

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA NUNES DE SOUZA

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA NUNES DE SOUZA

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc. Aline Massaroli

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA** de autoria do aluno **MARIA NUNES DE SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Msc. Aline Massaroli
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os Técnicos de Enfermagem e demais equipes de saúde. Que com dedicação e boa vontade executam suas atividades independente de remuneração, condições de trabalho e carga horaria, visando o bem estar do paciente sob seus cuidados. Em especial a equipe do hospital de são João de Pirabas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por proporcionar a oportunidade em realizar esta especialização e a minha amiga Vanise e meu irmão Rodrigo, pelas horas de seu tempo, pelo uso de sua internet, que me permitiram concluir este trabalho. O meu sincero obrigada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 MÉTODO.....	09
3 RESULTADO E ANÁLISE.....	10
3.1 – Tríade do sangramento do primeiro trimestre.....	10
3.1.1 Abortamento.....	10
3.1.2 Ameaça de Abortamento.....	11
3.1.3 Abortamento inevitável.....	11
3.1.4 Abortamento Completo.....	12
3.1.5 Abortamento Incompleto.....	12
3.1.6 Abortamento Retido	13
3.1.7 Abortamento Infectado.....	13
3.1.8 Abortamento Habitual.....	14
3.1.9 Trabalho de Abortamento ou Espontâneo.....	14
3.1.10 Abortamento Provocado.....	14
3.2 - Mola hidatiforme.....	15
3.3 - Gravidez ectópica.....	16
3.4 - Placenta prévia.....	17
3.5 - Deslocamento prematuro da placenta (DPP).....	18
3.6 - Ruptura uterina.....	19
3.7 – Hipertensão na gravidez.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICES.....	25

RESUMO

Este projeto de intervenção surge da necessidade de qualificação da equipe de técnicos de enfermagem do Hospital Municipal de São João de Pirabas, e tem como finalidade auxiliá-los no processo de cuidado e orientação a gestantes e seus familiares, que procuram o serviço de Urgência e Emergência da instituição em busca de apoio e cuidado ao apresentar episódios hemorrágicos durante a gravidez ou outros agravos que podem complicar a gestação. Este trabalho tem o objetivo de elaborar uma Cartilha de Orientação em Urgência e Emergência Obstétrica. Constituindo-se assim em uma tecnologia de educação. Para a construção da cartilha foi realizado um levantamento das principais literaturas disponíveis sobre o tema, que fundamentaram todo o processo. A cartilha foi composta pelos principais temas relacionados às urgências e emergências obstétricas que ocorrem com maior incidência em nossa realidade, tais como: Abortamento, Gravidez Ectópica, Descolamento Prematuro de Placenta, Vasa prévia, Mola Hidatiforme, Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia, Rotura Uterina e Crise Hipertensiva. Espero que esta cartilha possa ser um agente de mudanças neste processo, visto que os técnicos de enfermagem além de serem importantes no processo da assistência, precisam estar preparados para auxiliar toda a equipe no atendimento as Urgências e Emergências Obstétricas. Após entrega da cartilha e período de orientação será aplicado o questionário para a avaliação do material. Espero com a aplicação do questionário aprimorar a cartilha e desenvolver outros projetos de intervenção que venham contribuir para a melhora da qualificação e assistência da equipe de técnicos de enfermagem da instituição.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Rezende (2006) Urgência e Emergência Obstétrica são situações que põem em risco a vida da grávida e do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. Sabemos que a gestação é um fenômeno fisiológico cuja evolução se dá na maioria dos casos sem intercorrências, porém há uma pequena parcela de gestantes que por alguma doença pré-existente ou agravos têm maior probabilidade de apresentar uma evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe (BRASIL, 2012). Essa parcela de gestantes irá dar entrada no serviço de Urgência e Emergência apresentando algum agravo a sua saúde, sendo os mais comuns as Hemorragias do primeiro e segundo trimestres da gravidez, Crise Hipertensiva incluindo Pré-Eclampsia e Eclâmpsia.

No serviço de Urgência e Emergência do Hospital Municipal de São João de Pirabas recebemos algumas dessas pacientes apresentando principalmente sangramentos do primeiro trimestre bem como quadros de crise hipertensiva. O problema é que o Hospital não apresenta estrutura física, equipamentos e pessoal qualificado para o atendimento dessa clientela ocasionando muitas vezes a transferência dessas gestantes para hospitais especializados que se localizam distante do município gerando transtornos não só para a gestante e seus familiares quanto para a equipe de saúde.

Frente a esta realidade, sinto a necessidade de criar estratégias para instrumentalizar a equipe de saúde proporcionando um melhor atendimento as estas gestantes durante atendidas no hospital e também durante a assistência no trajeto de transferência para outras unidades, bem como proporcionar subsídios para que estes possam orientar tanto a gestante quanto seus familiares a cerca da saúde materna e fetal no âmbito da urgência e emergência deste hospital.

Neste trabalho focaremos a atenção a equipe de enfermagem, aqui enfatizando os técnicos de enfermagem, que são peças importantes no atendimento e acompanhamento destas gestantes na realidade do nosso município, visto que são estes que irão permanecer mais tempo junto a paciente e seus familiares quando estas dão entrada na urgência.

Para tanto, proponho à elaboração de uma cartilha que será direcionada a equipe de técnicos de enfermagem do Hospital Municipal de São João de Pirabas, com o intuito de orientá-los na

conduta do atendimento a esta clientela específica, já que são estes profissionais que as acompanham durante as transferências e têm necessidade de estar qualificados para uma atuação segura e eficaz.

A Cartilha de Orientação em Urgência e Emergência Obstétrica será desenvolvida através da pesquisa Bibliográfica Descritiva tendo como base os manuais de Gestação de Alto Risco e Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada do Ministério da Saúde com complemento de outras literaturas relacionadas ao assunto e está destinada aos Técnicos de Enfermagem do Hospital Municipal de São João de Pirabas. A cartilha abordará os seguintes temas: Abortamento, Gravidez Ectópica, Mola Hidatiforme, Placenta Prévia, Descolamento Prematuro da Placenta, Rotura Uterina, Rotura da Vasa Prévia e Crise Hipertensiva, Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia.

A elaboração desta cartilha tem como objetivo principal de orientar a conduta da equipe de técnicos de Enfermagem, diante das urgências e emergências obstétricas, facilitar a consulta aos principais agravos da saúde materna e fetal no âmbito da urgência e emergência deste Hospital.

2 MÉTODO

Este trabalho tem o objetivo de elaborar uma cartilha que será direcionada a equipe de técnicos de enfermagem do Hospital Municipal de São João de Pirabas, com o intuito de orientá-los na conduta do atendimento as gestantes em situações de urgência e emergência. Constituindo-se assim em uma tecnologia de educação.

A cartilha de orientação em urgência e emergência obstétrica será construída a partir da pesquisa bibliográfica descritiva de manuais do ministério da saúde, bem como outras literaturas complementares. Ela será destinada aos técnicos de enfermagem do hospital municipal de São João de Pirabas, a fim de contribuir com seu processo de capacitação, visando um melhor conhecimento sobre as principais urgências que levam ao ingresso de determinadas gestantes ao serviço de urgência deste hospital, que não sejam o trabalho de parto em si, mas que geram preocupações e incertezas a mesma e seus familiares.

Após a disponibilização da cartilha para a equipe de enfermagem, será aplicado um questionário (apêndice 1) para avaliação da cartilha e do seu conteúdo. A partir desta avaliação serão propostas modificações e adequações na cartilha com o objetivo de atender a necessidade da equipe.

O hospital municipal está localizado na Avenida São Pedro, s/n, no bairro da Colina, município de São João de Pirabas. É um hospital de pequeno porte com 24 leitos divididos em pediatria (4 leitos), clínica médica masculina e feminina (11 leitos), clínica cirúrgica (3 leitos), obstetrícia (6 leitos). Tem um setor de urgência onde são realizados os primeiros atendimentos, casos mais graves são encaminhados para hospitais de referência em municípios próximos ou para a capital Belém, incluindo as situações de emergência obstétrica.

Este estudo não se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, motivo pelo qual este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo que não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a proposição de um material educativo a partir da literatura disponível para toda a comunidade científica.

3 RESULTADO E ANÁLISE

Neste capítulo será apresentado o conteúdo teórico que será inserido posteriormente na cartilha, que será disponibilizada a equipe de saúde.

Segundo o ministério da saúde (BRASIL, 2012) a gestação é um fenômeno fisiológico e precisa ser compreendida pelas gestantes e equipes de saúde como uma experiência de vida saudável. A equipe de saúde deve manter-se atualizada e preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar o desenvolvimento da gestação, sejam eles clínicos, obstétricos ou de cunho socioeconômico ou emocional. Neste sentido a gestante deve receber acompanhamento durante o período gestacional, sendo informada sobre o desenvolvimento de sua gravidez e sobre cuidados que terá durante este período, ressaltando a importância da família neste acompanhamento e também a necessidade destes estarem preparados para auxiliar esta gestante em todos os momentos.

Quanto aos principais agravos, estes acontecem com maior frequência no 1º e no 2º trimestre da gravidez, pois cerca de 10 a 15% das gestantes irão apresentar episódios hemorrágicos que podem representar complicações gestacionais ou agravos ginecológicos. Sendo as mais importantes situações hemorrágicas, as do 1º trimestre da gestação, também conhecida como Tríade dos sangramentos do 1º trimestre, a saber: Abortamento, gravidez Ectópica e mola Hidatiforme (doença Trofoblástica gestacional benigna). E os sangramentos da 2ª metade da gestação, Gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia (SASS; OLIVEIRA, 2013).

3.1 – Tríade do sangramento do primeiro trimestre.

O sangramento vaginal no 1º trimestre da gravidez é relativamente comum, ocorrendo em aproximadamente 25% das pacientes que sabem que estão grávidas. Em muitas pacientes o sangramento é auto limitado e deve-se provavelmente, a implantação ovular no endométrio decidualizado. Outras causas menos frequentes de sangramento vaginal durante toda a gestação são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino e trauma vaginal (SASS; OLIVEIRA, 2013).

3.1.1 Abortamento

Abortamento é a interrupção da gravidez ocorrida antes 20^a – 22^a semanas da gestação. Também pode ser conceituado como morte ou expulsão ovular ocorrida antes da 22^a semana ou quando o concepto ou feto apresentar peso menor ou igual a 500 gramas (SASS; OLIVEIRA, 2013).

Pode ser considerado precoce quando ocorre até a 13^a semana gestacional ou abortamento tardio quando ocorre entre a 13^a e 22^a semanas de gestação. O Abortamento pode ser classificado de várias formas.

- Ameaça de aborto
- Trabalho de aborto espontâneo
- Aborto incompleto/inevitável
- Aborto completo
- Aborto retido

3.1.2 Ameaça de Abortamento

É a ocorrência de sangramento uterino discreto, com ou sem cólicas, útero compatível com idade gestacional. A atividade cardíaca embrionária fetal esta presente, colo uterino longo e fechado, sem eliminação de tecidos ovulares. 50% dos casos evoluem para o Abortamento (BRASIL, 2012).

Cuidados e condutas de Enfermagem:

- orientar repouso
- evitar relação sexual (abstinência sexual)
- oferecer apoio psicológico
- administrar analgésico e antiespasmódico, conforme a prescrição médica.

3.1.3 Abortamento inevitável

Ocorre quando há sangramento vaginal mais intenso, com presença de coágulos, cólicas mais intensas que na ameaça de aborto. O útero é compatível com a idade gestacional, o colo

uterino apresenta dilatação, mas ainda não ocorreu eliminação do conteúdo uterino, pois o material ovular pode ser identificado no canal cervical (BRASIL, 2012; BRASIL, 2000).

Cuidados e condutas de Enfermagem:

- A paciente com abortamento inevitável deve ser internada
- Manter acesso venoso se necessário
- Oferecer conforto e apoio psicológico
- Preparar paciente para curetagem se gestação menor que 12 semanas
- Em gestação maior que doze semanas administrar medicação e infusão venosa de acordo com prescrição.

3.1.4 Abortamento Completo

Ocorre quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada. No geral ocorre em gestações com menos de 8 semanas. O sangramento vaginal diminui, diminuindo também as cólicas após a expulsão. O útero é menor que o esperado para a idade gestacional. O colo uterino pode estar aberto ou fechado. Ao USG o útero mostra-se vazio ou com imagens sugestivas de coágulos (BRASIL, 2012).

Conduta e cuidados de enfermagem:

- Observar o sangramento
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito.
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares.

3.1.5 Abortamento Incompleto

Ocorre quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado. A gestante irá apresentar cólicas com intensidade variável, o sangramento é persistente, maior que na ameaça de aborto, diminuindo com a saída de coágulos ou restos ovulares. O colo do útero encontra-se aberto (pérvio). O útero é menor que o esperado para a idade gestacional (BRASIL, 2012; SASS; OLIVEIRA, 2013).

Conduta e cuidados de enfermagem:

- Observar o sangramento
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito.
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares.

3.1.6 Abortamento Retido

Acontece quando ocorre à morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado, o sangramento é discreto ou ausente, o útero é menor que o esperado para a idade gestacional. Geralmente o colo encontra-se fechado. Há regressão dos sinais e sintomas da gestação e esta se encontra sem evolução há pelo menos, quatro semanas. Ao USG há ausência de embrião ou embrião/feto sem vitalidade. Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça (BRASIL, 2000).

Conduta e cuidados de enfermagem:

- Observar o sangramento
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito.
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares.
- Preparar paciente para curetagem.

3.1.7 Abortamento Infectado

É o processo de abortamento acompanhado de infecção genital tais como Endometrite, parametrite e peritonite. Geralmente associado à manipulação uterina com instrumentos e técnicas inadequadas. São infecções poli Microbianas provocadas por bactérias da flora vaginal, ocorrendo com maior frequência após abortamento incompleto. São infecções graves que podem levar a septicemia e choque séptico e devem ser tratadas independentemente da vitalidade fetal. As manifestações mais frequentes dependendo da evolução são febre acima de 38°C, calafrios,

pulso acelerado, taquipinéia, sudorese, hipotensão, sangramento com odor fétido, acompanhado com dor abdominal e a manipulação do colo uterino, eliminação de secreção purulenta, útero amolecido (BRASIL, 2012; BRASIL, 2000).

Conduta e cuidados de enfermagem:

- Orientar quando a necessidade de internação;
- Manter acesso venoso para corrigir volemia e estabilizar paciente;
- Manter controle rigoroso dos sinais vitais;
- Administrar medicação de acordo com prescrições;
- Preparar a paciente para curetagem;
- Oferecer conforto e apoio psicológico;
- Atentar para piora do quadro, com presença de abscesso pélvico.

O tratamento deve ser contínuo até que a paciente esteja clinicamente bem e afebril por 24 a 48 horas.

3.1.8 Abortamento Habitual

São perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações. Nestes casos é necessária uma anamnese detalhada para detectar possíveis causas associáveis como: más formações uterinas (útero Bicorno, útero septado, útero Didelfo), Miomatose uterina e insuficiência istmo cervical (Brasil, 2012).

Toda gestante com sangramento vaginal no primeiro trimestre deve ser submetida a exame abdominal, especular e toque. A equipe cabe manter um ambiente calmo, limpo e oferecer conforto a esta paciente.

3.1.9 Trabalho de Abortamento ou Espontâneo

É a perda involuntária da gestação, ocorre com presença de cólicas intensas. O Sangramento vaginal é moderado, o colo uterino encontra-se aberto e ao USG não há visualização do embrião, o batimento cardíaco esta ausente.

3.1.10 Abortamento Provocado

É ilegal no Brasil, exceto em duas situações, gestação decorrente por estupro ou por risco materno.

Quando realizado clandestinamente é alta a morbimortalidade materna por perfuração uterina e vísceras abdominais, hemorragia, infecção localizada ou sistêmica, choque séptico é a causa mais frequente de esterilidade (RIBEIRO; ALENCAR JUNIOR, 2014).

3.2 - Mola hidatiforme

É uma complicação da gravidez também conhecida como doença Trofoblástica gestacional, que compreende outras formas com comportamento maligno como neoplasia Trofoblástica gestacional, cario carcinoma, tumor Trofobilístico do leito placentário. A mola Hidatiforme pode ser completa ou parcial (BRASIL, 2012).

Sua incidência na população é baixa, de 01 caso para 1000 a cada 2000 gestações. O risco de uma nova gestação molar aumenta em até 5 vezes. Sinais Clínicos e Sintomas da Mola Hidatiforme:

- É observado aumento exagerado do útero;
- Ausência de rechaço fetal e batimento cardíaco fetal;
- A Hiperêmese gravídica pode esta associada (exacerbação dos sintomas da gravidez com presença de náuseas e vômito de difícil controle);
- Comprometimento do estado geral;

Na gravidez molar pode ocorrer sangramento vaginal indolor e de intensidade progressiva, às vezes associado à eliminação de vesículas com aspecto de “cachos de uva”. E em consequência da perda sanguínea pode haver anemia, hemorragia precoce, dor abdominal e lombar, o colo e o útero encontram-se amolecidos com o aumento do volume ovariano em função da presença de cistos Tecaluteínicos (BRASIL, 2012).

O esvaziamento uterino preferencialmente por meio de dilatação e aspiração manual intrauterina é o método mais apropriado para o tratamento inicial da mola hidatiforme. O esvaziamento molar é feito até doze semanas de gestação ou com o fundo uterino a meia distancia entre a sínfise e a cicatriz umbilical. De treze a vinte semanas o fundo uterino acima da

metade da distância entre a sínfise e a cicatriz umbilical é realizado a vácuo aspiração (BRASIL, 2012).

A remissão é espontânea em 70% dos casos, os restantes evoluem para as formas invasoras. A remissão é espontânea quando: os níveis de beta HCG decrescem progressivamente e negativa; a involução uterina e imediata cessação da hemorragia; as náuseas e vômitos tendem a desaparecer progressivamente; a involução uterina e suspensão do sangramento ocorrem em cerca de cinco semanas;

Controle pós Molar: Todas as gestantes como mola hidatiforme devem ter acompanhamento clínico e laboratorial visando à detecção precoce de recorrência bem como evolução para formas malignas (BRASIL, 2012).

3.3 - Gravidez ectópica

A gravidez Ectópica corresponde a nidação ou implantação do ovo fora da cavidade uterina. O tipo mais frequente deste tipo de gravidez é a tubária (BRASIL, 2012; RIBEIRO; ALENCAR JUNIOR, 2014). Os fatores de risco são: História de gravidez Ectópica prévia; Cirurgia tubária prévia; Infecções tubárias anteriores; Contracepção com progesterona. Pode ocorrer também com gestantes sem nenhum fator de risco.

Os principais sinais e sintomas são: dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica, pois estão presentes em quase todos os casos. O sangramento pode ser em pequena quantidade ou irregular, ocorrendo às vezes, após pequeno atraso menstrual. No exame físico pode ser evidenciada presença de sangue no canal vaginal. O útero é menor que o esperado para a idade gestacional. Há o amolecimento do colo uterino e do pélvico, às vezes mais localizado em uma região anexial onde se pode palpar uma massa dolorosa (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012).

Nos casos onde ocorreu rotura uterina podem estar presentes sinais e sintomas de hemoperitônio e choque, com dor intensa associado a abdômen distendido e silencioso, dor em ombro e abaulamento de fundo de saco vaginal.

Nestes casos o tratamento pode ser tratamento clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ser dividido em conservador e radical. Na conduta conservadora é importante obter a

concordância da gestante, pois haverá a extirpação total ou parcial das trompas através da Salpingectomia.

As Hemorragias da segunda metade da gestação são uma das principais causas de internação de gestantes no período antes do parto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal bem como de parto casárias. A morbimortalidade perinatal está associada principalmente aos altos índices de prematuridade, o descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, rotura uterina e vasa prévia correspondem a até 50% dos diagnósticos e são as principais causas de hemorragias com risco de vida.

3.4 - Placenta prévia

É definida como a implantação parcial ou total da placenta no seguimento inferior do útero. Pode ser classificado de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero.

- BAIXA: localizada próximo ao colo do útero, sem atingi-lo.
- MARGINAL: Atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo.
- COMPLETA OU CENTRO TOTAL: Recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

A placenta prévia ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre. É um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 a 20 semanas de gestação. Porém 90% desses achados normalizarão até o termo devido à teoria da “migração placentária”, em função da combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino bem mais vascularizado. Com a degeneração das viscosidades periféricas que receberão menor suplemento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada. O principal fator de risco para a placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, tais como a cesariana, a miomectomia e a curetagem (SASS; OLIVEIRA, 2013).

A multiparidade, a idade materna avançada, tabagismo e generalidade, também são fatores associados. A chance de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para mulheres que possuem cicatriz uterina. A placenta com implantação anormal tem maior probabilidade de estar aderida anormalmente ao útero, de ser placenta acreta, ampliando o risco de hemorragia e aumentando a morbimortalidade materna (SASS; OLIVEIRA, 2013).

O sangramento uterino é indolor, no segundo ou terceiro trimestre. Geralmente ocorre em pequena quantidade e auto limitado, não levando a uma espoliação materna significativa. Nas placentas prévias Marginais, muitas vezes o sangramento não se apresenta até o momento do parto. Gestantes com placentas prévias centro totais podem apresentar sangramento entre a 26 e 28 semanas de gestação.

Sangramento este chamado de sentinela, o mesmo é intenso e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes. No acretismo é comum não haver sangramento até o fim do parto, pode haver contrações uterinas, mas não aumento do tônus entre as contrações. O exame físico deve ser iniciado pela aferição dos sinais vitais da gestante (BRASIL, 2012).

O Exame obstétrico deve ser cuidadoso com a palpação abdominal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais. O exame especular deve ser realizado de maneira cuidadosa para evidenciar a origem e quantidade do sangramento. O toque nunca deve ser realizado na suspeita de inserção baixa de placenta até que se tenha conhecimento da exata localização placentária.

A USG abdominal é o mais seguro método para seu diagnóstico, pois mostra exatamente a localização placentária e sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero.

3.5 - Deslocamento prematuro da placenta (DPP)

O DDP é definido como a separação da placenta da parede uterina antes do parto. Pode ser Parcial ou Total e classificado em três graus; levando em consideração os achados clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2012).

DPP GRAU 1: - Ocorre sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa, vitalidade fetal preservada, sem repercussões hemodinâmicas ou coagulopatias. Diagnostica-se no pré-parto com a identificação do coágulo retro placentário.

DPP GRAU 2: Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. BCF presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

DPP GRAU 3: - Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipertensão arterial materna e óbito fetal. Pode ocorrer com o seu coagulopatia. Pode ocorrer hipertonia uterina com sangramento oculto.

O DPP ocorre aproximadamente em 1% a 2% das gestações. É das piores complicações obstétricas aumentando a mortalidade materna por maior incidência de hemorragia e anemia, complicações perinatais como prematuridade, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é a principal causa de óbito perinatal (SASS; OLIVEIRA, 2013).

Dentre os fatores de risco estão: Hipertensão (a Hipertensão gestacional preexistente responde por 50% do caso de DPP não traumática). O acidente automobilístico é a maior causa de DPP relacionada ao trauma. O deslocamento pode ocorrer por desaceleração ou trauma direto no abdômen. Esse diagnóstico muitas vezes é subestimado devido ao não uso de monitoração fetal em gestantes vítimas de traumas. A monitorização fetal rotineira nessas gestantes diminuiria o número de perdas fetais decorrentes de trauma automobilísticos (FORTES, et al. 2010).

O quadro clínico característico do DPP é dor abdominal associada ou não a sangramento vaginal. A dor varia de leve desconforto até dor intensa, associada a aumento do tônus uterino, que pode se manifestar em graus variados, desde uma taquihipersistolia até hipertonia. Em caso de placenta de inserção posterior, a dor é lombar. Na gestante em trabalho de parto, há persistência da dor entre as contrações (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

O sangramento pode se manifestar das seguintes maneiras:

- Hemorragia exteriorizada;
- Hemo âmnio;
- Sangramento retro placentário;

Até 20% dos sangramentos no DPP são ocultos, com formação de coágulos, retro placentário e infiltração miometrial. A quantidade de sangramento exteriorizado pode não refletir a presença de formação de coágulo retro placentário. O sangramento que se inicia na rotura das membranas deve ser diferenciado da rotura de Vasa Prévía.

3.6 - Ruptura uterina

É uma complicação muito grave em obstetrícia sendo causa de morbimortalidade materna. A rotura uterina é classificada em (BRASIL, 2012):

- COMPLETA: quando há a ruptura total da parede uterina, é uma urgência obstétrica, levando o risco de vida tanto da mãe quanto do feto.
- INCOMPLETA: O peritônio parietal permanece intacto, pode permanecer assintomática após um parto vaginal.

O maior fator de risco para ruptura é a presença de cicatriz uterina e o antecedente de cesariana é o principal delas, outras são: curetagem uterina com perfuração, acretismo placentário, trauma abdominal, anomalias uterinas, hiper distensão uterina e uso inapropriado de ocitocina. A ruptura uterina pode ocorrer no pré-parto, intraparto e pós-parto. O trauma abdominal é uma importante causa de rotura uterina pré-parto (CORRÊA JÚNIOR; MELO, 2008).

No intraparto, quando a ruptura é mais frequente, o achado mais característico é a perda súbita dos batimentos cardíacos fetais. A gestante pode ou não apresentar sangramento vaginal, sinais e sintomas de choque hipovolêmico com taquicardia importante, hipotensão e parada das contorções após dor forte (GOLINO; CHEIN; BRITO, 2006).

Na palpação abdominal, as partes fetais são facilmente palpadas no abdome materno, e ao toque vaginal, há a subida da apresentação. A rotura uterina é causa de hemorragia pós-parto e deve ser prontamente identificado e tratado cirurgicamente.

Condutas e cuidados de enfermagem:

- Estabilização hemodinâmica da gestante iniciando o ABC da reanimação. Vias aéreas pérvias. Respiração, fornecer O₂ em máscara de 10 l/m ou cateter 5l/min;
- Pucionar dois acessos venosos calibrados;
- Manter monitorização de sinais vitais

Em geral é necessário realizar histerectomia para tratar a ruptura uterina, pois ocorrem lesões vasculares, com dificuldade de conservação do útero.

3.7 – Hipertensão na gravidez

Dados do Ministério da Saúde apontam a hipertensão como a maior causa de morte materna no país, responsável por cerca de 35% da taxa de 140 a 160 mortes maternas a cada

100.000 nascimentos. Os dados diferem dependendo da região geográfica, mas em todas a hipertensão ocupa o primeiro lugar (BRASIL, 2012).

HIPERTENSÃO ARTERIAL: - Pressão arterial igual ou maior que 140/90mmhg, considerada pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do som), e pressão diastólica o quinto ruído de karotkoff (desaparecimento do som).

CRISE HIPERTENSIVA: - É o episódio agudo e rápido de elevação da pressão arterial acompanhada de sinais de Rubor, alteração de comportamento, Cefaléia, Dispnéia, Torpor e alterações visuais que podem evoluir para o Acidente coronariano ou Encefálico, sendo que a pressão Diastólica ultrapassa valores de 110mmhg.

PRÉ – ECLAMPSIA: - É a Hipertensão que ocorre após a 20ª semana de gestação, ou antes, em casos de doença Trofoblástica gestacional ou Hidrópsia fetal, acompanhado de proteinúria com desaparecimento até doze semanas após o parto. Na ausência de proteinúria o aumento da pressão aparece acompanhado de Cefaléia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas. A Pré-Eclampsia é classificada em leve ou grave de acordo com o grau de comprometimento.

Pré- Eclampsia Leve: É a presença de hipertensão abaixo de 160/110mmhg, em pelo menos duas aferições, que acontecem após a 20ª semana de gestação em pacientes que nunca apresentaram manifestação hipertensiva, exceto para quem tem Mola Hidatiforme, que pode causar com Pré- Eclampsia antes da 20ª semana acompanhada de Proteínura.

Condutas e cuidados de enfermagem:

- Deve ser orientado repouso compulsório com restrição de exercícios físicos exagerados;
- Evitar ganho excessivo de peso materno;
- Evitar álcool e tabagismo;
- Orientar para consultas quinzenais com avaliação de exames laboratoriais;
- Pesquisar sintomas de Eminência de Eclâmpsia acompanhado ou não de náuseas e vômitos;

Pré-Eclampsia Grave: É quando há a presença de pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmhg, oligúria, sinais de encefalopatia hipertensiva (Cefaléia, Distúrbios Visuais), dor epigástrica, dor em hipocôndrio direito, proteinúria, mudança de humor, anasarca, sinais de anemia, plaquetopenia e eclampsia (VASCONCELOS, 2002).

Condutas e cuidados de enfermagem:

- Gestantes com diagnóstico de Pré-Eclampsia grave deveram ter internação obrigatória, monitorização laboratorial materna a cada 24h;
- Corrigir Emergência Hipertensiva e monitorização fetal diária;

ECLAMPSIA: - É a crise convulsiva de características tônico-clônicas que pode surgir em gestantes ou puérperas procedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da eminência de Eclampsia (Cefaléia, Diplopia, Visão turva, Escotomas, Epigastria, dor em hipocôndrio direito acompanhada frequentemente por alterações cardiovascular, no sistema nervoso central, rins e fígado (VASCONCELOS, 2002).

Acomete o último trimestre da gestação de puerpério imediato, as convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais, que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após 20 segundos iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda a musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O Episódio dura 1 minuto e regride espontaneamente, a repetição das convulsões leva ao coma e a morte. Ao recuperar a consciência a paciente não tem lembrança do que aconteceu, durante o coma não se deve afastar a possibilidade de acidente hemorrágico (VASCONCELOS, 2002).

Condutas e cuidados de enfermagem:

- A ocorrência de convulsões em mulheres com Pré-Eclampsia caracteriza o quadro de Eclampsia, a conduta visa a correção das convulsões da hipertensão e dos distúrbios metabólicos;
- Deve-se manter o ambiente tranquilo e silencioso;
- Manter decúbito elevado 30° e face lateralizada;
- Cateter nasal com O2 5L/min.
- Punção venosa ou periférica calibrosa;
- Cateter Vesical contínuo;

A conduta obstétrica visa estabilizar o quadro materno, após a estabilização do quadro e avaliação das condições do bem estar fetal iniciar preparativo para interrupção da gestação. O edema será significativo quando do aparecimento súbito ou quando alcançar mão e face.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver a Cartilha de orientação em Urgência e Emergência Obstétrica foi ao mesmo tempo gratificante e um enorme desafio em função da dificuldade ao acesso a educação continuada, a disponibilidade de tempo pela carga-horário que não nos permite uma dedicação adequada, principalmente em relação aos técnicos de enfermagem, que na instituição onde trabalhamos até o momento não tiveram a experiência da capacitação permanente, principalmente ao que se relaciona a temas importantes quanto o abordado.

Espero que esta cartilha possa ser um agente de mudanças neste processo, visto que os técnicos de enfermagem além de serem importantes no processo da assistência, precisam estar preparados para auxiliar toda a equipe no atendimento as Urgências e Emergências Obstétricas, entre elas as que mais dão entrada no hospital, crise hipertensiva e sangramentos do primeiro trimestre da gravides. A orientação à equipe se dará em pequenos grupos para que não comprometa o atendimento, uma vez que estes profissionais deslocam-se de outros municípios vizinhos ou trabalham em outras instituições, o que limita o tempo disponível para reuniões e qualificações.

Após orientação será aplicado o questionário para a avaliação do material apresentado, também será mantido nas dependências do Hospital, com autorização previa da direção um banner informativo sobre o tema. Espero com a aplicação do questionário melhorar a cartilha e desenvolver outros projetos de intervenção que venham contribuir para a melhora da qualificação e assistência da equipe de técnicos de enfermagem da instituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília-DF.2006, Caderno 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: **Cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CORRÊA JÚNIOR MD, MELO VH **Projeto Diretrizes. Rotura Prematura das Membranas**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria. 2 de fevereiro de 2008.

FORTES, J. I. et al. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência. São Paulo: FUNDAP, 2010.

GOLINO P. Silva, CHEIN MB da Costa, BRITO LM Oliveira. **Ruptura Prematura de Membranas; Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta**. FEMINA, v. 34 n 10, 2006.

RIBEIRO, G. G.; ALENCAR JÚNIOR, C. A. **Protocolos de condutas em obstetrícia**. 2014.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. **OBSTETRÍCIA**. Editora Guanabara Koogan, 1 ed. Rio de Janeiro, 2013.

VASCONCELLOS MJA, et al. **Projetos Diretrizes .Hipertensão na Gravidez**. Revista Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria. 29 de julho 2002.

APÊNDICE 1**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.**

Gostaria de saber sua opinião sobre o tema abordado na cartilha. Por favor, assinale a alternativa que melhor se aplica para cada aspecto da orientação mencionado.

1- AVALIAÇÃO GERAL (De forma geral, como você avalia o treinamento?).

1- péssimo	2- ruim	3- razoável	4- bom	5- ótimo

2- CONTEÚDO DA CARTILHA (Qual sua opinião especificamente sobre os assuntos e temas abordados na cartilha?).

1- inadequado aos objetivos propostos	2- adequado, mas pontos importantes não foram abordados	3-adequado, mas alguns aspectos foram excessivamente detalhados	4- muito bom	5- ótimo

3- FORMA DE APRESENTAÇÃO DO TEMA (Qual sua opinião sobre a forma como os temas foram abordados?)

1- péssimo	2- ruim	3- razoável	4- bom	5- ótimo

4- APLICABILIDADE (A informação passada na cartilha tem aplicabilidade na sua prática diária de trabalho?)

1- nenhuma aplicabilidade (não vai servir para nada para minha realidade de trabalho)	2- pouca aplicabilidade (poucos aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)	3- aplicabilidade parcial (alguns aspectos podem ser aproveitados na minha realidade de trabalho)	4- boa aplicabilidade (vários aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)	5-excelente aplicabilidade (será muito útil para minha realidade de trabalho)

Por favor, faça críticas, sugestões e comentários sobre a cartilha. Sua opinião é muito importante para que possa aprimorá-la. OBRIGADA!
