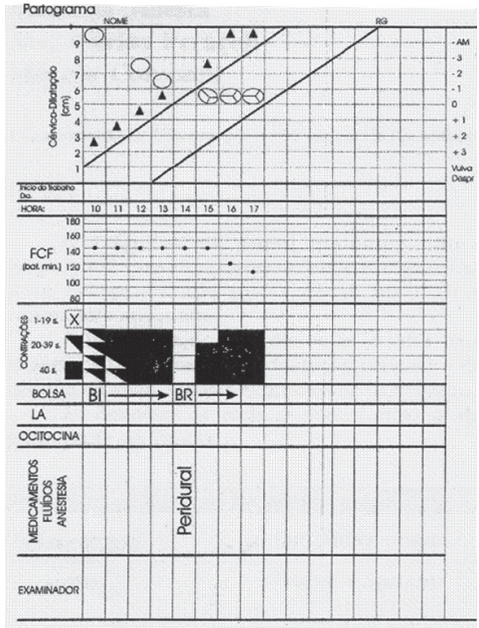
Trata-se de um gráfico utilizado a fim de registra a evolução do trabalho de parto e condições de mãe e feto, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994 para melhorar a qualidade da assistência e auxiliar no diagnóstico e correção de problemas com o binômio.

Para isso, precisamos relembrar que há curva de dilatação em **latente** e ativa. A latente se caracteriza pelo padrão irregular de contrações e quase nenhuma dilatação ou descida, porém prepara o colo para a fase **ativa** de dilatação através do amolecimento e esvaecimento. Tem duração de 16 horas em multíparas e 20 horas em primíparas. Já a fase ativa, possui um padrão regular e coordenado de contrações, com uma dilatação de 1 cm por hora. Essa fase se define como o momento em que a paciente apresenta: colo apagado, dilatação de 3 cm, DU de 3 contrações em 10 minutos, dura em média 12 horas em primíparas e 8 horas em multíparas.

O registro de informações é simples e possui muitos benefícios na interpretação, assim como diagnóstico de desproporção céfalo-pélvico, indicação com precisão de ocitocina, acesso aos dados de evolução, clareza na identificação de sofrimento fetal e diminuição de intervenções que não são necessárias. Este é realizado em papel quadriculado, em que cada quadrado corresponde a uma hora. Deve-se então registrar as contrações quando efetivas, inicia-se o registro com 2 a 3 contrações a cada 10 minutos e dilatação de 3 cm, toques realizados, respeitando o tempo correto e avaliando dilatação, altura, variedade de posição, estado da bolsa amniótica e cor do líquido, além de infusão de líquidos e analgesia.

O profissional que realizar o parto deve descrever no verso do partograma as condições em que ocorreram o parto, condições do nascimento do recém-nascido, além do tipo de parto e a evolução do quarto período do parto.

Figura 3.5 | Partograma



Fonte: Disponível em: <https://saudedamulherufal.wordpress.com/tag/preenchimento-do-partograma/>. Acesso em: 19 fev. 2018.

Indução do parto

A indução significa induzir as contrações de maneira artificial através de amniotomia (procedimento médico no qual uma ruptura é feita nas membranas que envolvem o feto, na tentativa de induzir o parto) ou infusão de ocitocina e uso de prostaglandinas, neste caso, o misoprostol. A resposta da indução é satisfatória se ocorrem contrações com duração de 50 a 70 segundos, com boa intensidade, com frequência de 3 a 4 em 10 minutos e bom relaxamento ou tônus uterino ao término da contração.

A **indicação** é inércia uterina, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia, pós-datismo, diabetes (por volta das 37 semanas) e isoimunização Rh (elevado). As contra-indicações RELATIVAS são hiperdistensão uterina, sofrimento fetal, multiparidade e cicatriz uterina anterior. Já

as contraindicações ABSOLUTAS são: desproporção feto-pélvica, apresentação anômala, gestação múltipla, cabeça defletida ou flutuante, colo fechado não esvaecido e posterior e cardiopatia materna (graus II, III e IV).

Para a indução, os **critérios** são gestação simples, proporção normal, cabeça do feto encaixada, maturidade fetal e colo uterino ligeiramente dilatado e esvaecido. As **complicações** podem levar ao sofrimento fetal, neste caso, a dosagem excessiva, hipertonia uterina, rotura uterina e contração tetânica (estimulado ao máximo). A **conduta de enfermagem**, no caso de indução por amniotomia: explicar o procedimento a ser feito, verificar as condições pelo exame vaginal, de preferência com 5 cm de dilatação e apresentação fixa. A realização da amniotomia deve ser no final da contração, observando aspecto e quantidade de líquido, auscultando também o BCF após o procedimento (monitorar o prolapso e compressão de cordão). Já no caso da indução por oxitocina, deve-se orientar a paciente, prepara a infusão de 500 ml de soro glicosado a 5% com 5 unidades de oxitocina, normalmente. Cateterizar a veia, instalar o soro, controlar o gotejamento (4 gotas/min até chegar a 20 gotas/min de maneira gradativa). Deve-se também observar as contrações, interromper a indução em caso de qualquer anormalidade nas contrações ou no BCF e ficar alerta para intercorrências.

Assistência ao parto cesárea

Classificamos como cesárea a extração do feto por meio de uma incisão na parede abdominal e na parede uterina. Se **classifica** em fúndica (microcesárea), clássica (corporal-incisão vertical), segmento corporal e segmentar-incisão transversal. A cesariana segmentar baixa é realizada com uma incisão transversal no segmento inferior do útero, sendo a mais usada devido a região ser menos vascularizada, menor atividade uterina, pouca aderência pós-operatória, menor manipulação de intestino, pouca possibilidade de rotura uterina e evolução pós-operatória melhor.

É indicada, no caso da mãe: descolamento prematuro de placenta (DPP), placenta prévia, desproporção fetal, anomalia de apresentação, tumores pélvicos, inércia uterina, rotura do útero e DHEG grave. Para o feto: sofrimento fetal, prolapso de cordão, doença materna, herpes vaginal, condilomatose.

Trata-se de um procedimento médico, mas o enfermeiro pode instrumentar ou auxiliar em alguma emergência. O enfermeiro pode puncionar acesso venoso, colocar a paciente em posição de Buda para anestesia, após colocar a paciente em decúbito dorsal horizontal, se necessário, realizar cateterismo vesical.

No **pré-operatório**, devemos acompanhar a paciente em toda a evolução, realizar exames de controle do trabalho de parto e fetal, observar sinais e sintomas de complicações, identificar distocia e tomar providências, prevenir complicações e cateterizar veia calibrosa. Administrar soro e outros medicamentos, conforme prescrição médica, realizar tricotomia se necessário, realizar cateterismo vesical, orientar a paciente a respeito dos procedimentos, encaminhar ao centro obstétrico, colocar na mesa e se necessário circular a sala e instrumentar.

Já no pós-operatório, a assistência é semelhante a uma cirurgia abdominal, manter venóclise, administrando os medicamentos prescrito, manter cateterismo vesical, e antes de retirar a sonda observar e anotar: volume urinário, aspecto urinário etc. Deve-se também inspecionar a incisão e estimular a puérpera a movimentação.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito do assunto, consulte o material *Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher*. Material do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

Sem medo de errar

Após esta experiência inicial, os alunos da professora Glória continuaram seu estágio no mesmo setor, porém agora na sala de parto. A professora Gloria então colocou cada aluno em uma sala para que acompanhasse e observasse os procedimentos que nela são realizados. Ao acompanhar um trabalho de parto, a aluna Paula foi orientada a observar o preenchimento do partograma. Então ela se perguntou: o que seria o partograma e qual a sua finalidade?

Trata-se de um gráfico utilizado a fim de registrar a evolução do trabalho de parto e condições de mãe e feto, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994 para melhorar

a qualidade da assistência e auxiliar no diagnóstico e correção de problemas com o binômio.

Para isso, precisamos relembrar que há curva de dilatação em latente e ativa. A **latente** se caracteriza pelo padrão irregular de contrações e quase nenhuma dilatação ou descida, porém prepara o colo para a fase ativa de dilatação através do amolecimento e esvaecimento. Tem duração de 16 horas em multíparas e 20 horas em primíparas. Já a fase **ativa**, possui um padrão regular e coordenado de contrações, com uma dilatação de 1 cm por hora. Essa fase se define como o momento em que a paciente apresenta: colo apagado, dilatação de 3 cm, DU de 3 contrações em 10 minutos, dura em média 12 horas em primíparas e 8 horas em multíparas.

O registro de informações é simples e possui muitos benefícios na interpretação, assim como: diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica, indicação com precisão de ocitocina, acesso aos dados de evolução, clareza na identificação de sofrimento fetal e diminuição de intervenções que não são necessárias. Este é realizado em papel quadriculado, em que cada quadrado corresponde a uma hora. Deve-se então registrar as contrações quando efetivas, inicia-se o registro com 2 a 3 contrações a cada 10 minutos e dilatação de 3 cm, toques realizados, respeitando o tempo correto e avaliando dilatação, altura, variedade de posição, estado da bolsa amniótica e cor do líquido, além de infusão de líquidos e analgesia.

O **partograma** é uma representação gráfica que diz respeito à evolução do trabalho de paro, apresenta versões diferenciadas e registra, principalmente, a frequência das contrações uterinas, os batimentos cardíacos fetais e a dilatação cervical materna.

Avançando na prática

Dilatação

Descrição da situação-problema

Os alunos da professora Glória continuam muito interessados no estágio e decidem acompanhar a paciente Luara que se encontra em período de dilatação. O que o profissional que a acompanha deve orientar?

Resolução da situação-problema

O profissional que assiste a paciente e conhece a fisiologia do trabalho de parto deve estimular a deambulação, quando puder, regularizando as contrações e estimulando o trabalho de parto. A posição em pé também ajuda devido à gravidade, contribuindo também na dilatação.

Faça valer a pena

1. É denominado assim e se estende do útero até a fenda vulvar, se constitui por: trajeto duro (bacia grande e pequena ou obstétrica), trajeto mole (segmento inferior do útero, colo, vagina e região períneo-vulvar). A bacia obstétrica é por onde o feto é insinuado durante o parto, e se divide em três estreitos ou planos (estreito superior, estreito médio e estreito inferior) e são eles que podem dificultar a passagem do feto.

Qual o tipo de parto está sendo descrito no texto-base? Assinale a alternativa.

a) Parto cesárea.
b) Parto normal.
c) Trajeto do parto.
d) Distocia.
e) Contração uterina.

2. Com relação ao mecanismo do parto:

I. Trata-se de um conjunto de fenômenos passivos em que o feto está sujeito à passagem pelo canal.
II. Seu conhecimento é de fundamental importância para a prática obstétrica, requerendo assim um bom conhecimento da anatomia da pelve da mãe e crânio do feto.
III. Normalmente, por mais que os movimentos sejam entrelaçados e contínuos, a divisão costuma ser feita em seis tempos.

Analise o texto-base e assinale a alternativa correspondente.

d) Se somente I e II estiverem corretas.
e) Se somente II e III estiverem corretas.
f) Se somente I e III estiverem corretas.
g) Se somente a III estiver correta.
h) Se I, II e III estiverem corretas.

3. Com relação aos hormônios na contração uterina:

1. A ocitocina promove a contração rápida após estímulos nervosos (sucção mamária), e então promove a contração das células lisas miometriais, promovendo assim a descida do leite materno para os ductos.

PORTANTO

2. Seu aumento ocorre no fim da gestação devido ao aumento de seus receptores e de sua concentração na circulação, devido à perda da capacidade de produção placentária de ocitocinase (enzima de inativação).

Analise as asserções descrita no texto-base e assinale a alternativa se

a) 1 e 2 são verdadeiras e se complementam.
b) 1 e 2 são falsas e se complementam.
c) 1 e 2 são verdadeiras e não se complementam.
d) 1 e 2 são falsas e não se complementam.
e) A 1 é verdadeira e a 2 é falsa.

Seção 3.3

Tipos de parto

Diálogo aberto

Prezado aluno, vamos então a mais uma seção de estudos desta unidade de assistência no pré-parto e parto da disciplina de enfermagem na saúde da mulher. Vimos até agora que os alunos da professora Glória já iniciaram seu estágio no setor de obstetrícia do hospital onde atuam, mais especificamente no centro obstétrico, onde os alunos têm muita curiosidade em aprender, por ser um ambiente com tantas particularidades.

Neste momento, os alunos da professora Glória continuam acompanhando os procedimentos dentro das salas cirúrgicas, mas agora o foco da observação é o parto em si, acompanhando o passo a passo deste momento tão peculiar e único para a paciente: o nascimento de seu filho. Como esta etapa é formada de vários procedimentos e tipos de parto, pensando de uma maneira geral, a professora Glória perguntou aos seus alunos: o que seria parto humanizado? Qual a sua importância para a paciente e para o bebê? Quais benefícios esta humanização traz ao binômio?

Estas e outras questões serão discutidas a partir de agora, para que possamos ajudar os alunos a responder estes e outros questionamentos relacionados ao parto.

Boa sorte!

Não pode faltar

A ideia de o parto ser realizado dentro do ambiente hospitalar nos traz uma segurança, a fim de propiciar as condições necessárias para qualquer tipo de intervenção, quando necessário. Porém, ocorre um excesso de procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários e que podem deixar marcas boas ou ruins para toda a vida. Por esse motivo, o preparo e o treinamento dos profissionais da área é de grande importância para que se decida a via de parto mais segura e compartilhada com a mãe.

Devido a esses inúmeros procedimentos e intervenções, deixou-se de lado as questões emocionais, humanas e culturais que fazem parte do processo, pois se trata de um momento de grandes emoções, angústias e dúvidas. Por isso, a prática obstétrica tem sofrido mudanças para a promoção e resgate de características naturais e fisiológicas do parto e do nascimento.

Diante deste cenário, o enfermeiro possui um papel importante de multiplicador e autonomia em diversas ações de cuidados na assistência ao parto. Por isso, a Resolução do Cofen nº 0516/2016 vem reforçar e normatizar a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência.

O parto domiciliar sempre foi considerado natural, porém, com o tempo, a medicina o transformou em um evento patológico, de predomínio hospitalar, mas ultimamente a Organização Mundial de Saúde propõe algumas mudanças neste modelo, revendo assim procedimentos desnecessários.

Em 1999 o Ministério da Saúde publicou a Portaria de n° 985/99, criando o centro de parto normal (CPN), no âmbito do SUS, com equipe mínima, constituída por uma enfermeira obstetra, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista para o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra. Essas instituições possuem um ambiente e uma estrutura física semelhante ao domicílio, e dentro desses espaços o enfermeiro tem total autonomia para condução da assistência.

Reflita

Qual seria então o melhor local para a realização do parto? Leia o artigo "A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar", e reflita a respeito do assunto, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

Assistência ao parto normal

Parto normal ou espontâneo é o parto em que não se utiliza fórceps, vácuo extrator ou cesariana, mas que pode haver algum

tipo de intervenção baseada em evidências, em circunstâncias apropriadas, a fim de facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal. As intervenções podem ser estimulação por ocitocina do trabalho de parto, ruptura das membranas de maneira artificial, administração de medicamentos para alívio da dor.

O profissional de saúde deve informar à paciente que o parto normal é geralmente mais seguro, tanto para o bebê quanto para a mãe, assim como é menos invasivo e de mais rápida recuperação. A escolha do local deve levar em consideração o acesso à equipe médica, enfermeiras obstétricas ou obstetrizes e acesso aos métodos de alívio da dor.

Reflita

As mulheres que estão em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações e serem incluídas na tomada de decisões. Para que isso ocorra, os profissionais que as atendem deverão criar e estabelecer uma relação de confiança, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas, e também devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, assim como a maneira que os cuidados são prestados.

O apoio físico e emocional também é de grande importância.

A avaliação do feto deve ser realizada sempre, nos casos de parturientes de baixo risco, em qualquer local em que o parto ocorrer, através do estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler. A ausculta deve ser antes, durante e após a contração, atentando-se para acelerações e desacelerações e ao pulso da mãe.

Figura 3.6 | Estetoscópio de Pinard e sonar Doppler

Estetoscópio de Pinard.

Sonar Doppler.

Fonte: Disponíveis em: <http://repocursos.unasus.ufma.br/prosaude/materno_1/und2/media/imagens/estetoscopio.png> e <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942009000500016&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 fev. 2018.

A atenção ao parto normal segue dois tipos de concepções: a primeira que é caracterizada por um modelo intervencionista, que visa o risco e é mais praticada pelos médicos e outro mais adequado às enfermeiras. O modelo holístico de assistência ainda é pouco observado na realidade existente, pois as mulheres ainda são separadas da família na maternidade, convivem com ambientes estranhos e pessoas estressadas, aliado ao uso de procedimentos invasivos que causam dor, desconforto e muita solidão à paciente (MOURA, 2007).

Assistência ao parto fórceps

O fórcipe trata-se de uma pinça obstétrica composta por duas colheres que são articuladas e que possuem a finalidade de preensão, tração e rotação do polo cefálico do feto. Este pode ser usado quando o feto se encontra em sofrimento ou quando a mãe não consegue mais fazer força durante o parto normal.

Sendo classificado como alto (acima do plano O), médio (plano O ou logo abaixo), baixo (onde não houver rotação para occipitopúbico) ou de alívio (quando houve distensão de períneo pelo polo cefálico e a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior).

Quanto a sua função:

- Preensão: pode haver três tipos de pegadas, em que a mais

comum e ideal é a parieto-malar. As outras duas são frontomastoide que é precária e a fronto-occipital que é ruim.

- Tração: deve acompanhar o eixo da parte preensora das colheres, sempre respeitando a mobilidade cefálica e o ritmo das contrações.

- Rotação.

Em termos de **indicação**, pode ser materna ou fetal. Na materna, as principais indicações são ausência de rotação do polo cefálico, período expulsivo prolongado e patologias como cardiopatia, pneumopatia ou eclampsia. Já a indicação fetal se dá por presença de mecônio, sofrimento fetal e prematuridade.

Os **critérios** de aplicação podem ser, para a mãe: colo dilatado completamente, ausência de desproporção, bolsa rota, analgesia e episiotomia (incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto), reto e bexiga vazios. Já para o feto são: estar vivo, estar com a cabeça insinuada e se apresentar variação de posição não conhecida.

O **procedimento** trata-se da introdução das colheres: a primeira é posterior à direita, e a segunda é anterior à esquerda. Após isso, é feita a articulação, e em seguida a extração do feto de maneira em que o fórceps deve orientar o polo cefálico até fazer a alavanca, chamado hipomóclio.

Os tipos de fórceps são: Kielland, Simpsom, Piper e outros.

Figura 3.7 | Tipos de Fórceps

Fonte: Disponível em: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/372>. Acesso em: 19 fev. 2018.

As **complicações** em seu uso existem, para a mãe que pode ser: rotura ou perfuração uterina, lesão ou fístula de bexiga ou reto, laceração do canal vaginal e colo uterino, causando infecção e hemorragia, e um possível prolapso uterino. Para o feto pode haver: céfalo-hematoma, fratura de crânio, paralisia facial, lesão cerebral e até hemorragia intracraniana.

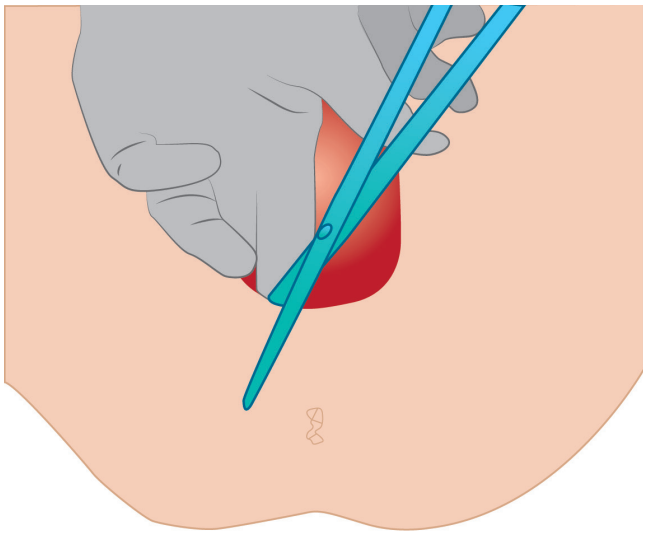
As **condutas de enfermagem** no caso do parto fórceps ocorrem no pré e no pós-operatório. No **pré-operatório**, a equipe de enfermagem deve acompanhar toda a evolução do trabalho de parto, realizar exames da vitalidade fetal e de controle da evolução do trabalho de parto (dinâmica uterina, estado da bolsa amniótica, amniotomia, esvaecimento e dilatação cervical, posição e altura fetal, controlar a indução, realizar cardiotocografia, ausculta do BCF, amnioscopia e outros). A equipe deve ainda observar e saber reconhecer sinais de complicações, identificar a distocia obstétrica, comunicando imediatamente a equipe médica e estabelecer cateterismo venoso calibroso a fim de administrar soroterapia e outros medicamentos necessários. Oriente a parturiente sobre o que ocorre, encaminhe-a ao centro obstétrico. Dentro da sala, coloque-a na mesa em posição anestésica, circule na sala ou instrumente o parto se for necessário.

Já no **pós-operatório**, manter os cuidados pós-parto normal, como observar sangramento, sinais vitais, incisão no caso de episiotomia, além de observar o tipo de anestesia em que a paciente foi submetida. Observar também sinais e sintomas de possíveis complicações no pós-parto, tanto para a mãe quanto para o feto. Realizar inspeção de possíveis marcas e sinais de lesões, explicando para a paciente e seus familiares a respeito.

Episiotomia

Trata-se de uma incisão realizada na região do períneo (área entre a vagina e o ânus) a fim de ampliar o canal de parto, justificada em alguns casos como necessidade de parto instrumentalizado, sofrimento fetal ou acesso para fletir a cabeça do bebê, realizada normalmente com anestesia local. O obstetra define no momento do parto sua necessidade, evitando assim uma laceração local. A mais utilizada é a médio lateral direita, conforme demonstrado na figura 3.8.

Figura 3.8 | Episiotomia



Fonte: Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Episiotomia>. Acesso em:19 fev. 2018.

Após a realização, o cirurgião sutura, podendo gerar dor e desconforto por cerca de 2 a 3 semanas após o parto. Os **cuidados de enfermagem** visam a cicatrização, a diminuição da dor e evitar infecção. Os principais cuidados são: lavar as mãos, trocar absorvente sempre que necessário, lavar o local com água e sabão e secar bem, sem esfregar o local, usar calcinha de algodão e evitar realizar esforços.

Para a dor, deve-se aplicar compressa fria conforme necessidade para diminuir a dor e o edema e tomar analgésicos, conforme prescrição médica. Já para a cicatrização, não se deve utilizar roupas justas, é indicado a realização de exercícios de Kegel que aumentam o fluxo da região e possui a finalidade de combater a perda involuntária de urina, tonificam e fortalecem o músculo chamado pubiococcígeo, localizado no assoalho pélvico.

Parto natural

Atualmente, o parto natural e o atendimento humanizado têm sido motivo de diversos investimentos por parte do Ministério da Saúde, dentre os quais o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, criação dos Centros de Parto Normal, Programa Mãe Canguru, além das camas com diferentes posições para parto

normal e certificações às instituições que adotam a humanização do cuidado como um de seus objetivos principais. Por isso, o profissional de saúde deve conhecer as recomendações da Organização Mundial de Saúde para o Parto Normal, formuladas em 1996. São elas: práticas úteis que devem ser estimuladas, práticas prejudiciais que devem ser eliminadas, práticas que devem ser usadas com cautela, pois não possuem evidências científicas comprovadas e práticas utilizadas de maneira inadequada.

Exemplificando

Para que você conheça o assunto em detalhes, leia a reportagem "Parto normal e Natural: qual a diferença?" *Revista Enfermagem*. Coren, ano 10, nº 81 (p. 20 a 25), disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

Parto humanizado

A proposta do programa de humanização do parto é resgatar o processo fisiológico do parto sem que existam traumas e de maneira positiva. Como vimos, o modelo de parto sofreu várias modificações ao longo do tempo. Este processo pretende chamar a atenção das instituições de saúde com relação ás práticas abusivas durante o processo do parto, tanto para a mulher quanto para o bebê, colocando em risco suas vidas e deixando traumas para a vida toda.

O grande objetivo é incentivar a prática do parto normal e uma diminuição da taxa de cesariana, realizando apenas quando necessário e indicado. O contato pessoal e os aspectos emocionais são de extrema importância para a eficácia do tratamento, pois o profissional deve privilegiar o que viu, palpou e o que a paciente descreveu. Portanto, não basta criar técnicas, mas sim construir uma relação de laços humanos. Pensando nisso, o Ministério da Saúde assinou a Portaria nº 569 em 1 de junho de 2000, garantindo assim a parturiente e ao recém-nascido um atendimento digno.

Exemplificando

Para que você conheça a Portaria 569 de maneira detalhada, leia no *link*: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 19 fev. 2018.

O parto é o momento mais esperado entre a parturiente e seus familiares, momento de significativas mudanças. Valorizar o aspecto humano e ser solidário, prestando uma assistência dentro de uma visão holística fazem da humanização a base da profissão de enfermagem. A relação que se estabelece entre paciente e equipe de enfermagem só colabora para que o processo ocorra da melhor maneira.

A presença de um acompanhante na sala de parto também é de grande importância, além de ser direito de escolha da parturiente, pois muitas vezes o parceiro também possui receios em participar desse momento.

O enfermeiro deve estar atento a dor da paciente, pois isso causa um aumento da tensão e grande sofrimento, podendo até gerar distocias uterinas. Por isso, deve-se valorizar todos os sentimentos e sensações da paciente, criando então uma relação empática a fim de ajudá-la e compreendê-la, reduzindo ao máximo seu grau de ansiedade.

Algumas **atitudes** são essenciais por parte dos profissionais de saúde na assistência obstétrica, com base também nos direitos da mulher para um parto humanizado, são elas:

- Estar atento ao monitoramento do bem-estar físico e emocional durante todo o atendimento.

- Respeitar a vontade e a escolha do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

- Permitir que a paciente caminhe para que ajude na dilatação e que adote a posição que preferir durante o período de expulsão.

- Orientar e oferecer técnicas de relaxamento e massagem para alívio da dor durante o trabalho de parto.

- Imediatamente após o parto, permitir o contato pele a pele da mãe e bebê, estimulando o início da amamentação.

- É papel do enfermeiro monitorar a evolução do parto, oferecer alojamento conjunto e estimular e orientar a prática da amamentação o quanto antes.

Com relação aos direitos da paciente:

- Permanecer acompanhada por alguém de sua escolha no trabalho de parto e parto.

- Conhecer os profissionais e ser informada a todo tempo em relação aos procedimentos que estão sendo realizados.

- Receber líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto.

- Caminhar e receber massagem durante o trabalho de parto.

- Ser chamada pelo nome.

- Tomar banho morno e adotar a posição que preferir para a expulsão.

- Receber o seu recém-nascido imediatamente após o parto para o início da amamentação.

Vale ressaltar ainda que procedimentos como tricotomia e enemas, que já são considerados danosos ou ineficazes, não devem ser feitos de maneira rotineira. Portanto, podemos concluir que humanizar nada mais é do que respeitar a individualidade da paciente, saber ouvir e ver o outro, adequando a assistência de acordo com suas crenças e culturas, que seja respeitada enquanto cidadã e dando a ela o direito de escolha.

O momento mais importante para que este processo tenha maior êxito é o do pré-natal, em que a paciente pode ser orientada em relação a todas as fases que estão por vir. O enfermeiro deve se conscientizar de sua importância nesse processo tão complexo e de grandes mudanças.

Analgesia e anestesia

Muitas vezes, o alívio da dor no trabalho de parto pode diminuir a angústia da mulher e melhorar a sua participação no processo, o que é de grande valia. O medo da dor assusta a mulher e a condicionam de maneira negativa, mesmo porque o limiar de dor de cada pessoa varia muito. A analgesia e/ou anestesia devem ser feitas de maneira que não interfiram na evolução do trabalho de parto de maneira negativa, e deve sim proporcionar conforto e até mesmo harmonizar e regularizar as contrações uterinas.

Analgesia significa insensibilidade à dor, já anestesia causa um estado de privação de sensibilidade geral, com o uso de substância para eliminar ou reduzir a sensibilidade.

Existem os métodos farmacológicos e não farmacológicos para este processo.

- Não farmacológicos: imersão em água, massagem durante o trabalho de parto realizada pelo acompanhante, técnicas relaxantes, acupuntura se tiver o profissional habilitado, escolha de músicas e

hipnose, se houver profissional habilitado. Esses devem ser utilizados antes do uso de métodos farmacológicos.

- Farmacológicos: com o uso de medicamentos e fármacos. Veremos agora as técnicas regionais utilizadas para a anestesia.

Bloqueio dos pudendos: trata-se da infiltração anestésica dos troncos desses nervos, ao nível da espinha ciática. O procedimento deve ser informado à parturiente, devendo posicioná-la na mesa em posição de litotomia. Realizar a antissepsia do períneo com solução não alcoólica, em seguida, colocar os campos cirúrgicos. O anestesista palpa o local através do toque vaginal, e com o auxílio do dedo indicador direciona a ponta da agulha na região da tuberosidade isquiática até tocá-la, em seguida retrocedendo 1 cm. Este deve aspirar para se certificar de não ter pego nenhum vaso sanguíneo, depositando então 10 ml de lidocaína a 1% abaixo da tuberosidade. Deve-se repetir do lado oposto.

Assimile

Se durante o período expulsivo for necessário realizar a episiotomia, associado ao bloqueio dos pudendos, realiza-se então o bloqueio ou anestesia local ou locorregional. Este é realizado especialmente na linha da incisão e em forma de leque, com movimentos de avanço da agulha, aspiração e recuo, injetando 10 ml do anestésico.

Anestesia raquidiana: utilizada pela facilidade técnica e ação imediata. Deve-se hidratar a paciente principalmente com solução Ringer Lactato antes do início do bloqueio, pois uma das suas complicações é a hipotensão. Deve-se posicionar a paciente em posição de Buda ou lateral na mesa cirúrgica. O anestesista realiza a antissepsia e a punção entre L3-L4 ou L4-L5. Após o refluxo do liquor, aplica-se o anestésico (bupivacaína ou lidocaína). Realiza a infusão de oxitocina após o nascimento.

Anestesia peridural lombar contínua: a peridural demora em média 20 minutos para se instalar, porém seu efeito é mais prolongado, tanto na dilatação quanto na expulsão. Um cateter é instalado no espaço peridural estabelecendo uma via para administração em baixas doses. As **vantagens** são: analgesia e anestesia prolongado, controle da intensidade e extensão do bloqueio, possibilidade de deambulação e ausência de depressão respiratória. Esse controle da extensão do

bloqueio é importante para que a paciente não perca a sensibilidade total das contrações, podendo participar de maneira ativa.

Anestesia peridural lombar única: pode ser feita de forma única, injetando uma maior concentração e em quantidade suficiente para anestesiar completamente o períneo. É indicada no final do período de dilatação e no período de expulsão fetal. Deve-se colocar a paciente em posição, realizar a antissepsia, punção entre L3-L4 ou L4-L5. Após a localização do espaço peridural, injeta-se o anestésico, tracionando o êmbolo, a fim de se certificar da localização. Realiza-se a infusão de oxitocina após o nascimento.

Exemplificando

Para que a paciente não tenha hipotensão, promove-se então uma profilaxia, através de expansão volêmica, descompressão da veia cava, desviando o útero para a esquerda, no início do bloqueio até a retirada do feto.

Anestesia geral: este tipo é mais utilizado em casos de urgências obstétricas, como coagulopatia, hemorragia severa, prolapso de cordão e bradicardia fetal. O correto é administrar de estômago vazio, mas o anestesista sempre administra medicamentos antieméticos de maneira conjunta, a fim de evitar a aspiração pulmonar. Deve-se monitorar os parâmetros vitais, cateterismo venoso calibroso, pré-oxigenação por 3 minutos com 2 a 100%, indução venosa rápida com manobra de Sellick (compressão da cartilagem cricoide para prevenir a aspiração pulmonar durante a indução anestésica geral).

Duplo bloqueio: utilizado para parto vaginal, quando se deseja utilizar a anestesia raquidiana com anestésico opioide, para um relaxamento imediato. Após a raqui, estabelece-se o cateter peridural para garantir a manutenção da anestesia, e também para o parto operatório, se for necessário.

A **cefaleia pós raqui**, trata-se de uma dor de forte intensidade secundária a anestesia raquidiana, isto é, da perfuração da dura-máter e resultado da perda de liquor, o que pode causar tração das meninges e dos nervos. Seu **diagnóstico** é realizado pela característica e localização da dor, região frontal ou occipital, muitas vezes envolvendo a região cervical posterior, que se intensifica quando a paciente está na posição ortostática (em pé) e melhora na posição

supina (deitada de barriga para cima). A conduta é diagnosticar, excluindo a cefaleia habitual e outras condições, aguardar 24 horas do início dos sintomas para a reavaliação, pois em 50% dos casos ocorre remissão espontânea, administrar medicamentos para alívio da dor conforme prescrição médica, além de hidratar de maneira oral ou parenteral. Solicitar avaliação do anestesista, pois se não houver melhora, a paciente deve se submeter ao Blood Patch (injeção peridural de 10 a 15 ml de sangue autólogo). Acredita-se que haverá um tamponamento da lesão da dura-máter pela coagulação do sangue, onde o efeito é imediato, mas também pode demorar algumas horas. Nesse caso, a paciente deve permanecer em repouso, mantendo hidratação e monitorando a dor.

Complicações no parto

As complicações do parto podem ocorrer durante qualquer dos períodos do parto (contrações, dilatação e expulsão) e requerem uma intervenção rápida e eficaz a fim de evitar danos para a mãe ou para seu bebê. Vejamos algumas delas a partir de agora.

- Inversão uterina: inversão ou reviramento do útero e fundo uterino, que pode ser incompleta (que não ultrapassa o orifício externo), completa (ultrapassa o orifício externo) ou prolapso (que ultrapassa a vulva). Pode ocorrer devido a alguns fatores predisponentes, como: tração excessiva do cordão, paredes do útero finas ou flácidas ou pressão no útero relaxado. As manifestações clínicas são dor intensa, discreta hemorragia e choque neurogênico. A conduta é estabelecer cateterismo venoso a fim de administrar soro e ocitocina, realizar analgesia pelo médico (normalmente anestesia geral), colocar o útero em posição (manobra de taxe), porém em alguns casos deve ser recolocado de maneira cirúrgica. A profilaxia é administrar antibiótico, não tracionar o cordão durante a dequitação e não empurrar o fundo do útero.

- Prolapso de cordão: trata-se da exteriorização do cordão após a rotura da bolsa amniótica. Os fatores que predispõem são: rotura da bolsa, antes que esteja encaixado, apresentação pélvica, gemelaridade, prematuridade, placenta prévia e polidrâmnio. A profilaxia é não realizar amniotomia quando a apresentação é alta e móvel, realizando somente com 6 a 7 cm de dilatação, com colo esvaecido e apresentação fixa, polidrâmnio. A conduta da equipe é

colocar a paciente em posição de Trendelemburg, o médico deve calçar luva estéril e empurrar e segurar a apresentação por dentro da vagina até que a cesárea seja realizada (no caso de a dilatação não ser completa). Se a dilatação estiver completa, empurrar o cordão para dentro (com apresentação insinuada e fixa), preparar a paciente para um parto vaginal imediato, administrar oxigenoterapia. Nesse caso, a anestesia geral é mais indicada a fim de evitar as contrações uterinas.

- Retenção placentária: quando não ocorre a expulsão da placenta após 30 minutos do parto. Pode ser devido a hipotonia ou atonia uterina, placenta acreta (se adere anormalmente à decídua ou à parede uterina), encarceramento, inserção cornual ou segmentar (a placenta gruda). A conduta é estabelecer cateterismo venoso, realizar analgesia, soroterapia, extrair a placenta de maneira manual, realizar curetagem, administrar ocitocina endovenosa. Nos casos de placenta acreta, deve ser feita a histerectomia (retirada do útero). Observar sangramento vaginal e se necessário o médico prescreve a antibioticoterapia.

- Rotura uterina: pode ocorrer devido a rotura de uma incisão anterior, parto prolongada ou difícil, tensão excessiva do miométrio, aplicação do fórceps antes da dilatação completa e pressão em excesso aplicada no fundo do útero (Manobra de Kristeller). Na rotura **completa**, ocorre dor abdominal intensa e súbita, sensibilidade abdominal, ausência de contratilidade, BCF ausente, sangramento intra-abdominal e às vezes vaginal, feto palpável facilmente e sinais de choque (taquicardia, palidez, pele fria e pegajosa, dispneia). Já na rotura **incompleta**, ocorre, em algumas horas, dor abdominal durante as contrações, sangramento vaginal discreto, colo não dilata, apesar de haver contrações, taquicardia e palidez. A profilaxia se faz diante de uma análise correta da bacia materna, identificação da posição do feto, evitar trabalho de parto prolongado e só induzir o parto com indicação precisa. A conduta é preparar a paciente para a histerectomia imediata, se possível, realizar a sutura, manter cateterismo venoso com soroterapia, evitando choque hipovolêmico, solicitar fator Rh, prova cruzada e tipagem sanguínea, providenciar sangue, realizar hemostasia rapidamente (médico), considerar possibilidade de laqueadura, administrar antibioticoterapia e providenciar apoio psicológico para a mãe.

- Embolia do líquido amniótico: entrada de líquido na circulação materna, é rara, mas pode ser fatal. Causa dispneia súbita, cianose,

edema pulmonar e choque grave. A equipe deve administrar oxigenoterapia, providenciar ventilação assistida, transfusão de sangue, cateterismo venoso para administrar fibrinogênio e heparina (coagulação intravascular). Se o colo estiver dilatado, auxiliar no parto fórceps e prestar uma assistência intensiva.

- Parto normal com apresentação pélvica: ocorre em apenas 3 a 5 % dos casos, podendo ser pélvica completa (pernas e pés fletidos), incompleta de modo de nádegas ou incompleta de modo joelho ou pé. Os fatores podem ser: anexial (polidrâmnio, brevidade do cordão e localização da placenta), fetal (prematuridade, gemelaridade ou malformação) ou materno (tumor, malformação, multiparidade, vício pélvico). A conduta deve ser: identificar a apresentação, manter a bolsa íntegra até a dilatação completa, evitar o uso de fármacos, realizar anestesia locorregional e episiotomia, realizar a manobra de Bracht (liberação dos ombros e cabeça) para desprendimento do polo cefálico, providenciar fórceps e demais matérias de emergência.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito deste assunto, consulte o material *Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais*. Disponível no link: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00065.pdf>. Acesso em 03/12/2017.

Sem medo de errar

Neste momento os alunos da professora Glória continuam acompanhando os procedimentos dentro das salas cirúrgicas, mas agora o foco da observação é o parto em si, acompanhando o passo a passo deste momento tão peculiar e único para a paciente: o nascimento de seu filho. Como esta etapa é formada de vários procedimentos e tipos de parto, pensando de uma maneira geral, a professora Glória perguntou aos seus alunos: o que seria parto humanizado? Qual a sua importância para a paciente e o bebê? Quais benefícios esta humanização traz ao binômio?

A proposta do programa de humanização do parto é resgatar o processo fisiológico do parto sem que existam traumas e de maneira positiva. Como vimos, o modelo de parto sofreu várias modificações ao longo do tempo. Este processo pretende chamar a atenção das instituições de saúde com relação ás práticas abusivas durante

o processo do parto, tanto para a mulher quanto para o bebê, colocando em risco suas vidas e deixando traumas para a vida toda.

O grande objetivo é incentivar a prática do parto normal e uma diminuição da taxa de cesariana, realizando apenas quando necessário e indicado. O contato pessoal e os aspectos emocionais são de extrema importância para a eficácia do tratamento, pois o profissional deve privilegiar o que viu, palpou e o que a paciente descreveu. Portanto, não basta criar técnicas, mas sim construir uma relação de laços humanos.

O parto é o momento mais esperado entre a parturiente e seus familiares, momento de significativas mudanças. Valorizar o aspecto humano e ser solidário, prestando uma assistência dentro de uma visão holística, fazem da humanização a base da profissão de enfermagem. A relação que se estabelece entre paciente e equipe de enfermagem só colabora para que o processo ocorra da melhor maneira.

A presença de um acompanhante na sala de parto também é de grande importância, além de ser direito de escolha da parturiente, pois muitas vezes o parceiro também possui receios em participar desse momento.

O enfermeiro deve estar atento a dor da paciente, pois isso causa um aumento da tensão e grande sofrimento, podendo até gerar distocias uterinas. Por isso, deve-se valorizar todos os sentimentos e sensações da paciente, criando então uma relação empática a fim de ajudá-la e compreendê-la, reduzindo ao máximo seu grau de ansiedade.

Avançando na prática

Analgesia e anestesia

Descrição da situação-problema

O ambiente cirúrgico traz diversos termos e nomenclaturas específicas que não são utilizadas, por exemplo, em um ambiente de internação. Pois bem, as alunas da professora Glória ficaram intrigadas em ouvir tantos termos, entre eles analgesia e anestesia. Para que elas não se confundam mais, qual a diferença entre esses dois termos?

Resolução da situação-problema

Muitas vezes o alívio da dor no trabalho de parto pode diminuir a angústia da mulher e melhorar a sua participação no processo, o que

é de grande valia. O medo da dor assusta a mulher e a condicionam de maneira negativa, mesmo porque o limiar de dor de cada pessoa varia muito. A analgesia e/ou anestesia devem ser feitas de maneira que não interfiram na evolução do trabalho de parto de maneira negativa, e deve sim proporcionar conforto e até mesmo harmonizar e regularizar as contrações uterinas.

Analgesia significa insensibilidade à dor, já anestesia causa um estado de privação de sensibilidade geral, com o uso de substância para eliminar ou reduzir a sensibilidade.

Faça valer a pena

1. O profissional de saúde deve informar à paciente que o parto _____ é geralmente mais seguro, tanto para o bebê quanto para a mãe, assim como é menos invasivo e de mais rápida recuperação. A escolha do local deve levar em consideração o acesso à equipe médica, enfermeiras obstétricas ou obstetrizes e acesso aos métodos de alívio da dor.

Complete a lacuna de maneira correta, assinalando a alternativa correspondente.

a) fórceps
b) cesárea
c) normal
d) induzido
e) sob anestesia

2. O fórcipe **trata-se** de uma pinça obstétrica composta de duas colheres que são articuladas:

I. Este pode ser usado quando o feto se encontra em sofrimento ou quando a mãe não consegue mais fazer força durante o parto normal.
II. Pode ser **classificado** como alto (acima do plano O), médio (plano O ou logo abaixo), baixo (onde não houver rotação para occipitopúbica) ou de alívio (quando houve distensão de períneo pelo polo cefálico e a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior).
III. Quanto a sua **função**: preensão, tração e rotação.

Analise as afirmativas e assinale a alternativa correta, se:

a) Somente I e II estiverem corretas.
b) Somente II e III estiverem corretas.
c) Somente I e III estiverem corretas.
d) Somente a I estiver correta.
e) I, II e III estiverem corretas.

3. Anestesia peridural lombar contínua: a peridural demora em média 20 minutos para se instalar, porém seu efeito é mais prolongado, tanto na dilatação quanto na expulsão.

1. Na contínua, um cateter é instalado no espaço peridural estabelecendo uma via para administração em baixas doses. As vantagens são: analgesia e anestesia prolongado, controle da intensidade e extensão do bloqueio, possibilidade de deambulação e ausência de depressão respiratória.
PORTANTO

2. Este controle da extensão do bloqueio é importante para que a paciente não perca a sensibilidade total das contrações, podendo participar de maneira ativa.

Analise as asserções acima e assinale a alternativa, se:

a) 1 e 2 estiverem corretas e se completam.
b) 1 e 2 estiverem incorretas, mas se completam.
c) 1 e 2 estiverem corretas e não se completam.
d) 1 estiver correta e a 2 estiver incorreta.
e) 1 estiver incorreta e a 2 estiver correta.

Referências

ANVISA. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais – Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/manuais/Manual_de_Preveno_em_Infeco_Puerperal_consulta_restrita.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo, 2007.

COFEN-RESOLUÇÃO 223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puérpera. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 18 fev. 2018.

COFEN-RESOLUÇÃO 0516/2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 18 fev. 2018.

LUZ, Maria Helena Barros. **A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf. Acesso em 18/12/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede cegonha**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em 18 fev. 2018.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 60 n. 4 Brasília July./Aug. 2007. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Revista Enfermagem Coren. Parto normal e Natural: qual a diferença? Ano 10, nº 81 (pág. 20 a 25), disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan. **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018.

Assistência de enfermagem no puerpério

Convite ao estudo

Prezado aluno, estamos iniciando a última unidade deste material tão importante na área da enfermagem, na qual veremos agora os principais cuidados relacionados ao período do pós-parto e puerpério. Por isso, a competência técnica desta unidade é conhecer e compreender os cuidados e agravos relacionados ao puerpério, incluindo o aleitamento materno. Ao término desta unidade você será capaz de elaborar uma cartilha informativa direcionada aos principais cuidados no puerpério e a importância do aleitamento materno.

Para que isso ocorra de maneira mais efetiva apresentaremos a seguir um contexto de aprendizagem, facilitando assim o entendimento deste conteúdo tão importante em sua formação.

Dando sequência aos nossos estudos, vamos continuar acompanhando a professora Glória com seus alunos que estão em um estágio na área de saúde da mulher. Até agora eles puderam acompanhar todo o processo de pré-parto e parto, os tipos, os mecanismos, a intercorrência e as complicações e os principais cuidados que devem ser prestados à paciente. Terminado esta fase os alunos agora partirão para a próxima etapa: a dos cuidados no período de puerpério, isto, é, no pós-parto.

Prepare-se então para continuar e concluir a sua jornada de aprendizagem nesta disciplina tão ímpar, que é a saúde da mulher. A cada seção você auxiliará os alunos da professora Glória a resolver os desafios que são lançados.

Bons estudos!

Seção 4.1

Assistência no puerpério I

Diálogo aberto

Caro aluno, vamos então continuar nosso aprendizado e seguir para a última unidade de ensino que diz respeito aos cuidados no período puerperal. Vimos até agora que os alunos da professora Glória estão em seu estágio no setor de obstetrícia do hospital onde atuam, mais especificamente no centro obstétrico, no qual os alunos têm muita curiosidade em aprender por ser um ambiente com tantas particularidades. Já acompanharam o período de pré-parto e parto, agora vão aprender os assuntos relacionados ao puerpério.

Após a vivência dos alunos da professora Glória em cuidados durante o parto, agora começarão um outro tipo de assistência, tão importante quanto as já vistas e vivenciadas até este momento, pois cada uma possui suas particularidades e cuidados específicos. O período do puerpério se inicia no momento em que a paciente dá à luz ao seu bebê e seus cuidados são de grande importância para a integridade tanto da saúde da mãe, quanto a do recém-nascido. A paciente Ana acabou de ter o seu filho de parto normal e sem intercorrências com o binômio. Diante desta paciente, a professora Glória coloca a seguinte questão a seus alunos: quais os principais cuidados pós-parto que devem ser prestados a esta paciente, agora chamada de puérpera? Esta e outras questões serão resolvidas ao decorrer desta seção de estudos.

Não pode faltar

Assistência no puerpério imediato

Para que possamos abordar a assistência e os cuidados prestados, precisamos primeiro saber o significado da palavra puerpério, que também pode ser chamado de resguardo ou quarentena, que trata-se do período em que ocorrem intensas modificações tanto físicas quanto psíquicas, e vai desde a dequitação da placenta até os órgãos da mãe retornarem ao seu estado pré-gravídico. Neste período a paciente é chamada de puérpera.

Assimile

O puerpério é dividido em três fases: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia), puerpério tardio (do 11º ao 42º dia) e puerpério remoto (a partir do 43º após o parto). Entretanto, nas lactentes, o período vai até o término da amamentação, pois as glândulas mamárias se encontram em plena atividade.

A atenção ao binômio após o parto vai desde os primeiros momentos até as primeiras semanas, por isso se recomenda a visita domiciliar na primeira semana, e se caso o recém-nascido for considerado de risco, realizar em até três dias após o parto. No caso do agendamento do retorno da mulher ao serviço de saúde deve ser de sete a 10 dias após o parto.

A importância deste acompanhamento é avaliar o estado de saúde da mãe e do bebê e sua interação, orientar e apoiar a amamentação, identificar qualquer situação de risco e orientar quanto ao planejamento familiar. Os principais problemas que aparecem são justamente nesta primeira semana, por isso a importância da avaliação durante estes dias.

Quando a paciente é admitida na enfermaria, o enfermeiro deve avaliar imediatamente as condições de admissão e anotar no prontuário, comunicando qualquer tipo de alteração. Na admissão realiza-se a análise do prontuário com todos os dados referentes ao tipo de parto e intercorrências, se houver. O enfermeiro então faz a anamnese e o exame físico, atentando-se principalmente à loquiação (quantidade, aspecto), contração uterina (se o útero se encontra contraído acima, na altura ou abaixo da cicatriz umbilical), assim como o tipo de parto a fim de analisar a incisão (cesárea no abdome e normal, qual o aspecto do local e se houve episiotomia). Realizar também a aferição dos sinais vitais, diariamente, e acompanhar esta evolução até a sua alta, na qual a loquiação deve ser menor (na maioria dos casos) e incisão sem sinais de infecção (orientando a higienização na alta). Normalmente o tempo de internação de parto normal é de 36 horas e cesárea 48 horas.

A conduta da equipe de enfermagem no **pós-parto imediato** deve ser: manter acesso venoso por algumas horas, controlar o sangramento vaginal (loquiação), observar a coloração das mucosas, verificar sinais vitais, observar o estado geral da paciente, inspecionar

incisão cirúrgica observando hematomas, atentar-se à hipotonia ou atonia uterina, administrar oxitocina endovenosa se necessário e prescrito, aplicar bolsa de gelo na episiorrafia se também for necessário, manter a paciente limpa e confortável. Outro aspecto que deve ser acompanhado durante toda a internação, desde o parto, é com relação às mamas. O enfermeiro deve analisar a mama, o tipo de bico (protruso, semi-protruso, plano ou invertido) e se existe a presença de colostro à expressão manual. A enfermagem tem papel fundamental no incentivo e auxílio para o sucesso da amamentação, por isso deve auxiliar a puérpera a colocar o seu bebê ao seio materno, observando a pega correta e sucção eficaz, e orientando a livre demanda.

Já no **pós-parto mediato** são: avaliação diária com determinação de necessidades individuais, criar vínculo entre paciente e profissional por meio das atividades assistenciais, estimular cuidados de higiene, orientar a respeito do sono e repouso, em condições normais providenciar dieta adequada, administrar suplementação de ferro quando prescrito, estimular ingesta hídrica, supervisionar o funcionamento intestinal, orientar a respeito do risco de fumo, álcool e automedicação, estimular deambulação precoce (quatro a seis horas após o parto, na primeira vez com supervisão e encorajando-a), observar e anotar eliminações, coloração das mucosas, inspecionar as mamas, orientar e ensinar a técnica correta de amamentação, orientar e supervisionar os cuidados com o recém-nascido, observar a sucção em seio materno, promover o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê, orientar cuidados com incisão cirúrgica ou episiotomia (lavar e manter limpo o local), observar sinais de infecção (dor, calor, rubor, secreção).

Hemorragia puerperal

Denomina-se hemorragia a perda de sangue maior que 500 ml no parto normal, ou maior 1000 ml na cesariana após o parto, atentando-se sempre à hemodinâmica da paciente. As causas podem ser devido a atonia uterina (ausência de contração uterina), laceração do trajeto do parto, existência de restos placentários e alguma coagulopatia.

No pós-parto imediato a paciente deve ser encaminhada à recuperação e monitorada de 15 em 15 minutos em relação aos sinais vitais, tônus uterino, sangramento (vaginal e da incisão cirúrgica), manter acesso venoso calibroso, oferecer oxigênio em máscara

ou cateter (normalmente cinco litros por minuto). Em casos de sangramento em excesso solicitar avaliação médica para conduta.

A equipe de enfermagem deve estar atenta às respostas clínicas da paciente, assim como coletar exames quando necessário e encaminhá-los. Manter ou realizar cateterismo vesical e observar sinais de hipotermia.

Cuidados à puérpera

Algumas ações com relação aos cuidados com a puérpera, além dos já citados, são de grande importância. Vejamos a seguir quais são elas.

- Anamnese: consultar o cartão da gestante e indagá-la com relação às condições de gestação e parto, dados do parto, intercorrências, aconselhamento e testes HIV, uso de medicamentos. Questione com relação à amamentação (dificuldades e condições), alimentação, sono, queixas, dor, condições sociais e psicoemocionais.

- Avaliar a parte clínica e ginecológica: avaliar sinais vitais, estado geral, mamas, abdome, períneo, verificar intercorrências, observar vínculo, avaliar mamada e inspecionar as mamas. A conduta deve ser: orientar a respeito da higiene, planejamento familiar como métodos contraceptivos, cuidados com o recém-nascido, direitos da mulher, atividade sexual e cuidados com as mamas. A revisão do parto deve ser agendada até 42 dias depois, oferecer aconselhamento e teste HIV quando necessário, registrar no prontuário as informações e tratar intercorrências.

Além disso, as ações com os recém-nascidos também são importantes, entre elas:

- Verificar os dados na caderneta da criança com as informações do parto e das condições do nascimento, verificar as condições de alta do binômio, observar a criança de modo geral: peso, padrão respiratório, hidratação, exame físico, eliminações e aleitamento materno. Observar a mamada e dar orientações reforçando a sua importância, e no caso de qualquer alteração encaminhar para uma avaliação médica (pediatra), identificando um bebê com risco ao nascer (baixo peso, intercorrências no parto, mãe HIV, etc).

Modificações gerais e locais

Dentre todos os aspectos no pós-parto é importante falar a respeito das condições e modificações. Quanto às modificações

locais temos as mais comuns observadas com relação à:

- Útero: imediatamente após o parto ele se contrai, e por volta do 12º dia o fundo uterino se encontra no nível da borda superior da sínfise púbica, indolor à palpação e com lóquios.

Exemplificando

A coloração dos lóquios se altera com o passar dos dias: até o quarto dia se apresenta rubra, do quarto ao décimo dia se apresenta fusca, do décimo ao vigésimo dia se denomina flava e do vigésimo até o final, se denomina alba.

- Colo: muitas vezes encontra-se com edema, flácido e com presença de laceração, mas no local haverá uma restauração e formação de novas fibras musculares.

- Vagina vulva e ânus: estas estruturas se apresentam hiperemiadas e entreabertas, porém retornam às rugas vaginais, mas não na condição de nulípara. Pode haver também a aparição e o prolapso de hemorroidas.

- Abdome: encontra-se volumoso e com a musculatura flácida, voltando à condição anterior em poucas semanas, isso se não adquiriu muito peso durante a gestação.

- Mamas: têm seu início de evolução após o parto, ao contrário dos outros órgãos, com a apojadura (descida do leite) em 48 a 72 horas, aumento da prolactina e inibição da ovulação.

Já no caso das **modificações gerais**, podemos observar:

- Metabolismo: volta ao normal de maneira lenta, perdendo de 2 a 3 kg na primeira semana.

- Pele: ocorre intensa sudorese e desaparecimento de hiperpigmentação e lanugem.

- Sistema digestório: aos poucos suas funções são normalizadas.

- Sistema urinário: no início é escasso, ficando abundante do segundo ao sexto dia, eliminado água acumulada durante a gestação.

- Sistema respiratório: o diafragma retoma a posição normal, desaparecendo assim a dificuldade respiratória.

- Sistema cardiovascular: o pulso e a pressão arterial diminuem, assim como as varizes regridem.

- Alterações hematológicas: diminuição da Hemoglobina (Hb) e do Hematócrito (Ht), aumentam as plaquetas, a hemossedimentação, fatores plasmáticos de coagulação, predispondo assim à embolia e trombose.

Alojamento conjunto

Após o nascimento, o bebê deve permanecer ao lado de sua mãe, pois trata-se da acomodação do recém-nascido ao lado da mãe. Sempre que possível este contato deve acontecer o mais precoce possível evitando assim procedimentos desnecessários e a separação do binômio. Em 1983 o alojamento conjunto tornou-se obrigatório em todos os hospitais públicos e privados.

As **vantagens** do alojamento conjunto são: humanização do atendimento ao binômio, convivência entre mãe e bebê e conhecimento mútuo, maior envolvimento dos pais nos cuidados com o recém-nascido, promoção do vínculo afetivo, promoção do aleitamento materno, diminuição do risco de infecção.

As **atribuições da equipe** de saúde no alojamento conjunto são: encorajar o alojamento sob livre demanda, não oferecer nada além do leite materno sem necessidade ou prescrição médica, não oferecer bicos artificiais e chupetas para não confundir o bebê, orientar as mães para que não amamentem outras crianças (amamentação cruzada). Recomenda-se que o binômio permaneça no mínimo 48 horas internado a fim de observar as possíveis complicações e para que a mãe aprenda os cuidados com seu filho.

Além disso, algumas **boas práticas** devem ser exercidas pelos profissionais de saúde que atuam em alojamento conjunto para uma atenção qualificada e humanizada. Dentro dessas práticas, temos:

- Acolhimento: o profissional de saúde deve atender e acolher a paciente de maneira humanizada e que lhe permita expor suas angústias e tirar suas dúvidas, e o profissional deve sempre dar as respostas adequadas. A usuária do serviço deve ser respeitada como participante ativa de seu processo, tendo suas crenças e valores respeitados.

- Comunicação: o profissional deve ter a habilidade de se comunicar por meio do aconselhamento, isto é, ouvi-la e ajudá-la para tomar as decisões corretas. Algumas técnicas são utilizadas e

úteis, entre elas: comunicação não-verbal, remover barreiras a fim de favorecer uma aproximação do profissional e seu cliente, evitar palavras de tom punitivo, utilizar linguagem acessível e simples, dar espaço para que a paciente se coloque, demonstrar empatia, aceitar e reconhecer seus sentimentos, elogiar e reconhecer quando está indo bem, fazer sugestões, oferecer ajuda e conversar sobre os cuidados explicando os procedimentos e as condutas.

- **Orientações:** item de grande importância pois neste local os profissionais passam várias orientações ás pacientes e seus familiares. As principais delas são:

- Amamentação: os primeiros dias são fundamentais para que ocorra o sucesso na amamentação, tentando passar para a paciente sua importância, as desvantagens da introdução de outros tipos de alimentação de maneira precoce, sua duração e importância, tempo de mamada, prevenção de problemas relacionados à amamentação, manutenção de hábitos saudáveis de nutrição e ingestão hídrica e orientação quanto à ordenha manual do leite. Este assunto trataremos ainda nesta unidade com mais detalhes.
- Uso de mamadeira: o uso de complementos para o leite materno como chás e águas são desnecessários nos primeiros meses de vida, assim como o uso de bicos acaba confundindo o bebê, pois o bico artificial tem maior facilidade de saída do leite, e no seio deve ser feita uma maior sucção.
- Uso de chupetas: a chupeta pode interferir de maneira negativa na amamentação, pois geralmente o bebê que chupa chupeta acaba tendo mais dificuldade em mamar, pois geralmente a mãe que oferece tem dificuldades neste processo. Além disso seu uso pode causar candidíase orla, otite e alteração do palato.
- Comportamento do RN: sua interpretação de maneira incorreta pode gerar consequências, pois cada um possui sua personalidade e seu tempo, e até as atitudes de quem cuida dele pode interferir, por isso nenhum deve ser comparado ao outro. Faz parte da normalidade chorar e querer mamar várias vezes, e a mãe inexperiente acaba achando que ele tem fome ou que seu leite é fraco, além de trocar o dia pela noite, pois ainda adotam o comportamento que tinham na vida

intrauterina. A mãe deve ser tranquilizada pois aos poucos ele se acostuma com a nova rotina.

- Interação com o bebê: estabelecer um vínculo é de grande importância, pois ele necessita desta confiança, não temendo que este fique manhoso ou mal-acostumado, devendo então atender prontamente às suas necessidades. Assim, o profissional de saúde deve estimular o pai a participar ativamente dos cuidados prestados.
- Posição do bebê para dormir: recomenda-se que se coloque o bebê para dormir e deitar em decúbito dorsal, mas muitos ainda orientam o decúbito lateral por medo de aspiração, mas não houve aumento de casos após a mudança desta orientação.
- Acompanhamento da criança: de acordo com recomendações do Ministério da Saúde, a criança deve realizar sua primeira consulta ainda na primeira semana de vida. Os pais também devem ser orientados quanto a importância do teste do pezinho, que pode ser realizado ainda na maternidade ao completar 48 horas de vida. O bebê possui ainda sua caderneta, que deve ser preenchida com os dados de pré-natal e parto, mas também orientada aos pais.
- Identificação de risco ao nascer: alguns apresentam risco de morte ou adoecimento, são eles: prematuridade (menos que 37 semanas), residir em área de risco, baixo peso ao nascer (menos que 2,5 Kg), asfixia grave no parto, necessidade de internações em intercorrências ocorridas, mãe adolescente, mãe com baixo grau de escolaridade e se houver caso de morte em crianças com menos de cinco anos na família.

Pesquise mais

Para saber mais a respeito da implementação do alojamento conjunto, leia *Normas Básicas para o Alojamento Conjunto*, disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf>.

Consulte também **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**, Volume 1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, CUIDADOS GERAIS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/

publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

Desordens mentais

Nesta fase de pós-parto a puérpera apresenta muita instabilidade no fator emocional, se sente muitas vezes deprimida e triste sem motivo, e apresenta episódios de choro, o que causa uma certa culpa. Estes sintomas podem ser um sinal de alguma desordem mental que acomete até 18% das puérperas.

Os eventos que ocorrem com maior frequência são: psicose puerperal, depressão e disforia (evento muito frequente e que pode evoluir para uma possível depressão). A **disforia** apresenta sintomas como choro, insônia, fadiga, cefaleia, ansiedade e confusão. Esta se inicia logo após o parto e se acentua entre o quinto e o décimo dia após o parto.

Já a **depressão** vem caracterizada por um estado de tristeza, insatisfação, transtorno do sono, alteração de peso, baixa autoestima, culpa, fadiga, anorexia e inadequação para cuidar do recém-nascido. No caso da **psicose puerperal**, é o quadro menos frequente, porém o mais grave, com o seu início precoce com transtornos afetivos, maníacos e esquizofrênicos. Possui sintomas inespecíficos como insônia, inquietação, ausência de memória, irritabilidade e dificuldade de se concentrar.

Reflita

Este tipo de distúrbio causa grande sofrimento para a paciente e os seus familiares, pois as relações entre mãe e filho, esposa e marido ficam comprometidas. É importante que se faça um acompanhamento médico, muitas vezes sendo necessário o uso de medicamentos específicos como antidepressivos, mas mantendo uma supervisão, pois este tipo de droga pode causar efeitos colaterais na mãe e no bebê, além de efeitos deletérios para o organismo. Por isso devem ser diagnosticadas de maneira correta e precoce.

A conduta de enfermagem diante destes casos deve ser: promover à mãe um sono reparador e descansos regulares, se alertar para que as ações de enfermagem não reforcem uma incapacidade da mãe de executar as ações, instruí-la para que se prepare para enfrentar as

situações que estão por vir e o momento que está passando, instruir e demonstrar os cuidados fazendo com que ela participe e realize os cuidados, reforçar sua atuação adequada mostrando confiança e explicar a importância do sono e repouso.

Os principais diagnósticos de enfermagem nestes casos são: desempenho de papel ineficaz, enfrentamento ineficaz, padrão de sono prejudicado e maternidade prejudicada.

Sem medo de errar

Após a vivência dos alunos da professora Glória em cuidados durante o parto, agora começarão um outro tipo de assistência, tão importante quanto as já vistas e vivenciadas até este momento, pois cada uma possui suas particularidades e cuidados específicos. O período do puerpério se inicia no momento em que a paciente dá à luz ao seu bebê e seus cuidados são de grande importância para a integridade tanto da saúde da mãe, quanto à do recém-nascido. A paciente Ana acabou de ter o seu filho de parto normal e sem intercorrências com o binômio. Diante desta paciente a professora Glória coloca a seguinte questão a seus alunos: quais os principais cuidados pós-parto que devem ser prestados a esta paciente, agora chamada de puérpera?

- Anamnese: consultar o cartão da gestação e indagá-la com relação às condições de gestação e parto, dados do parto, intercorrências, aconselhamento e testes HIV, uso de medicamentos. Questione com relação à amamentação (dificuldades e condições), alimentação, sono, queixas, dor, condições sociais e psicoemocionais.

- Avaliar a parte clínica e ginecológica: avaliar sinais vitais, estado geral, mamas, abdome, períneo, verificar intercorrências, observar vínculo, avaliar mamada e inspecionar as mamas. A conduta deve ser: orientar a respeito da higiene, do planejamento familiar como métodos contraceptivos, dos cuidados com o recém-nascido, dos direitos da mulher, da atividade sexual e dos cuidados com as mamas. A revisão do parto deve ser agendada até 42 dias após o parto, oferecer aconselhamento e teste HIV quando necessário, registrar no prontuário as informações e tratar intercorrências.

Além disso, as ações com os recém-nascidos também são importantes, entre elas:

- Verificar os dados na caderneta da criança com as informações do parto e das condições do nascimento, verificar as condições de alta do binômio, observar a criança de modo geral: peso, padrão respiratório, hidratação, exame físico, eliminações e aleitamento materno. Observar a mamada e dar orientações reforçando a importância, e no caso de qualquer alteração encaminhar para a avaliação médica (pediatra), identificando o bebê com risco ao nascer (baixo peso, intercorrências no parto, mãe HIV, etc).

Avançando na prática

Alojamento conjunto

Descrição da situação-problema

Os alunos da professora Glória foram informados por ela de que a paciente que eles assumiram os cuidados vai ficar com seu recém-nascido em um alojamento conjunto, após o término dos procedimentos na unidade cirúrgica. Portanto, vamos definir o que seria e quais as suas vantagens para o binômio?

Resolução da situação-problema

Alojamento conjunto: após o nascimento, a maneira correta do bebê permanecer é ao lado de sua mãe, pois trata-se da acomodação do recém-nascido ao lado da mãe. Sempre que possível este contato deve acontecer o mais precoce possível evitando assim procedimentos desnecessários e a separação do binômio. Em 1983 o alojamento conjunto tornou-se obrigatório em todos os hospitais públicos e privados. As **vantagens** do alojamento conjunto são: humanização do atendimento ao binômio, convivência entre mãe e bebê e conhecimento mútuo, maior envolvimento dos pais nos cuidados com o recém-nascido, promoção do vínculo afetivo, promoção do aleitamento materno e diminuição do risco de infecção.

Faça valer a pena

1. Para que possamos abordar a assistência e os cuidados prestados, precisamos primeiro saber o significado da palavra _____, que também pode ser chamado de resguardo ou quarentena, que trata-se

do período em que ocorrem intensas modificações tanto físicas quanto psíquicas, e vai desde a _____ da placenta até os órgãos da mãe retornarem ao seu estado pré-gravídico. Neste período a paciente é chamada de _____.
Analise o texto-base e complete as lacunas com as palavras corretas, assinalando a alternativa correspondente.

a) Puerpério – dequitação – parturiente.
b) Puerpério – dequitação – puérpera.
c) Parto – dequitação – puérpera.
d) Parto – dequitação – parturiente.
e) Pré-parto – dequitação – puérpera.

2. Dentre todos os aspectos no pós-parto é importante falar a respeito das condições e modificações. Quanto às **modificações locais** temos as mais comuns observadas com relação à:

I. Útero: imediatamente após o parto ele se contrai e por volta do 12º dia o fundo uterino se encontra no nível da borda superior da sínfise púbica, indolor à palpação e com lóquios.
II. Colo: muitas vezes encontra-se com edema, flácido e com presença de laceração, mas no local haverá uma restauração e formação de novas fibras musculares.
III. Vagina, vulva e ânus: estas estruturas se apresentam hiperemiadas e entreabertas, porém retornam as rugas vaginais, mas não na condição de nulípara. Pode haver também a aparição e prolapso de hemorroidas.
Analise as afirmativas descritas no texto-base e assinale a alternativa, se:

a) Somente I e II forem corretas.
b) Somente I e III forem corretas.
c) Somente II e III forem corretas.
d) I, II e III forem corretas.
e) Somente a III estiver correta.

3. Com relação ao alojamento conjunto:
1. As **atribuições da equipe** de saúde no alojamento conjunto são: encorajar o alojamento sob livre demanda, não oferecer nada além do leite materno sem necessidade ou prescrição médica, não oferecer bicos artificiais e chupetas para não confundir o bebê, orientar as mães para que não amamentem outras crianças (amamentação cruzada).
PORTANTO
2. Recomenda-se que o binômio permaneça no mínimo 48 horas internado a fim de observar as possíveis complicações e para que a mãe aprenda os

cuidados com seu filho.
Analise as asserções descritas no texto-base e assinale a alternativa correta, se:

a) 1 e 2 são corretas e se complementam.
b) 1 e 2 são corretas e não se complementam.
c) 1 e 2 são incorretas e não se complementam.
d) 1 é correta e 2 é incorreta.
e) 1 é incorreta e 2 é correta.

Seção 4.2

Assistência no puerpério II

Diálogo aberto

Olá, aluno!

Vamos então continuar nossa jornada na qual os alunos da professora Glória estão realizando estágio na área de saúde da mulher, mais especificamente em obstetrícia, desta vez no período do puerpério. Os alunos conseguiram resolver os desafios da primeira etapa deste pós-parto aprendendo quais são os cuidados que devem ser prestados à puérpera. Para dar continuidade a este processo de aprendizado, desta vez a professora Glória colocou um outro desafio para seus alunos: auxiliar a paciente com relação aos cuidados com a mama, para que ela consiga amamentar seu bebê com sucesso. Vamos então ajudar os alunos a vencerem mais este desafio. Mãos à obra!

Não pode faltar

Infecção puerperal

Trata-se de qualquer tipo de infecção que pode acometer o aparelho genital em decorrência de algum aborto ou mesmo do parto, dentro dos 10 primeiros dias. A escolha do tipo de tratamento, ambulatorial ou hospitalar, vai depender da intensidade da infecção e do estado geral da paciente.

Os tipos mais comuns de infecções são: perineovulvonaginite e cervicite, infecção de episiotomia, endometrite, parametrite, anexite, peritonite, tromboflebite pélvica séptica e choque spticêmico.

As manifestações clínicas são: febre acima de 38 ºC que aparece 24 horas após o parto ou após o abortamento, e que persiste de três a quatro dias, taquicardia, dor abdominal, loquiação de odor fétido e com aspecto purulento, útero doloroso e involuído e sinais flogísticos em incisão ou laceração, como hiperemia, dor, cefaleia e mal-estar.

Os fatores predisponentes para a infecção são: processos infecciosos já existentes, promiscuidade sexual, condições

socioeconômicas, trabalho de parto prolongado, manipulação em excesso, amniorrexe prolongada, hemorragia, inadequada prescrição de antibiótico, restos placentários, existência de corpo estranho como compressa ou gaze e formação de hematomas.

As complicações são embolia, choque séptico, peritonite, formação de abcessos, septicemia e outras infecções. Os cuidados prestados devem ser adequados, pensando também na profilaxia, assim como o tratamento das infecções deve ser com prescrição médica e adequada antibioticoterapia.

Diante deste quadro, quais as condutas que devem ser tomadas? Vejamos então:

- Preparar a paciente para avaliação diagnóstica por meio de anamnese, exame físico (ginecológico e geral), orientação de realização de curativos quando necessário, coletar exames prescritos (hemograma completo, cultura de secreção cervical ou de local drenado, bacterioscopia, urina I e urocultura e antibiograma). Realiza-se também exames de imagem como o ultrassom, e se necessário a tomografia computadorizada.

- Realizar punção venosa para reposição hidroeletrolítica e administração de medicamentos.

- Administrar antibiótico de ataque (endovenoso), conforme prescrição médica, e se a resposta for positiva manter por via oral durante 10 dias.

- Realizar curativos nas regiões afetadas, no caso de infecção na ferida operatória, ao menos três vezes ao dia, com lavagem abundante de soro fisiológico, sem esfregar a ferida para não retirar o tecido de granulação.

- Realizar o debridamento e a drenagem do abcesso, quando necessário.

- Preparar a paciente para uma possível laparotomia ou histerectomia (se houver rotura uterina).

Os possíveis diagnósticos de enfermagem são:

- Risco de desequilíbrio na temperatura corporal: monitorar a ingestão e a eliminação de líquidos, orientando sempre a tomar dois litros por dia se não houver contraindicação, verificar se as roupas estão quentes, orientar banhos mais frios várias vezes ao dia e observar os sinais de hipertermia como rubor de pele, calor, fadiga e perda do

apetite, fazer controle rigoroso de temperatura, atentar-se aos fatores de risco como: extremos de idade, extremos de peso; desidratação, doença, sedação e exposição a extremos de temperatura.

- Risco de infecção: investigar fatores que predispõem o aumento do risco de infecção, e de maneira específica no pós-parto, identificando fatores de risco como anemia, má alimentação, falta de cuidados no pré-natal, obesidade, trabalho de parto prolongado, ruptura prolongada das membranas e hemorragias. Intervenções de enfermagem: atentar-se para a presença de sangramentos, hipertermia e aparecimento de lesão cutânea; avaliar a permeabilidade do acesso venoso periférico, implementar cuidados com sondas, drenos e cateteres; observar e anotar edemas; observar e anotar o nível de consciência; cuidados com higienização e mudança de decúbito; controlar a infecção administrando antibióticos conforme prescrição.

- Risco de choque: monitorar os sinais vitais, a perda vaginal (loquiação) quanto à quantidade, observar e acompanhar a involução uterina no pós-parto, estabelecer um acesso venoso periférico de grosso calibre, administração de medicamentos conforme prescrição ou protocolo da instituição, verificar a manutenção da ventilação e oxigenação adequadas e de maneira constante; instalar monitor cardíaco e avaliar padrão respiratório.

- Dor aguda: orientar a respeito das causas da dor, reconhecer e escutar a paciente e manifestar interesse a fim de resolver, estimular o descanso, discutir a respeito do uso de recursos terapêuticos para distração, administrar analgésicos prescritos e reavaliar após a administração. Intervenções de enfermagem: observar e anotar o estado de consciência, comunicar o enfermeiro quando houver sinais de dor, observar e anotar com relação as características da dor.

- Ansiedade: investigar o nível, proporcionar tranquilidade, remover o estímulo em excesso, ensinar interruptores de ansiedade. Intervenções de enfermagem: oferecer apoio psicológico, observar e anotar o estado de consciência.

Alta hospitalar

Este é um momento de grande alegria para a família, mas também de muita tensão e insegurança, pois até agora os cuidados prestados foram feitos com o auxílio de um profissional dentro do ambiente hospitalar. A partir de agora a família terá que cuidar do bebê sem este

auxílio. Portanto, qual deve ser a conduta da equipe de enfermagem diante da alta da puérpera?

- Encaminhar a paciente à Unidade Básica de Saúde mais próxima à sua casa a fim de realizar a revisão pós-parto e dar continuidade ao esquema vacinal do recém-nascido, assim como dar início à puericultura.

- Orientar a paciente para realizar suas atividades diárias com moderação, sem trabalho muito pesado, mas estimular a realização de exercícios físicos para o fortalecimento da musculatura.

- Orientar e encaminhar a paciente ao ginecologista para a revisão do parto (em média 40 dias após o parto).

- Orientar a paciente para a retirada dos pontos 7 a 10 dias após o parto cesárea.

- Encaminhar a paciente à equipe de planejamento familiar.

- Orientar e reforçar os cuidados gerais com o recém-nascido e com a amamentação, assim como avaliar a interação entre mãe e filho.

- Orientar sobre a abstinência sexual no período pós-parto, pelo menos nos primeiros 40 dias, até a revisão do parto.

- Orientar quanto à alimentação para a regulação da função intestinal e ingestão hídrica.

- Certificar-se de que a mãe está tendo alta com estas e outras informações para que não tenha dúvidas em casa nos cuidados prestados.

- Verificar se a caderneta de saúde da criança está preenchida de maneira completa, pois nela contém todos os dados relacionados à gestação e ao parto e ao nascimento.

- Com 48 horas após o parto e aleitamento materno, a enfermagem deve realizar a coleta do teste do pezinho do recém-nascido, o PKU (fenilcetonúria) além dela detectar outras doenças como hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, fibrose cística e outras hemoglobinopatias.

Assimile

A fenilcetonúria trata-se de um distúrbio metabólico causado pela ausência da atividade das enzimas fenilanina hidroxilase, isto é, o bebê nasce com a atividade prejudicada da enzima que processa fenilalanina

em tirosina, causada por uma mutação genética. Segundo matéria da página Minha vida, os níveis elevados de fenilalanina são tóxicos ao sistema nervoso central e podem causar dano cerebral.

Portanto, em que **circunstâncias** é realizado o teste do pezinho?

- Este deve ser realizado entre o terceiro e o quinto dia após o nascimento (de preferência no terceiro dia), de maneira gratuita como ação preventiva para o diagnóstico precoce de diversas doenças, conforme vimos.

- A detecção é feita por meio de uma gota de sangue do calcanhar do bebê, quase indolor, que preenche o impresso específico composto por papel filtro e que deve ser preenchido de maneira correta e completa.

- Não se pode coletar antes das primeiras 48 horas a fim de evitar um resultado falso-positivo para PKU e hipotireoidismo congênito, tendo também que as crianças estarem em aleitamento materno, de preferência.

- Se o bebê precisar de alguma transfusão sanguínea o teste deve ser feito antes.

- Para crianças prematuras deve ser coletado de preferência, em até uma semana de vida, e repetido quando completar um mês.

A **técnica** de coleta é:

- Preencher todo o formulário de maneira correta e completa com os dados solicitados: nome, peso ao nascer, se está em aleitamento materno, data e horário de nascimento, data e horário de coleta entre outros.

- Reúna o material: algodão, álcool a 70%, luvas de procedimento, lanceta.

- Pedir para um acompanhante segurar o bebê de costas para a enfermeira, que estará sentada.

- Lavar as mãos e colocar as luvas de procedimento.

- Aquecer o pé, principalmente o calcanhar, e segurá-lo com uma de suas mãos, imobilizando-o.

- Escolha o local de coleta, pode ser tanto a borda interna quanto a externa do calcanhar, menos no meio do pé.

- Realize a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%,

fazendo massagem para ativar a circulação do local.

- Assim que o álcool secar, segure o local puncionando uma vez com a lanceta, enxugando a primeira gota e utilizando a segunda, preenchendo os círculos por completo (no verso do papel filtro) e respeitando a borda dos círculos.

- Evite espremer ou ordenhar o pé pois isso libera plasma, o que dilui a amostra.

- Faça movimentos circulares com o papel sem que coagule o sangue, tanto no pé quanto no papel.

- Ao término realize curativo compressivo e coloque à mostra para secar em local protegido de luz e livre de contaminação, por duas a quatro horas, na posição horizontal.

- Quando seco ele adquire aspecto marrom, após isso coloque-os em sacos plásticos e armazene em uma caixa de isopor própria, dobrando o papel de proteção dos círculos de papel filtro.

- Encaminhe o mais rápido possível ao laboratório.

A criança pode ser chamada para nova coleta se o material for insuficiente, se houver coagulação ou se a amostra estiver muito concentrada ou diluída.

Figura 4.1 | Coleta de sangue para teste do pezinho

Fonte: <https://clinicanappe.wordpress.com/teste-do-pezinho-triagem-neonatal/>. Acesso em: 15 dez. 2017.

Dependendo da doença que for detectada, pode-se obter a orientação sobre o tratamento nos Serviços de Referência em Triagem Neonatal, que contam com uma equipe multidisciplinar especializada, ou buscar apoio com especialistas.

Assimile

Além do teste do pezinho existem outros exames obrigatórios que são realizados antes da alta do recém-nascido, são eles:

- Teste do olhinho, o reflexo vermelho: realizado através do oftalmoscópio, aparelho que lança luz e dá origem a uma cor avermelhada e contínua nos olhos. Deve ser realizado nas primeiras 12 horas de vida, e por meio dele o médico fará uma análise através da pupila, tendo que apresentar uma cor avermelhada para demonstrar que está saudável. Este teste verifica a presença de catarata congênita ou presença de tumores.

- Teste da orelhinha, a triagem auditiva (emissões otoacústicas evocadas): realizada para verificar a audição do recém-nascido por meio de um fone de ouvido acoplado ao computador. É realizado em torno de dois dias após o nascimento, e caso apresente um resultado positivo pode indicar uma deficiência auditiva.

- Teste do coraçãozinho, a oximetria de pulso: pode detectar cardiopatias congênitas graves que não são detectadas na ausculta cardíaca. Normalmente é realizado após 24 horas de vida e através do sensor, oxímetro, onde se detecta a saturação de oxigênio (acima de 94%).

Revisão pós-parto

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) que preconiza o atendimento com qualidade durante a gestação e o parto, também contempla os cuidados no puerpério.

No entanto, "neste período é importante a realização da consulta de revisão pós-parto, que deve acontecer nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas residências por meio da visita domiciliar. Para isso é preciso considerar a assistência em dois momentos: revisão puerperal precoce e revisão puerperal tardia, que acontecem entre o sétimo e o décimo dia pós-parto, e ainda com 40 dias, em média, após o nascimento da criança. Trata-se também de um bom momento para realizar a prevenção do câncer cervicouterino, investigar possíveis complicações físicas ou psíquicas e atualizar o esquema vacinal do bebê" (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2012).

E **o que deve ser observado** na consulta pós-parto? Bom, esta consulta tem como objetivo avaliar a saúde materna neste período, tirar dúvidas e fazer a escolha de um método anticoncepcional, se caso a mulher desejar. Neste momento a mulher será avaliada em seu estado geral, corpo, órgão e até mesmo o seu estado de saúde mental verificando se está na evolução esperada. Com a chegada do bebê a mãe se sente esgotada além de ocorrer uma mudança radical na rotina familiar.

Portanto, todos os aspectos devem ser levados em consideração, além de tirar as suas dúvidas, a paciente deve ser avaliada com relação a sua cicatrização (parto normal e parto cesárea) avaliando se existe algum sinal de infecção na incisão. Deve-se avaliar ainda a involução uterina, questionar a respeito da loquiação e os cuidados com as mamas que veremos mais à frente com detalhes. A paciente deve ser questionada também a respeito dos hábitos alimentares e da higiene.

Visita domiciliar

À medida que a população envelhece, há um aumento das doenças crônico-degenerativas, o que demanda maior cuidado e gera, muitas vezes, uma hospitalização desnecessária, o que torna o cuidado domiciliar um dos fatores em desenvolvimento como prática de saúde, entre elas a "desospitalização".

A assistência domiciliar, no caso da puérpera e de seu bebê, se dá como uma continuidade dos cuidados prestados e deve ser de maneira individualizada, sempre respeitando suas crenças. Esta é realizada pela atenção primária, pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Exemplificando

Em uma visita domiciliar para o binômio, devemos: observar e realizar a avaliação física da criança, os cuidados com o recém-nascido, avaliar o aleitamento materno, checar a carteira de vacinação do bebê, verificar o empoderamento dos cuidados da criança e sua família, avaliar o bem-estar fisiológico e emocional da família, além do reconhecimento de problemas que podem estar ocorrendo.

É recomendado que se faça uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, porém se ele foi classificado como de risco, a visita deverá ocorrer nos três primeiros dias depois da alta. O retorno do binômio ao serviço de saúde e uma visita domiciliar deve ocorrer entre 7 a 10 dias após o parto.

Portanto, quais são as **ações na visita relacionada ao recém-nascido**?

- Verificar a existência de sua caderneta de saúde e se está preenchida com todos os dados da maternidade.

- Inserir as informações obtidas e verificar as informações de alta do recém-nascido e da mãe.

- Observe e dê orientações a respeito do aleitamento materno reforçando a exclusividade até os seis meses (sem necessidade de complementação), porém com supervisão do pediatra.

- Avalie e observe a mamada, atentando-se ao correto posicionamento e pega adequada.

- Observe o estado geral da criança: peso, altura, padrão respiratório, atividade espontânea, hidratação, eliminação, características da pele, crânio, orelhas, pescoço, boca, tórax, abdome (condições do coto umbilical) e genitálias.

- Verifique se as primeiras vacinas foram aplicadas na maternidade (BCG, hepatite B).

- Agendar as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida, as quais devem ser alternadas com o médico da equipe.

Já com relação as orientações e condutas com relação à puérpera, o que se deve observar?

- Higiene, exercícios físicos, alimentação e atividade sexual, orientando a respeito de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e AIDS.

- Cuidado com as mamas (veremos agora com mais detalhes), reforçando o aleitamento materno.

- Cuidados prestados ao bebê.

- Expor os direitos da mulher, sejam eles sociais, reprodutivos ou trabalhistas.

- Explicar a respeito dos métodos contraceptivos e auxiliar na escolha.

- Checar sua carteira de vacinação.

- Oferecer teste HIV com aconselhamento pré e pós teste.

- Orientar deambulação precoce a fim de evitar trombose e embolia pulmonar.

- Registrar as informações em prontuário.

Pesquise mais

Acesse o link para consulta da Caderneta da Gestante, segundo o Ministério da Saúde (2016), disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>.

Já para a Caderneta da Criança, segundo o Ministério da Saúde (2017), consulte o link disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina_11ed.pdf>. Acessos em 20/12/2017.

Cuidados com as mamas

Até os dias de hoje o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, pois o índice de desmame ainda é grande. O aleitamento materno exclusivo contempla as pacientes que alimentam seus bebês unicamente no seio materno, sem nenhum tipo de complemento.

A abordagem a respeito do aleitamento materno deve ser desde o pré-natal e com equipe multidisciplinar até o momento em que a mãe vai à Unidade Básica de Saúde para consulta pós-parto ou vacinação da criança. Durante a gestação deve-se realizar o preparo por meio de grupos de gestantes ou até um atendimento de maneira individual.

A equipe de saúde tem a função de desenvolver dinâmicas de grupo com as gestantes buscando trabalhar o conhecimento que elas trazem a respeito da amamentação, principais tabus existentes (leite fraco, insuficiente) abordando alguns temas como: a anatomia da mama, fisiologia da lactação, cuidados com a mama, a nutrição, os aspectos emocionais e a importância do leite materno para o bebê.

Neste tópico iremos abordar o **cuidado com as mamas**, que deve se iniciar com o exame físico das mamas, observando assim qualquer anormalidade anatômica ou resistência à amamentação. Para isso, solicitamos que a paciente tire as vestimentas de cima do tronco, sente-se em uma cadeira e eleve os braços até a cabeça, a fim de verificar forma, simetria das mamas, retrações, tipo de mamilo (plano, invertido ou protuso), aspecto da pele e rede venosa.

Já com a paciente deitada, realizar a palpação das mamas com a face palmar dos dedos, verificando se existe algum nódulo ou região dolorosa. A seguir deve-se realizar a expressão da aréola e do mamilo, a fim de verificar a presença do leite e o seu aspecto.

Durante o pré-natal os cuidados devem se iniciar no terceiro trimestre da gestação, sem usar pomadas e cremes na região da aréola e do mamilo, realizar banhos de sol com a mama exposta (antes das 10 ou depois das 16 horas), em um período de 5 até completar 30 minutos. Orientar a gestante a deixar, ao menos tentar,

a região do mamilo exposta o maior tempo possível, realizando também exercícios de prostração do mamilo de duas a três vezes ao dia: exercícios de Hoffman, exercícios de tração manual, tração com seringa de 20 ml (para mamilos invertidos e semi-invertidos) e tração com "Niplette" (para mamilos invertidos e pseudo-invertido).

Devemos orientar também a importância da boa nutrição da gestante durante sua gravidez para que ela consuma alimentos variados, com aumento da ingestão de ferro e cálcio e da hidratação, com pelo menos três litros por dia.

Já no período perinatal, a equipe hospitalar deve promover e incentivar a amamentação ainda na sala de parto, e auxiliar na primeira mamada após o nascimento do bebê, a fim de criar um vínculo, e facilitar o início da amamentação auxilia na involução uterina e protege a criança contra infecções.

No período pós-natal o mais adequado é que ela permaneça em alojamento conjunto e deve-se orientar à mãe quanto aos reflexos do bebê (busca, sucção, deglutição) e orientar quanto a colocação do bebê em seio materno em posições que facilitem, orientando sempre a respeito da livre demanda e do esvaziamento das mamas.

Reflita

Para auxiliar na amamentação precisamos conhecer algumas posições. Entre as mais comuns estão: sentada com o bebê deitado no colo (clássica), sentada com o bebê na "posição de cavalinho", sentada com o bebê de lado, por baixo do seu braço (invertida) e deitada.

A apojadura (descida do leite) ocorre entre o segundo e o quinto dia pós-parto, e para que se evite complicações deve-se colocar o bebê para sugar com certa frequência. Algumas intercorrências podem acontecer neste período, por isso a importância da orientação e apoio. As mais comuns são:

- Ingurgitamento mamário: quando as mamas apresentam um aumento do volume pelo não esvaziamento. Podem aparecer edema, nódulos, hiperemia, hipertemia e tensão na região da aréola, o que dificulta a sucção do bebê. Como exemplo você pode imaginar uma bexiga bem cheia, na qual a mama está tão rígida que o recém-nascido não consegue abocanhar o bico. A orientação é realizar ordenha manual, amamentação precoce e a livre demanda,

realizar esvaziamento das mamas, uso de sutiã correto e analgésico (se necessário) de acordo sempre com as indicações do médico.

- Traumas mamilares: trata-se de lesão, escoriação, fissura ou erosão, acompanhada de dor e ardor nos mamilos. Deve-se orientar banho de sol para fortalecer a pele, higiene e a correta técnica de amamentação.

- Mastite puerperal: trata-se do ingurgitamento das mamas acompanhado de febre, dor, calor, ardor, rubor, náuseas, vômitos, calafrios e taquicardia. Os cuidados devem ser lavar bem as mãos ao manipular as mamas, realizar massagem e ordenha manual. O tratamento precoce deve ser instituído pois pode evoluir para um abcesso mamário, devendo identificar e tratar a causa do estagnamento do leite, como também o esvaziamento da mama, principalmente pelo lactente e se não for suficiente, realizar após a mamada.

Pega correta

Este é um dos principais pontos para o sucesso da amamentação, pois se trata da maneira em que o bebê vai sugar o seio da mãe. Este deve ser em toda a aréola, e não somente no mamilo, pois quanto melhor a pega maior facilidade de mamar.

A maneira que a mãe segura seu bebê também deve ser correta, sempre de frente (barriga com barriga) e bem próximo ao seio materno, sustentando-o com o braço e não com as pernas. Para ajudar, pode-se colocar um travesseiro logo abaixo do bebê, a fim de ajudar a sustentá-lo.

Figura 4.2| Pega correta

Fonte: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=384>. Acesso em: 21 dez. 2017.

Ordenha manual

A ordenha manual é a técnica de retirada do leite que deve ser feita com o objetivo de esvaziar e aliviar a mama ou para armazenamento

do leite materno. Para isso a mãe deve: massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo; colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola; colocar os dedos indicador e médio abaixo da aréola; firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo; apertar o polegar contra os outros dedos até sair o leite.

Antes disso é importante que se faça a higienização das mãos, e que se for para armazenamento, se possível deve-se utilizar touca, máscara e avental.

No caso do armazenamento, a mãe deve providenciar frasco estéril e: identificar o frasco com o nome da nutriz, a data e a hora da primeira coleta do dia; guardar logo após a coleta o frasco no freezer, em posição vertical onde a temperatura do freezer não poderá ultrapassar -3 ºC; ao final, o leite deverá ser transportado pela nutriz para a sua residência em embalagens isotérmicas; o leite ordenhado sem processamento pode ser mantido congelado por no máximo 15 dias.

Banco de leite

Trata-se de uma das melhores estratégias de políticas públicas em favor da amamentação, esta, no entanto é vinculada a um hospital de atenção materna e/ ou infantil, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e também por executar a coleta do leite materno, assim como a seleção, a classificação, o processamento, o controle de qualidade e a distribuição, sendo proibida a sua comercialização.

Este pode ser um posto de coleta fixo ou móvel, desde que vinculado ao banco de leite e não possa executar o processamento, pois se trata de uma atividade exclusiva do banco de leite. Ambos devem possuir licença sanitária para funcionar e devem seguir as normas legais. O seu papel perante a gestante é preparar para a amamentação, mas já com a puérpera e seu lactente é: orientar sobre cuidados com as mamas e a amamentação, pega, posição e sucção, ordenha, coleta e armazenamento do leite em casa, cuidados com o leite cru e o pasteurizado. Além disso ele processa e distribui o leite pasteurizado.

Pesquise mais

Saiba mais sobre o assunto acessando o link disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2017.

Pesquise também mais a respeito do Banco de Leite Humano em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018. 23/01/2018.

Falamos tanto a respeito da importância do aleitamento, mas quais são os casos em que ela é contraindicada?

- Mães infectadas pelo vírus HIV.

- Criança que possui galactosemia, que se trata de uma doença rara na qual a mesma não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama, ou em casos de abcesso mamário, pois a mama deve estar saudável para a amamentação.

- Em casos de varicela, em que a mãe apresenta vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto. Neste caso é recomendado o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta, e o recém-nascido deve receber a Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível no Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), a qual deve ser administrada em até 96 horas do nascimento.

- Em caso de Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.

- Uso de medicamentos: a amamentação deve ser interrompida ou desencorajada, se existirem evidências de que a droga usada é nociva ao recém-nascido (antineoplásicos e radiofármacos), ou quando não existirem informações a respeito e a droga não puder ser substituída por outra que seja compatível com a amamentação. De forma geral, as mães que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos, porém, se não for possível, deve-se fazer a escolha de uma droga já estudada, que seja pouco excretada no leite materno, e que não tenha risco aparente para a saúde da criança. Drogas de uso prolongado pela mãe em geral oferecem um maior risco para o lactente, pelos níveis que podem atingir no leite materno.

Sem medo de errar

Os alunos da professora Glória estão realizando estágio na área de saúde da mulher, mais especificamente em obstetrícia, desta vez no período do puerpério. Os alunos conseguiram resolver os desafios da primeira etapa deste pós-parto aprendendo quais são os cuidados que devem ser prestados à puérpera. Para dar continuidade a este processo de aprendizado, desta vez a professora Glória colocou um outro desfaio para seus alunos: auxiliar a paciente com relação aos cuidados com a mama, para que a paciente consiga amamentar seu bebê com sucesso. O cuidado com as mamas deve se iniciar com o exame físico das mamas, observando assim qualquer anormalidade anatômica ou resistência à amamentação. Para isso solicitamos que a paciente tire as vestimentas de cima do tronco, sente-se em uma cadeira e eleve os braços até a cabeça, a fim de verificar forma, simetria das mamas, retrações, o tipo de mamilo (plano, invertido ou protuso), aspecto da pele e rede venosa. Já com a paciente deitada realizar a palpação das mamas com a face, e com o palmar dos dedos verificando se existe algum nódulo ou região dolorosa. A seguir, deve-se realizar a expressão da aréola e do mamilo, a fim de verificar a presença do leite e o seu aspecto. No período perinatal a equipe hospitalar deve promover e incentivar a amamentação ainda na sala de parto, e auxiliar na mamada primeira após o nascimento a fim de criar vínculo, facilitar o início da amamentação, auxiliar na involução uterina e a proteger a criança contra possíveis infecções. No período pós-natal o mais adequado é que ela permaneça em alojamento conjunto e deve-se orientar à mãe quanto aos reflexos do bebê (busca, sucção, deglutição) e orientar quanto a colocação do bebê em seio materno em posições que facilitem, orientando sempre a respeito da livre demanda e do esvaziamento das mamas.

Avançando na prática

Revisão de parto

Descrição da situação-problema

Após 40 dias os alunos retornaram ao seu estágio e encontraram a paciente que foi atendida por eles para a consulta pós-parto, portanto veio a dúvida: o que deve ser observado na consulta pós-parto?

Resolução da situação-problema

Esta consulta tem como objetivo avaliar a saúde materna neste período, tirar dúvidas e fazer a escolha de um método anticoncepcional, se caso a mulher desejar. Neste momento a mulher será avaliada em seu estado geral, corpo, órgão e até mesmo o seu estado de saúde mental verificando se está na evolução esperada. Com a chegada do bebê a mãe se sente esgotada além de ocorrer uma mudança radical na rotina familiar. Portanto, todos os aspectos devem ser levados em consideração, além de tirar as suas dúvidas, a paciente deve ser avaliada com relação a sua cicatrização (parto normal e parto cesárea) avaliando se existe algum sinal de infecção na incisão. Deve-se avaliar ainda a involução uterina, questionar a respeito da loquiação e os cuidados com as mamas que veremos mais à frente com detalhes. A paciente deve ser questionada também a respeito dos hábitos alimentares e da higiene.

Faça valer a pena

1. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) que preconiza o atendimento com qualidade durante a gestação e o parto também contempla os cuidados no puerpério. Neste período é importante a realização da _____, que deve acontecer nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas residências por meio da visita domiciliar.
Analise o texto-base e preencha a lacuna com a expressão correta.

a) Revisão pós-parto.
b) Orientação de preparo para o parto.
c) Orientação dos cuidados com as mamas.
d) Orientação somente para a amamentação.
e) Revisão dos cuidados com o bebê.

2. A infecção puerperal trata-se de qualquer tipo de infecção que pode acometer o aparelho genital em decorrência de algum aborto ou mesmo do parto, dentro dos 10 primeiros dias.
I. A escolha do tipo de tratamento, ambulatorial ou hospitalar, vai depender da intensidade da infecção e do estado geral da paciente.
II. Ocorre febre acima de 38 ºC que aparece 24 horas após o parto ou após o abortamento e que persiste de três a quatro dias.
III. Ocorre também taquicardia, dor abdominal, loquiação de odor fétido e com aspecto purulento, útero doloroso e involuído e sinais flogísticos em

incisão ou laceração, como hiperemia, dor, cefaleia e mal-estar.
Analise as afirmativas descritas anteriormente e assinale a alternativa, se:

a) Se apenas I e II estiverem corretas.
b) Se apenas II e III estiverem corretas.
c) Se apenas I e III estiverem corretas.
d) Se apenas a I estiver correta.
e) Se I, II e III estiverem corretas.

3.

1. A ordenha manual é a técnica de retirada do leite que deve ser feita com o objetivo de esvaziar e aliviar a mama ou para armazenamento do leite materno.
PORTANTO

2. A mãe deve massagear as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da aréola para o corpo; colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola; colocar os dedos indicador e médio abaixo da aréola; firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao corpo; apertar o polegar contra os outros dedos até sair o leite.

Leia as asserções descritas no texto-base e assinale a alternativa, se:

a) 1 e 2 forem verdadeiras e não se complementam.
b) 1 e 2 forem falsas mas se complementam.
c) 1 e 2 forem verdadeiras e se complementam.
d) 1 for falsa e 2 for verdadeira.
e) 1 for verdadeira e 2 for falsa.

Seção 4.3

Aleitamento materno

Diálogo aberto

Prezado aluno, seja bem-vindo a nossa última seção de estudos da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher. Nesta etapa final do estágio dos alunos da professora Glória, os alunos irão se deparar com um assunto de grande importância e de muitas dúvidas: o aleitamento materno. A professora pediu para que os alunos atuem no alojamento conjunto, e identifiquem quais mães possuem maior dificuldade nesta prática e que montem uma aula de demonstração para as mães sobre os principais questionamentos levantados. Diante disso, os alunos devem passar uma mensagem para elas, e se perguntam: para que tudo dê certo é necessário saber e se conscientizar sobre a importância do aleitamento materno. Qual a atuação da equipe de enfermagem neste processo?

Bons estudos!

Não pode faltar

O aleitamento materno tem grande importância para a redução da mortalidade infantil e causa um impacto na vida futura do indivíduo, na prevenção de algumas doenças para o bebê e para a mãe, e também promove a saúde mental do binômio, estreitando assim o vínculo entre eles. Vamos aprender alguns conceitos para entender melhor esta prática tão importante.

Políticas de promoção, proteção e apoio (HAC)

O Brasil dispõe de uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) uma das estratégias dessa política. Ela foi criada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a fim de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação. Esta prática está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira

Infância, que busca apoio nas práticas da amamentação exclusiva, do nascimento até os seis meses, e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com a introdução de alimentação complementar certa e no momento adequado.

Para isso, as instituições de saúde devem aderir aos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" e seguir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL). Estes passos são algumas recomendações que auxiliam na amamentação a partir do período pré-natal ao retorno para casa.

Os Dez Passos também são úteis para capacitar a equipe hospitalar que trabalhar com mães e bebês a fim de fornecer informações a respeito das vantagens, e o correto manejo do aleitamento materno, e o que diz respeito às desvantagens dos substitutos do leite materno, das mamadeiras e das chupetas, entre outros.

Assimile

Segundo o Ministério da Saúde (2011), os dez passos para o sucesso do aleitamento materno são:

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde.

2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política.

3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.

4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos.

6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.

7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia.

8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o material atualizado da IHAC contém cinco volumes, distribuídos em:

Módulo 1 - Histórico e Implementação – Composto por orientações sobre os processos revisados e opções de expansão da IHAC nos países, unidades de saúde e comunidades, reconhecendo que a Iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade.

Módulo 2 - Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Curso para gestores – Este visa a sensibilização dos gestores de hospitais (diretores, chefias, administradores, gerentes, etc.) e criadores de políticas para as diretrizes da iniciativa e seu impacto positivo, além de estimular seu comprometimento com a promoção e a manutenção da iniciativa.

Módulo 3 - Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança - Curso de 20 horas para equipes de maternidade: este disponibiliza uma ferramenta para fortalecer o conhecimento e a capacitação das equipes para implementação eficaz dos dez passos para o sucesso do aleitamento Materno.

Módulo 4 - Autoavaliação e Monitoramento do Hospital: este é composto por instrumentos a serem utilizados por gerentes e equipes a fim de avaliar se os serviços possuem condições de se submeterem a uma avaliação externa. Aos hospitais já credenciados como Amigo da Criança, os instrumentos auxiliam no monitoramento da adequação aos dez passos.

Módulo 5 - Avaliação e Reavaliação Externa: este oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos, no qual os instrumentos de reavaliação externa são indicados para reavaliar, regularmente, se os hospitais mantêm os padrões requeridos pela IHAC. Esse módulo é disponibilizado apenas para os avaliadores credenciados pelo Ministério da Saúde.

Para receber o título de Hospital Amigo da Criança, o hospital deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e atender os demais critérios estabelecidos, tais como:

1. Deve comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

2. Deve comprovar o cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.

3. Não pode estar respondendo a nenhuma sindicância no Sistema Único de Saúde.

4. Não possuir nenhuma condenação judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.

5. Ter em sua equipe profissionais capacitados para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.

6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

7. Possuir Comitê de Investigação de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais implantado e que seja atuante, a fim de fornecer trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas a fim de melhorar a assistência para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

8. Apresentar a taxa de cesarianas conforme o estabelecido pelo Gestor Estadual ou Municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde. Os hospitais que apresentam as taxas de cesarianas acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal, devem apresentar uma diminuição pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.

9. O tempo de permanência hospitalar mínima deve ser de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.

10. Autorizar a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.

11. Cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (Ministério da Saúde, 2011).

Importância do aleitamento materno

Este é um ato de grande importância tanto para a mãe quanto para seu bebê, por meio da criação de um vínculo afetivo e outras causas como redução da mortalidade infantil até os cinco anos de idade, evita diversas infecções, diarreias, diabetes, alergia e colesterol elevado, além de favorecer a criança no desenvolvimento da cavidade bucal, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios e infecções do trato urinário.

Por meio do leite materno a mãe passa diversos anticorpos, sendo que alguns estudos demonstram que crianças que foram amamentadas possuem maior desenvolvimento escolar entre outros que já vimos. Além disso, tem grande importância na saúde da mulher por reduzir o sangramento pós-parto, diminuição da incidência de anemia, diminuição da probabilidade de desenvolver câncer de ovário e mama e ajuda a combater a osteoporose.

O Ministério da Saúde preconiza que o bebê deve ser amamentado exclusivamente até os seis meses de idade, e até os dois anos, de acordo com o acompanhamento de seu médico pediatra, o qual avalia seu estado de saúde geral e as suas necessidades.

Exemplificando

Você já conhece as Salas de Apoio à Amamentação? Pois bem, tratam-se de locais simples e com baixo custo para empresas. Neste local a mulher pode retirar o leite durante a jornada de trabalho e armazená-lo de maneira correta para que ao final do expediente possa levá-lo para casa e oferecê-lo ao bebê.

Ainda com relação aos recursos existentes possuímos também os Bancos de Leite Humano (BLH), os quais são umas das principais iniciativas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil.

Conforme citado nos Dez Passos para a Segurança do Paciente, o item quatro fala sobre **ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento**, estamos falando sobre do cuidado pele a pele no qual se indica a colocar o RN em contato com a pele da mãe imediatamente após o nascimento por

um período mínimo de uma hora, o objetivo disso é que com esse contato com a pele da mãe irá ajudá-lo no momento de transição do meio intrauterino para o meio extrauterino, facilitando a promoção e o incentivo ao aleitamento materno. A vantagem é que esse adicional leva a benefícios de médio e longo prazo para estimular maior vínculo entre mãe e filho, estabilização térmica do RN e além disso, ajuda na expulsão da placenta após o parto normal.

Pesquise mais

Saiba mais sobre o assunto relacionado ao contato pele a pele no link disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

Práticas que interferem no aleitamento materno

Como vimos anteriormente, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) se trata da oferta de apenas leite materno ao bebê, da mama de maneira direta ou ordenhado, ou leite humano proveniente de outra fonte, sem complementar com outros líquidos ou sólidos, somente em casos de administrar vitaminas ou medicamentos, o leite materno é capaz de nutrir a criança de maneira completa até os seis meses de vida.

O desmame precoce é considerado um problema grave de saúde pública, que implica em um maior risco de agravo à saúde do lactente, aumentando também os índices de morbimortalidade infantil, e esse que pode estar relacionado à falta de conhecimento das mães em relação ao aleitamento, e até mesmo de sua importância.

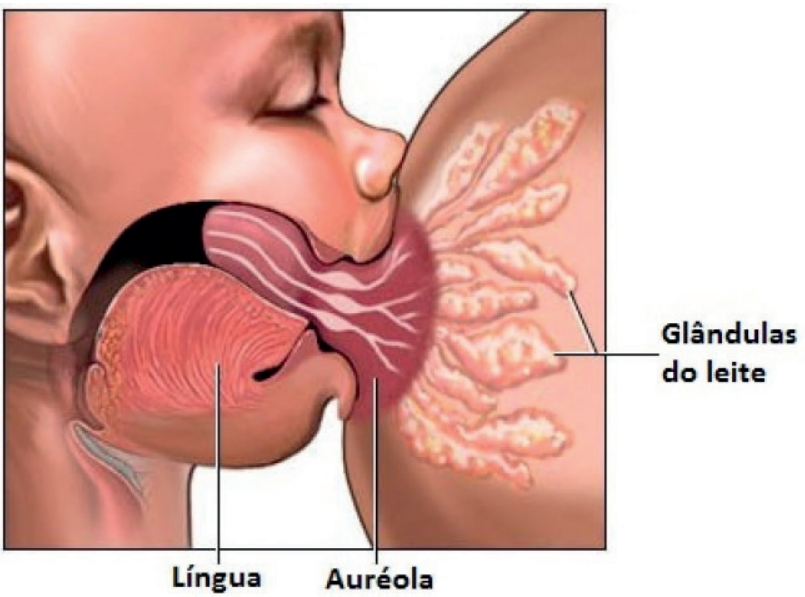
Existem diversos motivos que interferem no processo de aleitamento materno exclusivo, que vão desde as rachaduras dos mamilos até o surgimento de determinadas doenças. Cabe, principalmente aos profissionais de saúde, o papel de ser ouvinte das mães esclarecendo suas principais dúvidas, respeitando e explicando a respeito de suas crenças e tabus, para que a amamentação se torne um ato positivo e de prazer.

Os programas de promoção do aleitamento materno precisam ser direcionados não apenas às mães, mas também aos profissionais de saúde, lembrando-lhes sobre a importância do aleitamento desde o pré-natal, além de orientações quanto à introdução adequada da alimentação complementar.

Manejo do aleitamento materno e das dificuldades

Quanto ao manejo da amamentação, o número de mamadas deve ser sem restrições, à livre demanda, porém no início é normal que o bebê mame várias vezes ao dia. O profissional deve orientar para que o bebê permaneça o máximo de tempo possível em seio materno, sempre observando se a criança está de fato sugando, pela a observação da movimentação da mandíbula e a pega correta, com os lábios voltados para fora, posicionando-o barriga com barriga com a mãe. O mais importante é que ele receba o leite inicial (rico em água) e o final (que possui maior calorias), no qual ele ganhará o peso.

Figura 4.3 | Pega correta



Fonte: <http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/09/o-que-significa-pega-correta-da-amamentacao>. Acesso em: 15 jan. 2018.

O uso de complementação por outros meios como chá, água e uso de bicos artificiais acaba ajudando para o desmame do peito, além de fatores que facilitam a morbimortalidade por contaminação dos objetos. Além disso, ele pode não querer mais o seio pois o bico da mamadeira acaba facilitando a saída do leite, fazendo com que o bebê sugue menos. A chupeta também interfere de maneira negativa na amamentação, a maioria das crianças que usa chupeta deixa de mamar no seio materno antes da hora.

Quanto ao aspecto do leite materno, o leite do início da mamada (leite anterior) tem aspecto semelhante ao da água de coco por causa de seu alto teor de água, além de ser muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada normalmente possui uma coloração branca opaca por causa do aumento da concentração de caseína. E o leite do final da mamada (leite posterior) é de cor amarelada devido a presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da alimentação da mãe.

Com relação aos problemas da amamentação existem alguns casos em que o bebê tem sua sucção muito fraca. O ideal é que a mãe estimule a mama para a produção e realize a ordenha manual (se necessário, é válido oferecer ao bebê no copinho) e orientar a mãe a realizar o estímulo de sucção no bebê (utilizando o dedo mínimo e luva virado para cima fazendo um estímulo no palato). Verifique sempre a posição correta do bebê além da pega para o sucesso da amamentação.

Outro fator de dificuldade é a demora da descida do leite, criando assim uma ansiedade na mãe, que deve ser orientada a estimular a mama realizando massagem e ordenha para auxiliar no aumento e estímulo da produção do leite materno.

No caso de a mãe possuir os mamilos planos ou invertidos, também dificulta a amamentação, mas não a impede. Neste caso precisará de muito auxílio para que aprenda a estimular o bico do seio e colocar o bebê para sugar e estimulá-lo.

Figura 4.4 | Tipos de mamilos

Fonte: <https://www.plasticadosonho.com.br/blog/mamilo-invertido/>. Acesso em: 31 jan. 2018.

Existem casos muito comuns também do chamado ingurgitamento mamário, em que ocorre a retenção do leite materno nos alvéolos do

seio da mulher, surgindo assim um aumento da mama, pois o leite não tem saída, ficando assim parado nos canais. Deve-se observar para que este não se torne patológico com o surgimento de febre, mal-estar e rubor no local. Para se evitar este tipo de problema a paciente deve ser orientada a realizar o esvaziamento da mama antes de amamentar o bebê.

Reflita

Imagine que o seio materno esteja ingurgitado como uma bexiga cheia, o bebê não consegue abocanhar o bico de tão cheio que está, portanto deve-se esvaziar antes de iniciar a amamentação. A mesma coisa acontece com a bexiga, tendo então que esvaziá-la.

Outros fatores auxiliam no manejo, tais como massagem nas mamas, livre demanda da amamentação e o uso constante de sutiã de alças largas e de boa sustentação.

A dor nos mamilos e as escoriações causadas pela pega incorreta e mau posicionamento na amamentação, principalmente, também é um fator que atrapalha e acaba aumentando o índice de desmame. A fim de prevenir estes acontecimentos, o profissional deve orientar bem a mãe quanto à pega e sucção, realizar ordenha manual, esvaziar a mama antes de amamentar, estimular a livre demanda, não puxar o bebê do seio para tirar, e sim introduzir o dedo mínimo no canto da boca dele para que solte o bico (reduzindo assim o atrito que causa lesão). Para auxiliar na cicatrização orienta-se que a mãe inicie a amamentação pelo seio menos afetado, ordenhar antes de colocar o bebê no seio para que não faça tanta força para a ejeção do leite, uso de diferentes posições, uso de conchas protetoras (evitando contato com a roupa e consequentemente atrito).

A mastite se trata de um processo inflamatório da mama, e alguns fatores de risco incluem lavagem das mãos inadequada, má formação dos ductos, fissuras no mamilo, queda da imunidade materna devido ao cansaço, entre outros. A mastite se inicia com o ingurgitamento mamário, podendo evoluir para uma infecção bacteriana.

Atuação da enfermagem em promoção, proteção e apoio

Os profissionais de saúde que atuam devem ter tempo e dedicação, assim como habilidade para poderem ouvir a mulher em seus relatos

sobre as experiências já vividas, assim como conhecer seus costumes e crenças, e este conhecimento e proximidade é que vão gerar bons frutos para o sucesso da amamentação.

A orientação dever ser feita em todas as etapas, mas deve ser estimulada principalmente na consulta pré-natal. Entretanto, os profissionais da área da enfermagem possuem um papel fundamental neste processo por meio das orientações e do auxílio prestados, assim como desmistificar os medos e anseios, e orientando a sempre fixar a importância principalmente da formação do vínculo e da relação de afeto entre mãe e filho.

Para que o enfermeiro faça um diagnóstico preciso e trace um plano de cuidados de maneira específica para cada problema detectado deve ser realizada a consulta de enfermagem, juntamente com a entrevista e a realização do exame físico.

Para que toda a equipe receba sempre a mesma orientação e de maneira constante, no ambiente hospitalar é importante a elaboração de uma norma escrita a respeito do aleitamento materno, realizando também treinamento com toda a equipe, de maneira a capacitar para a implementação da norma.

O profissional também possui o papel de orientar as gestantes e puérperas a respeito das vantagens e o manejo do aleitamento materno, assim como auxiliar as mães na primeira meia hora de vida do bebê após o parto. Outro ponto importante é orientar a mãe como manter a lactação se por algum motivo ela for separada de seu filho.

Pelo risco de desmame precoce o profissional deve desencorajar a mãe a utilizar qualquer outro alimento ou líquido além do leite materno (a não ser que seja uma indicação médica) e o uso de bicos artificiais e chupetas. Para a formação do vínculo afetivo deve-se encorajar também a praticar o alojamento conjunto (assim as mães são estimuladas a permanecerem com seus bebês 24 horas por dia), estimulando assim a livre demanda.

Pesquise mais

Saiba mais sobre o assunto no link disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

Sem medo de errar

Nesta etapa final do estágio dos alunos da professora Glória, eles irão se deparar com um assunto de grande importância e de muitas dúvidas: o aleitamento materno. A professora pediu para que os alunos atuem no alojamento conjunto e identifiquem quais mães possuem maior dificuldade nesta prática e que montem uma aula de demonstração para as mães sobre os principais questionamentos levantados. Diante disso, os alunos devem passar uma mensagem para elas, e se perguntam: para que tudo dê certo é necessário saber e se conscientizar de qual a importância do aleitamento materno? Qual a atuação da equipe de enfermagem neste processo?

A importância do aleitamento materno é tanto para a mãe quanto para o bebê e se fossem previstas possíveis infecções gastrointestinais, urinárias e respiratórias, além disso, faz com que a criança tenha maior adaptação a outros alimentos. Já com a mãe ajuda na involução uterina mais precoce e diminui a probabilidade de câncer.

A orientação dever ser feita em todas as etapas, mas deve ser estimulada principalmente na consulta pré-natal. Por meio disso, concluímos que os profissionais da área da enfermagem possuem um papel fundamental neste processo através das orientações e auxílio prestados, assim como desmistificar os medos e anseios e orientando a importância principalmente da formação do vínculo e da relação de afeto entre mãe e filho.

Para que o enfermeiro faça um diagnóstico preciso e trace um plano de cuidados de maneira específica para cada problema detectado, deve ser realizada a consulta de enfermagem, juntamente com a entrevista e a realização do exame físico.

Para que toda a equipe receba sempre a mesma orientação e de maneira constante, no ambiente hospitalar se faz importante a elaboração de uma norma escrita a respeito do aleitamento materno, realizando também um treinamento com toda a equipe de cuidados de saúde, de maneira a capacitar para a implementação da norma.

Avançando na prática

Desmame precoce

Descrição da situação-problema

Após esta orientação sobre o profissional de enfermagem e sua importância, a professora Glória colocou mais uma questão para seus alunos: afinal, qual o papel do enfermeiro com relação ao desmame precoce?

Resolução da situação-problema

O profissional também possui o papel de orientar as gestantes e puérperas a respeito das vantagens e o manejo do aleitamento materno, assim como auxiliar as mães na primeira meia hora de vida do bebê após o parto. Outro ponto importante é orientar a mãe como manter a lactação se por algum motivo ela for separada de seu filho.

Pelo risco de desmame precoce o profissional deve desencorajar a mãe a utilizar qualquer outro alimento ou líquido além do leite materno (a não ser que seja uma indicação médica) e o uso de bicos artificiais e chupetas. Para a formação do vínculo afetivo, deve-se encorajar também a praticar o alojamento conjunto (assim as mães são estimuladas a permanecerem com seus bebês 24 horas por dia), estimulando assim a livre demanda.

Faça valer a pena

1. O Brasil dispõe de uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sendo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) uma das estratégias dessa política. Ela foi criada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF a fim de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar: _____
Assinale a alternativa que completa a frase de maneira correta.

a) A amamentação.
b) O parto.
c) A relactação.
d) A internação.
e) Os cuidados com o bebê.

2. Com relação aos problemas da amamentação:
I. Existem alguns casos em que o bebê tem sua sucção muito fraca.
II. O ideal é que a mãe estimule a mama para a produção e realize a ordenha manual (se necessário oferecer ao bebê no copinho) e orientar a mãe a realizar o estímulo de sucção no bebê (utilizando o dedo mínimo e luva virado para cima fazendo um estímulo no palato).
III. Verifique sempre a posição correta do bebê além da pega para o sucesso da amamentação.
Analise as assertivas anteriores e assinale a alternativa correta, se:

a) Somente as afirmativas I e III estão corretas.
b) Somente as afirmativas II e III estão corretas.
c) Somente as afirmativas I, II e III estão corretas.
d) Somente as afirmativas I e II estão corretas.
e) Somente a afirmativa a I está correta.

3. Quanto ao manejo da amamentação:

1. O número de mamadas deve ser sem restrições, à livre demanda, mas no início é normal que o bebê mame várias vezes ao dia.
PORTANTO
2. O profissional deve orientar para que o bebê permaneça o máximo de tempo possível em seio materno, sempre observando se o mesmo está de fato sugando, por meio da observação da movimentação da mandíbula e a pega correta, com os lábios voltados para fora, posicionando-o barriga com barriga com a mãe.

Leia com atenção as assertivas anteriores e assinale a alternativa correta:

a) Se 1 e 2 estiverem incorretas e a 2 complementa a 1.
b) Se 1 e 2 estiverem corretas e a 2 complementa a 1.
c) Se 1 e 2 estiverem incorretas e a 2 não complementa a 1.
d) Se 1 e 2 estiverem corretas e a 2 não complementa a 1.
e) Se 1 estiver correta e a 2 estiver correta.

Referências

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Quais são as ações a serem realizadas pela Equipe de Estratégia de saúde da Família-ESF durante uma visita puerperal?** Publicado em 15/12/2015. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/quais-sao-as-acoes-a-serem-realizadas-pela-equipe-de-estrategia-de-saude-da-familia-esf-durante-uma-visita-puerperal/>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CARNEIRO, A. J. S.; et. al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev. Bras. Enferm.** 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>. Acesso em: 31 jan. /2018.

CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem em obstetrícia.** 3. ed. São Paulo, 2007.

COFEN. Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Acadêmica do Curso de Enfermagem, Coari, AM-Brasil. **Desmame precoce:** fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo de nutrizes. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I70828.E15.T13911.D10AP.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília**, 2011. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Acesso em: 31 jan. 2018.

_____. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/relatorios/ihac_relatorioihacatualizado_ms.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018.

_____. **Manual Técnico:** Pré-natal e Puerpério – Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. **Programa nacional de Incentivo ao Aleitamento materno. Normas Básicas para o Alojamento Conjunto**. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Cuidados Gerais. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: **Guia para os Profissionais de Saúde**, v. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília - DF, 2009. **Caderno de Atenção Básica**, nº 23. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica.** Caderno de Atenção Domiciliar, Brasília, v. 1. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. Criança e Adolescente. **Triagem Neonatal:** apresentação. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/pagina-1576.html>. Acesso em: 13 abr. 2018.

MINHA VIDA. **Fenilcetonúria:** sintomas, tratamentos e causas. Disponível em: <http://www.minhavida.com.br/saude/temas/fenilcetonuria>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SANTOS, F. A. P. dos; BRITO, R. S. de; MAZZO, M. H. S. da N. Puerpério e revisão pós-partos: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 17.4, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Atenção à gestante e a puérpera no SUS-SP: **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério.** Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Teste do Pezinho deve ser realizado entre o 3º e 5º dia de vida.** Publicado em 05/08/2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/teste-do-pezinho-deve-ser-realizado-entre-o-3-e-5-dia-de-vida>. Acesso em: 19 dez. 2017.

USP - Laboratório de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2011. **Manual de normas técnicas e rotinas do teste de triagem neonatal.** Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CMANUAL%20DE%20INSTRU%C3%87%C3%95ES%20DO%20TESTE%20DO%20PEZINHO%202011.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

ISBN 978-85-522-0543-2