
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO PREMATURO

DUARTE, Márcia Michelly Pereira*; **FREIRE, Erikania Elba Gondim**; **OLIVEIRA, Juliana Fechine Bráz de**

Faculdade Leão Sampaio – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.

Recebido em: 15/01/2015; Aceito: 22/04/2015; Publicado: 25/08/2015

RESUMO

A gestação é um processo fisiológico, que corresponde à duração de 37^o semanas completas a 42^o semanas incompletas, nesse período podem ocorrer intercorrências que gerem alguma complicação que leve ao parto pré termo ou prematuro que é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20^o e 37^o semana de idade gestacional que é responsável pela a maior causa de mortalidade neonatal e infantil no mundo. No Brasil não é diferente. Sendo o líder nas estatísticas da América Latina, com 17,7% dos partos prematuros realizados no País. O objetivo do trabalho foi integrar o conhecimento científico adquirido em sala de aula com a prática através do estágio de saúde da mulher no Hospital Maternidade São Lucas na cidade de Juazeiro do Norte. A metodologia aplicada consiste em um estudo de caso com fundamentação sistemática e descritiva com a finalidade de realizar um comparativo entre a literatura e a realidade seguindo os princípios éticos e legais relacionados à pesquisa com seres humanos baseadas no fundamento da autonomia, beneficência, não maleficência, respeito ao indivíduo e a justiça. Os resultados encontrados mostram que a produção científica e a assistência realizada nos serviços de saúde são similares.

Palavras-chave: Parto, Prematuro, Assistência, Enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process, which corresponds to the duration of 37 completed weeks 42 weeks incomplete, this period may occur complications which manage any complications that leads to preterm or premature birth which is defined as one whose pregnancy ends between 20 and 37 weeks gestational age that is responsible for the major cause of infant and child mortality in the world. And Brazil is no different, being the leader in the statistics in Latin America, with 17.7% of births in the country being premature. The objective is to integrate the acquired scientific knowledge in the classroom and practice through the women's health status at Maternity Hospital São Lucas in North Juazeiro city with practice connection and college. The methodology consists of a case study with systematic and descriptive reasons in order to make a comparison between literature and reality following the ethical and legal principles related to human research based on the foundation of autonomy, beneficence, non-maleficence, respect for the individual and justice. The results show that the scientific production and the assistance provided in the health services are similar.

Keywords: Childbirth, Premature, Assistance, Nursing

*Márcia Michelly Pereira Duarte; Rua Duque de Caxias nº 207 Bairro Pirajá Juazeiro do Norte Ceará.
Telefone: (88) 999732273; E-mail: michelly192@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico, que corresponde a duração de 37º semanas completas a 42º semanas incompletas nesse período podem ocorrer intercorrências que geram alguma complicação durante o período gravídico que por motivo variado necessite de uma assistência especializada para evitar futuros problemas para o binômio mãe e feto durante o parto ou após o mesmo (ANDRADE, 2012).

O parto pré termo ou prematuro é definido como aquele cuja gestação termina entre a 20º e 37º semana de idade gestacional. Entrelaçado a uma fisiopatologia ainda não bem esclarecida pelos estudiosos, bem como, a causas multifatoriais o que torna sua prevenção e diagnóstico mais complicados e difíceis para os profissionais envolvidos (FREITAS, et al., 2008).

As complicações ocorridas na gestação podem desencadear o trabalho de parto que trata-se de uma das principais preocupações contemporâneas para a saúde pública no âmbito materno e neonatal no cenário global, por ser responsável pelo o maior número de óbitos neonatais e infantis. Devido a complicações ou seqüelas do parto e o tempo insuficiente para o desenvolvimento adequado do feto. Principalmente, do sistema pulmonar do mesmo. Ultrapassando causas como diarreia e doenças relacionadas ao trato respiratório que no passado não tão distante eram os vilões dos óbitos. E no Brasil também não é diferente, sendo o líder nas estatísticas da América Latina, com 17,7% dos partos realizados no País sendo prematuros segundo dados do IBGE e Ministério da Saúde.

A temática do trabalho aqui apresentado foi amadurecida e desenvolvido em um estágio curricular em Saúde da Mulher e do Recém Nascido do curso de Graduação em Enfermagem da

Faculdade Leão Sampaio. Diante das explicações apresentadas fica clara a relevância do tema.

Tendo como objetivo integrar o conhecimento científico adquirido em sala de aula com a prática através do estágio de saúde da mulher no Hospital Maternidade São Lucas na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRABALHO DE PARTO PREMATURO E ASPECTOS GERAIS

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) ainda é considerado um enigma na obstetrícia, não havendo causas certas de sua ocorrência. A maioria dos casos de prematuridade está associada ao rompimento das membranas do saco amniótico e gemelaridade com a presença de contrações uterinas ritmadas o que caracteriza o TPP (ANDRADE, 2012).

São sinais de prematuridade a ocorrência de uma dinâmica uterina de cinco contrações por hora, a dilatação do colo, o vazamento repentino de fluido claro da vagina, a sensação de dor durante a micção devido à provável infecção do trato urinário, bexiga e rins, ou ainda o sangramento vaginal vermelho brilhante, dor lombar persistente e pressão pélvica intensa (ANDRADE, 2012).

A incidência do TPP segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 15 milhões de bebês nascem antes do tempo por ano no mundo. O Brasil e os Estados Unidos estão entre os dez países com os maiores números de partos prematuros. O Brasil aparece em décimo lugar, com 279 mil partos prematuros por ano (antes de 37º semana de gestação). A taxa brasileira é 17,7% dos bebês prematuros.

Sua etiologia de acordo com Baquião (2011), consiste em cerca de 50% dos casos de

parto prematuro são de caráter espontâneo e como citado anteriormente de causas desconhecidas e muitas vezes multifatoriais. No restante, pode estar associado a diversos fatores agregados em categorias epidemiológicas, obstétricas e ginecológicas. A epidemiológica que envolve baixo nível socioeconômico, falta de higiene, gravidez nos extremos etários-abaixo dos 17 anos de idade e acima dos 35 anos de idade, desnutrição ou dieta desequilibrada, baixo peso pré-gestacional, tabagismo, consumo de drogas ilícitas, estresse psicossocial.

Temos os fatores obstétricos relacionados à gemelaridade, partos prematuros anteriores, rotura prematura de membranas, infecções amnióticas, alterações hormonais, incompetência cervical, sangramentos genitais de segundo e terceiro trimestre, más formações genéticas placentárias e polidrâmnio (FREITAS et al., 2008).

Os fatores ginecológicos como amputações de colo de útero, malformação uterina e miomas. Além, dos fatores clínicos cirúrgicos, como as doenças maternas, infecções geniturinárias e procedimentos cirúrgicos na gravidez (FREITAS, et al., 2008).

2.2 FISIOPATOLOGIA

O mecanismo que envolve o início do parto a termo não é o mesmo responsável pelo parto pré termo que desenvolvem as contrações uterinas, através de cinco mecanismos básicos necessários como: a inflamação, o estresse, as modificações físicas do colo uterino, a isquemia uteroplacentária e a hemorragia (FREITAS, et al., 2008).

A inflamação promove a liberação de endotoxinas locais ou citotoxinas inflamatórias, como fator de necrose tumoral (FNT) e a interleucina – 1 (IL - 1). O estresse fetal ou materno pode provocar a liberação de hormônios

hipotalâmicos e adrenais como ocitocinas, cortisol e hormônios liberador de corticotropina (GRH). As modificações físicas locais principalmente feto gemelar e polidrâmnio, promove a liberação de ocitocina e de GRH. A redução do fluxo sanguíneo placentário secundário a alguma vasculopatia decidual levando a um crescimento intra - uterino restrito produz dano tecidual por meio de peroxidases lipídicas e Radicais Livres (RL). Por fim a hemorragia tecidual leva a insuficiência vascular uteroplacentária, aumentando a liberação de GRH. Assim, para que ocorra o parto pré termo é necessário a ocorrência desses eventos de contração uterina através dos mecanismos citados anteriormente. Como essa cascata é ativada ainda não explica - se de forma clara e específica quais os mediadores responsáveis (FREITAS, et al., 2008).

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico para o TPP é essencialmente clínico e por vezes incerto, pois a presença de contrações uterinas prováveis não indica de maneira inequívoca o Trabalho de Parto – TP seja óbvio para começar a agir em contrapartida o êxito do tratamento depende da precocidade do diagnóstico e do seu início. Portanto, para auxiliar no diagnóstico precoce temos alguns marcadores clínicos que são levados em consideração como: 1. Modificações cervicais (acesso digital e acesso ultra-sonográfico), 2. Contrações uterinas (percepção pela a paciente, tocodinâmico), 3. Sangramento vaginal, 4. Escore de alto risco e 5. Alterações do bem estar geral. São realizados também exame vaginal e ultra-sonográfico (FREITAS, et al., 2008).

2.4 TRATAMENTO

Para Freitas, et al. (2008), o tratamento é a base de toclíticos para a diminuição das contrações uterinas os medicamentos usados são:

Magnésio

Mecanismo de Ação: Competição direta com o Ca⁺⁺.

Agente: Sulfato de magnésio- administrar 6g por via endovenosa durante 1 hora como dose de ataque (Diluir 6g em 100 mL de soro fisiológico - SF a 0,9%). Dose de manutenção administrar 2g a cada hora (Diluir em 500 mL de SF a 0,9%- de preferência em bomba de infusão).

Efeitos Adversos: Sensação de rubor e calor, hipotonicidade neonatal, osteoporose e fatura.

Etanol

Mecanismo de Ação: Inibe a liberação de ADH e talvez ocitocina.

Agente: Etanol a 10 % - administras 7,5 mL por kg em 2 horas com dose de ataque. Para a manutenção, administrar 1,5 mL para kg em 10 horas.

Efeitos adversos: Intoxicação materna-sonolência, náuseas, êmese, aspiração, estresse emocional e sedação.

Infusão de Líquidos

Mecanismo de Ação: Suposta inibição de ADH e talvez ocitocina.

Agente: Soro glicosado - SG a 5% infundir 100 mL rapidamente em no Maximo 60 minutos.

Efeitos adversos: Intravascular expandido

Bloqueadores do Canal de Cálcio

Mecanismo de ação: Bloqueia o canal de entrada do Ca⁺⁺.

Agente: Nifedipina- Administrar 30mg por via oral como dose de ataque. Para manutenção, administrar 20mg a cada 4 a 6 horas.

Efeitos adversos: Hipotensão, síncope, taquicardia, cefaléia, náusea, edema periférico e rubor.

Antiprostaglandina

Mecanismo de Ação: Inibição da prostaglandina sintetase.

Agente: Indometacina- administrar 100mg por via retal. Para manutenção, 100mg por via retal a cada 12 horas ou 50mg por via oral a cada 6 horas por no máximo 5 dias.

Efeitos Adversos: Oligoidrâmnio, fechamento precoce do ducto arterioso, disfunção placentária e irritação gástrica.

Contra Indicação: Em pacientes com púrpura trombocitopênica, a granulocitose, úlcera péptica e com o uso concomitante de anticoagulantes em gestantes com IG maior do que 33 semanas.

Beta Adrenérgico

Mecanismo de Ação: conversão do Trifosfato de Adenosina (ATP) em AMP cíclico, diminuindo o Ca⁺⁺livre intracelular.

Agentes: Salbutamol- 5 ampolas em 50mL de SG a 5% gotejamento 10 gotas por minutos e depois aumentar 10 gotas a cada 20 minutos ate cessarem as contrações ou a paciente estiver com frequência cardíaca de 120 bpm ou o feto com frequência cardíaca de 160 bpm.

Terbutalina: administrar igual ao salbutamol ou com 125mg por via subcutânea a cada 2 horas

Ritodrina: administrar 0,05 mg /min (150mg em 500 ml de SG 5%), administrar no máximo 0,35 mg/mim.

Efeitos Adversos: Taquicardia materna/fetal, arritmias, isquemia miocárdia, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, vasodilatação, hipotensão materna, hiperglicemia materna/fetal e hipoglicemia neonatal.

Contra Indicação: Em pacientes com cardiopatias, miotonia distróficas, glaucoma de ângulo agudo hipertensão arterial, anemia falciforme, história de edema agudo de pulmão. Uso cuidadoso em pacientes com hipertireoidismo, asma compensada, diabetes, sangramento ativo, gestação gemelar e polidrâmnio.

Atosiban

Mecanismo de Ação: Ação de antagonista por competição com a ocitocina.

Agente: atosiban 6,65mg por via endovenosa em bolos.

Efeitos Adversos: Náuseas, vômitos, cefaléia, dor torácica e artralgias.

Progesterona

Mecanismo de Ação: Eleva o potencial da membrana e estabelece um estado de hiperpolarização.

Agente: Hidroprogesterona - 150mg intramuscular por 2 dias e manutenção de 100mg por dia

Efeitos Adversos: risco de ambigüidade genital e redução do desenvolvimento neuromotor, pós natal, quando usado no início da gestação.

2.5 DANOS PARA O RECÉM NASCIDO

As complicações relacionadas ao feto decorrente do parto prematuro são as dificuldades respiratórias em consequência da deficiência da produção insuficiente de surfactantes – produzidos por volta da 34ª semana, porém só tem quantidade satisfatória na 38ª semana pelos pulmões, que antes disso estar imaturos forçando um funcionamento antes do período. Na ausência do surfactante ou quantidade insuficiente os alvéolos ficam colabados levando à Síndrome da Angústia Respiratório do recém nascido ou outro distúrbio respiratório. Além de problemas relacionados à oxigenação inadequada de todos os sistemas do feto causando

sofrimento fetal quando intra útero ou complicações que pode acompanhar sua vida infantil e adulta (ANDRADE, 2012).

2.6 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Para Lopes e dos Santos (2010), a Enfermagem Moderna foi fundada por Florence Nightingale que fazia parte da alta sociedade inglesa e passou a sua vida a aprimorar os cuidados de Enfermagem e principalmente o cuidado humanizado aos enfermos.

Para Gelain (1998), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem reúne as normas e princípios que conduzem de forma ética e justa. No capítulo I dos princípios fundamentais diz: Art. 1º A Enfermagem é uma profissão comprometida com saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Assim, a Enfermagem tem como princípio fundamental o cuidado aos enfermos. O TPP não trata de uma patologia mais em uma maternidade o enfermeiro deve ficar em estado alerta, pois pode levar uma morbimortalidade materno fetal. O papel do enfermeiro será justamente desenvolver um plano de cuidados que envolva o bem estar do binômio, bem com, que prolongue a gestação para o amadurecimento dos sistemas do feto. Assim a vigilância deve ser constante e acompanhada de uma equipe multifatorial.

3 METODOLOGIA

A abordagem metodológica utilizada no estudo consiste em estudo de caso realizado no Hospital Maternidade São Lucas na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará no período do estágio

curricular da Saúde da Mulher e do Recém Nascido oferecido ao curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio em outubro de 2014. A coleta de dados ocorreu por meio dos prontuários das gestantes em TPP. Por ser um estágio o estudo de caso era necessário ao término do mesmo.

Associado ao estudo de caso utilizou-se outras fontes para a obtenção de informações, portanto, o estudo também apresenta caráter de revisões sistemáticas.

Para Rouquayrol e Almeida Filho (2003), revisões sistemáticas são aquelas que aplicam técnicas específicas e explícitas na qual permite a identificação de pesquisas originais e de abstração de dados da literatura, tendo como objetivo de evitar, ou ao menos minimizar as distorções dos resultados. Para essa parte da metodologia utilizou os artigos da Biblioteca Virtual de Saúde.

E ainda descritiva para uma pesquisa descritiva é aquela em que o pesquisador não interfere nos resultados obtidos apenas descreve o que está sendo observado (BARROS E LEHFELLO, 2007).

Para Oguisso e Zoboli (2006), a ética aplicada à pesquisa em saúde foi elaborada pela necessidade de assegurar o respeito ao ser humano envolvido em pesquisa para evitar os erros constados na Segunda Guerra Mundial. O Código de Nuremberg foi o marco inicial para a aplicação da ética na pesquisa em saúde.

A partir do Código de Nuremberg originou a Declaração de Helsinque, voltada para as pesquisas bioéticas com o propósito de evitar condutas antiéticas (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

A ética aplicada à pesquisa em Saúde no Brasil se fundamenta na Resolução 196 de outubro de 1996 com a finalidade de garantir a autonomia, beneficência, não maleficência, respeito ao indivíduo e a justiça. E recentemente em uma sessão ordinária foi declarada a resolução número

466 de 12 de dezembro de 2012 que garante praticamente os mesmos valores e princípios. Esses aspectos serão avaliados pelos os Comitês de Ética em Pesquisa que também assegura que o sujeito da pesquisa precisa estar devidamente esclarecido e ser voluntário na pesquisa que precisa fornecer benefícios ao indivíduo e ou sociedade. Informa ainda que uma metodologia adequada seja o primeiro passo para o desenvolvimento de uma pesquisa ética, pois evita o desperdício de tempo e desgaste do pesquisador além dos custos financeiros (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

4 RESULTADOS

O resultado encontrado na literatura não difere das realizadas nas práticas médicas nas maternidades quando se refere ao TPP.

O uso das medicações para retardar o parto para fim de esperar a maturação pulmonar do feto e para sanar as contrações uterinas são as mesmas recomendadas pela a literatura, assim, como o acompanhamento laboratorial.

Como se pôde constatar nos dados retirados do prontuário a gestante fazia o uso de bloqueador dos canais de cálcio, exames laboratoriais de rotina da gravidez - hemograma completo, sumário de urina, bilirrubina total e fracionada, triglicerídeos, creatina e uréia, tipo sanguíneo e Rh, teste rápido para HIV e sífilis. É exame de imagem ultra- som obstétrico com *doppler*. Para o melhor acompanhamento do TPP e principalmente da vitalidade fetal.

Mesmo com assim, apesar dos avanços no que diz respeito à predição, pouco tem sido estabelecido para a prevenção do parto prematuro. Talvez por este apresentar diversas etiologias diferentes, ainda não foi demonstrado pela literatura um método eficaz para sua prevenção (DÓRIA; SPAUTZ, 2011).

O pré-natal é uma excelente estratégia para informar as gestantes a respeito dos fatores de risco e identificação dos sinais e sintomas do TPP para que ela possa procurar a assistência especializada adequada e evitar óbitos fetais e complicações futuras (FEBRSGO).

5 CONCLUSÃO

O trabalho de parto prematuro ocorre na maioria das vezes de forma espontânea e tem várias etiologias associadas. Apresenta um mecanismo de ação diferente do parto a termo para que as contrações uterinas aconteçam, por isso, o diagnóstico deve ser rápido para que o tratamento seja instituído através de tocolíticos, internamento e repouso para tentar retardar esse parto com a finalidade de promover o bem estar materno e fetal. Esse processo fisiopatológico ainda é pouco conhecido pela comunidade obstétrica o que dificulta ainda mais sua prevenção.

O profissional de Enfermagem tem a função de articular-se com outros setores como centro cirúrgico e UTI Neonatal e estar preparado para qualquer intercorrência, pois a evolução do trabalho de parto pré termo geralmente acaba em uma cesariana por conta do sofrimento fetal ou de patologias associadas. Por isso, uma Enfermagem vigilante é fundamental para evitar óbitos.

A comunidade científica está cada vez mais interessada em produzir trabalhos com essa temática, pois o parto prematuro é responsável pelo o maior número de óbitos no mundo, portanto a prevenção é importante como também o desenvolvimento de drogas acessíveis para retardar o trabalho de parto.

Esse trabalho permite na prática realizar uma espécie de comparativo entre o aprendizado em sala de aula, publicações a respeito da temática em questão e com o que é aplicado na realidade

permitindo assim aprofundar o conhecimento e realizar a assistência de Enfermagem como mandam os estudiosos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sabrina Walter. **Intercorrências gestacionais:** Trabalho de parto prematuro. Ano 2012. Acesso em 05 de Janeiro de 2015.

BAQUITÃO, Ionara. **Trabalho de parto prematuro:** Fatores de risco e estratégia para sua predição e prevenção. Belo Horizonte, 2012. Acesso em 01 de Janeiro de 2015.

BARROS, Adail Jesus da Silveira; LEHFELLO, Neide Aparecida de Souza. A pesquisa e a iniciação científicas. In: _____. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3 ed. São Paulo: Pearson Prehnce Hall, 2007, p. 81-95.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** IBGE. Cidades. Monte Santo Minas – MG. Acesso: 10 de outubro de 2014.

DÓRIA, Maria Texeira; SPAUTZ, Cleverton Cesar. **Trabalho de Parto Prematuro:** Predição e Prevenção. Ano 2011. Paraná. Acesso em 08 de outubro de 2014.

FERNANDO, Freitas et al. **Rotinas Ginecológicas.** 5ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

GALAIN, Ivo. Deotologia e Enfermagem. 3ed. **Revista e atualizada.** São Paulo: EPU, 1998, p. 35-47

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. Citações Bibliográficas. In:_____. **Normas da ABNT:** Comentadas para Trabalhos Científicos. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2009, p. 33-38.

JÚNIOR, Carlos Augusto Alencar. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRSGO. **Assistência ao Pré Natal**

MASSAROLLO, Maria Cristina Braga; SPINETT, Simone Ribeiro; FONTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética aplicada em saúde. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos. **Ética e bioética:** Desafios para a Enfermagem e a Saúde. Barueri, São Paulo: Mande 2006-(Série Enfermagem), p. 170-188.

RABELLO, Miriam Siqueiro do Carmo; DE BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Clinical and epidemiologia aspectos of prematurity in normal delivery center,** São Paulo, Brasil. Ano 2011. Acesso 10 de outubro de 2014. Link:

ROUQUAYROL, Maria Zélia; DE ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia Clínica e Medicina Baseada em Evidências**. In: SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce B.. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 193-227.

SOUZA, E; CAMANO, L. Reflexões sobre a produção do parto prematuro. **Femina**. Rio de Janeiro, 2003.