

**Sistematização da Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto prematuro: Um estudo de caso****Systematization of Nursing Care for Preterm Labor: A Case Study**

DOI:10.34117/bjdv5n12-353

Recebimento dos originais: 07/11/2019

Aceitação para publicação: 26/12/2019

**Michelle Freitas de Souza**

Enfermeira e Especialista em Saúde da Família

E-mail: michelle.freitas@oi.com.br

**Vanessa Calazans Viana**

Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva

E-mail: heraenf@yahoo.com.br

**Marsandro Coelho Silva**

Enfermeiro, Especialista em Terapia Intensiva

E-mail: silva.sandro@yahoo.com.br

**Clarissa Coelho Vieira Guimarães**

Enfermeira e Mestranda em Enfermagem

E-mail: clarissaknog@gmail.com

**Vanessa Oliveira Ossola da Cruz**

Enfermeira e Mestranda em Enfermagem

E-mail: vanessa.ossola.cruz@gmail.com

**Beatriz Gerbassi Costa Aguiar**

Enfermeira e Doutora em Enfermagem

E-mail: nildo.ag@terra.com.br

**Luiz Alberto de Freitas Felipe**

Enfermeiro e Mestrando em Enfermagem

E-mail: enfermeiroluizalbertodefritis@gmail.com

**Gustavo Rodrigo Sousa Silva**

Enfermeiro e Pós-Graduando em Urgência e Emergência

E-mail: Gustavorodrigo.sousa@hotmail

**Lara Silveira Araújo**

Enfermeira, Pós-Graduada em Urgência e Emergência

E-mail: larinhasilvei@gmail.com

**Sayuri Nunes**

Enfermeira

E-mail: sayuri.nunes@hotmail.com

**RESUMO**

Introdução: A gestação é um evento fisiológico e exclusivo da mulher que, geralmente, costuma prolongar-se entre a 40<sup>o</sup> e 42<sup>o</sup> semana de gestação. O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é considerado aquele que ocorre entre a 22<sup>o</sup> e 37<sup>o</sup> semanas de idade gestacional (IG). O TPP assim como a concepção de um bebê adequado a idade gestacional (AIG) pode apresentar contrações, dilatação maior que 2 cm, e apagamento cervical maior que 50%. Este, por sua vez, é considerado um agravo à saúde da mãe e do bebê. Ressalta-se que o parto prematuro é uma das principais causas de morte neonatal. Objetivo: Conhecer a atuação do enfermeiro na unidade hospitalar em um trabalho de parto prematuro (TPP). Metodologia: Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo de natureza qualitativa, realizado em um Hospital de referência Obstétrica de nível secundário do município de Maracanaú-Ce, durante o mês de setembro de 2018. A coleta de dados realizou-se através de análise de prontuário, exame físico e entrevista a paciente. Resultados: O presente estudo permitiu-nos conhecer e identificar os fatores de risco para um parto prematuro, relacionando as características sociais, complicações acometidas que estão relacionadas a essa precocidade, assim como possibilitou conhecer a incidência epidemiológica de gestantes com parto prematuro e também aos cuidados prestados a esse estágio da gestação. Conclui-se que o Enfermeiro tem papel fundamental e direto no que diz respeito ao acompanhamento da gestante em trabalho de parto prematuro desde o seu acolhimento na unidade, condutas que perdurem a gestação até o parto e o reestabelecimento da mãe e do bebê em seu âmbito familiar.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto, Idade gestacional, Enfermeiro.

**ABSTRACT**

Introduction: Pregnancy is a physiological event exclusive to women, which usually lasts between 40 and 42 weeks of gestation. Preterm labor is considered to be between 22 and 37 weeks gestational age (GI). PPT as well as the conception of a gestational age-appropriate baby (AGA) may present contractions, dilation greater than 2 cm, and cervical erasure greater than 50%. This, in turn, is considered an injury to the health of mother and baby. It is emphasized that premature birth is one of the main causes of neonatal death. Objective: To know the nurse's performance in the hospital unit in premature labor (TPP). Methodology: This is a qualitative descriptive case study, carried out at a secondary level Obstetric Reference Hospital in the city of Maracanaú-Ce, during September 2018. Data collection was performed through analysis of medical records, physical examination and patient interview. Results: The present study allowed us to know and identify risk factors for premature birth, relating social characteristics, complications that are related to this precocity, as well as to know the epidemiological incidence of pregnant women with premature birth and also care. provided at this stage of pregnancy. It is concluded that the nurse has a fundamental and direct role regarding the monitoring of pregnant women in preterm labor from their reception in the unit, behaviors that last the pregnancy until delivery and the reestablishment of mother and baby within its scope. familiar.

**Keywords:** Labor, Gestational age, Nurse.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que deve ocorrer sem intercorrências. No entanto, existem casos que podem levar o surgimento de complicações durante esse processo. Podemos citar o parto prematuro, sendo este uma das maiores causas de morbimortalidade nos primeiros dias de vida do RN. Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é aquele iniciado antes de completada a 37ª semana de gestação, excluindo os abortamentos (que ocorrem antes da 20ª semana de gestação). Seu diagnóstico dar-se na presença de critérios clínicos como: contrações uterinas regulares com modificações no colo uterino (apagamento e/ou dilatação de pelo menos 2 cm). Seu acometimento vem crescendo nos últimos anos devido o maior número de gestações gemelares, induzidos por técnicas de reprodução assistida, variando de 5 a 15% das gestações em países desenvolvidos, podendo chegar a 22% no Brasil, com metade destes sendo de reprodução espontânea. Apenas 10% das pacientes que entram em trabalho de parto prematuro evoluem para parto nos próximos 7 dias, 30% têm remissão dos sintomas e 50% tem parto no termo. Sua importância se deve ao fato de a prematuridade ser responsável por 70% da mortalidade neonatal e, aproximadamente, 50% de alterações neurológicas a longo prazo nos recém-nascidos acometidos.

A OMS coloca o Brasil como o décimo país do mundo com maior número absoluto de nascimentos pré-termo. A estimativa dos autores para a prevalência de prematuridade no Brasil é de 9,2%. No Brasil, dados oficiais coletados por meio do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) entre 2000 e 2010, indicam que houve neste período um discreto aumento da prevalência de nascimentos pré-termo, de 6,8% para 7,2%. Entretanto, informações coletadas em estudos brasileiros com dados primários sugerem que a prevalência de nascimentos pré-termo é superior à estimada pelo SINASC, e que o aumento da prematuridade parece ter sido ainda maior nas últimas décadas. Uma revisão sistemática recente revelou uma evolução na prevalência de prematuridade de cerca de 4% no início dos anos 1980, para mais de 10% após o ano 2000. Seus objetivos incluem obter a prevalência de nascimentos pré-termo para cada intervalo de peso ao nascer em todos os estudos brasileiros de base populacionais disponíveis a partir do ano de 1990, estimar uma curva baseada em polinômios fracionais para o conjunto de estudos, e comparar estes dados com as estimativas correspondentes observadas pelo SINASC para os anos 2000, 2005, 2010 e 2011.

Durante o pré-natal é possível diagnosticar possíveis problemas com a gestante e com o feto e determinar os cuidados a serem prestados, pois a assistência pré-natal possui instrumentos que possibilitam avaliações do processo tornando assim imprescindível que a gestação seja acompanhada desde a concepção até o puerpério. Nesse contexto que em que se insere o pré-natal na atenção básica, é importante ressaltar que uma assistência pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, se dá por

meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Diante do exposto fica claro a importância de se traçar o perfil de mulheres acometidas de parto prematuro, pois uma vez definido o público-alvo, mais determinante e eficaz torna-se o processo de prevenção.

Entre os vários fatores clínicos para o parto prematuro, alguns apresentam riscos substanciais, tais como história de parto prematuro, gemelidade e sangramento vaginal do segundo trimestre. No entanto, tais fatores estão presentes na minoria das mulheres que evoluem para o parto prematuro e, portanto, possuem baixa sensibilidade. A dilatação, o esvaecimento e a posição do colo uterino diagnosticado pelo toque vaginal têm sido relacionados ao aumento do risco para o parto prematuro, mas possuem baixas sensibilidades e baixos valores preditivos positivos. A diminuição do comprimento do colo uterino detectada pela ultrassonografia transvaginal também constitui risco para parto prematuro. Sua sensibilidade é melhor quando são considerados outros testes, mas o valor preditivo positivo é baixo. A realização de anamnese detalhada é o primeiro passo para se identificar a mulher com risco para o parto prematuro. A busca por indicadores clínicos deve ser instituída, de preferência, antes da concepção, para permitir o controle dos riscos e contribuir para uma evolução favorável da gestação. Apesar de, em cerca de metade dos casos, o parto prematuro ser considerado de etiologia desconhecida, ocorre com frequência à associação de fatores de risco maternos e fetais, que podem ser classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínicos cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecidos.

A relação direta entre os possíveis fatores de risco e o parto prematuro espontâneo é muitas vezes difícil de ser estabelecida. Geralmente, ocorre apenas a suspeita entre a exposição e a ocorrência do nascimento prematuro. A diversidade de etiologias, o fato de que muitos desses nascimentos ocorrem em mulheres sem fatores de risco e a não existência de modelo animal adequado para testar o parto prematuro e suas causas não permitem que esses indicadores sejam utilizados com sucesso para a predição do parto prematuro. Dessa maneira, outros indicadores de risco para a prematuridade vêm ganhando importância nos últimos anos.

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. Existem dois tipos de progesterona que podem ser utilizados, porém nem a melhor formulação nem a dose ideal para cada uma foram estabelecidas. Estão disponíveis, portanto, a progesterona natural administrada via vaginal e a sintética (17- $\alpha$ -hidroxiprogesterona), intramuscular. No miométrio, a progesterona bloqueia o efeito

estimulante da ocitocina e das prostaglandinas e aumenta a resposta  $\alpha$ -adrenérgica, que é tocolítica. Em mulheres com história compatível com incompetência istmo cervical, a cerclagem em geral é fortemente recomendada. Contudo, atualmente, acredita-se que a incompetência cervical frequentemente não se mostra como uma entidade clínica bem definida, podendo fazer parte de uma complexa síndrome que leva ao parto prematuro.

Assim, diante da realidade e do contexto em que o tempo social e biológico diverge cada vez mais, cujos fatores associados à prematuridade são múltiplos, independentes e interdependentes, o estudo tem como objetivo intensificar o acompanhamento desse grupo de mulheres, na sua maioria, diferenciadas socialmente e usuárias do setor privado. É urgente e primordial que o enfermeiro estabeleça ações integradas, planejamentos e estudos longitudinais que levem em consideração essas variáveis, a fim de auxiliar na prevenção de nascimentos prematuros, bem como amenizar as consequências individuais, familiares e sociais desses nascimentos.

## **2 OBJETIVOS**

- Desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem ao trabalho de parto prematuro.

## **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo de natureza qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010, p.187), estudos exploratório-descritivos têm por objetivo descrever determinado fenômeno, como um estudo realizado através de análises empíricas e teóricas, podendo ser encontradas através de descrições quantitativas e/ou qualitativas, quanto à acumulação de informações detalhadas obtidas por intermédio da observação.

A pesquisa foi realizada em um Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, na Disciplina Estágio Supervisionado II que objetiva a Assistência de Enfermagem em Saúde da Mulher. O estudo teve como apoio um Hospital de referência obstétrica do município de Maracanaú- CE, durante o mês de setembro de 2018.

A coleta e análise de dados foram realizadas com consentimento verbal do cliente, respeitando a Consoante Resolução nº 510/2016, deferida no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que se refere ao ensino, pesquisa e produção científica, regulamentando a pesquisa com seres humanos, mantendo o sigilo e anonimato do informante. Foram adquiridos através de: entrevistas abertas com o cliente e seu acompanhante; análise de prontuário médico e multiprofissional e exame físico.

**4 RESULTADOS****4.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)****4.1.1 Histórico**

F.S.N. A, feminino, 37 anos, gestante de 35s e 3d, casada, compareceu á emergência obstétrica de um hospital de atenção secundária de Fortaleza- Ce no dia 08/09/2018 acompanhada pela mãe apresentando dor epigástrica, contrações e moderada perda de tampão mucoso. Referiu fazer uso de medicamentos para tratamento de infecção urinária na gestação atual, nega alergias e doenças crônicas.

**4.1.2 Evolução**

DIA 11/09/2018 às 10 h

F.S.N. A, feminino, gestante, 37 anos, G9 P7 A2, 3º dias de IO por HD de trabalho de parto prematuro. Apresentando- se consciente, orientada, verbalizando, deambulando, higienizada, aceitando bem a dieta oral oferecida. SSVV: normotensa (120 X 80mmhg), normocárdica (FC: 98bpm), Eupneica (FR: 20 rpm), afebril (T: 36,3°C). Queixando- se de dor em BV, contrações e perda de tampão mucoso, encontra- se em tratamento de infecção urinária de repetição. Ao exame: Pele e mucosas normocoradas, acianótica, anictérica. Mamas simétricas, túrgidas, íntegras, mamilos protusos. Abdome gravídico medindo altura uterina de 36 cm. Eliminações fisiológicas preservadas. MMII sem edema e sem sinais de TVP.

**4.1.3 Diagnósticos (NANDA), Intervenções (NIC) e Resultados Esperados (NOC) de Enfermagem:**

Diagnóstico 1:

- Disposição para manutenção da saúde aumentada caracterizado por expressar o desejo de controlar a doença e demonstra pouca dificuldade com os regimes prescritos.

Intervenções:

- Determinar a motivação para continuar a melhorar;
- Ajudar o cliente e/ou pessoas significativas a elaborar (em) um plano que atenda as suas necessidades;
- Promover o bem- estarmáximo;

Resultados Esperados:

- O cliente assumirá a responsabilidade de controlar o regime terapêutico
- Demonstrará uma conduta proativa, antecipando e planejando-se para as eventualidades de sua condição ou das potenciais complicações.
- Identificará e utilizará recursos adicionais, conforme a necessidade.

- Ficará livre de complicações evitáveis e da progressão da doença ou suas sequelas.

**Diagnóstico 2:**

- Rico de infecção relacionado à ruptura das membranas amnióticas.

**Intervenções:**

- Avaliar os fatores causadores/ contribuintes;
- Reduzir/ eliminar os fatores de risco existentes;
- Promover o bem-estar (ensino/ considerações para a alta)

**Resultados Esperados:**

- Entender as intervenções necessárias para evitar ou reduzir o risco de infecção.

**Diagnóstico 3:**

- Risco de tensão do papel de cuidador relacionado à presença de estressores situacionais que costumam afetar as famílias

**Intervenções:**

- Avaliar os fatores que afetam a situação atual;
- Ampliar a capacidade do cuidador de lidar com a situação atual;
- Promover o bem-estar ao cuidador;

**Resultados Esperados:**

- Identificar os fatores de risco pessoais e as intervenções apropriadas;
- Demonstrar e adotar comportamentos ou mudanças no estilo de vida; para evitar comprometimento funcional;
- Utilizar adequadamente os recursos disponíveis;
- Apoio ao cuidador;

**Diagnóstico 4:**

- Medo relacionado à separação do sistema de apoio em situações potencialmente estressantes (tratamento hospitalar) caracterizado por relatar sentir-se apreensivo, assustado.

**Intervenções:**

- Avaliar a intensidade do medo e a realidade da ameaça percebida pelo cliente;
- Ajudar o cliente ou a família a lidar com o medo ou com a situação
- Ajudar o cliente a aprender a encontrar suas próprias respostas para a solução dos problemas;
- Promover o bem-estar;

**Resultados Esperados:**

- O cliente reconhecerá e conversará sobre seus medos e diferenciará os medos que são saudáveis e patológicos;
- Verbalizará o entendimento exato e a sensação de segurança relacionada com a situação atual;

- Aliviar sua tensão quanto ao problema;

Diagnóstico 5:

- Risco de paternidade/ maternidade prejudicada relacionada à grande numero de gestação a intervalos curtos.

Intervenções:

- Avaliar os fatores causadores/ contribuintes;
- Participar de atividades e de aulas para promoção do crescimento;
- Promover o bem-estar do cliente;

Resultados Esperados:

- Reconhecimento dos pontos fortes, suas necessidades individuais e os métodos e recursos para atendê-las;
- Demonstrarão comportamentos e mudanças no estilo de vida para reduzir o potencial de desenvolvimento do problema, ou diminuir ou eliminar os efeitos dos fatores de risco;
- Promoção da paternidade/ maternidade;

#### **4.1.4 Medicamentos em uso:**

##### **Cefalotina 1g 6/6hs EV**

Ação Farmacológica: Inibe a síntese da célula, causando instabilidade osmótica.

Cuidados de Enfermagem: dilua 1g em 10 ml de água destilada, infunda em 3-5 min., em uma veia de grosso calibre, alterne os locais de infusão; durante a terapia, monitore: a função renal, os sinais e sintomas de flebite e de tromboflebite.

##### **Buscopan 6/6hs SN VO**

Ação Farmacológica: antiespasmódica e analgésica

Cuidados de Enfermagem: Informe ao paciente as reações adversas mais frequentes relacionadas ao uso de medicações e na ocorrência de qualquer uma delas, principalmente aquelas incomuns ou intoleráveis, o médico deve ser comunicado.

##### **Dexametasona 12/12 hrs IM**

Ação Farmacológica: Difunde-se através das membranas celulares e forma complexos com os receptores citoplasmáticos específicos. Esses complexos penetram no núcleo da célula, unem-se ao DNA e estimulam a transcrição do RNA e a posterior síntese de enzimas.

Cuidados de Enfermagem: Administre profundamente no músculo glúteo, alterne os locais de aplicação para evitar atrofia muscular.



**Nifedipina 20 mg 8/8hrs**

Ação Farmacológica: Bloqueia a passagem do cálcio dos espaços extracelulares para as fibras do miocárdio e dos músculos vasculares com conseqüente diminuição da contratilidade.

Cuidados de Enfermagem: Antes da administração, avalie os antecedentes de hipersensibilidade à droga, pode causar tontura, durante a terapia monitore: PA, o ritmo e o débito cardíaco, avalie edema pulmonar, alterações ao ECG e palpitações.

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu conhecer e identificar os fatores de risco para um parto prematuro, relacionando as características sociais, complicações acometidas que estão relacionadas a essa precocidade, assim como possibilitou conhecer a incidência epidemiológica de gestantes com parto prematuro. O conhecimento das características desse grupo contribui para o aprofundamento de técnicas preventivas, dando ênfase à importância do ENFERMEIRO para com esse grupo, levando em consideração o grupo de risco previamente identificado no âmbito da atenção básica, durante a realização do pré-natal dessa gestante.

Portanto, uma avaliação correta e contínua desse grupo pela equipe responsável, forneceria estratégias para assistência integral a essa gestante e instrumentos para a redução da incidência de morbimortalidade devido à prematuridade do RN.

Este estudo apresentou os fatores clínicos e de risco para um parto prematuro, como por exemplo, a gemelaridade e sangramento vaginal do segundo trimestre; a dilatação, o esvaecimento e a posição do colo uterino; a diminuição do comprimento do colo uterino. Assim como também algumas formas de prevenção dessa prematuridade como a utilização do hormônio progesterona, o procedimento cirúrgico de cerclagem, entre outros.

Conclui-se que o profissional de Enfermagem tem papel fundamental e direto no que diz respeito ao acompanhamento dessa gestante que se inclui nesse grupo de risco. No âmbito da atenção básica o enfermeiro é a porta de entrada para o serviço de saúde e têm-se a necessidade de uma rápida identificação do risco dessa prematuridade, traçando assim um plano de cuidados e intervenções para a diminuição da mortalidade por conta do parto prematuro.

**REFERÊNCIAS**

BITTAR, RobertoEduardo. ZUGAIB, Marcelo. Indicadores de risco para o parto prematuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo. v.31, n.4, p.203-209. 2009

BRASIL. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Secretária de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

GARCIA, Caroline de Alencar. *Trabalho de Parto Prematuro*. 2015. 08f. Protocolo Clínico – EBSEH, Fortaleza. 2017.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. Ed. São Paulo: Atlas, p. 187, 2010.

PEREIRA, Suzane Machado. *Revista Online de Pesquisa. Perfil de Gestantes Acometidas de Parto Prematuro em uma Maternidade Pública*. Rio de Janeiro. 2175-5361.v10. 2018

SILVA, Marcelo da Tardelli da, SILVA, Sandra Regina L. P. Tardelli da. *Cálculo e Administração de Medicamentos na Enfermagem*. 4.ed, São Paulo: Martinari, 2014.

SILVEIRA, Mariângela F. *Revisão Sistemática. Prevalência de nascimentos pré-termo conforme grupos de peso ao nascer*. *Revista Saúde Pública*. 28 f. 2011.

TEIXEIRA, Maíra Dória. SPAUTZ, Claverton Cesar. *Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção*. Revisão. Curitiba. 2011.