

Fundamentos da Enfermagem

Michelle Thais Migoto
(Organizadora)



Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos da enfermagem [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-114-5

DOI 10.22533/at.ed.145221202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra *Fundamentos de Enfermagem*, publicação da Editora Atena, foi organizado em três volumes com o objetivo de trazer estratégias que implementem a qualidade da assistência à saúde, sobretudo da atuação da Enfermagem.

No volume 1, será apresentado 28 capítulos que discorrem sobre pesquisas relativas à temática de saúde materna e infantil. Ela envolve assuntos sobre a promoção e manutenção do bem-estar físico e social das mulheres que perpassam o período gestacional. Inclui o período pré-natal, a assistência ao parto humanizado, ao recém-nascido e a lactentes.

Em relação ao atendimento pré-natal a obra busca refletir sobre a importância da educação em saúde as gestantes, ações para as práticas alimentares e o cuidado à mulher. Destaca como assuntos importantes as situações de alto risco, como a hipertensão arterial durante a gestação, condição importante e prevalente as mulheres na atualidade.

Reforça as estratégias que qualificam o pré-natal, implementando a qualidade da assistência, e assim favorecer a chegada de um parto saudável, com destaque para as práticas humanizadas como a consulta pré-parto, o parto domiciliar, as estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e a evitabilidade do trauma perineal.

Todavia, estas condições refletem sobre a situação de saúde do recém-nascido, que pode evoluir para condições normais de adaptação extra-uterina, como também as condições de risco e adoecimento que o levam a necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

E ainda, para favorecer a qualidade de vida de recém-nascidos, a promoção ao aleitamento materno deve ser fortemente incentivada tanto a mães de recém-nascido nascidos a termo, como sobretudo os prematuros. Destaca-se além do incentivo, a estrutura para o aleitamento materno de prematuros que necessita da adaptação de instituição pelo funcionamento dos bancos de leite. Ainda neste volume uma breve reflexão em torno de assuntos como o aborto, o luto e as emergências.

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIREITOS DAS GESTANTES COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO FEMININO	
Julia Souza Da Silva Jane Baptista Quitete Thamara Canto Reis Alex Peixoto Julianne De Lima Sales	
DOI 10.22533/at.ed.1452212021	
CAPÍTULO 2	6
PRÁTICAS ALIMENTARES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ETNOENFERMAGEM	
Aline Amorim da Silveira Everton Ferreira Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212022	
CAPÍTULO 3	16
ALIMENTOS GRAVÍDICOS: CUSTEIO DO PRÉ NATAL DA GESTANTE POR VIA JUDICIAL A LUZ DA LEI 11.804/2008	
Gabriel Barbosa Ramos Iara Barbosa Ramos Pamella Aline Miranda Teodoro Claudio Francisco Bernardinis Junior Diane Xavier dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212023	
CAPÍTULO 4	27
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO A MULHER QUE VIVE UM PROCESSO REPRODUTIVO DE ALTO RISCO	
Edilene Gianelli Lopes Renata Cristina Teixeira Rosa Lúcia Rocha Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212024	
CAPÍTULO 5	41
A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO PODE INDUZIR HIPERTENSÃO NA PROLE?	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212025	
CAPÍTULO 6	50
SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): FATORES DE RISCO DURANTE O CICLO GRAVÍTICO PUERPERAL	
Lizandra Leal De Sousa Jessica Karine Baginski Danielly Souza Simão Larissa Inajosa De Moraes Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.1452212026	

CAPÍTULO 7	56
A REDUÇÃO DA SÍNTESE DE ÓXIDO NÍTRICO DURANTE GESTAÇÃO PREJUDICA A MICROVASCULATURA CARDÍACA NEONATAL	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212027	
CAPÍTULO 8	68
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTUDO DE CASO	
Cristiane de Paula Lucio Mirane Morais Thamara de Souza Campos Assis	
DOI 10.22533/at.ed.1452212028	
CAPÍTULO 9	76
IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE 37ª SEMANAS DE GESTAÇÃO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA	
Stella Maris Baron Beggi Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212029	
CAPÍTULO 10	89
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O DESFECHO DO PARTO SAUDÁVEL	
Gracimary Alves Teixeira Alessandra Vasconcelos de Sena Pamela Cândido de Moraes Tassia Regine de Moraes Alves Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.14522120210	
CAPÍTULO 11	99
PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	
Ludimila Brum Campos Anna Maria de Oliveira Salimena Thais Vasconcelos Amorim Zuleyce Maria Lessa Pacheco Valdecyr Herdy Alves Ívis Emília de Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.14522120211	
CAPÍTULO 12	111
RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”	
Claudia Conceição Coelho do Nascimento Bianca Gomes da Silva Marcia Villela Bittencourt Catia Regina Di’matteu Paulo Claudia Lima Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120212	

CAPÍTULO 13	122
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO	
Marjorie Max Elago	
Luana de Oliveira Silva	
Suelen Garcia	
Viviane Lourenço	
DOI 10.22533/at.ed.14522120213	
CAPÍTULO 14	136
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO	
Marcella Leal Crispim de Carvalho	
Lacita Menezes Skalinski	
DOI 10.22533/at.ed.14522120214	
CAPÍTULO 15	152
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO VIVIDO	
Michelle Araújo Moreira	
Thaís Lima Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120215	
CAPÍTULO 16	167
TRAUMA PERINEAL ASSOCIADO AO PESO DO RECÉM-NASCIDO E POSIÇÃO MATERNA NO PARTO	
Márcia Juliana Mello da Silva	
Maria Cristina Gabrielloni	
Flavia Westphal	
Patrícia de Souza Melo	
Márcia Massumi Okada	
Mariana Mafra Sarmento Santos	
DOI 10.22533/at.ed.14522120216	
CAPÍTULO 17	181
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS/RJ	
Julianne de Lima Sales	
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp	
Daniela Pereira Martins	
Jane Baptista Quitete	
DOI 10.22533/at.ed.14522120217	
CAPÍTULO 18	188
HIPERBILIRRUBINEMIA NO NEONATAL: TRATAMENTO COM FOTOTERAPIA	
Lizandra Leal De Sousa	
Jessica Karine Baginski	
Danielly Souza Simão	
Larissa Inajosa De Moraes	
Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.14522120218	

CAPÍTULO 19 193

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM NEONATO COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E SUA FAMÍLIA INTERNADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Nataly Mesquita Cardoso
Marisa Rufino Ferreira Luizari
Renata Teles da Silva
Luciane Figueiredo Mendes

DOI 10.22533/at.ed.14522120219

CAPÍTULO 20 204

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO PARA NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleciana Bezerra de Sá
Gabriele da Silva Santos
Itayanne Santos de Jesus
Samilla Leal do Nascimento
Suelen Nunes Valverde
Rosália Teixeira Luz

DOI 10.22533/at.ed.14522120220

CAPÍTULO 21 214

A YOGA COMO RECURSO TERAPÊUTICO JUNTO AO APOIO À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Clara Viana de Aguiar
Valdecyr Herdy Alves
Maria Bertilla Lutterabch Riker
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Felipe de Castro Felicio

DOI 10.22533/at.ed.14522120221

CAPÍTULO 22 229

ORIENTAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS COM BEBES INTERNADOS EM UTI'S

Cristiane França de Oliveira
Adriana da Mata Silva Macário
Bertha Lúcia Costa Borges da Silva
Glauce Sueline de Siqueira
Felipe César Veloso de Oliveira
Ivonete Moreira Afonso Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.14522120222

CAPÍTULO 23 244

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO

Eliza Cristina Macedo
Juliana Oliveira Diogo Cardoso
Karinne Antunes Cardoso Cicero
Luana Pacheco De Moraes Barbosa Leite.
Leila Rangel da Silva
Inês Maria Meneses dos Santos
Melina Nascimento Silveira
Maria Natália Ramos

DOI 10.22533/at.ed.14522120223

CAPÍTULO 24	249
PERFIL DA AMAMENTAÇÃO EM LACTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO	
Francieli Carniel Isabele Ferreira Lisboa Jaqueline dos Reis Vaz	
DOI 10.22533/at.ed.14522120224	
CAPÍTULO 25	262
LUTO MATERNO – BASES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
Jannyne Dos Santos Zuzarte Jaci Santos Galo Inês Maria Meneses Dos Santos Danielle Alves Mendonça Coutinho Suzielly Ramos Barbosa Lima Xavier Camila Muniz Frossard	
DOI 10.22533/at.ed.14522120225	
CAPÍTULO 26	264
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	
Ana Laura Biral Cortes Andreia Pereira Escudeiro Jaci Santos Galo Zenith Rosa Silvino Priscila da SilvaLopes Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120226	
CAPÍTULO 27	274
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTAMENTO LEGAL NURSING PROFESSIONAL PERCEPTION BEYOND LEGAL ABORTION	
Emília Cervino Nogueira Aline Carla da Rocha Souza Danielly de Sousa Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.14522120227	
CAPÍTULO 28	289
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE NA AMAZÔNIA: CUIDADOS SUSTENTADOS PELA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE	
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Ingrid Souza Reis Santos Raissa dos Santos Flexa Larissa Duarte Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120228	
SOBRE A ORGANIZADORA	296

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Laura Biral Cortes

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Andreia Pereira Escudeiro

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Jaci Santos Galo

Centro Universitário Anhanguera
Niterói - Rio de Janeiro

Zenith Rosa Silvino

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

Priscila da Silva Lopes Pereira

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Niterói - Rio de Janeiro

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento que necessita de intervenções rápidas e precisas. Tratando-se de mulheres gestantes, deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação. Assim, o objetivo geral deste estudo é conhecer como os profissionais de saúde de uma maternidade do Rio de Janeiro posicionam-se diante da parada cardiorrespiratória na gestante.

Metodologia: Trata-se de projeto de pesquisa descritiva, quantitativa. O levantamento dos dados será realizado em uma maternidade da rede pública de saúde. Os sujeitos da pesquisa serão os Enfermeiros e Residentes em Enfermagem obstétrica atuantes nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico; que receberão um questionário estruturado para preenchimento individual. O instrumento para a coleta de dados conta com 10 questões de múltipla escolha desenvolvidas através de levantamento bibliográfico e buscam abordar as particularidades que envolvem a PCR e Reanimação na gestante. Os dados serão avaliados através de análise estatística simples, podendo-se entender como o profissional de saúde tem realizado as intervenções durante a parada cardiorrespiratória na gestante. Como critérios de inclusão, participarão da coleta os profissionais Enfermeiros e residentes em Enfermagem Obstétrica lotados na Instituição que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Resultados esperados: Espera-se a partir dos resultados desta pesquisa levantar os principais pontos críticos no conhecimento dos profissionais, relacionados ao atendimento a esta clientela. Conclusão: a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este

evento.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica, Parada cardíaca, Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT: Cardiorespiratory arrest (CRP) is an event that requires rapid and accurate interventions. In the case of pregnant women, it must be considered that there are physiological changes that may compromise the effectiveness of the measures taken during resuscitation. Thus, the general objective of this study is to know how the health professionals of a maternity hospital in Rio de Janeiro behave in the face of a cardiorespiratory arrest in the pregnant woman. Methodology: This is a descriptive, quantitative research project. The data collection will be performed in a maternity of the public health network. The research subjects will be Nurses and Residents in Obstetric Nursing working in the Prepartum and Obstetric Center; who will receive a structured questionnaire for individual filling. The instrument for data collection has 10 multiple choice questions developed through a bibliographic survey and seeks to address the particularities that involve CRP and Reanimation in the pregnant woman. The data will be evaluated through simple statistical analysis, being able to understand how the health professional has performed the interventions during the cardiorespiratory arrest in the pregnant woman. As inclusion criteria, will participate the collection of professionals Nurses and residents in Obstetric Nursing filled in the Institution that agree to voluntarily participate in the research. Expected results: It is expected from the results of this research to raise the main critical points in the knowledge of professionals, related to the service to this clientele. Conclusion: the PCR in the pregnant woman is a subject little approached in scientific environment, with few related publications; which may represent a deficiency of the professionals in the adequate performance to this event.

KEYWORDS: Obstetric nursing, Cardiac arrest, Cardiopulmonary resuscitation.

1 | INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita e inesperada das funções cardíaca e respiratória. Pode ser descrita também como a função inadequada do débito cardíaco que resulta em um volume sistólico insuficiente para a perfusão tecidual decorrente da interrupção súbita das funções cardíaca e respiratória (VENISHI, 2003).

Já a reanimação cardiopulmonar (RCP) é o conjunto de procedimentos destinados a manter a circulação do sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, permitindo a manutenção das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase (GUIMARÃES, 2005).

A parada cardiorrespiratória é um evento que necessita de intervenções rápidas e precisas, tanto no meio intra como no extra-hospitalar, considerando sua representatividade no que diz respeito às emergências. A aplicação de reanimação

cardiopulmonar imediata é sobremaneira relevante para a sobrevivência do paciente que apresenta a PCR. Tratando-se de mulheres gestantes, deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação. Assim, a conduta a respeito da gestante com PCR, modifica-se frente àquela convencional.

A gestante sofre, em uma gravidez normal, alterações fisiológicas que levam ao aumento do seu débito cardíaco e do volume sanguíneo em 50%. Experimenta um estado hiperdinâmico em que, além do aumento do volume sanguíneo e do débito cardíaco, ocorre também baixa resistência vascular, em decorrência do aumento do volume plasmático, havendo também elevação da frequência cardíaca (PEIXOTO, 2005, p.55).

O útero gravídico pressiona os órgãos intra-abdominais e “empurra” o diafragma para cima, aumentando o espaço intra-abdominal e conseqüentemente diminuindo o espaço da cavidade intratorácica, o que leva a uma redução do volume residual e do volume-reserva expiratório, com conseqüente diminuição da capacidade residual funcional. Além da redução da capacidade residual funcional pulmonar, a pressão colóido-osmótica e a frequência de pressão colóido-osmótica para capilar pulmonar também diminuem. O consumo de oxigênio na gestante é muito alto devido à maior demanda metabólica, e, quando associado à redução da capacidade residual funcional, a predispõe à hipoxemia em situações de ventilação inadequada (PEREIRA, 2005, p.50).

As alterações fisiológicas tanto do sistema vascular como do sistema respiratório levam a gestante à maior susceptibilidade a alterações cardíacas e respiratórias. A parada cardiorrespiratória em gestante pode ter causas variadas, porém as mais frequentes relacionam-se a cardiopatias congênitas e hemorragias. Como fatores precipitantes de parada cardiorrespiratória mais descritos encontram-se: hemorragia periparto com hipovolemia, embolia pulmonar, trauma, embolia do líquido amniótico, arritmia, toxemia gravídica, anafilaxia, aspiração pulmonar, uso abusivo de drogas, insuficiência cardíaca congestiva, infarto do miocárdio e tamponamento cardíaco (LOPES, 1989, P.150). Sabe-se que as alterações fisiológicas e anatômicas da gestante influenciam negativamente na ressuscitação, portanto as manobras de reanimação na gestante requerem algumas modificações. A parada cardiorrespiratória na gestante, apesar de não frequente, é assunto de prioridade quando se refere à sobrevivência do binômio mãe-feto. Assim sendo, é imperativo que os profissionais de saúde sejam suficientemente capazes de reconhecer este evento e atuar sobre o mesmo de maneira satisfatória. Neste aspecto, chama-se especial atenção para o profissional enfermeiro, que geralmente é o membro da equipe que primeiro presencia a PCR.

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo é conhecer como os profissionais de saúde de uma maternidade do Rio de Janeiro, posicionam-se diante da parada cardiorrespiratória na gestante. Os objetivos específicos são: Identificar quais os principais pontos de defasagem no que diz respeito à ressuscitação cardiopulmonar na gestante, a partir do instrumento de coleta de dados; Levantar necessidades dos profissionais no que diz respeito a este conhecimento específico, a fim de criar

estratégias de intervenção futuras.

1.1 Justificativa e relevância

Sabe-se que a reanimação cardiopulmonar da gestante exige algumas especificidades, mundialmente padronizadas. Isso devido às muitas distinções fisiológicas presentes na mesma, sobretudo a partir da vigésima semana de gravidez.

A falta de estudos de alta qualidade para examinar o tratamento da parada cardíaca no final da gestação representa uma lacuna científica importante (LAVONE *et al*, 2015).

Algumas particularidades no Basic Life Support (BLS) e no Advanced Cardiovascular LifeSupport (ACLS), no que se refere à gestante, auxiliam em prover manobras mais efetivas de reanimação. Como já visto, essas particularidades são delimitadas de acordo com as alterações anatomo-fisiológicas associadas à gravidez, devendo as mesmas ser de domínio dos profissionais de saúde que prestam atendimento à gestante em PCR. Contudo, a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente acadêmico e científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este evento. Soma-se a isso a atualização protocolar da International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que exige adequação das condutas periodicamente. Portanto com esta pesquisa pretende-se conhecer se a atuação frente a PCR na gestante é adequada, por parte dos profissionais de saúde da instituição eleita. Contribuindo, assim, com a elaboração de posteriores estratégias para a educação permanente das equipes de saúde, a fim da prestação de cuidados efetivos a esta clientela, em especial.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez produz profundas alterações no organismo materno a fim de adequá-lo ao binômio materno-fetal. As modificações fisiológicas e as possíveis complicações decorrentes da gestação estão entre os principais causadores de uma parada cardiorrespiratória (PCR) na gestante. Dentre as causas mais importantes e significativas, encontram-se: hipertensão, hemorragias, sepse, intoxicações, complicação de doenças circulatórias pré-existentes, doenças circulatórias relacionadas à gravidez (MYRE *et al*, 2015).

Sabe-se que a PCR é a interrupção súbita e inesperada das funções cardíaca e respiratória. Pode ser descrita também como a função inadequada do débito cardíaco que resulta em um volume sistólico insuficiente para a perfusão tecidual decorrente da interrupção súbita das funções cardíaca e respiratória (VENISHI, 2003).

Portanto, a PCR caracteriza-se como a principal das emergências. Logo, a aplicação de reanimação cardiopulmonar imediata é sobremaneira relevante para a sobrevivência do paciente que a apresenta a parada. Tratando-se de mulheres gestantes,

deve-se considerar que existem alterações fisiológicas que podem comprometer a eficácia das medidas tomadas na reanimação.

A parada cardíaca associada à gravidez é rara em países de alta renda. A PCR materna ocorre em aproximadamente 1:12.000 internações para parto nos Estados Unidos (MYRE *et al*, 2014).

A reanimação cardiopulmonar na gestante segue, em sua maioria, condutas semelhantes às tomadas na RCP convencional. Apesar disso, deve-se destacar que existem algumas singularidades a serem observadas. Essas particularidades contribuem para o aumento da sobrevivência da mulher, além de contribuir para a viabilidade do feto.

Os melhores resultados para mãe e feto são provavelmente alcançados pela ressuscitação materna bem-sucedida (LAVONAS *et al*, 2015).

A primeira modificação de conduta importante diz respeito à localização das compressões no tórax da mulher. As compressões torácicas devem ser realizadas um pouco acima do que normalmente recomendado para que haja ajuste à elevação do diafragma e do conteúdo abdominal provocada pelo aumento do útero. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Além disso, refere-se que o útero gravídico, dependendo do trimestre da gestação, comprime a veia cava, comprometendo o retorno venoso. Por isso, recomenda-se que as massagens torácicas sejam realizadas com a paciente deitada, cuidando-se em desviar o útero grávido para a esquerda (Fig. 1) (BRAGA, *et al*, 2012).



Fig. 1.: Desvio manual do útero. Fonte.: 2015 American Heart Association Guidelines

Prioridades para a gestante em parada cardíaca são a provisão de RCP de alta qualidade e alívio da compressão aortocava. Se a altura do fundo for igual ou superior ao nível do umbigo, um desvio manual pode ser benéfico em aliviar a compressão aortocava durante as compressões torácicas (LAVONAS *et al*, 2015).

O tratamento recomendado pelo ACLS, no que diz respeito às doses para desfibrilação, medicações e intubação, aplicam-se para PCR em gestantes. Entretanto, algumas considerações sobre via aérea, circulação e diagnósticos diferenciais devem ser feitas. Deve-se estar atento ao fato da maior possibilidade de regurgitação e aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, devido à lentidão fisiológica do esvaziamento gástrico da gestante. A intubação da gestante também pode ser dificultada pelo aumento do tecido adiposo, edema das mucosas e maior vascularização (CARVALHO, FONSECA E RUZI, 2009).

A parada cardiorrespiratória na gestante é uma situação singular na qual duas (ou mais) vidas precisam ser salvas ou preservadas, o que requer monitorização rigorosa tanto da mãe quanto do conceito. Durante as manobras de ressuscitação, além da monitorização da mãe de acordo com os mesmos protocolos para adulto, faz-se necessária a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, preferencialmente através de ultra-som e sonar, porém, na ausência destes, pode-se realizar a ausculta dos batimentos cardíacos fetais pelo estetoscópio de Pinard (LOPES, 1989, P.150).

A idade gestacional é de grande importância na tomada de decisão da terapêutica. Antes da 24ª semana de gestação os esforços na ressuscitação são dirigidos exclusivamente à sobrevivência materna, pois não há viabilidade fetal. Idade gestacional superior a esta exige considerações sobre a possibilidade de sobrevivência fetal. O parto cesáreo de emergência tem grandes possibilidades de sucesso a partir da 32ª semana de gestação. O parto cesáreo, promovendo o esvaziamento uterino, faz a descompressão da aorta e da veia cava inferior, permitindo o retorno venoso adequado. A sobrevivência do recém-nascido relaciona-se fortemente com o intervalo de tempo entre a morte materna e o nascimento da criança (RIBEIRO, 2000, p.482).

Toda equipe de emergência deve estar preparada para a possibilidade de um parto cesáreo de emergência, e a comunicação entre a equipe de emergência e o obstetra, a anestesiolegista e a equipe de enfermagem do centro obstétrico deve ser rápida, assim como o transporte da gestante deve ser adequado, sem que as manobras de ressuscitação sejam interrompidas, pois muitas vezes somente após uma cesariana de emergência consegue-se reverter a parada cardiorrespiratória da mãe (PEIXOTO, 2005, p.56).

A decisão pela cesárea de emergência, no quarto minuto após o colapso, melhora as chances de sobrevivência da mãe e do feto. A remoção do conceito esvazia o útero, melhorando então o retorno venoso e a compressão aórtica associada, possibilitando ainda a realização de RCP (BRAGA *et al*, 2012).

3 | METODOLOGIA

3.1 Pesquisa

Trata-se de pesquisa do tipo descritiva, de abordagem quantitativa.

3.2 Material e métodos

O levantamento dos dados será realizado na Maternidade Mariska Ribeiro localizada no Rio de Janeiro. A coleta acontecerá em um período de dois meses, por parte dos integrantes da equipe deste estudo. Os sujeitos da pesquisa serão os Enfermeiros e Residentes em Enfermagem obstétrica atuantes nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico; que receberão um questionário estruturado para preenchimento individual. Cabe destacar que os sujeitos ratificarão sua disponibilidade em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo pesquisador e outra pelo participante.

O estudo contará com um número de 40 participantes. A coleta será realizada de maneira a contemplar o regime de escala de trabalho. Abordando a maioria dos profissionais que prestam a assistência à mulher nos períodos de pré-parto e parto.

O instrumento para a coleta de dados conta com 10 questões de múltipla escolha desenvolvidas através de levantamento bibliográfico e buscam abordar as particularidades que envolvem a PCR e RCP na gestante. (Vide Apêndice1) Através das respostas dos sujeitos, buscar-se-á responder a questão levantada na problematização em assunto, confirmando ou refutando a hipótese de que a maioria dos profissionais de saúde não são bem esclarecidos quanto às condutas a serem tomadas frente à mulher gestante em PCR. É importante avultar que todo o desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, seguiu os preceitos estabelecidos pela *ILCOR*, durante sua última atualização protocolar, em 2015.

Salienta-se que o desenvolvimento do estudo cumprirá com as determinações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não será divulgada a identidade dos participantes, minimizando-se os riscos de constrangimento. Na posterior divulgação dos resultados, a instituição também não será identificada. Como critérios de inclusão, participarão da coleta os profissionais Enfermeiros e residentes em Enfermagem Obstétrica lotados na Instituição supracitada, que aceitem participar voluntariamente da pesquisa, assinando o TCLE. Como critérios de exclusão, profissionais que, apesar de lotados nas instituições, não atuem nos setores de Pré-parto e Centro Obstétrico.

A pesquisa está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 362916) e encontra-se na fase de coleta de dados.

3.3 Tratamento dos dados

Os dados serão avaliados através de análise estatística simples, podendo-se entender como o profissional de saúde tem realizado as intervenções durante a parada cardiorrespiratória na gestante. Além disso, buscar-se-á levantar quais os pontos de maior defasagem durante o atendimento a esta clientela.

4 | RESULTADOS ESPERADOS E CONCLUSÃO

Espera-se a partir dos resultados desta pesquisa levantar os principais pontos críticos no conhecimento dos profissionais, relacionados ao atendimento a esta clientela. Conclusão: a PCR na gestante é um assunto pouco abordado em ambiente científico, com poucas publicações relacionadas; o que pode representar uma deficiência dos profissionais na atuação adequada a este evento.

REFERÊNCIAS

American Heart Association (AHA). Circulation, Journal of the American heart association. Part 12: **Cardiac Arrest in Special Situations: 2015 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care.**

American Heart Association (AHA). Circulation, Journal of the American heart association: **Cardiac Arrest in Special Situations: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular care.**

BRAGA, Antônio; TRINDADE, Amanda Pompeu; SOGGIA, Maria Eduarda de Vasconcellos; BOCCALETTI, Maria Cardoso; ASMAR, Flavia Tarabini Castellani; FILHO, Jorge Rezende; MONTENEGRO, Carlos Barbosa. Colapso materno – **Conduta da parada cardíaca na gravidez.** FEMINA | Julho/Agosto 2012 | vol 40 | n° 4.

CARVALHO, Raphael de Almeida; FONSECA, Neuber Martins; RUZI, Roberto Araújo. **Parada Cardíaca na Gestação.** Rev Med Minas Gerais 2009; 19(4 Supl 1): S63-S67

GUIMARÃES, Hélio Penna; Lopes RD, Costa MPF - **Suporte Básico de Vida, em: Parada Cardiorrespiratória.** São Paulo: Editora Atheneu; 2005;7-37.

LAVONAS, Eric Chair; DRENNAN, Ian; GABRIELLI, Andrea; HEFFNER, Alan; HOYTE, Christopher; ORKIN, Aaron; SAWYER, Kelly; Donnino, Michael. Part 10: **Special Circumstances of Resuscitation 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**

LOPES, Mario. **Emergências médicas.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 1989.

Mhyre JM, Tsen LC, Einav S, Kuklina EV, Leffert LR, Bateman BT. **Cardiac arrest during hospitalization for delivery in the United States, 1998-2011.** Anesthesiology. 2014;120:810–818. doi: 10.1097/ALN.000000000000159

PEIXOTO, MSP. et al. **Ressuscitação cardiorrespiratória; assistência de enfermagem sistematizada.** São Paulo, 2000. cap.9: Ressuscitação cardiorrespiratória em situações especiais.

Pereira, MG, et al. **Reanimação cardiopulmonar em gestantes e neonatos.** Rio de Janeiro. 2005.

VENISHI, Elisa Kaori. **Enfermagem médico cirúrgico em unidade de terapia intensiva.** Senac 2003, serie apontamentos.

5 | APÊNDICES

5.1 Apêndice I - Instrumento de coleta de dados

Nome:

Instituição:

Cargo/Profissão:

Setor:

1)Quais são as principais causas de PCR em gestantes?

- a)Infecções e trauma
- b)cetoacidose diabética e descolamento prematuro de placenta
- c)hemorragias e hipertensão
- d)placenta prévia e incompetência istmo cervical.

2)A localização da massagem cardíaca na gestante é:

- a)linha intermamilar
- b)um pouco acima da referência para o paciente adulto
- c)2 dedos acima do processo xifoide
- d) 1 dedo acima do processo xifoide

3)A relação compressão/ventilação na gestante é:

- a)30:1
- b)30:2
- c)15:2
- d)3:1

4) A partir da vigésima semana de gestação , quando o útero se torna evidente, o mesmo comprime a veia cava inferior e a aorta, reduzindo o retorno venoso. Diante disso, durante a RCP, qual a medida é essencial para garantir o retorno da circulação espontânea da gestante.

- a)Realizar elevação de membros inferiores
- b)Realizar massagem em posição de Tremdelemburg
- c)Colocar a gestante em decúbito lateral direito
- d) realizar o deslocamento manual do útero para esquerda

5)A intubação endotraqueal na gestante deve ser feita precocemente devido principalmente a (ao):

- a)maior risco de alteração da permeabilidade da via aérea pela queda de base de língua.
- b)dificuldade de vedação da mascara por edema facial
- c) Maior risco de broncoaspiração
- d)Redução do calibre da traqueia devido ação de prostágenos..

6) Em relação ao uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático) em gestantes:

- a) Não é indicado, porque não foi demonstrado segurança em seu uso.
- b) É utilizado em fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso.
- c) É indicado em todos os ritmos de parada
- d) Pode ser utilizado , mas com uma corrente elétrica menor , de forma a não afetar a atividade cardíaca fetal.

7) Pode-se afirmar sobre as drogas utilizadas no manejo da PCR em gestantes:

- a) Deve-se evitar o uso de adrenalina , devido a hipóxia causada ao feto.
- b) A amiodarona nunca deve ser utilizada devido a toxicidade que o iodo causa ao feto.
- c) São utilizadas as mesmas medicações do manejo da PCR no adulto.
- d) A vasopressina mostra maior eficácia que a adrenalina em gestantes e não possui dose máxima.

8) Como prevenção da parada cardiorrespiratória na gestante é necessário identificar sinais de gravidade na gestante, o que pode ser um desafio , já que as mudanças fisiológicas da gravidez podem mascarar a grave evolução. Dos itens abaixo, qual é um sinal de gravidade na gestante?

- a) FC maior que 115bpm em repouso
- b) PA de 100X70 mmhg
- c) Presença de cloasma gravídico
- d) Presença de hemoglobina de 9.

9) Frente a uma gestante que estiver em uso de sulfato de magnésio e evoluir para PCR, qual deve ser a conduta:

- a) infundir o sulfato de magnésio com mais rapidez para controlar a hipertensão, que pode ter levado a PCR.
- b) Suspende a medicação em questão e administrar cloridrato de cálcio.
- c) Substituir a infusão de sulfato de magnésio por atropina + cloreto de magnésio.
- d) Manter a infusão de sulfato de magnésio , pois este não leva a intoxicação e evolução para PCR em gestantes.

10) Após 5 min de ressuscitação cardiopulmonar sem sucesso em uma gestante no último trimestre de gestação é correto :

- a) Parar a reanimação e atestar o óbito materno e fetal.
- b) Induzir o parto vaginal com o uso de misoprostol.
- c) Realizar cesárea perimorte de modo a auxiliar no retorno da circulação espontânea materna e na manutenção da vida fetal.
- d) Infundir ocitocina e realizar o parto vaginal com o auxílio de fórceps, de modo a garantir a sobrevivência fetal.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-114-5

