

Eclâmpsia

Manual para professores de Enfermagem Obstétrica

Educação para uma Maternidade Segura



Making Pregnancy Safer

World Health Organization
Geneva



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Módulos de Educação em Obstetrícia

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) - Biblioteca da OMS

Organização Mundial da Saúde.

Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed.

6 módulos um 1 v. + 1 CD-ROM.

Conteúdo: Módulo básico: a parteira na comunidade – Eclâmpsia – Aborto incompleto – Parto prolongado e Paragem na progressão do trabalho de parto – Hemorragia pós-parto – Sépsis puerperal

1. Tocologia - educação 2. Complicações na gravidez - terapia 3. Materiais de ensino

I. Título: Eclâmpsia

ISBN 92 4 854666 8

(Classificação NLM: WQ 160)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tão pouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com exceção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Printed in Portugal, Gráfica Maiadouro, S.A.
Maio 2005

AGRADECIMENTOS

Os módulos de obstetrícia foram desenvolvidos em resposta a uma necessidade sentida de materiais educativos que facilitassem o ensino de competências indispensáveis ao tratamento das principais causas de morte materna.

Gaynor Maclean desenvolveu um esboço inicial dos módulos e realizou, em dois países africanos, o pré-teste de alguns dos métodos de ensino-aprendizagem. Friederike Wittgestein preparou o teste da versão de campo dos módulos, mantendo a maioria das ideias e métodos incluídos na primeira versão. Judith O’Heir desenvolveu o protocolo do trabalho de campo, coordenou-o em cinco países da África, Ásia e Pacífico e completou os módulos após o trabalho de campo. Barbara Kwast e, mais tarde, Anne Thompson, ambas parceiras de renome internacional, eram responsáveis, como membros da OMS pela criação, desenvolvimento, produção e em última análise, pela disseminação e uso dos módulos.

A OMS agradece as muitas contribuições individuais e institucionais. Em particular da Confederação Internacional de Parceiras (CIP) e do Colégio Americano de Enfermeiras-Parceiras (CAEP), que estiveram envolvidos no desenvolvimento, pré-teste, aperfeiçoamento, trabalho de campo e finalização dos módulos. A OMS aprecia profundamente o trabalho individual de todos os que estiveram envolvidos no trabalho de campo dos países, o tempo e esforço que dedicaram à versão de trabalho de campo, e os seus contributos para a versão final.

Esta segunda edição dos módulos de obstetrícia foi desenvolvida sob o auspício da equipa do Departamento de Saúde Reprodutiva. O layout dos módulos foi feito por Maureen Dunphy e a coordenação foi de Shamilah Akram. Esta segunda edição (versão inglesa) está a ser publicada conjuntamente pela OMS e pela CIP, que agradecem a Betty Sweet e a Judith O’Heir pela revisão e actualização dos módulos e também, a todos os membros da reunião científica “Fortalecendo a Obstetrícia” que teve lugar em Genebra em 2001, pelos seus comentários, contribuições e sugestões úteis para as últimas melhorias na finalização da segunda edição; ao IPAS pelos seus comentários e assistência na preparação do novo módulo de tratamento do Aborto Incompleto e dos cuidados pós-aborto, e pela autorização para usar as suas ilustrações.

A OMS agradece, igualmente, as contribuições financeiras dos governos da Austrália, Itália, Noruega, Suécia e Suíça, da Corporação Carnegie, da Fundação Rockefeller, PNUD, UNICEF, UNFPA e do Banco Mundial que apoiaram estas e outras actividades dentro do Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura. A produção dos módulos de obstetrícia foi apoiada financeiramente pela Corporação Carnegie, pelos governos da Itália e do Japão e pela Autoridade para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional Sueca.

Esta versão portuguesa dos Manuais foi executada pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian e da Organização Mundial de Saúde, Genebra. Os Manuais foram traduzidos em 2004, pela Enfermeira Inês Fronteira. As traduções foram revistas por Teresa Aguiar (Pediatra), Beatriz Calado (Obstetra), Cláudia Conceição (Internista), Paulo Ferrinho (Médico de Saúde Pública), Inês Fronteira (Enfermeira de Saúde Pública), Fátima Hipólito (Socióloga), Luís Varandas (Pediatra). A harmonização final de todos os textos foi da responsabilidade de Paulo Ferrinho, Maria Cláudia Conceição, Ana Rita Antunes e Vanda Ferreira. A coordenação global foi de Paulo Ferrinho. Agradecemos ainda o apoio da enfermeira Anabela Candeias.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	7
Introdução	9
Sumário do módulo	20
Começar	21
Sessão 1: Compreender a eclâmpsia	23
Sessão 2: Factores evitáveis	29
Sessão 3: Identificação do problema	37
Puzzles didáticos	51
Sessão 4: Tratamento da eclâmpsia	65
Sessão 5: Aprendizagem de competências clínicas	81
Sessão 6: Estudos de caso	101
Glossário	107
Anexo: Perguntas para o pré-teste e teste final.....	131

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIU – Atraso no Crescimento Intra-uterino
AU – Aspiração Uterina
CAEP – Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras
c- Centígrado
cc – Centímetro cúbico
CDC – Coagulopatia de Consumo
CE – Contraceção de Emergência
CID – Coagulação Intravascular Disseminada
CIP – Confederação Internacional de Parteiras
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
cm – Centímetro
DCP – Desproporção Céfalo-Pélvica
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DPP – Data Provável do Parto
EEG - Electroencefalograma
EDTA – Ácido EtilenoDiaminoTetraAcético
EV – Endovenosa
g – Grama
HAP – Hemorragia Antes do Parto
Hg - Mercúrio
HPP – Hemorragia Pós-Parto
IM – Intra-muscular
IPAS – ONG internacional que desenvolve o seu trabalho na área da protecção da saúde das mulheres e na promoção dos seus direitos sexuais
IST – Infecção Sexualmente Transmitida
ITU – Infecção do Tracto Urinário
Kg - Quilograma
Km – Quilómetro
LCR – Líquido cefalo-raquidiano
mg – Miligrama
MIU – Morte Intra-uterina
mm Hg – Milímetros de Mercúrio

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCE – Pílula Contraceptiva de Emergência

PEV – Perfusão Endovenosa

PF – Planeamento Familiar

ph – Grau de Acidez ou Alcalinidade de um Fluido

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PO – “*per os*”, administração por via oral

PPM – Pulsações por Minuto

PPTP – Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

PVN – Parto Vaginal Normal

Rh - Rhesus

RMM – Rácio de Mortalidade Materna

RMP – Remoção Manual da Placenta

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TP – Tuberculose Pulmonar

TPR – Temperatura, Pulsação e Respiração

TT - Toxóide Tetânico

TVP – Trombose Venosa Profunda

UI – Unidades Internacionais

UM – Última Menstruação

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas, para o VIH/SIDA

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para as Populações

UPM – Último Período Menstrual

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Estima-se que anualmente ocorrem 600 000 mortes maternas, 99% das quais nos países em desenvolvimento, o que representa 80 000 mortes a mais que estimativas anteriores. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna varia entre 190 por 100 000 nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 000 em África. Na África Ocidental e Oriental, encontram-se rácios de mortalidade materna de mais de 1000 por 100 000. Pelo menos 7 milhões de mulheres que sobrevivem ao parto sofrem problemas de saúde graves, e mais de 50 milhões ficam com sequelas. Mais uma vez, a maioria destas sequelas ocorrem em países em desenvolvimento.

Para apoiar a actualização das competências obstétricas, de modo a que os países possam dar resposta a esta situação, fortalecendo os serviços maternos e neonatais, foram desenvolvidos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma série de módulos de formação em obstetrícia. A necessidade destes módulos foi identificada no seminário pré-congresso sobre Educação de Parteiras: “Acção para um Maternidade Segura”, ocorrido em Kobe, Japão, em 1990, que contou com a presença de parteiras e professores de todo o mundo, sob o patrocínio conjunto da OMS, da Confederação Internacional das Parteiras (CIP) e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). O quadro de referência para a educação em enfermagem obstétrica, desenvolvido no seminário, constitui a base dos módulos.

Os módulos, inicialmente destinados a programas de formação em serviço de parteiras e enfermeiras obstetras, podem também ser utilizados em programas básicos e pós-básicos de formação em obstetrícia. Adicionalmente, podem ser utilizados para a actualização das competências em obstetrícia de outros profissionais de saúde e professores de obstetrícia. Contudo, é importante realçar que não têm como objectivo substituir os livros de texto de obstetrícia que focam outros aspectos dos cuidados necessários durante a gravidez e o parto, mas pretendem servir como base do ensino de parteiras e formadores em obstetrícia de modo a responder, adequadamente, às principais causas de mortalidade materna como a hemorragia, a paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. Os módulos podem, também, ser utilizados para a actualização das competências dos professores de obstetrícia.

Os módulos pretendem ajudar as parteiras a tornarem-se capazes de pensar criticamente e tomar decisões clínicas com base em conhecimentos sólidos e compreensão destas áreas. No entanto, presume-se que as parteiras e os formadores de parteiras, que sejam treinados utilizando os módulos, possuam competências básicas como a medição da tensão arterial, realização de exame vaginal e assistência a parto eutócico uma vez que, quando se utilizam os módulos em programas básicos de obstetrícia, estas competências devem ser ensinadas primeiro.

Uma variedade de outras competências estão incluídas nos módulos, por serem essenciais para a prática clínica compreensiva da obstetrícia. Em alguns países algumas destas competências podem não fazer parte da prática clínica de enfermagem obstétrica e serem entendidas, de facto, como responsabilidade do médico e não da parteira. No entanto, os módulos foram desenvolvidos com base na presunção de que, para além das competências básicas de obstetrícia, as parteiras necessitam também de uma série de competências suplementares que as capacitem para uma significativa contribuição na redução da mortalidade materna para a promoção de uma maternidade segura.

Na edição original, de 1996, existiam cinco módulos. Recentemente foi adicionado um módulo sobre aborto incompleto. Os módulos foram actualizados em 2001-2002, de acordo com as mais recentes evidências e com as orientações da OMS “*Managing Complications in Pregnancy and Childbirths: a guide for midwives and doctors*”.

Os cinco módulos originais incluem um módulo básico que aborda o papel da parteira na comunidade e quatro módulos técnicos que cobrem a hemorragia pós-parto (HPP), o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. O módulo sobre aborto, é o sexto da série. Estima-se que o módulo básico requeira aproximadamente duas semanas para ser ensinado e os módulos técnicos aproximadamente uma a duas semanas, dependendo de factores tais como as necessidades de aprendizagem, as capacidades dos alunos e os recursos de ensino-aprendizagem disponíveis.

Cada um dos módulos pode ser ensinado independentemente dos outros, no entanto, os módulos complementam-se porque, em conjunto, representam uma abordagem compreensiva da gestão das maiores causas de mortalidade e morbilidade materna. É, pois aconselhável, utilizar os módulos de uma forma que possibilite que as parteiras trabalhem sobre todos eles.

Os módulos são acompanhados de notas, que estão compiladas num único documento. Têm como objectivo serem usadas no processo de aprendizagem e, mais tarde, como fonte de referência.

Todas as competências abrangidas pelos módulos são necessárias para que as parteiras sejam efectivas na prestação de cuidados, imediatos e adequados, a mulheres com complicações da gravidez e do parto. Estas competências estão consonantes com a definição internacional de Assistente Competente¹ na gravidez, parto e cuidados pós-natais. No entanto, em alguns países as parteiras podem não estar autorizadas, legalmente, a praticar todas essas competências pelo que, nestes casos, os módulos deverão ser adaptados às regulamentações locais relativas à prática clínica obstétrica, enquanto que, ao mesmo tempo, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de introduzir mudanças legislativas que permitam a prática clínica dessas competências.

ESTRUTURA DOS MÓDULOS

Todos os módulos, à excepção do módulo básico, têm a mesma estrutura. O módulo básico segue uma organização um pouco diferente dos restantes. Não aborda um problema clínico específico mas o tema geral da mortalidade materna, focando os factores que contribuem para a mesma e a importância da participação comunitária no desenrolar de uma maternidade segura.

Os módulos técnicos abordam problemas clínicos específicos e seguem uma estrutura comum que começa com a introdução ao problema, seguida de sessões sobre os factores evitáveis que lhe estão associados, a identificação e a gestão do problema e a aprendizagem das competências clínicas necessárias.

As sessões, em todos os módulos, são apresentadas da seguinte forma:

Introdução à sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

¹ Equivalente ao “*Skilled Attendant*” na língua inglesa. Assistente competente é um profissional de saúde com competências obstétricas, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras que tenham sido treinados para acompanhar gravidezes, partos e períodos pós-parto imediatos normais e identificarem e encaminharem mulheres ou recém nascidos para ajuda especializada. (*Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Declaração conjunta da OMS, ICM, FIGO. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004.)

- Recursos necessários para conduzir a sessão.

Instruções para o professor (em letra itálica) que explicam, passo-a-passo como conduzir a sessão e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que detalham os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (ou instruções para trabalho de grupo) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

CONTEÚDO DOS MÓDULOS

A Parteira na Comunidade

O módulo descreve a história de um caso que demonstra como determinados factores sociais, económicos e culturais, combinados com atrasos na procura de cuidados médicos colocam as mães em risco de complicações, que, muitas vezes conduzem à morte. O tema da história é então reforçado ao longo do módulo, sendo enfatizado o papel das parteiras na promoção de uma maternidade segura na comunidade.

As diferentes sessões cobrem tópicos específicos como:

- O lugar e o valor da mulher na sociedade;
- As crenças tradicionais;
- As práticas e tabus que afectam a saúde da mulher durante a gravidez e o parto;
- O reconhecimento e minimização dos factores de risco;
- O conceito de parto prolongado.

Estas sessões relacionam, quando relevante, o tema em discussão com a mortalidade materna, VIH/SIDA e maternidade segura. Sessões adicionais contemplam como fazer o diagnóstico comunitário para planeamento e avaliação de cuidados comunitários.

Hemorragia Pós-Parto

Este módulo começa com uma explicação detalhada sobre a fisiologia e gestão da terceira etapa do parto, de modo a que os alunos possam compreender genericamente a forma como ocorre a Hemorragia Pós-Parto (HPP). Aqui os alunos aprendem o que é a HPP, como ocorre, como pode ser identificada e quais os aspectos essenciais da sua abordagem clínica.

As competências específicas para prevenir e gerir a HPP incluem:

- A identificação dos factores que colocam as mulheres em risco de HPP;
- A gestão da terceira fase do trabalho de parto;
- Palpação e massagem do útero e expulsão de coágulos de sangue;
- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Sutura de lacerações perineais;
- Episiorrafia;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas; e
- Remoção manual da placenta.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Monitorização de transfusões sanguíneas; e administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais são também incluídas noutros módulos técnicos.

Parto Prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

Este módulo apresenta uma revisão da anatomia e fisiologia relevantes para a gestão do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto explicando o que provoca mais frequentemente o parto distócico, o que ocorre neste tipo de parto e como podem ser identificados os sinais de parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto assim como os aspectos essenciais da sua abordagem clínica. É dado especial ênfase ao uso do partograma na avaliação do trabalho de parto.

As competências específicas para prevenir e gerir o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto incluem:

- Identificação dos factores de risco;
- Avaliação da capacidade pélvica;
- Diagnóstico da apresentação e posição do feto;
- Avaliação da descida da cabeça fetal;
- Reconhecimento do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica; e
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico.

Sépsis Puerperal

Este módulo apresenta uma explicação sobre a sépsis puerperal e os factores que contribuem para tal, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e como pode ser tratada e, ainda, uma sessão sobre o VIH e SIDA em mulheres grávidas.

As competências específicas para prevenir e tratar a sépsis puerperal incluem:

- Identificação de factores de risco;
- Identificação de sinais e sintomas;
- Colheita de urina pelo método do jacto intermédio;
- Realização de uma zaragatoa vaginal alta; e
- Manutenção da higiene vulvar.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico;
- Administração de terapêutica;
- Prevenção de problemas trombo-embólicos;
- “Precauções Universais” na prevenção da infecção; e

- Utilização de planos de cuidados.

Eclâmpsia

Este módulo apresenta uma explicação sobre a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia e os factores que contribuem para este problema, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e tratada.

As competências específicas para prevenir e tratar a eclâmpsia incluem:

- Identificação dos factores de risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Observações de obstetrícia e de enfermagem; e
- Cuidados e observações durante uma convulsão.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica;
- Cateterismo urinário; e
- Prevenção de problemas trombo-embólicos.

Aborto incompleto

O módulo começa com uma revisão sobre o contexto do aborto, seguindo-se uma explicação sobre o mesmo, incluindo os diferentes tipos, os efeitos do aborto na morbilidade e mortalidade materna, prevenção da gravidez não desejada, leis e regulamentos relacionados com o aborto, perspectivas socio-culturais e religiosas e o papel das parteiras nos cuidados abortivos, com ênfase particular nos cuidados abortivos urgentes. Posteriormente, são também abordados os factores que contribuem para o aborto, como podem ser identificados e diferenciados de outras condições, como pode ser prevenido, e se ocorrer, como pode ser tratado.

As competências específicas para tratar as mulheres pós-aborto incluem:

- Aspiração uterina; e
- Aconselhamento e métodos de planeamento familiar pós-aborto.

Também são contempladas as competências seguintes, porque podem ser necessárias, que também são descritas no módulo da HPP,

- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração e monitorização de transfusões sanguíneas; e
- Administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais estão também incluídas nos outros módulos técnicos.

CD-ROM

Existe também um CD-ROM para cada módulo com todos os conteúdos técnicos dos manuais. Os professores podem usar este CD-ROM como um guia para prepararem as suas aulas.

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os módulos propõem uma série de métodos de ensino-aprendizagem desenhados para maximizarem o envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Nos módulos, é enfatizada a aplicação da teoria à prática clínica, sendo o tempo dispendido na área clínica e as visitas à comunidade uma parte essencial do processo de ensino-aprendizagem.

Exposições

As exposições são utilizadas para apresentar informação nova ou para rever os conteúdos já ministrados aos alunos. Os módulos incluem uma variedade de materiais visuais para o professor utilizar de modo a tornar as exposições interessantes.

O professor pode aumentar o conteúdo das exposições dos módulos com informação de outras fontes ou, simplesmente, seguir o esquema fornecido. Em ambos os casos é importante preparar previamente cada exposição lendo os conteúdos relevantes e os materiais de referência e assegurar que os recursos para os alunos, se necessário, estarão disponíveis.

Discussões

É importante prever tempo para discussão de determinados aspectos durante ou na conclusão das sessões. Tal proporcionará oportunidade aos alunos de colocarem questões sobre dúvidas que tenham bem como contribuirá para o seu conhecimento e experiência. Por outro lado, permitirá que o professor avalie as opiniões, o nível de conhecimento e a compreensão dos alunos.

Trabalho de Grupo e Feedback

Muitas das sessões dos módulos envolvem trabalho de grupo seguido, habitualmente, de uma sessão onde é dado a conhecer à turma os resultados do trabalho. Os grupos devem ser o mais pequenos possível (preferencialmente até 6 estudantes por grupo) de modo a que os alunos se debrucem sobre um assunto específico ou problema. É importante assegurar também que existe espaço suficiente para os grupos se reunirem sem se perturbarem uns aos outros. Cada grupo irá precisar de um dinamizador que será responsável por manter a discussão e assegurar que o grupo complete o trabalho. Adicionalmente, cada grupo precisará de um relator que tomará notas e dará o feedback à turma. As instruções específicas são dadas nas sessões que envolvem trabalho de grupo.

Tutorias

As tutorias são reuniões entre o professor e um aluno ou grupo de alunos e são importantes para a discussão do percurso do aluno. Habitualmente, são realizadas após uma actividade de aprendizagem específica, dando aos alunos a oportunidade para exprimir as suas preocupações e, simultaneamente, permitem ao professor conhecer melhor cada aluno, relativamente ao progresso feito. Todos os módulos contam com tutorias em algumas sessões.

Exercícios Práticos

Os exercícios práticos permitem que os alunos demonstrem o seu conhecimento e competências relativamente a um tópico específico. É importante, nestas situações, dar instruções claras sobre os exercícios a serem realizados e monitorizar os progressos providenciando ajuda sempre que necessário. Os módulos básico, HPP, parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto e aborto incompleto incluem exercícios práticos.

Visitas Comunitárias

As visitas comunitárias pretendem ser experiências instrutivas e agradáveis para os alunos. O módulo básico inclui uma série destas visitas com o objectivo de ajudar os alunos a compreenderem a forma como os conceitos deste módulo se aplicam na comunidade. No entanto, as visitas comunitárias devem ser planeadas e organizadas com antecedência, incluindo a escolha de uma comunidade apropriada e o contacto com uma pessoa de referência que possa facilitar a implementação das actividades na comunidade.

O professor pode organizar as visitas comunitárias de modo a que sejam feitas em dias consecutivos em vez de nos intervalos sugeridos. Se esta alteração for feita, será importante assegurar que não interfere com os objectivos de aprendizagem das sessões e do módulo, como um todo.

As visitas aos contextos clínicos para ensino clínico devem, também, ser bem preparadas com o pessoal das instituições. Os professores e os alunos devem ser facilmente identificáveis e agir de forma profissional mantendo a confidencialidade, privacidade e dignidade da observada e assegurarem-se que obtêm o consentimento da mulher antes de executarem qualquer intervenção clínica.

Ensino clínico

O ensino clínico é extremamente importante nos módulos técnicos, dado que as competências que os alunos adquirem podem fazer a diferença entre a vida e a morte das mulheres que cuidam, a teoria subjacente a cada competência abordada nos módulos deve ser ensinada em sala de aula e a própria competência deve ser ensinada, em ambiente criado, igualmente, em sala de aula, antes do ensino clínico. As instalações, onde decorrerá a prática clínica, devem ser escolhidas assegurando, antecipadamente, que se encontrarão mulheres com os problemas incluídos nos módulos. Contudo, e mesmo que bem planeado, não será possível garantir a todos os alunos a oportunidade de exercer todas as competências práticas. Assim, será importante considerar oportunidades para os alunos adquirirem a experiência clínica apropriada após o final do curso.

Os contactos com o pessoal das instituições de saúde, onde decorrerá o ensino clínico deverão ser feitos antecipadamente. Para além disso, as visitas dos alunos a estas instituições para fins de prática clínica não devem perturbar as rotinas de cuidados aos doentes. Quando os alunos estão a aprender competências práticas devem ser supervisionados pelo professor ou por outra parteira com formação adequada e experiente.

Dramatizações e Representações

As dramatizações e representações devem ser utilizadas para realçar os pontos apresentados pelo professor. Em ambos os casos, é pedido aos alunos para agirem numa situação real ou imaginária. Na dramatização, os alunos inventam os seus próprios personagens e, até certo ponto, a sua história de modo a ilustrar um aspecto em especial. Na representação os alunos assumem o papel de determinados indivíduos como a parteira, o líder da aldeia, o parente ansioso ou a mãe preocupada. Tal permite que o aluno

compreenda as situações e problemas na perspectiva do outro. As dramatizações e representações são incluídas, em vários módulos, como actividades opcionais.

Estudos de Caso

Os módulos técnicos permitem que os alunos apresentem estudos de caso que avaliem a efectividade dos cuidados em situações específicas. Assim, os alunos poderão aprender com as suas próprias experiências assim como com as dos outros. O objectivo dos estudos de caso não é criticar a prática clínica dos outros mas sim encorajar os alunos a olharem para as práticas anteriores e retirarem lições para o futuro. Os estudos de caso devem ser baseados em registos das mulheres de modo a demonstrar a gestão de determinadas condições (por exemplo, aborto incompleto, sépsis puerperal, eclâmpsia, etc). O anonimato da mulher deve ser mantido ao longo da apresentação dos estudos de caso.

Jogos e Puzzles Didácticos

Os jogos e puzzles didácticos são meios interactivos e que permitem a aquisição de novos conhecimentos e revisão e consolidação dos conhecimentos existentes. Os jogos e puzzles didácticos dos módulos serão novos para os professores que os utilizarem e, por isso, é importante que se familiarizem antecipadamente. Mais especificamente, é necessário que o professor seja capaz de explicar claramente aos alunos como os utilizar e avaliar os progressos feitos durante as actividades em que são usados.

Seminários

Um seminário é uma actividade sobre um dado tema, planeada para determinado período, normalmente com apresentações de um ou mais oradores convidados. Quando os seminários são recomendados, são também sugeridos os objectivos e conteúdos. Os seminários requerem planeamento cuidadoso no que diz respeito aos conteúdos, horário e local.

Reflexão

A aprendizagem é o resultado da reflexão sobre a prática clínica. Os alunos devem, por isso, ser encorajados a reflectir sobre a sua experiência de prática clínica e a registarem estas reflexões, diariamente, num caderno. Estas podem ser utilizadas como base de discussão com o tutor e/ou pares. A estruturação da reflexão inclui a selecção de uma experiência, identificação de sentimentos e pensamentos do próprio e dos outros acerca dessa experiência e avaliação, positiva ou negativa, dessa experiência. Os alunos devem ser estimulados a analisar porque consideraram a experiência positiva e/ou negativa e a determinar o que poderia ter sido feito de modo a melhorar o resultado. Finalmente, deve ser elaborado um plano de acção para ser aplicado quando surgir uma situação semelhante. A discussão sobre as experiências registadas diariamente, em grupo ou com o professor, ajuda a que os alunos tenham várias perspectivas sobre a sua experiência. Deve ser acrescentado um sumário destas discussões aos registos diários para ser relembrado posteriormente.

AVALIAÇÃO DOS ALUNOS

Pré-Testes e Testes Finais

Os pré-testes são uma ferramenta útil para determinar o nível de conhecimentos teóricos dos alunos. Para avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos, após o ensino dos conteúdos, as questões utilizadas no teste final devem ser as mesmas do pré-teste, podem ser acrescentadas questões, quer ao pré-teste quer ao teste final. Durante o processo de ensino-aprendizagem, devem ser aplicadas outras medidas de avaliação (ver a seguir), especialmente para determinar os progressos feitos por cada aluno, ao longo do curso. Os exemplos de pré-teste e teste final estão incluídos em cada um dos módulos técnicos.

Avaliação das Competências Clínicas

A avaliação das competências clínicas constitui a maior componente avaliativa dos módulos técnicos. Ao longo das sessões que envolvem o ensino de competências clínicas existem secções intituladas: “Avaliação”. Estas detalham orientações para a avaliação de competências clínicas dos alunos. Sempre que possível, o professor deve observar o desempenho do aluno, contudo, tal pode não ser possível na ausência de mulheres com os problemas estudados. Nestas circunstâncias, o professor deve simular situações que ofereçam oportunidade para os alunos praticarem e serem avaliados relativamente às competências mais relevantes. No entanto, devem ser feitos todos os esforços para dar aos alunos oportunidades para praticarem e serem avaliados num contexto clínico.

Outras Opções de Avaliação

As outras opções de avaliação surgem durante a realização de trabalhos de grupo, tutorias, seminários do aluno, jogos e puzzles didácticos e questões colocadas durante as visitas comunitárias. Estas actividades constituem oportunidades vitais para o professor avaliar o progresso dos alunos na prossecução dos objectivos de aprendizagem de cada sessão do módulo.

PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES DE SEGUIMENTO

Uma prática clínica obstétrica compreensiva baseia-se na experiência e no conhecimento e é esta experiência que os alunos adquirem quando voltarem aos locais de trabalho e aplicarem o que aprenderam à sua prática clínica diária.

É precisamente quando colocam em prática os conhecimentos e as competências que as parteiras se deparam com situações que podem levantar questões. Podem existir assuntos e problemas que gostariam de discutir com os supervisores e profissionais mais experientes de modo a encontrar soluções e melhorar a prática clínica. Isto pode aplicar-se especialmente às parteiras e enfermeiras obstetras que, no fim deste curso, ainda necessitem de experiência prática para desenvolverem as competências clínicas incluídas nos módulos.

Uma reunião de seguimento, por exemplo, seis meses após o fim do curso, poderá ser importante para capacitar os alunos para a partilha de experiências, relato de sucessos, revisão dos progressos e discussão de problemas relacionados com a prática clínica. Pode também ser adequado a realização de outras reuniões de seguimento, anuais, após o fim do curso.

Dada a complexidade das situações abordadas, a maternidade segura não pode ser alcançada de um dia para o outro. No entanto, e dado ser possível identificar, claramente, as intervenções necessárias, a maternidade segura é algo que se pode alcançar à medida que os alunos deste curso se integram como profissionais competentes nos serviços e comunidades.

SUMÁRIO DO MÓDULO

Sessão	Métodos de ensino-aprendizagem	Carga Horária
1. COMPREENDER A ECLÂMPZIA	Exposição, trabalho de grupo, discussão	1 ½ horas
2. FACTORES EVITÁVEIS	Exposição Trabalho de grupo Feedback, discussão	½ hora 1 hora 1 ½ hora
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	Exposição Ensino clínico Trabalho de grupo, feedback, discussão	½ hora 1 hora por grupo pequeno de alunos 2 horas
4. TRATAMENTO DA ECLÂMPZIA	Exposição, discussão	2 horas
5. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	Exposição Ensino clínico, discussão	2 horas 1 hora por grupo pequeno de alunos, por competência
6. ESTUDOS DE CASO	Estudos de caso, discussão, trabalho de grupo, feedback Tutorias opcionais	3 horas 1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos

COMEÇAR

Antes de começar a Sessão 1 relembre o modo de apresentação das Sessões:

Introdução à Sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- **Finalidades** - A finalidade da Sessão;
- **Objectivo** - Os objectivos da Sessão;
- **Plano** - Plano da Sessão que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- **Recursos** - Os recursos necessários.

Instruções para o professor (em itálico) que explicam como conduzir a Sessão, passo-a-passo e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que dá detalhes sobre os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (referidas como “Instruções para os alunos” ou “Instruções para o trabalho de grupo”) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

Outros pontos importantes a considerar antes de começar:

- A carga horária indicada no plano da Sessão pode ser alterado pelo professor de acordo com a necessidade. A carga horária necessário para cada actividade pode ser maior ou menor do que o tempo especificado no plano, dependendo dos conhecimentos e capacidades dos alunos, e das suas necessidades de aprendizagem. Estima-se que este módulo requeira entre 10 dias a 2 semanas para ser ensinado.
- Assegure-se que os apontamentos para os Alunos que deseja utilizar são preparadas com antecedência e estão disponíveis no início do módulo ou da Sessão.
- Se preparou pré-testes e testes finais, consulte o anexo do final deste módulo antes da primeira Sessão do módulo.
- Lembre-se que este módulo, assim como os outros módulos técnicos, não tem como objectivo substituir os livros de texto sobre obstetrícia. Deve, deste modo, ter pelo menos um como referência ao longo desta e das restantes sessões do módulo.

1. COMPREENDER A ECLÂMPسيا

SESSÃO 1

COMPREENDER A ECLÂMPسيا

FINALIDADE

Capacitar os alunos para compreenderem a eclâmpسيا, os riscos que lhe estão associados e a importância do diagnóstico e tratamento precoces de modo a salvar a vida.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 1 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir hipertensão, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpسيا e eclâmpسيا.
2. Descrever os sinais de eclâmpسيا iminente.
3. Descrever as etapas de um episódio de eclâmpسيا.
4. Explicar porque é que um episódio de eclâmpسيا é perigoso para a mãe e para o feto.
5. Descrever as outras causas de convulsões que podem ocorrer quando a mulher está em idade fértil.

PLANO

Exposição.

Trabalho de grupo.

Discussão.

Carga horária total: 1 ½ horas.

INTRODUÇÃO

Introduza o módulo explicando que a eclâmpsia é responsável por 12% de todas as mortes maternas nos países em desenvolvimento. Este número é uma média dado que alguns países têm uma incidência de eclâmpsia muito maior que outros. É muito importante que as parteiras sejam capazes de identificar precocemente, a pré-eclâmpsia, de ensinar às mulheres e seus familiares os sintomas de eclâmpsia iminente e a necessidade de procurar imediatamente ajuda se esses sintomas surgirem e de dar a resposta adequada em casos graves de pré-eclâmpsia e eclâmpsia de modo a reduzir o risco de morte materna.

DEFINIÇÕES

Hipertensão

Há hipertensão quando a pressão sanguínea é igual ou superior a 140/90 mm Hg. As alterações hipertensivas na gravidez incluem:

- Hipertensão induzida pela gravidez que ocorre após as 20 semanas de gestação, no parto ou nas 48 horas a seguir ao parto; e
- Hipertensão crónica que está presente antes das 20 semanas de gestação.

A tensão arterial diastólica é um indicador mais fiável de hipertensão do que a sistólica. A tensão arterial diastólica mede a resistência periférica e não varia tanto com o estado emocional da mulher como a sistólica. A tensão diastólica equivale ao ponto em que se deixa de ouvir o som arterial (batimentos). Quando a braçadeira não cobre pelo menos três quartos do antebraço obtém-se um valor falsamente elevado. Deve usar-se uma braçadeira maior sempre que o diâmetro do braço é superior a 30 cm. O diagnóstico de hipertensão é feito sempre que a pressão diastólica é igual ou superior a 90 mm Hg em duas medições, separadas por quatro ou mais horas. Pode ser necessário reduzir o intervalo de tempo em algumas situações, por exemplo, na clínica pré-natal ou em casos em que a tensão diastólica é muito alta (110 mm Hg ou mais).

Proteinúria

A proteinúria altera o diagnóstico de hipertensão induzida pela gravidez para um estado mais grave – o de pré-eclâmpsia. A infecção do tracto urinário, doença renal, contaminação da amostra de urina (com exsudado vaginal, sangue ou líquido amniótico por exemplo), anemia grave e falência cardíaca são outras das causas de proteinúria. No entanto, em qualquer mulher com hipertensão e proteinúria deve ser considerada a presença de pré-eclâmpsia e proceder-se ao respectivo tratamento.

Sempre que há hipertensão durante a gravidez a urina deve ser avaliada quanto à presença de proteínas. A amostra de urina para análise deve ser colhida pela técnica do jacto médio de modo a evitar contaminação por secreções vaginais. Podem-se utilizar tiras reagentes cuja mudança de um resultado negativo para um resultado positivo, durante a gravidez, deve ser considerado um sinal de alarme que não deve ser ignorado.

Na ausência das tiras reagentes, a urina deve ser testada da seguinte forma:

- Aqueça até ao ponto de ebulição um tubo de ensaio com a amostra de urina colhida através da técnica do jacto médio. A urina torna-se turva.
- Adicione à urina fervida uma ou duas gotas de ácido acético a 2%. Se a urina se mantiver turva contém proteínas se ficar límpida não tem proteínas. Se não houver ácido acético, ferva a amostra até se evaporar metade do conteúdo do tubo de ensaio. Deixe repousar. Se se formar um precipitado fino no fundo do tubo de ensaio há presença de proteínas.

Hipertensão induzida pela gravidez

A hipertensão induzida pela gravidez pode progredir, como se descreve a seguir, de doença hipertensiva ligeira para uma situação de risco de vida:

- Hipertensão sem proteinúria ou edema.
- Pré-eclâmpsia ligeira.

- Pré-eclâmpsia grave.
- Eclâmpsia.

As mulheres com pré-eclâmpsia não se sentem doentes até a condição se tornar grave. Nessa altura há risco de vida. A natureza insidiosa da doença é uma das razões da sua perigosidade. A detecção precoce, feita através de acompanhamento pré-natal e seguimento cuidadoso, é essencial para estabelecer o diagnóstico precoce e o tratamento atempado da eclâmpsia grave. Por vezes, a pré-eclâmpsia ligeira progride, muito rapidamente e sem aviso, para pré- eclâmpsia grave e para eclâmpsia (eclâmpsia fulminante) o que se torna muito perigoso quer para a mãe quer para feto.

Classificação da pré-eclâmpsia e sinais de eclâmpsia eminente

Observações	Pré-eclâmpsia ligeira	Pré-eclâmpsia grave
Tensão arterial diastólica	90 - 110 mm Hg em duas medições com 4 horas de intervalo após as 20 semanas de gravidez	110 mm Hg ou mais após as 20 semanas de gestação
Proteinúria	Até 2+	3+ ou mais
Outros sintomas/sinais incluem:		
Cefaleias	Ausente	Pode estar presente
Distúrbios da visão	Ausente	Pode estar presente
Dor na parte superior do abdómen (epigastro)	Ausente	Pode estar presente
Oligúria (menos de 400 ml em 24 horas)	Sem oligúria	Diminuição do débito urinário para menos de 400 ml em 24 horas
Hiperreflexia	Ausente	Pode estar presente
Edema pulmonar	Ausente	Pode estar presente

Se uma mulher apresenta sinais e sintomas de pré-eclâmpsia grave é necessário tratamento urgente para evitar que a situação evolua para eclâmpsia. A gestão da pré-eclâmpsia grave é igual à da eclâmpsia (ver Sessão 4).

Eclâmpsia

A eclâmpsia é o início de convulsões numa mulher cuja gravidez se complicou por pré-eclâmpsia. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez (após as 20 semanas de gestação) durante o parto ou nas primeiras 48 horas do período pós-parto. Há uma grande incidência de morte materna nas mulheres com eclâmpsia. A mortalidade perinatal é, igualmente, elevada.

A pré-eclâmpsia e eclâmpsia dizem respeito ao mesmo problema sendo que a eclâmpsia é a forma mais grave da doença. A pré-eclâmpsia precede, quase sempre, a eclâmpsia. No entanto nem todos os casos progredem de forma linear de doença ligeira para grave. Algumas mulheres desenvolvem, de forma repentina, pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Ocasionalmente as convulsões ocorrem mesmo quando não existe hipertensão, apenas proteinúria. Outras mulheres podem ter desenvolvido hipertensão e proteinúria, mas apenas um ou dois dos sinais de eclâmpsia grave quando ocorre uma convulsão.

FASES DE UMA CONVULSÃO ECLÂMPTICA

Se os alunos estão familiarizados com as convulsões epiléticas não terão dificuldade em compreender as etapas de uma convulsão eclâmptica dado que estas são semelhantes

1. Fase premonitória / halo Dura 10 a 20 segundos, durante os quais:

- Os olhos rolam ou ficam fixos,
- Há contracções involuntárias dos músculos da face e mãos.

2. Fase tónica Dura até 30 segundos, durante os quais:

- Há espasmos musculares violentos,
- Os punhos estão contraídos e os membros superiores e inferiores rígidos,
- Há espasmo do diafragma (músculo que separa o abdómen do tórax) parando a respiração e a pele fica com uma coloração azulada ou escurece (cianose),
- As costas podem estar arqueadas,
- Os dentes estão cerrados,
- Os olhos ficam salientes.

3. Fase clónica Dura entre 1 a 2 minutos e é marcada por:

- Contração violenta e relaxamento dos músculos,
- Aumento da salivacção que causa “espuma” na boca havendo o risco de aspiração,
- Respiração profunda e barulhenta,
- Congestionamento e edema da face.

4. Coma Pode durar minutos ou horas. A mulher está profundamente inconsciente e, frequentemente, tem uma respiração ruidosa. A cianose desaparece mas a face pode permanecer congestionada e edemaciada. Podem ocorrer mais convulsões.

A mulher pode morrer após uma ou duas convulsões.

EFEITOS DA ECLÂMPسيا NA MÃE E NO FETO

Explique que o espasmo generalizado das arteríolas afecta a maioria dos órgãos, causando falência dos mesmos e colocando em risco as vidas da mãe e do feto. Peça aos alunos para trabalharem em pares. Peça a metade da turma para fazer uma lista dos efeitos da eclâmpsia na mãe e à outra metade para fazer o mesmo para o feto.

Efeitos na mãe

Incluem:

- Problemas respiratórios (asfixia, aspiração de vómito, edema pulmonar, broncopneumonia),
- Problemas cardíacos (falência cardíaca),
- Efeitos no cérebro (hemorragia, trombose, edema),
- Complicações renais (insuficiência renal aguda),
- Doença hepática (necrose do fígado),
- Hemólise, enzimas hepáticas elevadas, contagem de plaquetas baixas,
- Coagulopatia de consumo (CDC),
- Distúrbios visuais (cegueira temporária devido a edema da retina),
- Ferimentos durante as convulsões (fracturas).

As principais causas de morte materna na eclâmpsia são hemorragia intracerebral, complicações pulmonares, insuficiência renal, insuficiência hepática e falência de mais do que um órgão (por exemplo, coração + fígado + rins).

Efeitos no feto

A pré-eclâmpsia está associada com a redução do débito sanguíneo da placenta que resulta em:

- Hipoxia,
- Atraso no crescimento intra-uterino (ACIU), e
- Em casos graves, nascimento de um feto morto.

A hipoxia pode causar lesões cerebrais se for grave ou prolongada e pode resultar em:

- Deficiência mental ou física.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

2. FACTORES EVITÁVEIS

SESSÃO 2

FACTORES EVITÁVEIS

FINALIDADE

Capacitar os alunos para reconhecerem os factores que contribuem para a morte materna devido a eclâmpsia e para compreenderem que a maioria destes factores podem ser prevenidos.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 2 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta.
2. Listar os factores de risco de eclâmpsia e identificar os que são evitáveis.
3. Discutir os passos que devem ser tomados para prevenir a morte por factores evitáveis.

PLANO

Exposição (½ hora).

Trabalho de grupo (1 hora).

Feedback, discussão (1 ½ horas).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”.

Ficha de trabalho.

INTRODUÇÃO

Se já introduziu o conceito de factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta noutro módulo técnico, faça uma revisão e depois avance para o restante conteúdo da Sessão.

DEFINIÇÕES

Assegure-se que os alunos compreendem as seguintes definições:

Factores evitáveis: Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando os cuidados se desviam dos geralmente aceites.

Factores de risco: Factores que tornam uma condição mais provável ou grave.

É importante que os alunos percebam que:

Os factores de risco não devem ser utilizados para prever complicações. O sistema de categorias de risco, ou a abordagem baseada no risco, não é útil uma vez que a evidência mostra que as mulheres de “risco elevado” não têm uma complicação enquanto que as classificadas de “baixo risco” têm. Assim, todas as mulheres grávidas devem ser consideradas em risco de desenvolver uma complicação.

Morte obstétrica directa: Morte resultante de complicações obstétricas da maternidade (gravidez, parto ou puerpério), desde intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou série de eventos resultantes dos descritos.

Morte obstétrica indirecta: Morte resultante de doença prévia ou desenvolvida durante a gravidez, sem etiologia obstétrica directa, complicada ou agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Peça aos alunos para darem exemplos de factores evitáveis de eclâmpsia e discuta-os, confirmando que são evitáveis. Por exemplo:

- *Uma mulher tem uma tensão arterial elevada na sua primeira visita à clínica pré-natal, às 24 semanas de gestação. Ela tem que andar uma longa distância para chegar à clínica. Esta caminhada pode ser evitada se se fizerem visitas domiciliárias para acompanhamento pré-natal. Se a mulher tivesse tido cuidados pré-natais anteriores poderia ser possível distinguir entre hipertensão essencial e hipertensão induzida pela gravidez.*

Peça outros exemplos.

De modo a prevenir a morte materna, é necessário perceber não só as causas de morte mas, também os factores de risco que lhe estão associados.

- A eclâmpsia pode ser uma causa de morte. No entanto, com a detecção precoce e o tratamento adequado, a pré-eclâmpsia pode ser evitada.
- A causa de pré-eclâmpsia ainda não está completamente estudada pelo que não é possível prevenir o início da doença.

A educação da mulher, famílias e comunidade sobre a doença e a importância dos cuidados pré-natais pode promover a detecção precoce e tratamento da doença. Todas as mulheres devem ser rastreadas para pré-eclâmpsia em cada consulta pré-natal.

TRABALHO DE GRUPO *Divida os alunos em grupos e dê-lhes as “Instruções para o trabalho de grupo” disponibilizadas no final desta Sessão. Explique o que têm de fazer analisando os exemplos apresentados.*

Feedback *Depois do trabalho de grupo, facilite o feedback permitindo que cada grupo apresente o seu trabalho detalhadamente. Utilize a lista de verificação como guia para os factores de risco que devem ser mencionados.*

Chame a atenção para os factores de risco comunitários e associados aos serviços de saúde que aumentam o risco de morrer de eclâmpsia (ver a lista de verificação para a eclâmpsia na página seguinte).

Discuta o papel da parteira na educação da comunidade. As grávidas e suas famílias, as parteiras tradicionais e os líderes comunitários devem ser educados sobre a importância dos cuidados pré-natais, nomeadamente, controlo da tensão arterial e análise da urina e o perigo dos sinais de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.

Sublinhe, igualmente, a importância do acesso aos serviços de saúde e meios de transporte na prevenção da morte por eclâmpsia.

Discuta as crenças tradicionais sobre convulsões e outras complicações durante a gravidez e a influência dos curandeiros na comunidade. Se existe desconfiança relativamente ao pessoal de saúde, a mulher com eclâmpsia pode preferir contactar com o curandeiro, o que apenas irá atrasar o encaminhamento para uma instituição de saúde capaz de tratar a eclâmpsia.

Ajude os alunos a perceberem que uma mulher com eclâmpsia que recorra a uma instituição de saúde só irá sobreviver se essa instituição tiver profissionais treinados na resolução deste tipo de problema e disponibilidade dos fármacos necessários. Discuta as estratégias que podem melhorar os cuidados maternos como a realização de inventários dos fármacos para prevenir ou tratar a eclâmpsia e outras complicações e a elaboração de uma lista das competências essenciais aos profissionais de saúde.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA A ECLÂMPسيا ✓

Durante o feedback do trabalho de grupo, utilize esta lista de verificação como guia para os factores de risco a serem mencionados.

A pré-eclâmpسيا e, conseqüentemente, o risco de eclâmpسيا é mais comum em:

- Primigrávidas (especialmente em adolescentes e mulheres com mais de 35 anos).
- Mulheres obesas.
- Mulheres com hipertensão essencial ou renal.
- Gravidez múltipla.
- Mulheres com:
 - Diabetes;
 - Mola hidatiforme;
 - Hidrâmnio;
 - Hidrôpsia fetal.

Os factores de risco que a seguir se descrevem aumentam a probabilidade de morrer por eclâmpسيا.

Factores de risco comunitários

Incluem:

- Falta de atenção relativamente aos sintomas de pré-eclâmpسيا grave e de eclâmpسيا e à importância dos cuidados pré-natais regulares.
- Problemas de transporte.
- Baixo estatuto socio-económico (isto porque a gravidez na adolescência é mais frequente nos pobres).
- Problemas financeiros e incapacidade para pagar o transporte e os cuidados médicos.
- Desconfiança comunitária em relação ao pessoal de saúde.

Factores de risco dos serviços de saúde

Incluem:

- Não vigilância da tensão arterial e da urina durante os cuidados pré-natais.
- Não aconselhamento da mulher e familiares sobre os sinais e sintomas de pré-eclâmpسيا grave e de eclâmpسيا.
- Atraso no encaminhamento da mulher com sinais e sintomas de pré-eclâmpسيا ou eclâmpسيا.
- Falta de estratégias definidas para tratar a pré-eclâmpسيا e a eclâmpسيا.
- Pessoal não treinado para tratar mulheres com pré-eclâmpسيا grave ou eclâmpسيا
- Falta de equipamentos e fármacos para tratar a eclâmpسيا.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

(Leiam atentamente todas as instruções antes de começar)

1. Definam eclâmpsia.
2. Façam uma lista dos factores de risco de eclâmpsia (aumentam a probabilidade ou a gravidade de eclâmpsia).
3. Assinalem os factores de risco que são evitáveis ou que podem ser antecipados.
4. Refiram os passos para prevenir estes factores evitáveis ou para reduzir o risco.

De seguida, é dado um exemplo. Trabalhem de forma idêntica utilizando a Ficha de Trabalho para o efeito.

Têm uma hora para o trabalho de grupo.

Escolham um dinamizador e um relator.

Exemplo:

Factores de risco	Evitáveis?	Passos para evitar
Não vigilância da tensão arterial e da presença de proteínas na urina durante a gravidez.	Sim	Avaliar a tensão arterial e a presença de proteínas na urina em cada consulta pré-natal; discutir a importância dos cuidados pré-natais com os líderes comunitários, mulheres mais velhas, famílias e nas escolas.

FICHA DE TRABALHO

PREVENÇÃO DA ECLÂMPسيا		
Factores de risco	Evitáveis?	Passos para evitar

3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

SESSÃO 3

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem a importância de identificar e definir o problema da eclâmpsia de modo a iniciarem os cuidados adequados.
- Capacitar os alunos para adquirirem conhecimento do diagnóstico e diagnóstico diferencial da eclâmpsia.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 3 os alunos devem ser capazes de:

1. Fazer uma lista dos passos envolvidos na prestação de cuidados efectivos.
2. Reconhecer a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia.
3. Descrever o estado clínico de uma mulher com eclâmpsia.
4. Descrever o estado clínico de uma mulher com um problema que possa ser confundido com a eclâmpsia.
5. Demonstrar como se chega ao diagnóstico e a um diagnóstico diferencial de eclâmpsia.

PLANO

Exposição (½ hora).

Ensino clínico (1 hora por grupo pequeno de alunos).

Trabalho de grupo, feedback, discussão (2 horas).

RECURSOS

Puzzle didáctico: Porque é que ela está a ter uma convulsão?

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

Inicie esta Sessão explicando que são seis os passos do tratamento efectivo.

Os seis passos são:

- 1. Identificar o problema.*
- 2. Decidir o objectivo do tratamento.*
- 3. Seleccionar o melhor tratamento.*
- 4. Prestar cuidados, determinando as prioridades.*
- 5. Avaliar os resultados.*
- 6. Prestar mais cuidados, se necessário. Pode incluir o encaminhamento.*

Esta Sessão diz respeito ao passo 1. A identificação do problema implica fazer o seu diagnóstico correcto (isto é, decidir qual das duas ou mais condições podem ser a causa dos sinais e sintomas apresentados).

Pode ajudar encarar o estabelecimento do diagnóstico como “um trabalho de detective”.

Peça aos alunos para formarem pequenos grupos para debaterem como é que é feito o diagnóstico.

Pergunte aos alunos:

- Como é que um detective toma uma decisão em relação a um crime?*
- O que é que faz o detective?*

As respostas devem referir que o detective:

- Procura pistas.*
- Observa cuidadosamente.*
- Utiliza todos os sentidos (visão, audição, olfacto e tacto).*
- Coloca questões.*
- Considera todas as hipóteses.*

Relacione estes aspectos com as competências de diagnóstico.

Relembre os alunos que, tal como o detective, eles têm de resolver problemas. As decisões que tomam são muito importantes.

As directrizes que se seguem poderão ajudar.

Os alunos devem utilizar todos os sentidos e poder de observação:

- Olhar.*
- Ouvir.*
- Tocar.*
- Pensar cuidadosamente.*
- Colocar a questão: “Qual é o problema?”.*
- Ter em conta toda a informação disponível.*

O detective não chega a uma conclusão através de uma só pista. Tem sim, todas em consideração. Os alunos têm de aprender a fazer o mesmo.

RECONHECER A PRÉ-ECLÂMPسيا E A ECLÂMPسيا

A duração do ensino desta parte pode variar de acordo com a experiência clínica dos alunos. Pode ser necessário:

- *Rever e actualizar competências com o pessoal pós-básico.*
- *Ensinar novas competências a alunos inexperientes.*

Todos os alunos devem ser capazes de:

- *Medir e registar, correctamente, a tensão arterial.*
- *Analisar a urina quanto à presença de proteínas.*

1. *Divida os alunos em pequenos grupos.*
2. *Leve-os para a enfermaria ou aproveite quando estiver a visitar uma clínica ou uma casa.*
3. *Seleccione uma mulher (grávida, no início do parto ou no pós-parto imediato) por aluno. Após obterem permissão da enfermeira/parteira responsável, da mulher e dos seus familiares (se relevante) os alunos devem ler os registos da mulher, conversar com ela de modo a actualizar os dados e a obter a perspectiva desta sobre a sua condição e, posteriormente, realizar uma exame clínico completo.*

Reconhecer a pré-eclâmpسيا

Os alunos devem ser capazes de identificar os sintomas de pré-eclâmpسيا durante o exame clínico. Os sinais incluem:

- *Tensão arterial elevada.*
- *Proteinúria.*

Assegure-se que os alunos sabem qual o limite do valor normal da tensão arterial (140/90). Devem também compreender que a tensão diastólica é um indicador mais preciso de hipertensão do que a sistólica (que é mais afectada pelo estado emocional da mulher). Uma tensão diastólica entre 90 e 110 mm Hg indica uma pré-eclâmpسيا ligeira. Quando a tensão diastólica é de 110mm Hg ou mais, o problema é grave. Os alunos devem ensinar a mulher como colher urina pela técnica do jacto médio de modo a poderem testar a presença de proteínas.

Reconhecer a pré-eclâmpسيا grave

Os alunos devem colocar questões às mães, ouvir atentamente as respostas, examiná-la e identificar quaisquer sinais e sintomas de pré-eclâmpسيا grave.

Um ou mais destes sinais devem alertar a parteira para a possibilidade da mulher vir a ter uma convulsão eclâmptica. Devem ser prestados cuidados imediatos para prevenir esta convulsão.

Se foram feitas análises para a função renal e coagulação, os alunos devem verificar os resultados. A hemólise, enzimas hepáticas elevadas e diminuição da contagem de plaquetas reflectem uma situação grave afectando muitos sistemas e órgãos do corpo.

Depois dos alunos demonstrarem as suas competências discuta as observações. Se houve grupos diferentes a examinarem mulheres diferentes é aconselhável comparar os resultados.

Questões para discussão

Quais as mulheres examinadas que estão em risco de eclâmpسيا? Porque estão em risco?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Qualquer mulher grávida com 20 ou mais semanas de gestação e com hipertensão que tem uma crise convulsiva deve ser tratada por eclâmpsia. Se não existir hipertensão, a mulher é tratada por eclâmpsia até prova em contrário. Existem um número de outras condições que causam convulsões e que serão consideradas na próxima Sessão.

Se os alunos já estudaram o módulo da Sépsis Puerperal estão familiarizados com o puzzle didáctico utilizado neste módulo. Se a maior parte dos conteúdos desta Sessão é novo para os alunos, esta pode ser terminada noutro dia, de modo a dar tempo aos alunos para assimilarem a matéria.

O ensino clínico pode anteceder ou não o puzzle didáctico, de acordo com o desejo do professor.

É importante que os alunos compreendam como identificar as diferentes causas de convulsões e como distingui-las de eclâmpsia, de modo a serem tratadas de forma efectiva. Devem aprender a arte de diagnosticar e elaborar um diagnóstico diferencial quando a mulher de quem cuidam tem uma crise convulsiva.

Puzzle didáctico: “Porque é que ela está a ter convulsões?”

Este exercício pretende ajudar os alunos a identificarem outras condições que podem causar convulsões e que têm de ser distinguidas da eclâmpsia. Os alunos irão aprender a descrever o estado clínico das mulheres nestas condições, destacar os detalhes que devem ser realçados ao elaborar a história clínica e listar os testes e investigações que podem ser utilizados para confirmar o diagnóstico.

Para identificar o problema é preciso perguntar o que está a causar a convulsão.

O quadro clínico

Este exercício é delineado de forma a ajudar os alunos a juntarem informações diversas até chegarem ao diagnóstico mais provável. Divida os alunos em grupos para trabalharem nos puzzles.

Distribua a cada grupo o quadro clínico (A) e mais outros dois. O quadro clínico (A) diz respeito à Eclâmpsia, os outros dizem respeito a:

- (B) Epilepsia.*
- (C) Malária cerebral.*
- (D) Meningite.*
- (E) Tétano.*
- (F) Sépsis puerperal (septicemia).*

Corte as folhas do puzzle ao longo das linhas. Misture dois ou três puzzles e distribua-os a cada um dos grupos. Os alunos não sabem o diagnóstico antes de trabalharem no puzzle.

Dê aos alunos as “Instruções para o trabalho de grupo”.

As listas de verificação também devem ser distribuídas. Estas incluem a história, testes e investigações para cada quadro clínico. Utilize as listas de verificação para orientar a discussão durante o feedback.

Durante o trabalho de grupo, verifique se os alunos são capazes de completar o puzzle e descobrir os diagnósticos correctos.

Feedback

Após o trabalho de grupo, peça a cada um dos grupos que apresente:

- *As condições que diagnosticaram.*
- *Os factos que esperariam obter ao elaborarem a história da condição estudada.*

Os testes/investigações que iriam ajudar a confirmar o diagnóstico da condição estudada. Durante o feedback, aproveite a oportunidade para leccionar sobre as diferentes condições. Se necessário, promova o ensino clínico numa enfermaria com doentes admitidas com estes problemas. Peça a uma enfermeira, ou médico, experiente para apresentar os estudos de caso.

Exercício

Utilize o seguinte exercício para avaliar o grau de compreensão dos alunos.

1. *Dê a cada grupo um pedaço de papel com o nome de um dos quadros clínicos (A a F). Assegure-se que a eclâmpsia é incluída mas só uma vez.*
2. *Peça a cada grupo para apresentar, à restante turma, a história, sinais e sintomas de uma mulher com a condição indicada no papel. Encoraje-os a escrevê-los no quadro ou a utilizar um retroprojector. Podem também optar pela representação para apresentar o quadro característico desta condição.*
3. *Insista com a turma para que espere até todos os factos terem sido apresentados e/ou a representação ter terminado antes de fazerem o diagnóstico.*
4. *Após todos os grupos terem apresentado o seu caso, resuma as principais observações e verifique se existem dúvidas.*
5. *Realce que quando um quadro clínico não é claro, devem ser usados uma série de testes para elaborar um diagnóstico diferencial ou para confirmar o diagnóstico esperado.*

No final, verifique, novamente, se existem dúvidas. Resuma esta parte da Sessão e, de seguida, toda a Sessão ligando a teoria à prática.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

A Prática Clínica

1. Foram-lhes distribuídos alguns cartões. Coloquem-nos na mesa de modo a que os sintomas/sinais clínicos de cada peça fiquem para cima.
2. Separem os cartões uns dos outros de modo a que consigam ler os sinais e sintomas escritos em cada um deles.
3. Quando os cartões estiverem encaixados correctamente, irão formar um quadro clínico completo. Cada quadro clínico tem o desenho de uma mulher no centro. Os sinais e sintomas estão escritos à volta do desenho. Estes podem ser observados/sentidos por uma mulher que tenha convulsões.
4. Escolham os cartões que, na vossa opinião, devem ficar juntos de modo a descrever os sinais e sintomas de uma determinada condição que pode levar a uma convulsão. Juntem os cartões de modo a elaborar um quadro clínico completo.
5. Depois de completarem os três quadros clínicos, leiam, novamente, os sinais e sintomas e decidam qual o diagnóstico mais provável da mulher.
6. Escrevam o diagnóstico de cada quadro clínico. Um está marcado com A e os outros dois com B, C, D, E ou F. Verifiquem os diagnósticos a que chegaram, voltando os cartões ao contrário e comparando com o diagnóstico escrito do outro lado. O diagnóstico só pode ser lido depois dos cartões estarem colocados da forma e ordem correcta.
7. Para cada um dos quadros clínicos, discutam e escrevam:
 - Os dados que podem obter para corroborar o diagnóstico ao elaborarem a história clínica da mulher;
 - Sempre que apropriado, os testes e investigações clínicas que possam ajudar a confirmar o diagnóstico.

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

A. Eclâmpsia

História

A Pré-eclâmpsia e, conseqüentemente, o risco de eclâmpsia, é mais frequente:

- Na primigesta (especialmente em adolescentes e mulheres com mais de 35 anos).
- Nas mulheres obesas.
- Nas mulheres com hipertensão essencial ou renal.
- Na gravidez múltipla.
- Na mulher com:
 - Diabetes;
 - Mola hidatiforme;
 - Hidrâmnios;
 - Hidrôpsia fetal.

Sinais e sintomas

- Convulsões.
- Tensão arterial diastólica de 90 mm Hg ou mais após a 20ª semana de gestação.
- Proteinúria 2+ ou mais.

Pode também existir:

- Coma.
- Outros sinais e sintomas de pré-eclâmpsia severa:
 - Hiperreflexia.
 - Cefaleias (mais frequentes e que não aliviam com os analgésicos habituais).
 - Visão turva.
 - Oligúria (menos de 400 ml de urina em 24 horas).
 - Dor na parte superior do abdómen (dor epigástrica ou dor no quadrante superior direito).
 - Edema pulmonar.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

Normalmente, a tensão arterial está aumentada nos casos de eclâmpsia. A urina contém proteínas. Podem ser utilizados outros testes para diagnosticar ou excluir as várias situações que podem surgir e ser confundidas com a eclâmpsia. Por exemplo, uma colheita de urina pela técnica do jacto médio pode ser testada para a presença de proteínas e mandada para o laboratório para urocultura.

Onde estiver disponível, a análise ao sangue pode mostrar alterações da função renal e hepática e anomalias na coagulação da mulher com eclâmpsia. Os exames ao sangue que podem ser realizados são:

- Observação do sangue, ao microscópio para excluir malária.
- Teste das enzimas da função hepática que podem estar aumentadas na eclâmpsia, indicando lesão do fígado.
- Contagem de plaquetas que, normalmente, é baixa na pré-eclâmpsia/ eclâmpsia.
- Testes rápidos de coagulação para detectar coagulação deficiente.
- Estudo da função renal (electrólitos do plasma, ureia no sangue, creatinina e ácido úrico no sangue) cujos parâmetros estão elevados na eclâmpsia, que pode indicar insuficiência renal. A clearance da creatinina e as proteínas séricas podem estar diminuídas.

A falência da coagulação aumenta o risco de hemorragia pós-parto (HPP).

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

B. Epilepsia

História

Existe história, anterior à gravidez, de epilepsia. Na idade adulta o início da epilepsia é, habitualmente, secundária a uma patologia específica (isto é, a outra condição). Esta pode ou não piorar durante a gravidez.

As convulsões são provavelmente do tipo “grande mal epilético”. A mulher pode, ou não, estar medicada com anticonvulsivos ou sob cuidados médicos.

O aviso de uma convulsão iminente pode tomar várias formas consoante a pessoa. A mulher pode, frequentemente, descrever como se sente antes de uma convulsão.

Por vezes as convulsões epiléticas são menos graves na idade adulta do que na infância.

Em casos graves pode ocorrer deterioração mental com o decorrer dos anos.

Sinais e sintomas

- Convulsões.
- História anterior de convulsões.
- Tensão arterial normal.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

Devem ser despistadas as outras causas de convulsões.

Pode haver proteinúria após uma convulsão, caso contrário, a urina não tem alterações.

Os níveis de ureia no sangue estão dentro dos parâmetros normais.

Pode haver hipoglicémia.

Onde for possível, pode ser realizado um EEG (electroencefalograma) que mostra anomalias típicas.

Um exame cerebral (TAC) pode identificar algumas das causas das convulsões, por exemplo, um tumor.

Pode ser necessário transferir a mulher para uma instituição de saúde mais especializada para confirmar o diagnóstico e tratar.

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

C. Malária cerebral

História

O local onde a mulher vive normalmente é conhecido como uma zona endémica para a malária. Podem ter ocorrido casos idênticos em locais com malária cerebral endémica.

Habitualmente, a mulher não fez profilaxia anti-malárica. Pode estar a tomar medicação que não é eficaz contra a malária cerebral que é particularmente virulenta.

Existe história de febre alta, rigidez, cefaleias, vômitos, letargia e convulsões.

As grávidas com malária grave estão particularmente sujeitas a hipoglicémia, edema pulmonar, anemia e coma. A malária cerebral é, na maioria dos casos, rapidamente fatal.

Os alunos devem estar familiarizados com os sinais e sintomas de malária cerebral e do tipo de malária mais prevalente na sua área.

Se a mulher vive numa zona de malária e tem febre, cefaleias ou convulsões e o diagnóstico de malária não pode ser excluído, é essencial tratar a mulher tanto para a malária e como para a eclâmpsia.

Sinais e sintomas

- Febre.
- Arrepios/ rigidez.
- Cefaleias.
- Dores musculares e articulares.
- Coma.
- Anemia.

Podem também estar presentes:

- Convulsões.
- Icterícia.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

Colha sangue para:

- Hemoglobinémia (para detectar anemia associada à malária).
- Contagem de células brancas (elevada nas infecções).
- Parasitas da malária.

Na malária cerebral geralmente, mais de 5% das células vermelhas em circulação contêm parasitas.

Importante

Quando se suspeita de malária, deve iniciar-se, imediatamente, terapêutica anti-malárica e antipiréticos, antes de se conhecerem os resultados laboratoriais.

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

D. Meningite

História

A meningite pneumocócica pode estar associada a convulsões. As convulsões podem ser antecedidas por coma, mas a hipertensão não é frequente. Na maioria dos casos de meningite o início é súbito, embora na meningite tuberculosa o início seja gradual.

A meningite meningocócica ocorre em epidemias pelo que pode haver história de doença noutros membros da família ou da comunidade.

As meningites estreptocócica e estafilocócica são, muitas vezes, secundárias a outras infecções. Neste caso pode haver história ou evidência de infecção do ouvido (otite média, mastoidite) ou sinusite.

Sinais e sintomas

- Febre.
- Cefaleias.
- Rigidez da nuca.
- Fotofobia.

Podem também estar presentes:

- Convulsões.
- Confusão.
- Sonolência.
- Coma.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

Os sinais e sintomas clínicos, normalmente, tornam o diagnóstico óbvio, apesar de ser necessário distingui-lo de hemorragia sub-aracnoideia. O médico pode confirmar o diagnóstico através de punção lombar o que evidenciará:

- Aumento da pressão do líquido cefalo-raquidiano (LCR).
- O LCR tem um aspecto turvo na meningite bacteriana mas é cristalino na vírica.
- O organismo responsável pela infecção pode ser identificado e há aumento da contagem de células.
- Há aumento das proteínas e diminuição do açúcar e cloretos.

Existem dois sinais característicos nos casos de meningite. Realce que é mais importante ser capaz de reconhecer a presença de meningite e encaminhar a mulher para os cuidados apropriados do que recordar o nome dos sinais.

Sinal de Brudzinski:

Quando o pescoço é flectido pelo examinador (flexão passiva) de modo a que o queixo toque no tórax anterior, o doente flecte, espontaneamente, os membros inferiores.

Sinal de Kernig:

Quando o doente está em decúbito dorsal, a articulação da coxa é flectida o mais possível em direcção ao abdómen, tentando depois fazer a extensão do joelho, o que habitualmente se consegue fazer sem resistência. Na meningite há resistência à extensão do joelho. Este movimento estica a raiz do nervo sagrado e, consequentemente, as meninges, como estão inflamadas, provocam dor.

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

E. Tétano

História

O *Clostridium tetani* pode entrar na cavidade uterina através de instrumentos ou mãos sujas, especialmente durante abortos inseguros ou partos em más condições de higiene.

Considera-se que uma mulher está protegida do tétano se recebeu duas doses de toxina tetânica com, pelo menos, 4 semanas de intervalo e com um intervalo de, no mínimo, 4 semanas entre a última dose da vacina e o fim da gravidez (parto ou aborto). Uma mulher que fez a série de vacinas (5 tomas) há mais de 10 anos antes da actual gravidez deve fazer um reforço.

Sinais e sintomas

- Trismo (dificuldade em abrir a boca e mastigar).

Podem também estar presentes:

- Espasmos da face, pescoço ou tórax.
- Arqueamento da face posterior do tórax.
- Abdómen em tábua.
- Espasmos violentos espontâneos.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

Cultura de tecido infectado.

LISTA DE VERIFICAÇÃO ✓

F. Sépsis puerperal (septicemia)

História

Os factores de risco mais frequentes incluem:

- Maus hábitos de higiene.
- Técnica asséptica deficiente.
- Manipulações elevadas no canal de parto.
- Presença de tecido morto (devido a retenção prolongada do feto morto, retenção de fragmentos da placenta ou membranas, descamação de tecido morto das paredes da vagina após não progressão do trabalho de parto).
- Inserção de mão, instrumento ou tampão no canal de parto (devem ser analisadas as práticas tradicionais).
- Anemia e malnutrição pré-existente.
- Parto prolongado.
- Rotura prolongada das membranas.
- Exames vaginais frequentes.
- Cesariana ou outras operações obstétricas.
- Lacerações do colo uterino não reparadas e lacerações vaginais grandes.
- Infecções sexualmente transmitidas pré-existentes.
- Hemorragia pós-parto.
- Imunização com o toxóide tetânico inadequada ou inexistente.
- Diabetes mellitus.

Sinais e sintomas

- Febre com 38° C ou mais de temperatura.
- Febre – temperatura de 38°C ou mais.
- Arrepios e mal-estar geral.
- Dor na parte inferior do abdómen.
- Útero dolorido.
- Subinvolução.
- Lóquios purulentos e fétidos.

Pode também estar presente:

- Hemorragia vaginal ligeira.
- Choque.

Exames e investigações clínicas para confirmar o diagnóstico

- Amostra de urina colhida pela técnica do jacto intermédio.
- Zaragatoa da ferida, por exemplo, perineal ou abdominal, ou zaragatoa vaginal alta.
- Hemocultura, na presença de arrepios ou evidência de infecção grave.

Importante

Iniciar antibióticos de largo espectro de imediato enquanto se aguarda pelos resultados laboratoriais (ver Sessão 5). A septicemia pode-se desenvolver rapidamente e tem uma elevada taxa de mortalidade.

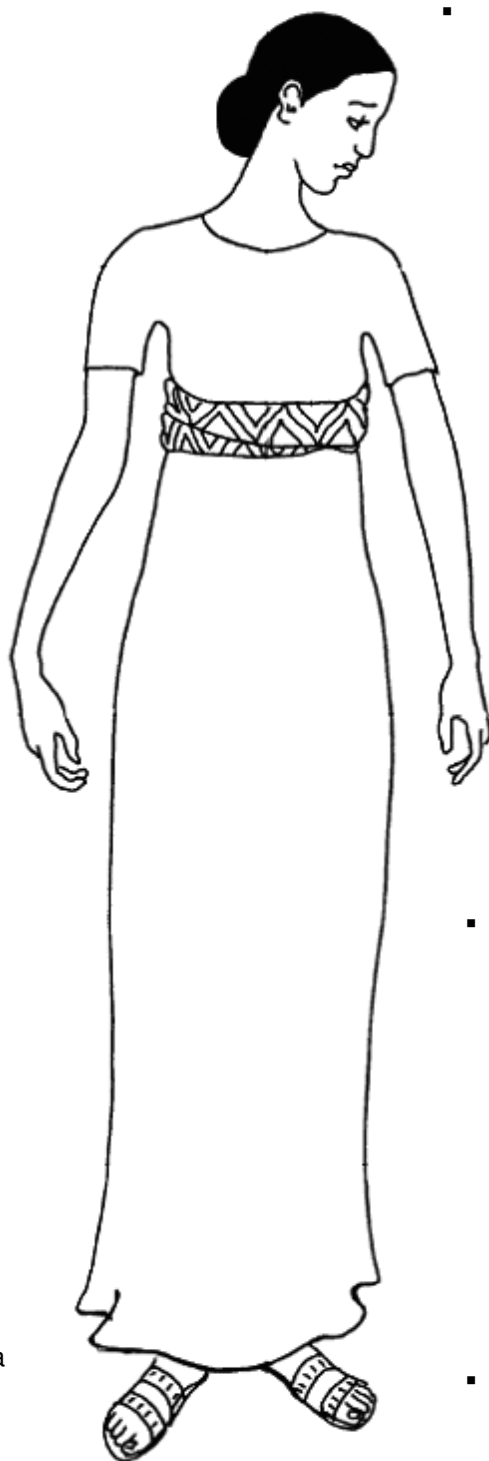
PUZZLES DIDÁCTICOS

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

(A) QUADRO CLÍNICO (A)

- Pode haver cefaleias, distúrbios da visão, dor epigástrica.

- Fases da convulsão bem definidas mas sem aviso característico ou familiar ao doente.



- Convulsões.

- Tensão diastólica de 90 mm Hg ou mais, após a 20ª semana de gestação.

- Proteinúria 2+ ou mais.

- Pode estar inconsciente.

- Débito urinário inferior a 400 ml em 24h

- Pode haver edema pulmonar.

ECLÂMPsia

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

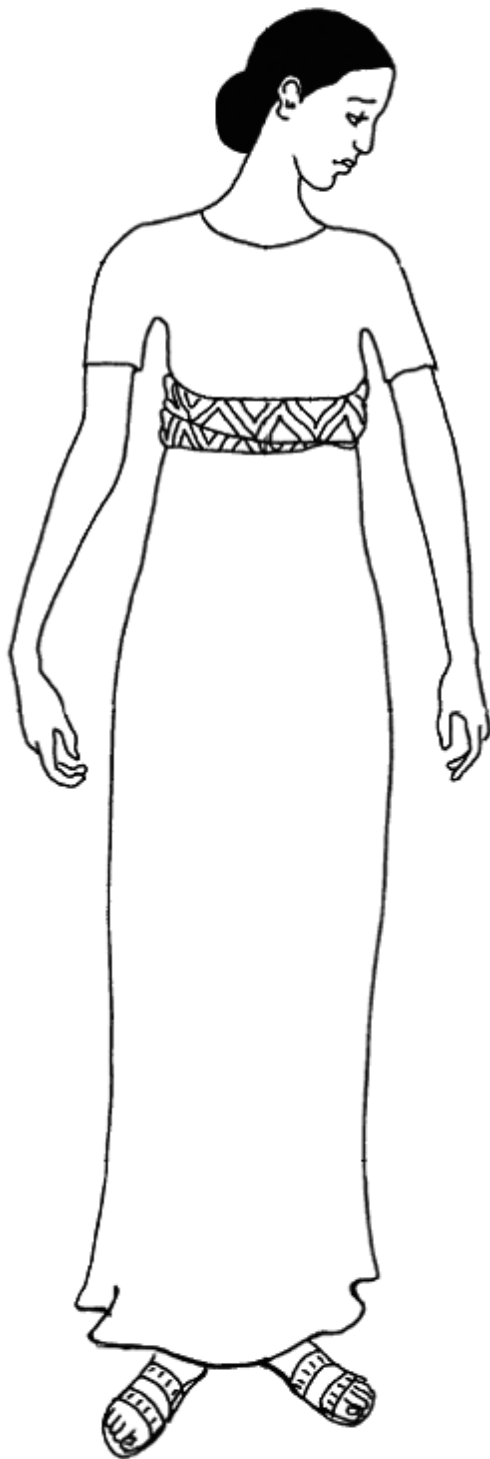
(B) QUADRO CLÍNICO (B)

- Convulsões.

- Tensão arterial normal.

- Fica inconsciente muitas vezes a seguir a um grito.

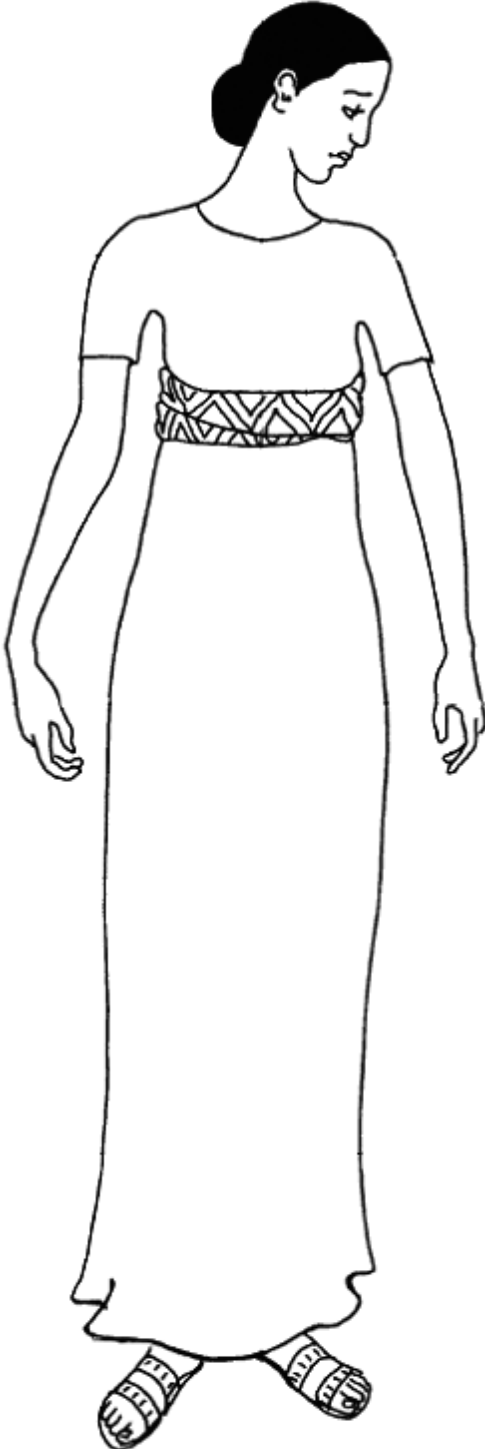
- Pode haver um aviso característico antes de uma convulsão.



EPILEPSIA

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

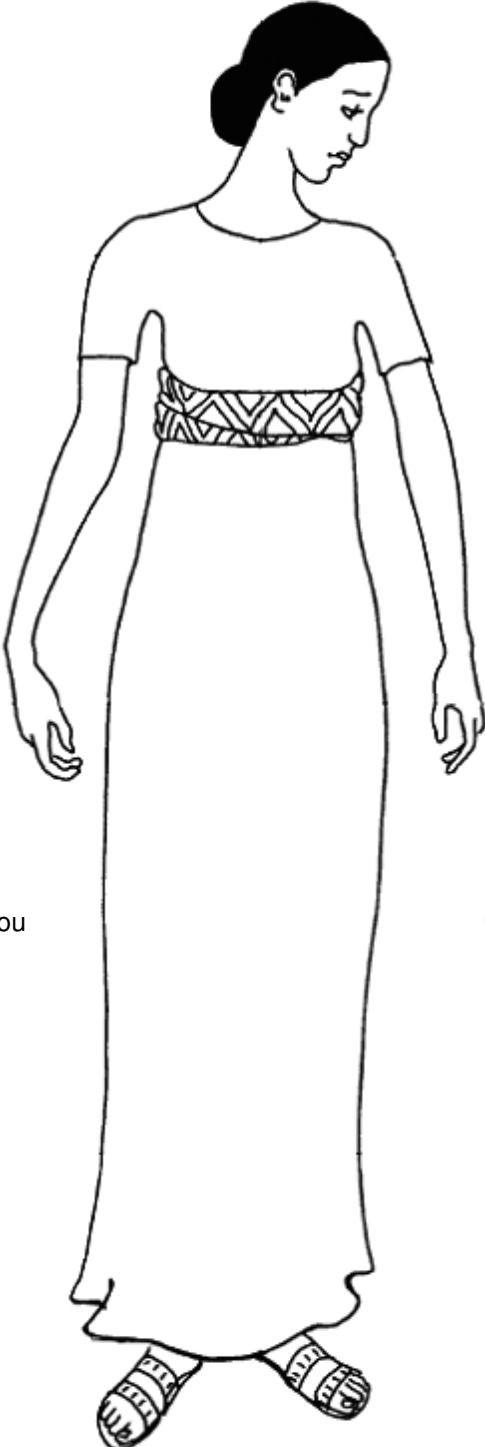
(C) QUADRO CLÍNICO (C)

- Febre.
 - Arrepios/ rigidez.
 - Cefaleias.
- 
- Pode haver anemia.
 - Pode haver convulsões.
 - Pode ter icterícia.
 - Pode ter edema pulmonar.
- Dores musculares e das articulações.
 - Coma.
 - O débito urinário pode ser inferior a 400 ml em 24 horas.

MALÁRIA CEREBRAL

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

(D) QUADRO CLÍNICO (D)



▪ Febre.
▪ Cefaleias.

▪ Rigidez da nuca.

▪ Pode ter convulsões.

▪ Fotofobia.

▪ Pode estar sonolenta e/ou confusa.

▪ Pode estar em coma.

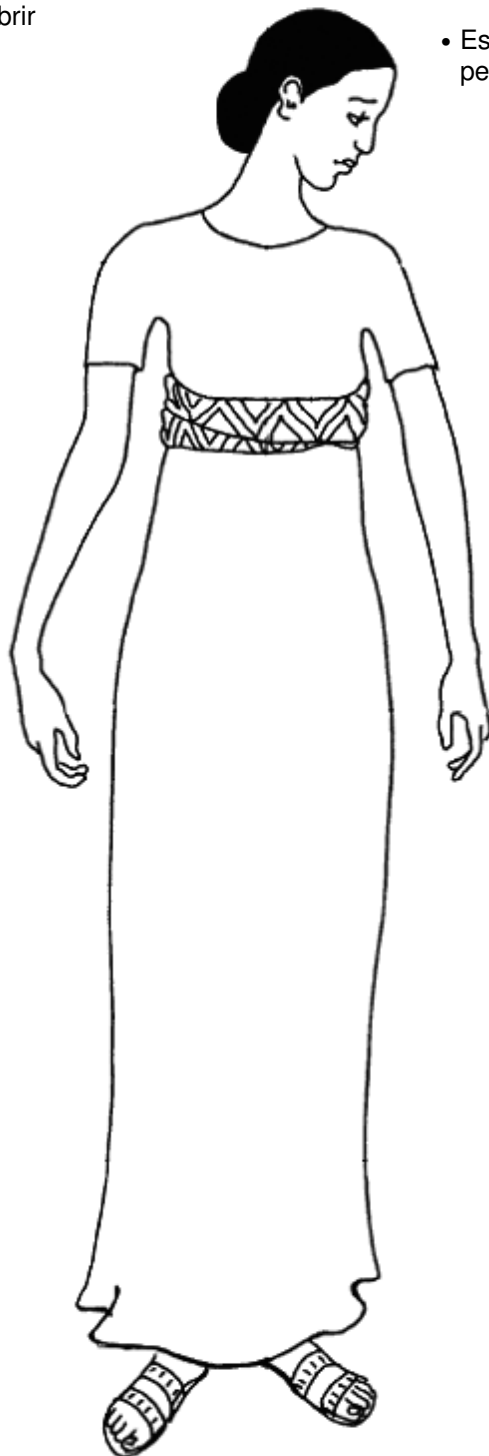
MENINGITE

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

(E) QUADRO CLÍNICO (E)

- Trismus (dificuldade em abrir a boca e mastigar).

- Espasmos da face e pescoço.



- Face posterior do tórax arqueada.

- Espasmos do tronco.

- Abdómen rígido.

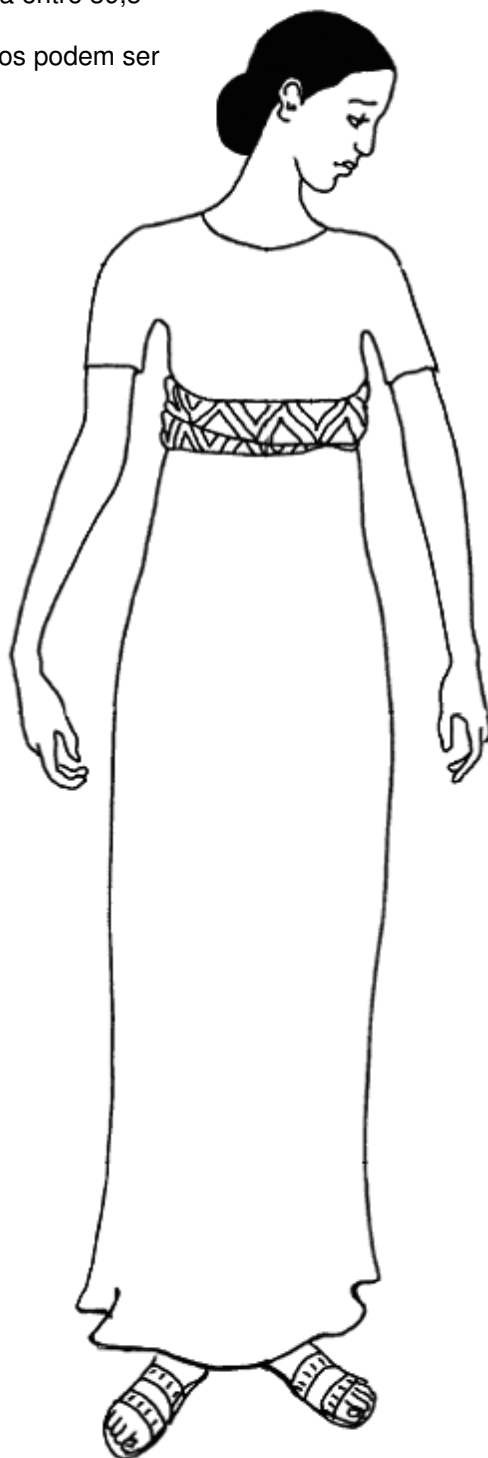
- Espasmos espontâneos e violentos.

TÉTANO

Porque é que ela está a ter uma convulsão?

(F) QUADRO CLÍNICO (F)

- Febre: temperatura varia entre 39,5 e 40,5°C.
- No início: febre e arrepios podem ser o único sinal.



- Pode surgir icterícia.
- Pode haver dor abdominal.

- Mulher muito doente.
- Delírio.

- Pulso rápido (120 ou mais ppm).

- Envolvimento cardíaco e pulmonar:
 - Pericardite.
 - Endocardite.
 - Pleuresia.
 - Pneumonia.

- Nas infeções graves as articulações podem ficar dolorosas e moles.

- Podem ocorrer convulsões e coma.

SEPTICEMIA

4. TRATAMENTO DA ECLÂMPSIA

SESSÃO 4

TRATAMENTO DA ECLÂMPسيا

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem o tratamento dos casos de eclâmpسيا.
- Capacitar os alunos para iniciarem o tratamento e transferirem a mulher, de forma apropriada.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 4 os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar os princípios do tratamento da eclâmpسيا.
2. Descrever o tratamento da hipertensão induzida pela gravidez e da pré-eclâmpسيا ligeira.
3. Descrever o tratamento da pré-eclâmpسيا grave e da eclâmpسيا, incluindo o uso de fármacos anticonvulsivos e antihipertensivos.
4. Especificar os problemas que podem surgir após o parto, numa mulher com convulsões eclâmpticas e descrever o seu tratamento.
5. Explicar as práticas clínicas de prevenção de infecções aplicáveis ao tratamento da eclâmpسيا.

PLANO

Exposição.

Discussão.

Carga horária: (2 horas).

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

INTRODUÇÃO

Reveja, com os alunos, as seis etapas de um tratamento efectivo.

Nesta Sessão o problema já foi identificado. A mulher sofre de eclâmpsia. O objectivo do tratamento é salvar a vida e prevenir sequelas futuras. Para o fazer, é essencial seleccionar o melhor tratamento.

Esta Sessão foca as etapas 4-6 do tratamento efectivo.

Princípios do tratamento

Os princípios do tratamento da eclâmpsia são:

- *Rapidez.*
- *Competência.*
- *Estabelecimento de prioridades.*

Rapidez

Os alunos devem compreender, claramente, que, quando uma mulher tem uma convulsão eclâmpica (tal como noutro tipo de convulsão), a rapidez é essencial e irá influenciar o resultado (se a mulher irá viver ou morrer).

Relembre que, quando o cérebro é privado de oxigénio, a mulher pode sofrer danos cerebrais permanentes.

Pergunte aos alunos:

- *Quanto tempo pode o cérebro ficar sem oxigénio sem sofrer danos permanentes? (a resposta correcta é quatro minutos. Também devem saber que se a mulher tem anemia, terá um nível de tolerância mais baixo para a falta de oxigénio).*
- *Porque é que as mulheres com anemia grave estão em maior risco de sequelas causadas pela falta de oxigénio (hipoxia)?*

Devem perceber que:

- *As células vermelhas transportam o oxigénio.*
- *Na anemia existem menos células vermelhas para transportar oxigénio.*

Competências

Esta Sessão deve ser leccionada o mais integrada que é possível com a Sessão sobre competências clínicas (Sessão 5). A saúde e vida das mulheres dependem das competências clínicas das parteiras.

Prioridades

Explique que as prioridades da parteira no tratamento de uma convulsão eclâmpica são:

- *Chamar assistência médica.*
- *Ficar com a mulher e evitar que se magoe.*
- *Posicionar a mulher em decúbito lateral esquerdo para reduzir o risco de aspiração de secreções, vómito ou sangue.*
- *Assim que possível, desobstruir as vias aéreas e/ou administrar oxigénio.*

Imediatamente após uma convulsão:

- *Administrar os fármacos de urgência disponíveis para controlar as convulsões e a hipertensão.*
- *Iniciar uma solução EV.*
- *Avaliar a tensão arterial, pulso, respiração e nível de consciência.*
- *Fazer um cateterismo urinário para controlar o débito urinário e proteinúria.*

São estas as prioridades pelo que devem ser feitas em primeiro lugar e antes de qualquer outra intervenção. Para as realizar é, por vezes, necessário alterar a rotina.

*Explique que as formalidades de admissão e as rotinas dos cuidados obstétricos podem ser executadas mais tarde. Perder carga horária nesta altura pode levar à morte da mulher. **Lembre que os atrasos significam morte.***

Os alunos devem perceber que têm de identificar o que tem de ser feito de modo a salvar a vida e adiar as rotinas para mais tarde.

Tenha consigo qualquer protocolo ou circular que possa existir sobre o tratamento da eclâmpsia na sua unidade. Verifique-os, antecipadamente, com o responsável médico para ver se precisa de ser actualizado.

A informação contida nesta Sessão deve ser leccionada antes do ensino clínico previsto para a próxima Sessão.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO INDUZIDA PELA GRAVIDEZ E DA PRÉ-ECLÂMPسيا LIGEIRA

Para detectar sinais precoces de hipertensão induzida pela gravidez e pré-eclâmpsia, são necessárias consultas pré-natais regulares, especialmente no terceiro trimestre de gravidez.

Em cada consulta pré-natal, deve ser avaliada a tensão arterial da mulher, assim como a presença de proteínas na urina. As grávidas devem ser encorajadas a iniciarem as consultas pré-natais numa fase precoce da gravidez de modo a que haja um valor de referência da sua tensão arterial. Se houver aumento da tensão arterial, a mulher deve ser vigiada a intervalos mais frequentes. Se desenvolver proteinúria, deve ser admitida num serviço de saúde capaz de assistir uma mulher que possa vir a desenvolver eclâmpsia.

Hipertensão induzida pela gravidez

A tensão arterial diastólica é 90 – 110 mm Hg e não há proteinúria. Normalmente a mulher é tratada como doente externa e seguida, semanalmente, em casa ou na instituição de saúde da sua área.

Bases do tratamento a uma doente ambulatoria:

- Avaliação semanal da tensão arterial, para a presença de proteínas na urina e estado do feto (crescimento, movimentos, frequência cardíaca).
- Verificar se a mulher tem cefaleias fortes, distúrbios visuais ou dor abdominal.
- Explicar à mulher e aos seus familiares os sinais de perigo da pré-eclâmpsia grave, assegurando que compreendem a importância de procurar, imediatamente, ajuda médica se surgir algum dos sinais.

Se a tensão arterial diminuir para valores normais e não existirem outras complicações, houve estabilização do problema e a mulher deve ser autorizada a ter um parto normal.

No entanto, se a tensão arterial aumentar e/ou aparecer proteinúria e houver atraso significativo do crescimento do feto ou indicações de que o seu estado de saúde está comprometido então a mulher, deve ser tratada como tendo pré-eclâmpsia (ver abaixo).

Pré-eclâmpsia ligeira

Na pré-eclâmpsia ligeira a tensão arterial diastólica situa-se entre os 90 – 100 mm Hg e há até 2+ de proteínas na urina. Referencie a mulher para o hospital.

Se a gestação tem menos de 37 semanas:

Se os sinais se mantiverem ou normalizarem, siga a mulher como doente externa duas vezes por semana:

- Avalie a tensão arterial, presença de proteínas na urina, reflexos e estado do feto (crescimento, movimentos, frequência cardíaca).
- Ensine, à mulher e aos seus familiares, os sinais de perigo de pré-eclâmpsia grave e da eclâmpsia.

- Incentive períodos de descanso.
- Incentive a mulher a fazer uma dieta normal (não há evidência que a restrição de sal ajude).
- Não administre anticonvulsivos, antihipertensivos, sedativos ou tranquilizantes.

Se não é possível o tratamento num ambulatório, admita a mulher no hospital:

- Providencie uma dieta normal.
- Avalie a tensão arterial, urina (para proteinúria), reflexos e estado do feto (crescimento, movimentos e frequência cardíaca).
- Não administre anticonvulsivos, antihipertensivos, sedativos ou tranquilizantes.
- Não administre diuréticos (são prejudiciais e só estão indicados quando existe edema pulmonar ou insuficiência cardíaca congestiva).

Se a **tensão arterial diastólica diminuir para valores normais** e o **estado da mulher se mantiver estável**, envie-a para casa:

- Aconselhe-a a descansar e a estar atenta aos sinais de perigo de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.
- Observe a mulher duas vezes por semana para avaliar a tensão arterial, presença de proteínas na urina, estado do feto (crescimento, movimentos e frequência cardíaca) e presença de sinais e sintomas de pré-eclâmpsia grave.
- Se houver novo aumento da tensão arterial diastólica, readmita-a.

Se a mulher **mantiver os mesmos sinais**, mantenha-a no hospital, continue com o mesmo tratamento e avalie o crescimento fetal por medição da altura do fundo do útero:

- Se houver **sinais de atraso no crescimento do feto**, considere a hipótese de antecipar o parto, caso contrário, mantenha a mulher hospitalizada até ao final da gestação.

Se o nível de proteínas na urina aumentar, trate como pré-eclâmpsia grave (ver abaixo).

Se a gestação tem mais de 37 semanas:

Se existem sinais de comprometimento do feto, avalie o colo do útero e provoque o parto.

Se o **colo do útero estiver favorável** (macio, fino e parcialmente dilatado), rompa as membranas com uma pinça de membranas ou uma pinça de Kocker e induza o parto utilizando ocitocina ou prostaglandinas.

Se o **colo do útero não estiver favorável** (duro, firme e fechado), abra-o utilizando prostaglandinas ou um cateter de Foley para realizar uma cesariana.

TRATAMENTO DA PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE E DA ECLÂMPسيا

Recorde os alunos das principais causas de morte materna na eclâmpsia (ver quadro da Sessão 1).

Relembre-lhes que, após procederem aos tratamentos mais urgentes é importante que avaliem o resultado e, se necessário transfiram a mulher para uma instituição de saúde mais especializada.

Durante o tratamento de uma mulher com eclâmpsia, os alunos devem ter presente que esta pode estar a sofrer de malária cerebral, meningite ou septicemia (ver Sessão 3)

As convulsões eclâmpticas podem ter início antes, durante ou até 48 horas depois do parto. Em ambos os casos o tratamento é o mesmo. Na pré-eclâmpsia grave, o parto deve ser realizado nas 24 horas após o início dos sintomas; na eclâmpsia o parto deve ser

realizado nas 12 horas a seguir ao início das convulsões.

O tratamento da eclâmpsia envolve seis etapas:

1. Assegurar que as vias aéreas estão permeáveis e a mulher consegue respirar.
2. Controlar as convulsões.
3. Controlar a tensão arterial.
4. Cuidados e avaliação gerais, incluindo controlo do balanço hidroelectrolítico.
5. Parto.
6. Avaliar cuidadosamente para prevenir mais convulsões e identificar as complicações.

O tratamento da pré-eclâmpsia grave inclui os passos 2 a 6 descritos anteriormente, mas em vez de controlar as convulsões, o objectivo é prevenir o seu início.

1. Assegurar que a mulher consegue respirar

Pode ser assegurado em quatro passos:

- Colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo para reduzir o risco de aspiração de secreções, vômito e sangue.
- Administrar oxigénio (se houver) durante cinco minutos após cada convulsão ou enquanto a cianose persistir.
- Se necessário, aspirar a boca e a orofaringe para desobstruir as vias aéreas após cada convulsão.
- Permanecer junto da mulher e assegurar que as vias aéreas estão desobstruídas.

2. Controlo das convulsões ou crise convulsiva

As convulsões são controladas através da administração de fármacos anticonvulsivos. O fármaco de eleição, tanto para prevenir como para tratar a eclâmpsia é o sulfato de magnésio. Se este não estiver disponível, pode ser administrado diazepam mas existe um risco maior de depressão fetal dado que este fármaco passa a barreira placentária. É pouco provável que uma dose única de diazepam cause depressão neonatal mas, se o tratamento se mantiver o risco aumenta, podendo o efeito durar vários dias.

Sulfato de magnésio

Dose de impregnação:

Administre 4 g de uma solução de sulfato de magnésio EV a 40%, durante 5 minutos. O sulfato de magnésio não deve ser administrado em bolus.

Administre, de imediato, 10 g de uma solução de sulfato de magnésio a 50%, 5 g IM em cada nádega com 1ml de lidocaína a 2% na mesma seringa. É necessário uma boa técnica asséptica aquando da administração de sulfato de magnésio EV. A mulher pode referir uma transacção de calor durante a administração o que é normal.

Se as convulsões se repetirem após 15 minutos, administre 2 g de sulfato de magnésio (solução a 50%) EV em 5 minutos.

Dose de manutenção:

Administrar, em locais alternados, e na mesma seringa, 5 g de sulfato de magnésio (solução a 50%) com 1 ml de lidocaína a 2% de 4 em 4 horas.

Continue o tratamento com sulfato de magnésio durante 24 horas depois do parto ou da última convulsão, consoante o que ocorrer por último.

Observações a realizar antes de administrar doses repetidas de sulfato de magnésio:

- Frequência respiratória.
- Reflexos patelares (do joelho).
- Débito urinário.

Complicações:

Deve-se suspender a administração de sulfato de magnésio se:

- A frequência respiratória for inferior a 16 ciclos por minuto.
- Os reflexos patelares estiverem ausentes.
- O débito urinário for inferior a 30 ml por hora durante as 4 horas desde a última dose.

Antídoto:

Em casos de paragem respiratória:

- Administre 1 g de gluconato de cálcio (10 ml de solução a 10%) EV lentamente, até a respiração ser satisfatória.
- Assista a ventilação utilizando um ambú ou intubação.

Vantagens do sulfato de magnésio:

Tem sido demonstrado em estudos multicêntricos que o sulfato de magnésio é mais efectivo que o diazepam ou a fenitoína na prevenção ou redução do número de convulsões eclâmpicas.

Desvantagens do sulfato de magnésio:

O sulfato de magnésio pode causar depressão ou paragem respiratória.

Diazepam

Utilize apenas se o sulfato de magnésio não estiver disponível.

Dose de impregnação:

Administre 10 mg EV lentamente durante 2 minutos. Se houver novamente convulsões, repita a dose de impregnação

Dose de manutenção:

Administre 40 mg de diazepam em 500 ml de lactato de Ringer ou solução salina normal EV de modo a manter a mulher sedada mas facilmente despertável.

Complicações:

Pode ocorrer depressão materna quando a dose exceder as 30 mg numa hora. Se tal acontecer:

- Assistir a ventilação utilizando ambú ou intubação.
- **Não** administrar mais de 100 mg de diazepam em 24 horas.

Administração rectal de diazepam:

Administre o diazepam por via rectal apenas quando não se consegue um acesso EV.

Dose de impregnação:

Administre 20 mg numa seringa de 10 ml (ou utilize um cateter urinário).

Remova a agulha, lubrifique a ponta da seringa e insira-a no recto até metade do seu tamanho.

Administre o conteúdo da seringa e mantenha-a no lugar, juntando as nádegas, durante 10 minutos, para impedir a expulsão da droga.

Se as convulsões não forem controladas em 10 minutos, administre 10 mg, ou mais, por hora, dependendo do tamanho da mulher e da resposta ao fármaco.

Vantagens do diazepam

Pode estar mais disponível do que o sulfato de magnésio.

Desvantagens do diazepam:

O diazepam atravessa a placenta e causa depressão respiratória do recém nascido, dificuldade na alimentação e na manutenção da temperatura corporal.

3. Controlo da tensão arterial*

Fármacos antihipertensivos

Os antihipertensivos devem ser administrados se a tensão arterial diastólica é igual ou superior a 110 mm Hg. O objectivo é manter a tensão arterial diastólica entre os 90 e os 100 mm Hg para prevenir uma hemorragia cerebral. A hidralazina é o fármaco de eleição.

Hidralazina

Administre a hidralazina lentamente, 5 mg EV a cada 5 minutos até a tensão arterial baixar. Repita de hora a hora consoante a necessidade ou administre 12,5 mg IM de 2 em 2 horas, de acordo com as necessidades.

Se a hidralazina não estiver disponível, administre outro fármaco antihipertensivo, por exemplo, 10 mg de labetalol EV. A dose pode ser aumentada para 20 mg, 40 mg e 80 mg com um intervalo de 10 minutos entre cada incremento, até se obter a resposta pretendida, isto é, tensão arterial diastólica abaixo dos 110 mm Hg.

Vantagens da hidralazina:

A hidralazina reduz rapidamente a tensão arterial quando existe hipertensão grave. Não causa semi-consciência e todos os problemas que daí advêm.

Desvantagens da hidralazina:

A hidralazina pode causar na mãe:

- Pulso acelerado.
- Náuseas e vômitos.
- Cefaleias.
- Tremores musculares.

Pode também contribuir para o sofrimento fetal devido à rápida descida da pressão sanguínea que leva a uma redução da circulação sanguínea no útero e placenta.

4. Cuidados gerais e avaliação

Qualquer estímulo pode originar uma crise convulsiva pelo que os estímulos externos como o barulho, as luzes fortes e a mobilização da mulher devem ser reduzidos ao mínimo. A mulher deve ser cuidada num quarto individual, sossegado e nunca deve ser deixada sozinha, uma vez que pode ter uma crise a qualquer altura, inalar secreções ou vômitos e/ou sofrer complicações sérias se não estiver ninguém no quarto para a assistir. Os instrumentos de anestesia, material de aspiração e de administração de oxigénio devem estar ao lado da cama, disponíveis para serem utilizados em qualquer altura.

Só devem ser prestados os cuidados essenciais, nomeadamente:

- Mudança de posição de duas em duas horas para evitar pneumonia de aspiração.
- Cuidados à boca (não são administrados líquidos por via oral).
- Cateterização urinária e avaliação do débito urinário.

Observação da mulher:

- A prostração ou a presença de espasmos podem indicar o início de uma convulsão.
- É observada a coloração da pele e mucosas – a presença de cianose indica necessidade de oxigénio.

* Uma redução da tensão arterial ligeira e sustentável num período de três horas é preferível a uma descida abrupta

- Avaliação da temperatura de 4 em 4 horas. Pode haver hiperpirexia.
- O pulso e a respiração são avaliados e registados de hora a hora ou com mais frequência.
- A tensão arterial é medida e registada pelo menos de hora a hora.
- A frequência cardíaca do feto é avaliada de hora a hora.
- Sinais de parto.
- Registo rigoroso do balanço hidroelectrolítico.

É feito o cateterismo urinário e o balanço hidroelectrolítico é registado de hora a hora. Todos os líquidos são administrados por via EV. No entanto, a administração deve ser restringida se houver risco de sobrecarga renal por alteração da função renal provocada pela doença. Se o débito urinário, por hora, for inferior a 30 ml deve-se suspeitar de insuficiência renal.

A manutenção de um balanço hidroelectrolítico adequado é essencial para prevenir a intoxicação hídrica, hiponatremia e edema pulmonar.

Não devem ser utilizados diuréticos a não ser que haja evidência de edema pulmonar. Para diagnosticar edema pulmonar, as bases dos pulmões são auscultadas para detectar a presença de ferveiros. A administração de líquidos deve ser suspensa.

Deve ser avaliada a **coagulação** através de um teste rápido do tempo de coagulação. A não formação de coágulo em sete minutos ou a formação de um coágulo que se desfaz facilmente, indicam a presença de coagulopatia (falência da coagulação).

5. Nascimento do bebé O nascimento deve ocorrer assim que a mulher estabilizar, independentemente da idade gestacional. **Na pré-eclâmpsia grave, o nascimento deve ocorrer nas 24 horas após o início dos sintomas. Nos casos de eclâmpsia, o nascimento deve ocorrer nas 12 horas após o início das convulsões.**

O médico decidirá o método de nascimento, tendo em conta o período de gestação e o estado do colo do útero.

Avaliação do colo do útero Deve ser feito um exame vaginal para avaliar o estado do colo do útero.

- Se o **colo do útero** estiver **favorável**, (mole, fino, parcialmente dilatado), deve-se proceder à rotura das membranas e induzir o parto administrando ocitocina ou prostaglandinas. O parto por via vaginal deve ser possível.
- Se o **colo do útero** não está **favorável** (duro, formado e fechado) e o feto está vivo, deve ser feita uma cesariana.

Indicações para cesariana

- Colo do útero desfavorável.
- Alterações da frequência cardíaca fetal (menos de 100 ou mais de 180 ppm).
- Se não se prevê a possibilidade de um parto por via vaginal nas 12 horas seguintes, em casos de eclâmpsia ou 24 horas seguintes para casos pré-eclâmpsia grave.

A cesariana deve ser realizada sob anestesia geral. A anestesia local ou a Ketamine (Ketalar) não devem ser utilizadas nas mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

É importante assegurar a exclusão de coagulopatia antes de realizar a cesariana.

Contra-indicações da cesariana

- Risco associado à anestesia.
- Feto muito prematuro para sobreviver.
- Morte do feto no útero.

6. Cuidados pós-parto É importante perceber que as convulsões podem ocorrer, pela primeira vez, nas 48 horas a seguir ao parto. As convulsões podem também voltar a ocorrer após o parto pelo que a mulher deve continuar a ser cuidadosamente vigiada.

- Pontos a ter em conta na prestação de cuidados**
1. Deve continuar-se a observar, cuidadosamente a mulher, como descrito anteriormente por, pelo menos, 48 horas após o parto.
 2. A terapêutica com anticonvulsivos deve ser mantida durante 24 horas após o parto ou última convulsão.
 3. A terapêutica antihipertensiva é mantida até a tensão arterial diastólica diminuir para menos de 110 mm Hg.
 4. Continue os cuidados num quarto individual e calmo e não deixe a mulher sozinha.
 5. Avalie o débito urinário. A mulher tem tendência para reter líquidos devido ao facto dos rins para excretarem os líquidos em excesso, lentamente após o parto. Tal pode causar um aumento na tensão arterial. Tenha atenção para não administrar demasiados líquidos durante este período.
 6. Se após 48 horas não tiverem ocorrido convulsões, o débito urinário for bom e a tensão arterial diastólica inferior a 110 mm Hg, a mulher pode ser transferida para a enfermaria geral para recuperar. Continue a avaliar a tensão arterial de quatro em quatro horas durante alguns dias.
 7. Marque uma consulta de seguimento para 6 semanas após o parto.

Problemas e complicações

- Convulsões sucessivas** Se a mulher continuar a ter convulsões, verifique:
- Se o diagnóstico de eclâmpsia é o correcto (o que significa excluir outras causas para as convulsões).
 - Se tensão arterial está correctamente controlada.

Informe o médico do estado da mulher.

- Oligúria** Se o débito urinário é inferior a 500 ml em 24 horas:
- Limite a administração de líquidos a 500 ml em 24 horas + quantidade igual à urina excretada.

Se não houver melhoria em 48 horas, é necessário transferir para cuidados mais especializados (nível terciário).

- A tensão arterial continua elevada** Mantém-se a terapêutica antihipertensiva se a tensão arterial diastólica permanecer acima dos 110 mm Hg. Se a tensão arterial se mantiver elevada, a mulher deve ser encaminhada para um médico que decidirá sobre o tratamento a longo prazo.

- Falência da coagulação** O médico deve considerar o encaminhamento para um hematologista o que pode implicar encaminhamento para cuidados mais especializados (nível terciário).

- Coma persistente** Se o coma persistir por mais de 24 horas após uma convulsão, a mulher deve ser encaminhada para cuidados mais especializados (nível terciário).

Terminar a sessão Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem. Lembre os alunos da necessidade de adquirir boas competências clínicas de diagnóstico precoce e de agir prontamente. Relembre-lhes também a necessidade de apoiar a família que estará extremamente angustiada com o facto de a mulher estar a convulsionar; da necessidade de ser cuidadoso, para não magoar a mulher no caso de estar inconsciente, ou provocar mais convulsões; da necessidade de respeitar sempre a dignidade da mulher; da necessidade de ter muita atenção à higiene e prevenção das infecções (se a prevenção das infecções não foi abordada recentemente, termine a sessão usando a informação das páginas que se seguem).

INFORMAÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO

Os procedimentos para prevenção da infecção são essenciais para o tratamento de qualquer complicação da gravidez ou do parto. Peça aos alunos para elaborarem uma lista sobre a importância dos procedimentos de prevenção da infecção. Escreva as respostas no quadro ou flipchart, que devem incluir:

- *Diminuir a transmissão de agentes patogénicos sanguíneos como o VHB (vírus da hepatite B) e o VIH.*
- *Proteger os doentes.*
- *Proteger o pessoal.*
- *Proteger a comunidade.*

Peça, agora, aos alunos para enumerarem as cinco práticas clínicas das “Precauções Universais”. Escreva as respostas no quadro. Estas devem incluir:

- *Lavagem das mãos.*
- *Utilização de barreiras protectoras como luvas, batas, aventais de plástico e óculos. Para prevenir o contacto directo com sangue e outros fluidos corporais.*
- *Descontaminação segura dos instrumentos e outro material contaminado.*
- *Manuseamento e eliminação segura dos materiais cortantes.*
- *Eliminação segura do lixo contaminado com sangue e outros fluidos corporais.*

Lembre que as “Precauções Universais” se baseiam no pressuposto que todo o sangue está potencialmente infectado, independentemente de ser de um doente ou de um profissional de saúde. As Precauções Universais têm como objectivo reduzir ao máximo a exposição accidental dos doentes e profissionais de saúde a sangue potencialmente infectado.

Continue a rever, com a turma, as práticas clínicas de prevenção de infecção. Pode não demonstrar algumas destas práticas clínicas, dependendo das necessidades e capacidades dos alunos.

Lavagem das mãos

A lavagem das mãos é importante para reduzir a transmissão de infecções, uma vez que a fricção mecânica da lavagem com água e sabão remove muitos dos agentes patogénicos responsáveis pela transmissão de doenças. Deve ser usada, preferencialmente, água corrente (se não houver água canalizada, deve ser utilizado um contentor limpo, reutilizável com uma torneira). Pode ser usado sabão normal ou anti-séptico. Para secar as mãos deve ser usada uma toalha limpa.

As mãos devem ser lavadas:

- **Antes** de fazer um exame físico ou pélvico ou qualquer outro procedimento;
- **Antes** de calçar luvas;
- **Após** manipular instrumentos sujo;
- **Após** tocar nas mucosas, tecidos, sangue ou outros fluidos corporais;
- **Após** descalçar as luvas;
- **Entre** contactos com doentes diferentes.

Utilização de luvas

Os profissionais devem usar luvas novas, ou que tenham sido desinfectadas em elevado grau, quando realizam exames pélvicos ou outros procedimentos, especialmente quando as mãos estão potencialmente expostas a sangue ou outros fluidos corporais. As luvas devem ser mudadas entre doentes e entre procedimentos.

Os profissionais de saúde que limpam ou manipulam instrumentos usados que podem ter tido contacto com sangue, devem usar luvas quando os limpam após um procedimento, quando deitam fora o lixo ou tratam de roupa suja. As luvas utilitárias (de cozinha), mais grossas, são preferíveis para estas actividades.

As luvas devem estar intactas (isto é, sem buracos, rasgões, fendas ou a pelar). Devem ser verificadas antes da utilização e inutilizadas se não estiverem intactas.

Utilização de avental, bata e óculos

Os aventais de plástico ou borracha devem ser utilizados como protecção durante os procedimentos em que se antecipam salpicos de sangue ou outros fluidos corporais. Durante os procedimentos cirúrgicos, onde há uma grande probabilidade de haver salpicos de sangue, deve ser utilizada uma bata impermeável com um avental de plástico por baixo.

Descontaminação dos instrumentos

Os microrganismos que permanecem nas superfícies ou instrumentos em contacto com sangue ou outros fluidos corporais podem transmitir infecções ao pessoal de saúde e aos doentes. Os instrumentos e as superfícies devem ser tratados apropriadamente de modo a reduzir o risco de infecção.

O procedimento de limpeza de instrumentos reutilizáveis ou de superfícies irá depender da substância com que contactaram e que contactarão. Os instrumentos usados que possam ter entrado em contacto com sangue ou outros fluidos corporais devem ser descontaminados com uma solução clorídrica a 0,5%, imediatamente após a sua utilização. A descontaminação torna os instrumentos e as superfícies mais seguras de manipular, ao matar a maior parte dos agentes patogénicos antes da limpeza, tornando-a, também, mais fácil.

Os instrumentos e as luvas que foram usados devem ser colocados, logo após o procedimento, numa solução clorídrica a 0,5% durante 10 minutos. Antes de colocar os instrumentos na solução clorídrica, devem limpar-se fisicamente de modo a eliminar todos os restos. Esta operação deve ser realizada com sabão e água corrente. A limpeza é essencial antes de qualquer outro procedimento uma vez que remove os materiais da superfície dos instrumentos, permitindo que a solução contacte com a superfície dos mesmos. A solução clorídrica pode ser corrosiva para o metal pelo que os instrumentos devem ser removidos após estarem imersos 10 minutos.

- *Os instrumentos e as luvas devem ser enxaguados após a descontaminação*
- *As mesas de observação e as superfícies que possam ter sido contaminadas devem ser limpas com uma solução clorídrica.*
- *Nos tubos de sucção, utilizados nas bombas de aspiração eléctricas deve-se aspirar água imediatamente após o uso para remover o sangue e o material orgânico.*

Após a descontaminação, todos os instrumentos reutilizáveis necessitam de continuar a ser tratados. A escolha do procedimento irá depender das substâncias com que contactaram quando foram utilizados.

Limpeza

Após a descontaminação, todos os instrumentos devem ser lavados em água morna (não quente) e detergente. Quando se procede a uma desinfecção de alto nível, a limpeza é a última oportunidade para remover, fisicamente, os esporos bacterianos, que não são mortos por este tipo de desinfecção.

A água morna e o detergente são recomendados para a limpeza porque a água quente pode coagular as proteínas tornando mais difícil a sua remoção. O detergente é necessário porque, por si só, a água não remove as proteínas ou óleos e é preferível ao sabão, que pode deixar resíduos.

É importante lavar todas as superfícies dos instrumentos. Para escovar instrumentos como o espécuro, fórceps, e porta agulhas, podem ser utilizadas pequenas escovas ou panos. Contudo, estes devem ser limpos após serem utilizados e substituídos, regularmente, uma vez que podem ser fonte de transmissão de infecções. Todas as superfícies dos instrumentos devem ser lavadas, prestando atenção às fissuras e juntas onde se podem acumular sangue e tecidos.

Após a lavagem, os instrumentos devem ser enxaguados por dentro e por fora e secos com uma toalha limpa ou ao ar. Se os instrumentos forem fervidos não é necessário secá-los.

A limpeza do chão, camas, casas de banho, paredes e coberturas de cama impermeáveis, deve ser feita com água morna e detergente. Toda a roupa suja deve ser manuseada o menos possível, ensacada no ponto de recolha e não escolhida ou enxaguada nos locais de prestação de cuidados aos doentes. Se tal não for possível, a roupa suja com grandes quantidades de sangue ou outros fluidos corporais deve ser transportada em sacos estanques. Se tal não for, a roupa deve ser colocada com as partes sujas para dentro e manuseada cuidadosamente com luvas.

Esterilização e desinfecção de elevado grau

Os instrumentos que possam ter estado em contacto com sangue, fluidos corporais ou tecidos, devem ser esterilizados. Se tal não for possível, a desinfecção de alto grau é a única alternativa aceitável. Os instrumentos nesta categoria incluem cânulas, curetas, dilatadores, seringas, agulhas e fórceps. Os processos de esterilização e desinfecção de alto grau incluem:

- Autoclave (vapor sobre pressão).
- Esterilização por gás (utilizando óxido de etileno).
- Fervura.
- Imersão em desinfectantes químicos.

O método apropriado de esterilização ou desinfecção de alto grau depende do tipo de instrumentos e dos recursos disponíveis nas instalações.

Quando a esterilização por vapor ou por calor seco não é possível, a fervura é o método mais simples e fiável para inactivar a maioria dos micróbios patogénicos, incluindo os VHB e VIH.

A desinfecção de alto grau pode ser conseguida, mergulhando os instrumentos numa solução de hipoclorito [5 minutos de contacto a 20-25° C com hipoclorito tamponado (pH=7-8) com uma concentração de 5 000 ppm de cloro disponível] ou glutaraldeído fresco [5 horas de contacto a 20-25°C com formulação alcalina activada a 2% (pH=7,5-9)]. A desinfecção de alto grau destrói todos os microrganismos incluindo os VHB e

VIH mas não mata todos os endosporos bacterianos. Com uso de fenol e antisépticos não se consegue o mesmo grau de desinfecção. Os instrumentos devem ser enxaguados com água esterilizada depois da desinfecção.

Desinfecção de médio grau

Nos instrumentos que não contactaram com sangue ou tecidos por baixo da pele, a descontaminação seguida de lavagem e desinfecção de médio grau é suficiente, caso não seja possível a de alto grau. Por exemplo, as seringas podem ser desinfectadas por este processo através da imersão em álcool (solução a 70 ou 95%) ou numa solução iodada a 10%. Estes agentes são facilmente inativados por material orgânico pelo que é importante mudar a solução se esta ficar turva. Mesmo que tal não aconteça, as soluções alcoólicas devem ser mudadas semanalmente ou diariamente se forem muito utilizadas; as soluções iodadas devem ser mudadas diariamente.

Armazenamento dos instrumentos

Os instrumentos devem ser armazenados de forma apropriada de modo a manter a esterilidade/desinfecção de alto grau. Os instrumentos (por exemplo, cânulas) que são esterilizados por soluções químicas devem ser manipulados com pinças esterilizadas. Os instrumentos devem ser enxaguados em água ou solução salina esterilizada, secos ao ar e embrulhados em papel ou pano esterilizados sem tocar no instrumento ou no interior do embrulho. Os pacotes esterilizados devem ser datados, armazenados num espaço limpo e seco e utilizados dentro de uma semana, caso contrário, devem ser limpos e esterilizados novamente.

Em alternativa, os instrumentos esterilizados podem ser armazenados num recipiente esterilizado e coberto. A técnica asséptica deve ser garantida quando os instrumentos são removidos ou substituídos. O recipiente deve ser datado e esterilizado semanalmente.

Manuseamento e eliminação de “cortantes”

As agulhas e os “cortantes” devem ser manipulados cuidadosamente durante a sua utilização e colocados num contentor próprio, imediatamente após o fim desta para serem, preferencialmente, incinerados.

O maior risco de transmissão do VIH nas instituições de saúde é através da picada com agulhas ou “cortantes” contaminados. A maior parte dos ferimentos com agulhas que envolvem transmissão do VIH devem-se a ferimentos com agulhas para punção profunda que, geralmente, ocorrem quando estas são recapsuladas, limpas ou eliminadas de forma inapropriada.

Os contentores (à prova de cortes e punção) devem estar disponíveis e acessíveis (isto é, no local de utilização) para a eliminação dos “cortantes”. Podem ser usados como contentores de cortantes latas ou garrafas de plástico com tampa amovível ou caixas de cartão ou plástico forte. É importante fechar e substituir os contentores quando estes estão a três quartos da sua capacidade. Quando se manipulam ou transportam estes contentores para a incineradora devem ser utilizadas luvas grossas.

Eliminação de resíduos

Os resíduos sólidos (como gaze, algodão, resíduos dos laboratórios e patologia) devem ser colocados em contentores estanques e adequadamente identificados ou em sacos de plástico para serem incinerados ou enterrados em aterros com aproximadamente 2,5 m de profundidade e a mais de 9,5 m de qualquer fonte de água.

Os resíduos líquidos (como sangue e tecidos, excreções e secreções) devem ser despejados num colector devidamente ligado a um sistema de tratamento de esgotos ou despejados numa fossa.

Lembre os alunos que estas práticas clínicas de prevenção de infecção aplicar-se-ão às competências clínicas na (s) secção (ões) que se seguem.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

5. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

SESSÃO 5

APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

FINALIDADE

Capacitar os alunos para adquirirem competências e confiança na utilização de competências clínicas essenciais ao tratamento da mulher com eclâmpsia.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 5 os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar os factores de risco de eclâmpsia a partir da história, registos e exame clínico completo.
2. Demonstrar capacidade para colher sangue para análise e discutir as razões pelas quais este pode ser pedido nos casos de eclâmpsia.
3. Demonstrar capacidade para observar a mulher com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave, compreender o significado das observações e realizar as acções apropriadas.
4. Demonstrar capacidade para prestar cuidados adequados a uma mulher durante e depois de uma convulsão eclâmpica.
5. Demonstrar capacidade para preparar e administrar uma solução endovenosa, justificando os motivos para o fazer, as precauções a tomar e o que registar*.
6. Explicar a prescrição, requisição, armazenamento, administração e efeitos secundários dos fármacos utilizados no tratamento da eclâmpsia e demonstrar capacidade para administrar os fármacos necessários de forma correcta*.
7. Demonstrar capacidade para fazer um cateterismo vesical e avaliar o débito urinário.
8. Explicar o risco de complicações trombo-embólicas quando uma grávida ou puérpera tem de permanecer acamada e demonstrar como é que este risco pode ser minimizado*.
9. Demonstrar capacidade para fazer registos correctos.

PLANO

Exposição (2 horas).

Ensino clínico, discussão (½ hora a 1 hora por grupo pequeno de alunos assim como um período de Carga horária realista para avaliar o desempenho em cada competência).

RECURSOS

Detecting pre-eclâmpsia: a practical guide. Geneva. World Health Organization, 1992 (WHO/MCH/MSM/92.3).

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

* Estes objectivos podem já ter sido alcançados pelos alunos que completaram os módulos sobre hemorragia pós-parto, paragem na progressão do trabalho de parto ou sépsis puerperal.

INTRODUÇÃO

As competências clínicas desta secção constituem um componente crítico do módulo. Para ensinar estas competências pode sentir a necessidade de pedir a colaboração de outro professor de enfermagem obstétrica, parteira ou obstetra. Enquanto aprendem estas competências, os alunos devem estar sempre sob supervisão.

Cada competência está organizada da seguinte forma: Método de ensino, Conteúdos e Avaliação. É importante que o professor utilize a informação contida em cada um destes pontos e crucial que siga cuidadosamente as orientações para avaliar o desempenho do aluno em cada competência. Pode ser útil desenvolver uma lista de verificação a partir das orientações, que deve incluir, em cada uma das competências, espaço para o aluno e para o professor. Devem ser utilizadas cópias desta lista de verificação para a avaliação de cada um dos alunos.

Relembre aos alunos que as práticas clínicas de prevenção de infecção descritas na Sessão 4 também se aplicam às competências incluídas nesta Sessão.

COMPETÊNCIA: IDENTIFICAR FACTORES DE RISCO DE ECLÂMPسيا; DIAGNOSTICAR A PRÉ-ECLÂMPسيا E A ECLÂMPسيا

Esta competência foi ensinada na Sessão 3.

Avaliação

Para confirmar a competência do aluno, a resposta a estas questões deve ser afirmativa:

1. *O aluno identifica os factores de risco enumerados na lista de verificação A da Sessão 2:*
 - *A partir de registos escritos?*
 - *Da história clínica que elaborou?*
 - *Do exame clínico?*
2. *O aluno consegue diagnosticar a pré-eclâmpسيا e a eclâmpسيا a partir:*
 - *Dos registos escritos?*
 - *Da história clínica que elaborou?*
 - *Do exame clínico?*

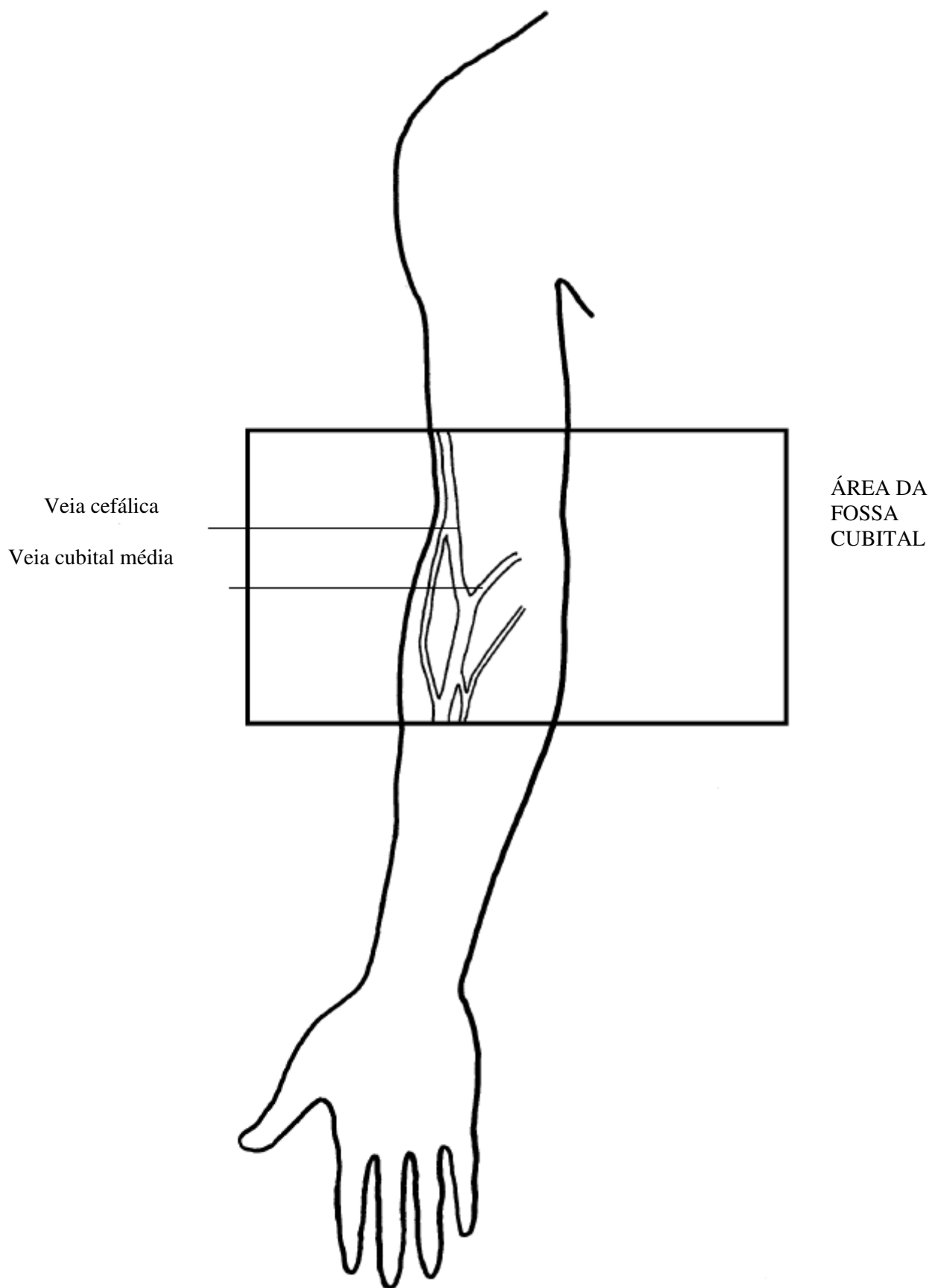


Figura 5.1: Veias importantes da fossa cubital (membro superior direito)

COMPETÊNCIA: COLHEITA DE SANGUE PARA ANÁLISE

Método de Ensino

O aluno deve estar familiarizado com a localização anatômica das veias do antebraço. Deve conseguir identificar as veias do sangradouro mais acessíveis para punção venosa – isto é, a veia cubital média e a veia cefálica (Figura 5.1).

Ajude os alunos a identificarem estas veias nos seus próprios antebraços o que será facilitado se for aplicado um garrote no braço (Figura 5.2).

É preferível que os alunos colham sangue e administrem soluções EV a mulheres saudáveis antes de o tentarem fazer numa situação de urgência.

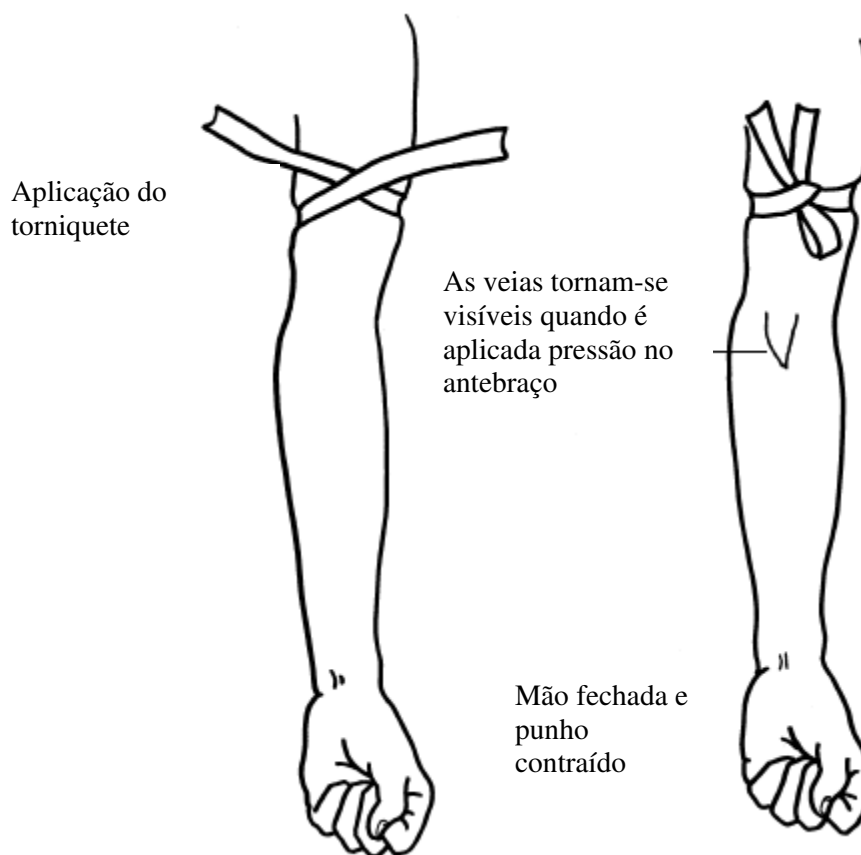


Figura 5.2: Aplicação do garrote para encontrar as veias

O uso de um torniquete também deve ser ensinado na aula antes de os alunos o aplicarem na prática clínica.

As análises incluídas nesta Sessão compreendem a hemoglobinémia, a tipagem e a compatibilidade.

Os alunos devem compreender que as mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia estão em maior risco de HPP se houver coagulopatia pelo que é sensato colher sangue para tipagem e compatibilidade.

Podem ser realizados outros testes bioquímicos:

Estudos de coagulação:

- *Contagem de plaquetas.*
- *Tempo de coagulação.*

Pode-se realizar um teste de coagulação colhendo 2 ml de sangue, colocando-os num tubo de ensaio de vidro limpo. Deve-se segurar o tubo com a mão de maneira a mantê-lo quente. Passados 4 minutos vira-se, lentamente, o tubo para ver se já se formou o coágulo. Depois vire-o a cada minuto até que o sangue coagule e o tubo possa ser virado ao contrário. A não formação de coágulo após sete minutos ou a formação de um coágulo que facilmente se parte é sugestivo de coagulopatia.

Avaliação da função renal:

- *Electrólitos plasmáticos.*
- *Urémia.*
- *Creatinina e ácido úrico.*

Avaliação da função hepática:

- *Enzimas hepáticas.*
- *Testes de função hepática.*

Pode ser útil pedir ao pessoal médico ou do laboratório para explicar quais os testes que são possíveis no laboratório local.

Conteúdos

O ensino deve cobrir as seguintes áreas:

1. Compreensão dos motivos específicos para a realização de análises sanguíneas.
2. Preparação de todo o equipamento, incluindo:
 - Seringa, agulhas e tubos de colheita correctos para cada análise, devidamente rotulados com o nome da mulher, número, enfermaria, investigação a fazer, data e hora da colheita de sangue;
 - Gazes para limpar o local da punção e penso para o cobrir depois da colheita de sangue;
 - Requisições laboratoriais correctamente preenchidas;
 - Garrote ou assistente para garrotar o antebraço.
3. Posição confortável da mulher com o membro superior em extensão e apoiado.
4. Explicação do procedimento à mulher.
5. Ao aplicar o garrote, realçar:
 - Aplicação do garrote a meio do bícepe, acima da articulação do cotovelo (**Figura 5.2**);
 - Aplicação da pressão correcta de modo a comprimir os vasos sanguíneos e a restringir a circulação sem causar dor ou danificar a pele.
6. Local correcto para fazer a punção venosa.
7. Técnica asséptica: limpar o local de punção com uma solução antisséptica, usar agulha esterilizada.
8. Precauções contra ferimentos e doenças infecto-contagiosas (por exemplo, VIH, hepatite) como lavagem das mãos, uso de luvas, prevenção de ferimentos com agulhas, eliminação correcta das agulhas.
9. Os tubos devem ser enviados para o laboratório imediatamente após a colheita.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno colhe sangue sem causar danos desnecessários?*
2. *O aluno executa correctamente a técnica de colheita de sangue?*
3. *O aluno protege a mulher, os outros e a si próprio da contaminação com sangue ou de uma possível infecção?*
4. *O aluno selecciona o tubo de colheita correcto, envia-o sem atrasos e com as requisições correctamente preenchidas?*
5. *O aluno regista o procedimento?*
6. *O aluno reconhece as suas limitações e pede ajuda, quando necessário?*
7. *O aluno elimina, correctamente, as seringas e as agulhas utilizadas?*

COMPETÊNCIA: OBSERVAÇÕES OBSTÉTRICAS

Método de ensino

Os alunos podem praticar uns nos outros a medição da tensão arterial, pulso, temperatura e respiração. Posteriormente poderão praticar em contexto clínico. A pesquisa de proteínas na urina pode também ser praticada em sala de aula antes de o ser em contexto clínico. Pode ser adicionada uma pequena porção de clara de ovo à urina de modo a que esta seja positiva para proteínas.

Conteúdos

Os alunos devem compreender a importância de registar correctamente os valores de tensão arterial e de identificar a presença de proteínas na urina, quando prestam cuidados à mulher com eclâmpsia e pré-eclâmpsia.

Avaliação da tensão arterial

São pontos a não esquecer:

- Remover todas as roupas apertadas à volta do braço. As roupas apertadas podem bloquear as artérias e dar falsas leituras baixas.
- Colocar firmemente a braçadeira à volta do braço (que deve envolver pelo menos três quartos da circunferência do braço) pelo menos 2 a 3 cm acima do cotovelo, caso contrário a medição será incorrecta.
- Deve ser utilizada uma braçadeira maior sempre que o diâmetro do braço exceder os 30 cm.
- Assegurar-se que a mulher está o mais confortável e descontraída possível, sentada com o braço apoiado ou deitada em decúbito lateral esquerdo. O decúbito dorsal não é uma boa posição uma vez que o útero grávido exerce pressão na veia cava inferior, causando uma diminuição da tensão arterial.
- Não dobrar ou torcer o tubo da braçadeira. Certifique-se que o estetoscópio está colocado firme e confortavelmente nos ouvidos. Se usar um esfigmomanómetro de coluna de mercúrio, este deve estar na vertical e os seus olhos ao nível do topo da coluna de mercúrio ou a leitura não será correcta.
- A tensão arterial sistólica é o ponto em que se começa a ouvir o som arterial.
- A tensão arterial diastólica é o ponto em que se deixa de ouvir o som arterial.

Detecção de proteinúria

A proteinúria é definida como a presença de 300 mg ou mais de proteínas por litro de urina colhida pelo método do jacto intermédio. Normalmente a proteinúria segue-se ao aumento da tensão arterial. No entanto, e ocasionalmente, constitui o primeiro sinal da doença.

As secreções e corrimentos vaginais, comuns na gravidez, quando misturados com a urina podem dar um teste positivo para proteínas. Para o evitar, é importante:

- Limpar a vulva com água.
- Afastar os pequenos lábios.
- Durante a micção, colher o jacto intermédio (desperdiçar as primeiras gotas) num recipiente limpo.

Método da tira reagente

- Mergulhar a ponta da tira reagente na urina, retirando o excesso batendo num dos lados do recipiente.
- Ler o resultado comparando com o diagrama de cores no rótulo do frasco das tiras reagentes.

Método da fervura

- Ferva a urina num tubo de ensaio (encha-o até meio).
- Compare a parte de cima da urina fervida com a parte inferior da não fervida (a urina fervida pode tornar-se turva).
- Adicione 1 a 2 gotas de ácido acético a 2-3% mesmo que a urina não tenha ficado turva.
- Se depois de adicionar o ácido acético a urina fervida permanecer turva é porque há presença de proteínas na urina.
- Se a urina fervida não estava turva no início mas fica após adicionar o ácido acético então é porque há presença de proteínas na urina.
- Se a urina estava turva e fica límpida quando é adicionado o ácido acético então não há proteínas na urina.

Detecção de edema

O edema não é um sinal fiável de problemas hipertensivos na gravidez.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno consegue explicar as razões para fazer cada uma das observações e registar as observações?*
2. *O aluno avalia o pulso, a temperatura e a respiração correctamente?*
3. *O aluno avalia e interpreta os valores da tensão arterial de forma correcta?*
4. *O aluno identifica, correctamente, a presença de proteínas na urina e compreende o significado da proteinúria na gravidez?*
5. *O aluno explica à mãe, correcta e claramente, a técnica da colheita de urina pelo método do jacto intermédio?*
6. *O aluno refere as causas possíveis de proteinúria?*
7. *O aluno regista de forma correcta as observações feitas (incluindo o balanço hidroelectrolítico)?*
8. *O aluno conhece os valores normais:*
 - *Da temperatura,*
 - *Do pulso,*
 - *Da respiração,*
 - *Da tensão arterial,*
 - *Do débito urinário?*
9. *O aluno relaciona todas as observações das suas observações, faz apreciações correctas sobre o estado da mulher e toma as acções necessárias atempadamente?*
10. *O aluno explica as observações das suas observações à mãe e responde às suas perguntas?*
11. *O aluno informa o médico ou dá os passos necessários para transferir a mulher para aconselhamento/ tratamento médico quando há risco de eclâmpsia?*
12. *O aluno explica porque é que é necessário controlar a crise convulsiva e a tensão arterial antes de transferir a mulher?*

COMPETÊNCIA: OBSERVAÇÃO E CUIDADOS DURANTE E APÓS UMA CONVULSÃO

Método de ensino

Esta matéria foi leccionada na Sessão 4. O professor deve assegurar-se que os alunos conseguem aplicar o conhecimento à prática na sua área clínica.

Conteúdos

Os alunos devem ser capazes de preparar um quarto para prestarem cuidados a uma mulher com eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave. O quarto deve ser sossegado e a parteira deve trabalhar e falar calmamente. Podem-se usar tampões de algodão para os ouvidos de modo a reduzir o ruído ouvido pela mulher. O quarto deve ter luz suficiente para permitir a observação de alterações no estado da mulher*. A mulher com eclâmpsia não fica tão perturbada com a luz normal como com o ruído. Todo o equipamento necessário deve estar no quarto e pronto para ser usado: oxigénio e máscara facial, aparelho de aspiração, tabuleiro anestésico, material para administração de terapêutica endovenosa, cateter urinário e saco colector de urina, fármacos, seringas e agulhas, material para parto e manobras de reanimação do recém-nascido, bacia para vômitos, esfignomanómetro, termómetro e diagramas de registo.

Os alunos devem ser capazes de prestar cuidados de urgência **durante uma convulsão**.

- A mulher não deve ficar só.
- A mulher deve ser colocada em decúbito lateral esquerdo para reduzir o risco de aspiração de secreções, vômito ou sangue.
- A mulher deve ser protegida de ferimentos mas não imobilizada.
- Após a convulsão, deve-se aspirar a boca e orofaringe.
- Administrar, após a convulsão, oxigénio a 4-6 litros por minuto durante 5 a 10 minutos ou mais se permanecer cianosada.
- Administrar fármacos anticonvulsivos o mais rapidamente possível (Sessão 4).

Os alunos devem ser capazes de cuidar da mulher após a convulsão. Refira o capítulo “Assegurar que a mulher respira” (Sessão 4). Os alunos devem saber que não se administram líquidos por via oral dado o perigo de haver aspiração para os pulmões.

Os alunos devem ser capazes de observar a mulher, registar as observações e compreender o seu significado.

- A tensão arterial deve ser avaliada de hora a hora. Um aumento nos seus valores traduz um agravamento do estado da mulher. Uma diminuição indica que a mulher está a melhorar e, frequentemente, significa que o feto morreu. Se a queda da tensão arterial é acompanhada por cianose e extremidades frias pode ser sinal de falência cardíaca.
- O pulso, respiração e temperatura devem ser avaliados de hora a hora. A temperatura pode aumentar até 38,8°C após uma série de convulsões ou se houver infecção respiratória. A respiração lenta (abaixo de 12 ciclos respiratórios por minuto) pode indicar hemorragia cerebral; a respiração rápida associada a aumento da temperatura e de pulso pode indicar infecção pulmonar.
- A mulher pode ter uma coloração azulada ou escura devido à cianose o que indica asfixia ou falência cardíaca. Uma coloração amarelada pode indicar lesão do fígado.
- Deve ser observado o estado de consciência da mulher.
- Deve ser registada a hora e a duração de uma convulsão. Sinais de tremores ou prostração, que podem indicar a iminência de uma nova convulsão, devem ser identificados e administrados, se apropriado, mais anticonvulsivos.
- Se a mulher ainda não deu à luz, deve avaliar-se a frequência cardíaca do feto de hora a hora e observar a presença de sinais de parto, tais como contracções, dilatação cervical ou qualquer perda de líquidos por via vaginal. O aluno deve perceber que uma mulher

* A luz deve ser suficiente para ver se a mulher está ou não cianosada.

em estado comatoso ou sedada pode entrar em trabalho de parto sem dar por isso, cabendo à parteira diagnosticá-lo.

Os alunos devem ser capazes de encaminhar a mulher para uma instituição de saúde mais diferenciada, sempre que necessário. Se a parteira está a trabalhar na comunidade ou num centro de saúde, deve saber quando encaminhar uma mulher com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. Contudo, antes de o fazer, é importante estabilizar o estado da mulher administrando anticonvulsivos, antihipertensivos, se estiverem disponíveis e forem indicados, colocando uma solução em perfusão endovenosa e algaliando. Uma parteira ou outro profissional de saúde deve acompanhar a mulher, durante o processo de transferência para a avaliar e tratar, consoante a necessidade. Devem ser levados todos os fármacos e equipamentos que possam vir a ser necessários durante a viagem.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno compreende a importância de:*

- *Ter um quarto sossegado?**
- *Ter o equipamento pronto para utilização imediata?*
- *Ter uma parteira/ enfermeira constantemente presente?*

2. *O aluno é capaz:*

- *De colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo?*
- *Preparar, adequadamente, o quarto?*
- *Preparar o equipamento?*

(O equipamento deve incluir material de aspiração e administração de oxigénio. Todos os aparelhos devem estar a funcionar bem e prontos para serem usados).

3. *O aluno é capaz de identificar os fármacos que podem vir a ser prescritos a uma mulher com eclâmpsia? Ele conhece:*

- *As dosagens?*
- *A acção e efeitos secundários?*
- *A via de administração?*

4. *O aluno demonstra as acções a tomar perante uma mulher com uma convulsão eclâmpica?*

5. *O aluno efectua as observações necessárias, interpreta o significado das suas observações, toma as acções apropriadas e indica o que deve ser registado? As observações devem incluir a temperatura, pulso e respiração, tensão arterial e os detalhes das convulsões:*

- *Hora.*
- *Duração.*
- *Coloração (com ou sem cianose).*
- *Nível de consciência.*
- *Frequência cardíaca do feto.*
- *Sinais de trabalho de parto.*

6. *O aluno descreve quais as indicações para chamar o médico ou para transferir a mulher para uma instituição de saúde mais diferenciada?*

* A luz deve ser suficiente para ver se a mulher está cianosada.

COMPETÊNCIA: PREPARAR E ADMINISTRAR UMA SOLUÇÃO ENDOVENOSA

Método de ensino

Os alunos devem estar familiarizados com a localização anatômica das veias do braço, utilizadas para administrar infusões EV. Evite utilizar veias perto de articulações. O braço e a face posterior da mão são os melhores locais (**Figura 5.1 e 5.3**).

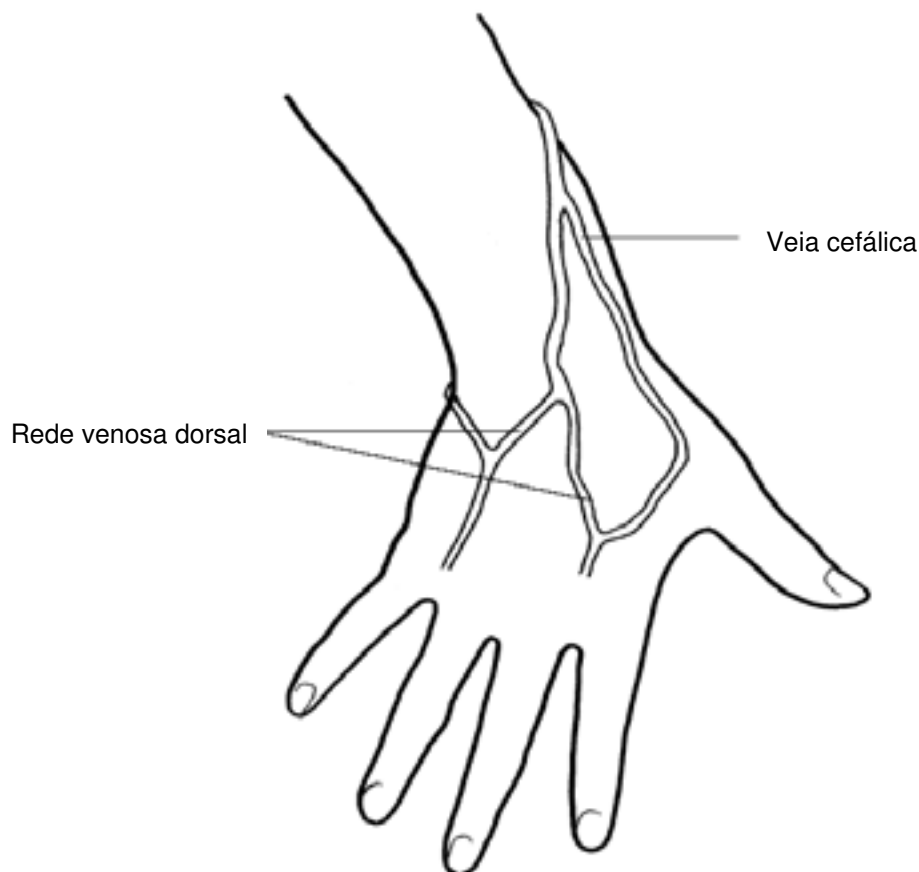


Figura 5.3: Veias importantes do antebraço e face posterior da mão.

*Encoraje os alunos a procurarem as veias dos seus próprios braços o que pode ser facilitado aplicando pressão no antebraço em extensão de modo a restringir a circulação (**Figura 5.2**).*

É essencial demonstrar esta técnica. Pode ajudar pedir ao aluno para comprimir o braço acima do local a puncionar. Descreva, cuidadosamente, o que está a fazer. É preferível que os alunos aprendam esta técnica em situações clínicas não urgentes

Conteúdos

O ensino desta técnica deve cobrir os seguintes aspectos:

1. Identificação da necessidade de administração de soluções EV.

As soluções de reposição são usadas para aumentar o volume de líquidos em circulação. São indicações:

- Hipovolemia, isto é, diminuição do volume de líquidos circulantes que pode ser causada por grande hemorragia
- Em casos de infecção severa, desidratação ou choque.

Adicionalmente a perfusão EV pode ser necessária para:

- Administração de fármacos EV.

2. Preparação do material, incluindo:

- Sistema de administração de soros;
- Selecção de agulha ou cateter EV (n.º 18);
- Selecção da solução apropriada;
- Expurgar o sistema de administração assegurando que não há ar na tubuladura;
- Adesivo, cortado em tiras;
- Suporte de soros;
- Garrote;
- Tala de posicionamento com ligadura se a mulher está inconsciente ou esgotada;
- Solução anti-séptica, algodão;
- Luvas.

3. Assegurar que a mulher compreende a necessidade de colocação de um cateter EV e explicar o procedimento à própria e ao companheiro, se acompanhada. Assegurar que a mulher está numa posição confortável com o membro superior em extensão.
4. Verificar o local de punção: as veias da face posterior da mão e do braço são, normalmente, mais fáceis de observar. Não utilizar uma veia que passe numa articulação dado que a agulha se deslocará cada vez que a articulação se mover podendo exteriorizar-se.
5. Técnica limpa: lavar as mãos com sabão e água, limpar o local de punção com uma solução anti-séptica (utilizar luvas para protecção se a mulher pertencer a um grupo de risco – isto é, infecção por HIV ou hepatite).
6. Se a parteira não conseguir colocar o cateter EV após duas, ou no máximo, três tentativas, deve chamar um colega mais experiente.
7. Fixar, firmemente, a agulha/ cateter. Utilizar uma tala para imobilizar a articulação mais próxima.
8. Usar diagramas para registar o balanço hidroelectrolítico, perda de sangue, pulso, tensão arterial e débito urinário.
9. Complicações da administração de soluções EV:

Problemas no local de punção:

- Tromboflebite (infecção da veia) e seroma (devido ao extravasamento de fluidos para os tecidos). Se estes problemas surgirem, a agulha/ cateter deve de ser removida e deve-se puncionar outro local.

Problemas generalizados:

- Septicemia (infecção do sangue); pode ser prevenida utilizando agulhas, sistemas e soluções esterilizadas.
- Hipervolemia: a administração de líquidos em demasia e rapidamente pode causar falência cardíaca e edema agudo do pulmão. Esta situação pode ser prevenida administrando as soluções ao ritmo necessário. Quando se administrar líquidos rapidamente para corrigir o choque, a mulher deve ser vigiada, atentamente, tendo em atenção o aparecimento de edema palpebral (sinal de excesso de líquidos). A tensão arterial e pulso devem ser medidos de 5 em 5 minutos. Quando a mulher estabilizar, pode-se reduzir o ritmo de infusão - 1 l em 6-8 horas.

10. Para infundir líquidos ao ritmo apropriado, devem ser tidos em conta os seguintes pontos:

- Quantidade a administrar;
- Tempo de administração;
- Tipo de sistema e de gota. Cada tipo de sistema tem um tamanho de gota diferente. Por exemplo, alguns sistemas têm 20 gotas por cc enquanto que outros têm apenas 10 gotas por cc.

O **Quadro 1** descreve as gotas por minuto que devem ser administradas de modo a perfazer a quantidade de líquido desejada num determinado período de tempo. Para utilizar este quadro é preciso saber o número de gotas por cc, o que dependerá do tipo de sistema utilizado.

Quadro 1			
Ritmo das Infusões EV			
Quantidade	Tempo	Gotas por cc (tipo de sistema)	Gotas por minuto
1 litro	20 minutos	10	Demasiado rápido para contar
1 litro	20 minutos	20	Demasiado rápido para contar
1 litro	4 horas	12	40
1 litro	4 horas	20	80
1 litro	6 horas	10	28
1 litro	6 horas	20	56
1 litro	8 horas	10	20
1 litro	8 horas	20	40

Em geral, a fórmula para qualquer o ritmo de infusão de uma solução EV é:

$$\frac{\text{Quantidade a administrar (cc)}}{\text{Tempo de administração (minutos)}} \times \text{número de gotas por cc} = \text{N.º de gotas por minuto}$$

Para fazer a conversão de horas para minutos multiplique o número de horas por 60 o que dará o número de minutos de administração da solução EV.

Avaliação

Para que o aluno seja considerado competente é necessário que a resposta às seguintes perguntas sejam afirmativas:

- 1. O aluno consegue preparar e administrar uma solução EV, seleccionando o local de punção correctamente e inserindo a agulha/ cateter sem danos desnecessários?*
- 2. O aluno executa a técnica de acordo com as prioridades?*
- 3. O aluno protege da infecção a mulher, os outros e a si próprio?*
- 4. O aluno escolhe a solução EV adequada e administra a quantidade correcta ao ritmo certo?*
- 5. O aluno vigia o estado da parturiente e conhece os sinais de melhoria e deterioração do estado geral?*
- 6. O aluno explica o procedimento à mulher e aos seus familiares?*
- 7. O aluno faz os registos correctamente?*
- 8. O aluno reconhece as suas próprias limitações e pede ajuda quando necessário?*

COMPETÊNCIA: ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA

Método de Ensino

Em sala de aula, e posteriormente em contexto clínico, introduza o tema que deve contemplar:

- *Requisição e armazenamento dos fármacos;*
- *Demonstração e supervisão da punção venosa;*
- *Demonstração de administração de um fármaco por via EV;*
- *Supervisão do aluno na administração de um antibiótico EV (ou outro fármaco, de acordo com as necessidades).*

Conteúdos

O aluno deve compreender os objectivos de administrar fármacos para controlar a eclâmpsia. Estes incluem:

- Controlo das convulsões.
- Controlo da tensão arterial.

Reporte-se à Sessão 4 deste módulo.

Assegure-se que os alunos estão familiarizados com os fármacos disponíveis nos locais de trabalho.

Prescrição

Os seguintes pontos devem ser respeitados na utilização de fármacos pelas parteiras:

1. Se as parteiras não têm apoio médico permanente, a utilização de drogas e das respectivas dosagens deve ser previamente acordada com o responsável médico.
Se existem directrizes legais que proíbem as parteiras de administrarem terapêutica na ausência do médico, a situação tem de ser revista.
2. Assegurar que existem fármacos suficientes em stock e que estão sempre disponíveis.
3. Assegurar que os fármacos estão dentro do prazo de validade, armazenados correctamente e à temperatura apropriada.
4. Escrever de forma legível, na folha de prescrição:
 - Nome do fármaco:
 - Dose:
 - Via de administração:
 - Data e hora de cada dose:
 - Assinaturas do prescriptor e do profissional que administrou:

Lembrar de dar:

- A dose correcta.
- Do fármaco correcto.
- À hora certa.
- Na via correcta.
- Ao doente certo.

É boa prática pedir a outro profissional, sempre que possível, para verificar a prescrição antes da administração.

Fármacos endovenosos As parteiras devem aprender uma série de regras sobre a administração EV de fármacos.

1. As parteiras devem ter experiência na administração de injeções EV.
2. O fármaco pode ser administrado através de um cateter inserido numa veia.
3. É muito importante assegurar que:
 - As seringas e as agulhas utilizadas estão devidamente esterilizadas;
 - Não há ar na seringa;
 - A via está permeável;
 - A agulha/cateter está inserido na veia.
4. Estar atento ao aparecimento de reacções adversas. Se tal ocorrer, parar a administração do fármaco e encaminhar para o médico.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, necessário que a resposta às seguintes perguntas seja afirmativa:

1. *O aluno selecciona adequadamente o anticonvulsivo e o antihipertensivo a administrar?*
2. *O aluno conhece a dosagem correcta dos medicamentos que precisa de administrar, independentemente da via?*
3. *O aluno conhece os efeitos secundários dos fármacos administrados na eclâmpsia, realiza as observações apropriadas para os detectar e, quando necessário, actua?*
4. *O aluno demonstra compreender a importância de:*
 - *Verificar o prazo de validade dos fármacos e de não os usar para além deste?*
 - *Armazenar adequadamente os fármacos?*
 - *Manter stocks adequados dos fármacos?*
5. *O aluno demonstra conhecimentos sobre a importância:*
 - *da dose correcta do,*
 - *medicamento adequado no,*
 - *tempo de administração certo na,*
 - *via de administração correcta à,*
 - *doente correcta?*
6. *O aluno administra o medicamento com cuidado, correctamente e de forma segura?*
7. *O aluno elabora registos precisos e completos?*

COMPETÊNCIA: CATETERISMO URINÁRIO

Método de Ensino

O cateterismo urinário tem de ser feito durante a prestação de cuidados a uma mulher, embora o ensino e avaliação não necessitem de ser feitos a uma mulher com eclâmpsia se existirem outras oportunidades.

Deve ser realçado que uma mulher nunca deve ser algaliada só com o objectivo de ensinar ou avaliar. A cateterização deve sempre ocorrer quando há necessidade clínica.

Conteúdos

Acidentes anatómicos *Se achar que os alunos necessitam de se re-familiarizarem com os principais acidentes anatómicos dos órgãos genitais externos femininos, utilize a **Figura 5.4**.*

Procedimento Lave e esfregue as mãos e calce luvas esterilizadas. Limpe a área genital com uma solução anti-séptica. Separe os lábios com os dedos da mão esquerda e insira o cateter no meato urinário (**Figura 5.5**). Se encontrar alguma resistência enquanto introduz o cateter, o dedo indicador da mão esquerda pode ser inserido na vagina e colocado na sua parede anterior. Assim, consegue-se sentir a ponta do cateter e se este estiver paralelo ao dedo entrará na bexiga sem causar danos na uretra. Se a passagem do cateter é dificultada pela cabeça do feto uma ligeira pressão sobre a cabeça do feto, utilizando o dedo na vagina, facilitará a passagem do cateter.

Realce a necessidade de:

- Uma técnica asséptica para evitar a infecção;
- Precisão e competência na realização do procedimento;
- Introdução cuidadosa do cateter para evitar danos na uretra;
- Uma aproximação gentil e suave;
- Correção na avaliação do débito urinário relativamente ao tratamento da eclâmpsia.

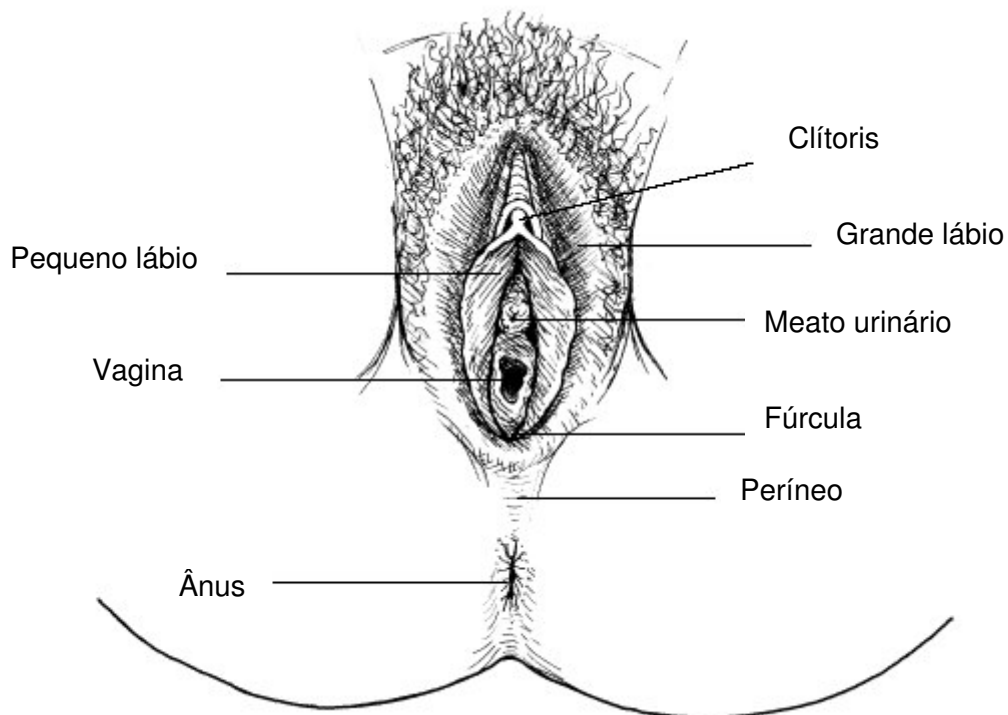


Figura 5.4: Órgãos genitais externos femininos

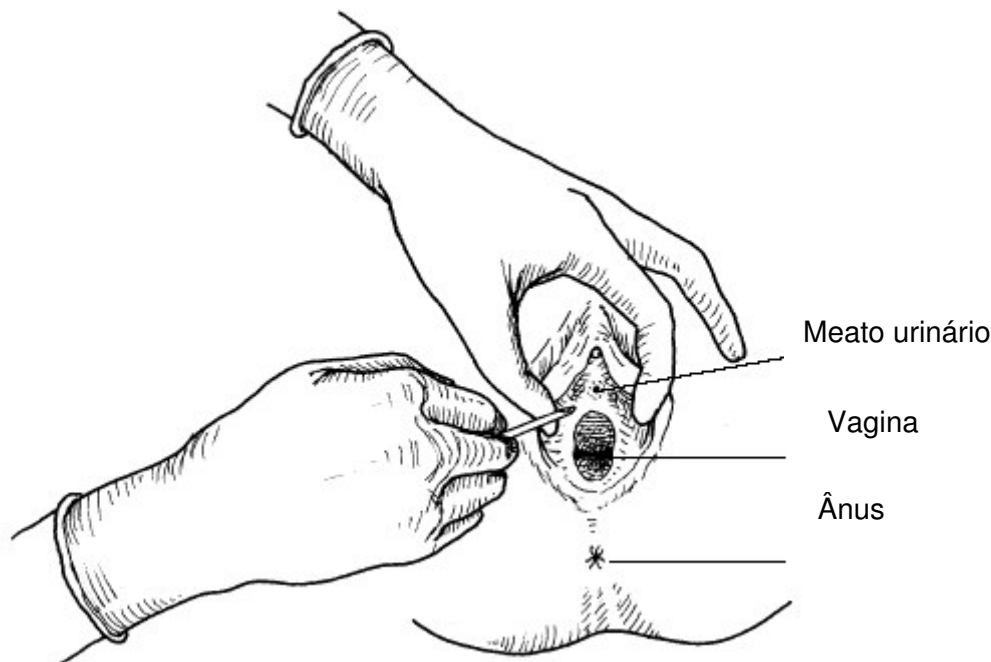


Figura 5.5: Cateterismo urinário (separação dos pequenos e grandes lábios e introdução do cateter no meato urinário)

Complicações

A cateterização pode introduzir as bactérias que se encontram na parte externa da uretra, na bexiga, onde encontram as condições ideais para se multiplicarem, especialmente durante o puerpério (a bexiga está, muitas vezes, traumatizada pelo parto e não se esvazia completamente ficando com urina residual). Assim, a cateterização pode resultar em infecção do trato urinário.

Indicações

A cateterização urinária deve ser feita apenas quando necessária dado o risco de infecção associado. O cateter deve ser removido assim que já não for necessário.

A cateterização urinária é feita quando é importante manter a bexiga vazia e a mulher não a consegue esvaziar por si:

- Durante a primeira etapa do parto a bexiga cheia pode evitar que a cabeça entre no estreito pélvico superior, retardar a descida do feto e causar contracções uterinas fracas.
- Durante a terceira etapa do parto a bexiga cheia pode impedir a separação total da placenta e causar HPP.
- Durante a gestão da HPP por atonia a bexiga deve estar vazia e ser mantida assim. Neste caso o cateter deve ficar.
- Antes da realização de operações obstétricas (por exemplo, fórceps, sinfisiotomia) a bexiga tem de ser esvaziada.
- No tratamento da eclâmpsia, uma vez que é preciso vigiar a quantidade de urina eliminada.

Os alunos podem já ter praticado esta técnica nos módulos anteriores. É importante realçar que:

- Deve ser utilizada uma algália com balão.
- Deve ser conectado um saco colector de urina (saco de drenagem).
- A urina deve ser medida de quatro em quatro horas.

- As entradas e saídas de líquidos devem ser registadas.
- Cada espécimen de urina deve ser pesquisado para a presença de proteínas.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta às seguintes questões deve ser afirmativa:

1. *O aluno justifica porque é que a cateterização é necessária para a mulher com eclâmpsia?*
2. *O aluno executa o procedimento mostrando competências técnicas, especialmente.*
 - *Técnica asséptica?*
 - *Precisão na identificação do meato urinário?*
 - *Cuidado?*
 - *Sensibilidade às necessidades da mulher?*
3. *O aluno mede e analisa a urina explicando o significado das suas observações?*

COMPETÊNCIA: PREVENÇÃO DE PROBLEMAS TROMBOEMBÓLICOS

Método de ensino

Caso seja possível, a maioria do ensino deve ser feito em contexto clínico. Discuta as alterações fisiológicas da gravidez e do puerpério mais relevantes: maior tendência do sangue para coagular e aumento da estase venosa, que nas mulheres com eclâmpsia são maiores devido ao facto de terem de permanecer imóveis até que o seu estado melhore.

Conteúdos

Os alunos podem estar familiarizados com os problemas tromboembólicos desde o curso base de enfermagem. No entanto, é preciso que reconheçam os riscos acrescidos para a mulher que pariu recentemente e que necessita de descansar porque tem eclâmpsia.

Os alunos devem estar familiarizados com as definições e os factores de risco.

Definições

- **Trombose:** coágulo num vaso sanguíneo.
- **Êmbolo:** corpo estranho (normalmente um coágulo sanguíneo ou de líquido amniótico) que se move e bloqueia um vaso sanguíneo.
- **Embolismo:** bloqueio repentino de um vaso sanguíneo por um êmbolo.
- **Embolia pulmonar:** a circulação pulmonar (isto é, a circulação para os pulmões) é bloqueada por um êmbolo.

Factores de risco

Incluem:

- Idade superior a 35 anos.
- Grande paridade.
- Obesidade.
- Cesariana.
- Traumatismo das pernas (considerar usar os suportes de litotomia).
- Estar acamado.
- Desidratação.
- Ser fumadora.
- História de toma de estrogénios (por exemplo, contraceptivos orais).

Sinais e sintomas

Tromboflebite superficial: rubor, endurecimento e dor das veias superficiais das pernas. A mulher pode ter febre.

Trombose venosa profunda: existe dor e edema da perna e a dor aumenta ao andar. Há risco de embolia pulmonar.

A **embolia pulmonar** é um problema muito sério que pode conduzir à morte da mãe. Deve-se, a todo o custo, evitar esta complicação.

A mulher quando está doente está em maior risco de embolia uma vez que tem de permanecer deitada.

Prevenção

A prevenção dos problemas tromboembólicos é feita através de movimentos activos e passivos.

Os movimentos activos são aqueles em que a mulher se move por si própria.

Os movimentos passivos são aqueles em que a mulher é movida pela parteira ou enfermeira porque não consegue fazê-lo por si própria.

O uso de meias elásticas de suporte pode também ajudar a reduzir a incidência de problemas tromboembólicos, especialmente em mulheres acamadas.

É da responsabilidade do pessoal obstétrico encorajar os movimentos activos e fazer movimentos passivos. Durante a fase aguda da doença, os movimentos passivos devem envolver a mudança de posição da mulher a intervalos regulares. À medida que o seu estado melhora, os movimentos passivos dos membros inferiores devem ser realizados a intervalos regulares.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

- 1. O aluno compreende os riscos de doença tromboembólica da mulher com eclâmpsia durante o puerpério?*
- 2. O aluno compreende o risco acrescido da mulher que está doente e acamada?*
- 3. O aluno compreende qual a sua responsabilidade na prevenção dos problemas tromboembólicos?*
- 4. O aluno incentiva a mulher a mover-se na cama e a levantar-se assim que possível?*
- 5. Quando necessário, o aluno realiza, frequentemente e com cuidado, exercícios passivos dos membros inferiores?*
- 6. O aluno descreve os sinais e sintomas de trombose venosa profunda e de tromboflebite superficial?*
- 7. O aluno examina a mulher de modo a detectar os factores de risco presentes?*
- 8. O aluno examina a mulher de modo a detectar precocemente os sinais de trombose venosa profunda e superficial?*
- 9. O aluno explica os perigos da embolia pulmonar?*
- 10. O aluno compreende que a prevenção da trombose venosa profunda ajuda a prevenir a embolia pulmonar?*

COMPETÊNCIA: ELABORAR REGISTOS

Método de ensino

Introduza ou reveja este assunto na sala de aula e depois faça-o no ensino clínico a grupos pequenos de alunos.

Peça aos alunos para partilharem, em pequenos grupos, os seus registos.

Ajude-os a identificarem, nos seus registos, problemas e defeitos.

Assegure-se que os alunos aprendem a criticar os seus próprios registos antes de criticarem os dos outros. Lembre-os que não irão ajudar os outros a melhorar os registos se o fizerem de uma forma agressiva.

Conteúdos

Os alunos podem já estar familiarizados com os princípios da elaboração de registos desde a sua formação básica ou do seu treino pós-básico inicial. Será necessário reconhecerem as especialidades da elaboração de registos obstétricos e as necessidades da mulher que pariu recentemente.

Recorde a importância dos registos. Realce que têm de ser:

- *Claros.*
- *Legíveis.*
- *Precisos.*

E devem incluir:

- *Datas.*
- *Horas.*
- *Assinaturas.*

Discuta a importância do equilíbrio dos registos. Uma parteira deve escrever:

- *O suficiente para transmitir clara e correctamente toda a informação relevante.*
- *Não demasiado, por forma a não ocupar a ocupar o precioso tempo de que necessita para cuidar da mulher.*

Isto é muito importante.

Peça aos alunos para formarem grupos de discussão e debaterem a seguinte pergunta “Qual é o objectivo dos registos?”

Objectivos da elaboração de registos

Enquanto os alunos estão a discutir em grupos, escreva no quadro “ Qual é o objectivo dos registos?”

Objectivos dos registos:

1. Rever o progresso ou falta de progresso.
2. Proporcionar os cuidados apropriados no tempo certo.
3. Garantir a continuação de cuidados entre pessoal diferente.
4. Fornecer um registo para futura referência.
5. Para cumprir os regulamentos instituídos (*Refira as regras e orientações da enfermagem e da enfermagem obstétrica. Leia por alto a secção relevante e assegure-se que os alunos a compreendem. Faça isto pedindo aos alunos para a traduzirem para inglês simples ou para outra língua com que se sintam familiarizados*).

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas questões deve ser afirmativa:

1. *O aluno compreende os princípios e objectivos dos registos?*
2. *Os registos do aluno são fáceis de compreender e utilizar? São claros, legíveis e do tamanho certo?*
3. *O aluno explica os requisitos legais/ estatutários dos registos obstétricos?*

6. ESTUDOS DE CASO

SESSÃO 6

ESTUDOS DE CASO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para reflectirem sobre a prática clínica e compreenderem a importante ligação entre o processo e o resultado no que diz respeito à prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- Capacitar o aluno para aprender com as suas experiências e fazer recomendações práticas que melhorarão os resultados do tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 6 os alunos devem ser capazes de:

1. Apresentar um estudo de caso e discutir as questões importantes relacionadas com este.
2. Identificar a relação entre processo e resultado para os estudos de caso, enfatizando os pontos importantes da prática clínica, relativa à prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
3. Discutir as lições aprendidas com os estudos de caso em termos de aspectos positivos e negativos da prática clínica.
4. Discutir como é que a melhoria dos cuidados maternos globais pode influenciar os resultados do tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia, dando exemplos da sua experiência pessoal.
5. Explicar a importância da reflexão sobre a prática clínica de modo a avaliar e melhorar os cuidados.

PLANO

Estudos de caso.

Discussão.

Trabalho de grupo.

Carga horária total: 3 horas.

Tutoria opcional (1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”: orientações para os estudos de caso.

“Instruções para o trabalho de grupo”

INTRODUÇÃO

Se os alunos são muito inexperientes, é aconselhável fazer tutorias individuais ou a pequenos grupos para explicar como fazer um estudo de caso. Use registos clínicos. Estas tutorias precisam de ser realizadas antes destas sessões e devem incluir o ensino clínico.

Divida os alunos em pequenos grupos: cada grupo irá preparar e apresentar um estudo de caso. Dê aos alunos as Orientações para o Estudo de Caso, fornecidas no final desta Sessão. Para obterem as informações necessárias os alunos devem usar os registos clínicos, previamente seleccionados pelo professor.

Sugere-se, para esta Sessão, três estudos de caso para serem apresentados pelos alunos. No entanto, o professor pode decidir usar apenas dois como parte de uma Sessão mais pequena e, posteriormente, repetir a Sessão usando o terceiro estudo de caso.

Seria apropriado, se possível, usar pelo menos um caso em que o resultado tenha sido bom e outro em que tenha sido menos bom. Inclua casos de pré-eclâmpsia e de eclâmpsia.

É da responsabilidade do professor garantir as condições adequadas à apresentação dos estudos de caso.

ESTRUTURA DA SESSÃO

1. *Introdução à Sessão. Relembre os alunos:*

- *O que foi aprendido, anteriormente, através dos estudos de caso;*
- *Que é importante reflectir sobre a prática clínica e aprender da experiência;*
- *Que existe uma relação entre processo e resultado e que se pode influenciá-los de modo a promover uma maternidade segura.*

Apresente, agora, os alunos que irão apresentar os estudos de caso.

2. *Apresentação do estudo de caso 1.*

3. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 1.*

4. *Apresentação do estudo de caso 2.*

5. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 2.*

6. *Apresentação do estudo de caso 3.*

7. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 3.*

8. *Sumário das apresentações. Aqui é muito importante:*

- *Ligar processo com resultado;*
- *Que os alunos reconheçam que podem influenciar esta ligação.*

9. *Distinga os alunos que apresentaram os estudos de caso especialmente se demonstraram capacidade de:*

- *Reflectir sobre a sua prática clínica;*
- *Criticar, de forma construtiva, os outros.*

Isto ajudá-los-á a prestarem cuidados seguros.

10. *Discuta:*

- *Como é que as mulheres podem beneficiar de cuidados que contribuam para um resultado seguro;*
- *Se a mulher morreu, quais eram os factores evitáveis.*

Criticar a sua própria prática clínica pode ser um óptimo exemplo para os alunos.

11. A revisão do caso de uma mulher que tenha sofrido pré-eclâmpsia ou eclâmpsia levanta questões sobre a qualidade dos cuidados prestados. Este aspecto precisa de continuar a ser discutido. Divida os alunos em grupos e distribua as “Instruções para o trabalho de grupo” e designe a Secção A ou B e a Secção C para cada grupo discutir.

Feedback

No final do trabalho de grupo, a turma deve ter uma lista de pontos sobre boas práticas. Realce que estas são importantes para salvar vidas e, dessa forma, promover uma maternidade segura. Discuta de que forma as boas práticas podem ser mais desenvolvidas/encorajadas e como podem ser evitadas as más práticas.

A turma deve também ter apresentado mais recomendações sobre as práticas clínicas que precisam de ser melhoradas. Estas devem incluir:

- **O QUE** precisa de acontecer?
- **COMO** pode acontecer?
- **QUEM** irá assumir a responsabilidade?
- **QUEM** irá ajudar?
- **ONDE** é que terá lugar?
- **QUANDO** terá lugar?
- **QUANDO** será avaliado?

COMO TERMINAR ESTE MÓDULO

Peça a cada aluno para escrever um aspecto que tenha aprendido neste módulo e que já alterou na sua prática clínica. Pode ser um pequeno aspecto mas os aspectos pequenos podem ser muito importantes.

Realce que cada parteira que continua a aprender e que aplica o que aprende à sua prática clínica, ajuda a promover uma maternidade segura.

Por último peça a cada aluno que escreva um aspecto da sua prática clínica que tenha intenção de mudar de modo a promover uma maternidade segura.

Os alunos podem desejar partilhar algumas das mudanças que já fizeram e aquelas que pretendem fazer. Convide-os a fazerem-no mas não os force.

Se quiser pode submeter os alunos ao teste final apresentado no fim do módulo.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Discutam a Secção A ou B (o vosso professor aconselhá-los-á sobre a secção a escolher) e a Secção C.

Discussão dos Estudos de Caso sobre tratamento da eclâmpsia.

A. Nos casos em que a mulher sobreviveu:

1. Quais as intervenções que salvaram a vida da mulher?
2. O que tornou possível essas intervenções?
3. Houve algum aspecto da gestão ou da situação clínica que podia ser melhorado de modo a reduzir o risco para as outras mulheres?

B. Nos casos em que a mulher morreu:

1. Qual foi a causa de morte e quais os factores predisponentes?
2. Quais os problemas na prestação de cuidados que salvam a vida?
3. O que é preciso ser feito de modo a evitar esses problemas no futuro?

C. Reflectindo sobre a prática clínica:

1. Listem os factos da prática clínica que aprenderam durante os estudos de caso.
2. Façam recomendações que considerem poderem ajudar a melhorar o vosso local de trabalho, o tratamento da eclâmpsia e de outros problemas associados a uma tensão arterial elevada durante a gravidez.

Designem um relator.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” - Orientações para o estudo de caso

O vosso estudo de caso deve abordar um aspecto relevante do tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Deve incluir:

Número do caso: (permitirá, se necessário, consultar os registos mantendo o anonimato da mulher)

Idade:	
Paridade:	
Data do primeiro dia do último período menstrual (UM):	
Data provável do parto (DPP):	
História social:	
História obstétrica:	
História médica e cirúrgica relevante:	
História e evolução da gravidez actual, parto e, se relevante, puerpério:	
RESUMO DOS CUIDADOS E TRATAMENTOS ATÉ À DATA	
Ser-lhes-á pedido que discutam os seguintes aspectos.	
1. O que aconteceu? Inclui detalhes sobre o problema ocorrido no parto e o estado da mulher no fim do parto.	Refere-se ao resultado.
2. Quais os factores de risco de eclâmpsia que estiveram presentes (por exemplo, primigrávida, gravidez de gémeos, pré-eclâmpsia ou outro risco)?	Refere-se ao processo.
3. Como decorreram a gravidez, parto e cuidados prestados?	
4. Resumam os aspectos principais dos cuidados obstétricos, realçando a forma como o caso foi cuidado.	Considera a relação entre processo e resultado.
5. Perdeu-se alguma oportunidade? Factores que possam ter sido esquecidos que, noutra mulher podiam ter resultado em morte para a mãe. Em casos de morte, questione-se: Era evitável?	Demonstra o que pode ser aprendido com a experiência.

GLOSSÁRIO

A

Abcesso	Colecção de pus em qualquer local do corpo em resultado de uma infecção.
Aborto	<p>O termo refere-se ao término da gravidez, independentemente da causa, antes do feto poder sobreviver à vida extra-uterina.</p> <p>Aborto completo - expulsão do útero de todos os produtos da concepção, o que é mais provável acontecer antes da oitava semana de gestação.</p> <p>Aborto incompleto - expulsão parcial dos produtos da concepção. Parte ou toda a placenta pode ficar retida o que resulta em hemorragia profusa. Normalmente ocorre no segundo trimestre de gravidez. À maioria das mulheres que procura cuidados pós-aborto é diagnosticado aborto incompleto.</p> <p>Aborto induzido - interrupção da gravidez através de uma intervenção deliberada para terminar a gravidez. O aborto induzido pode ocorrer num serviço de saúde seguro, e de acordo com a lei e as orientações da política de saúde, ou fora do sistema de saúde e do que está legislado.</p> <p>Aborto inevitável - envolve hemorragia vaginal, dores abdominais e dilatação progressiva do colo do útero, com ou sem rotura das membranas. É impossível a continuação da gravidez e irá ocorrer expulsão dos produtos da concepção.</p> <p>Aborto retido – ocorre quando o feto morre e fica retido no útero. O feto será eventualmente expulso embora possam surgir problemas na coagulação se o aborto retido persistir durante 6 a 8 semanas.</p> <p>Aborto séptico - Aborto seguido de infecção do útero (e com possibilidade de extensão ao tracto genital) que provoca febre e arrepios, corrimento vaginal fétido, dor pélvica e septicemia. O aborto séptico ocorre frequentemente em locais onde as instalações e os cuidados são pobres.</p> <p>Aborto espontâneo – refere-se ao fim da gravidez em que não foram feitas intervenções para acabar com esta. O aborto espontâneo afecta, aproximadamente 10 a 15% de todos os casos de presumível gravidez.</p> <p>Ameaça de aborto – envolve hemorragia vaginal com ou sem dilatação cervical. Os sintomas podem desaparecer e a gravidez continuar. Se os sintomas persistirem, a gravidez resultará, inevitavelmente, em aborto completo ou incompleto.</p> <p>Aborto inseguro – refere-se à interrupção da gravidez por pessoas sem as competências necessárias ou num ambiente sem os mínimos requisitos ou ambos.</p>
Agente tocolítico	Um agente que pára as contracções uterinas, por exemplo, ritrodina, hidrocloreto, salbutamol.
Âmnios	A mais interna das membranas que envolvem o bebé no útero e que contém o líquido amniótico.

Amniotomia	Rotura cirúrgica das membranas de modo a induzir o parto.
Analgésico	Droga administrada para aliviar a dor.
Anca	Região coxo-femural.
Andar de pato	Andar com uma elevação excessiva das ancas.
Anel de Bandl	Área entre o segmento superior e inferior do útero que se torna visível e/ou palpável durante a paragem na progressão do trabalho de parto. É causado pelo espessamento excessivo da parede do segmento superior do útero e pela distensão do segmento inferior. É um sinal de rotura iminente do útero.
Anemia	Redução no número de glóbulos vermelhos ou na quantidade de hemoglobina. Pode ser causada por perda excessiva de sangue ou por deficiente ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico. Outras causas de anemia são a destruição excessiva dos glóbulos vermelhos (por exemplo, malária) ou deficiência no seu fabrico.
Anemia crónica por deficiência de ferro	Anemia de longa duração que resulta da não ingestão que alimentos ricos em ferro ou da infestação por parasitas.
Anemia hemolítica	Anemia causada pela destruição dos glóbulos vermelhos, como na malária. A doença hemolítica do recém-nascido pode ocorrer em resultado de incompatibilidade Rh (Rhesus). Estes bebés podem exigir transfusão sanguínea total após o nascimento.
Aneurisma	Dilatação sacolar da parede de uma artéria.
Anoxia	Estado em que há privação de oxigénio.
Anterior	Situado à frente ou em frente de uma estrutura.
Antero-posterior	Da frente para trás.
Antibiótico	Fármaco que deriva de microrganismos vivos que destroem ou inibem o crescimento de bactérias patogénicas. É administrado para tratar a infecção ou como profilaxia da mesma.
Antibiótico de largo espectro	Um antibiótico que é eficaz contra uma série de bactérias.
Anticorpo	Proteína produzida pelo corpo para combater os microrganismos ou substâncias estranhas que entrem em circulação. Na gravidez, os anticorpos maternos para determinadas doenças são transferidos para o feto, através da placenta. Tal dá ao bebé, nos primeiros meses de vida, uma imunidade passiva para algumas doenças.
Anticonvulsivo	Fármaco para controlar as convulsões.
Antihipertensivo	Droga administrada para reduzir a pressão arterial.
Antipirético	Droga administrada para reduzir a temperatura.

Anti-séptico	Substância que previne a infecção destruindo determinadas bactérias na pele ou tecidos corporais. Os anti-sépticos incluem clorohexidina, soluções de iodo e outros.
Anúria	Não há produção de urina pelos rins. Trata-se de uma situação de risco de vida que pode estar associada com emergências obstétricas como hemorragia grave, eclâmpsia ou choque séptico.
Ápex	O topo ou ponto mais alto.
Apneia	Ausência de respiração.
Apresentação cefálica	A cabeça do feto encontra-se no polo inferior do útero.
Apoios de litotomia	Apoios especiais colocados de cada um dos lados da mesa de operações ou mesa de partos. Possuem estribos e braçadeiras para colocar as pernas durante a realização de procedimentos na zona genital, por exemplo, extracção por ventosa ou sutura perineal.
Arco púbico	Estrutura óssea curva na parte da frente da pélvis.
Asfixia	Condição que resulta da falta de oxigénio no sangue e um aumento do dióxido de carbono. Se o bebé não respirar ao nascer, está a sofrer de asfixia e precisa de ser ressuscitado urgentemente.
Assepsia ou técnica asséptica	A técnica asséptica refere-se a precauções especiais tomadas para conseguir um ambiente sem microorganismos, por exemplo, no parto ou em operações cirúrgicas. As precauções incluem a lavagem correcta das mãos, o uso correcto dos instrumentos e panos esterilizados, a utilização da roupa apropriada pelo pessoal (bata, touca e luvas).
Assimétrico	Diferente forma ou tamanho de duas estruturas normalmente idênticas. A pélvis pode ser assimétrica se estiver distorcida por doença, traumatismo ou malformação congénita.
Atónico	Falta do tónus ou força normal.
Atraso no crescimento intra-uterino	Crescimento pobre do feto no útero. A razão nem sempre é conhecida mas é mais comum em casos de má nutrição, anemia, pré-eclâmpsia, malária, tuberculose e em mulheres fumadoras.
Atraso mental	Atraso no desenvolvimento mental.
Auditoria médica	Exame oficial dos registos médicos.
Avaliação pélvica	Avaliação do tamanho da pélvis para verificar se é suficientemente grande em comparação com a cabeça do feto de modo a permitir um parto por via vaginal.
Axila	Pequena concavidade por baixo do antebraço onde se dá a junção do ombro com o tronco.

B

Bactéria	Microorganismo microscópico e unicelular que, se patogénico, pode causar doença. Reproduz-se muito rapidamente pelo que se pode multiplicar rapidamente no corpo.
Bactéria resistente	Bactéria que não é destruída pela droga que normalmente a mata.
Bacteriúria	Presença de bactérias na urina.
Banho de assento	Mergulhar a zona genital num recipiente de água limpa e morna. Pode ser feito no pós-parto para diminuir a dor resultante de uma episiotomia ou de rotura do períneo. Termos equivalentes: <i>Banho semi-cúpios</i> , <i>Banho de bidé</i> .
Banho semi-cúpios	Ver <i>Banho de assento</i> .
Banho de bidé	Ver <i>Banho de assento</i> .
Bebé pré-termo	Bebé nascido antes da 37 ^a semana de gravidez.
Bebé de termo	Bebé que nasceu após as semanas de gravidez requeridas (entre a 37 ^a semana e a 41 ^a semana + 6 dias).
Bíceps médio	A meio dos bíceps (músculo na parte interna do braço).
Bolsa de águas	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero.
Bólus	Uma dose de droga endovenosa administrada rapidamente, de uma só vez.

C

Canal cervical	Canal entre o colo do útero e o útero.
Caput succedaneum	Edema do couro cabeludo do feto normalmente por pressão do colo do útero. O edema pode ser exagerado na PPTP.
Cateter urinário com balão (algália de Foley)	Um cateter que é deixado na bexiga e uretra.
Cavidade	Um local profundo ou espaço no corpo.
Cavidade peritoneal	Espaço que contém os órgãos internos do abdómen.
Cetoacidose	Estado de desequilíbrio electrolítico com cetose e pH sanguíneo baixo. Pode ocorrer durante o trabalho de parto se a mulher ficar desidratada e cetónica. A mulher com cetose tem um hálito doce e frutado. O tratamento consiste na hidratação da mulher através da administração de líquidos e de hidratos de carbono.
Cetonúria	Presença de corpos cetónicos na urina.

Choque	<p>Condição que ameaça a vida, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório para manter o débito normal nos órgãos (por exemplo, rins, coração e cérebro).</p> <p><i>Choque hemorrágico</i> – resulta do baixo volume de sangue provocado pela perda excessiva deste.</p> <p><i>Choque séptico</i> – resulta de uma infecção e é provocado pela acção de bactérias no sistema vascular.</p>
Choque séptico	Infecção muito séria do sangue que provoca febre alta, hipotensão, pulso rápido e respiração rápida. O não tratamento deste problema leva a coma e morte.
Cianose	Coloração azulada da pele e mucosas devido à falta de oxigenação.
Cifose	Aumento da convexidade na curvatura na coluna vertebral torácica.
Cistite	Infecção da bexiga.
Coagulação	Agregação do sangue.
Coagulação intravascular disseminada	Perturbação na coagulação que resulta na formação disseminada de coágulos, muito deles nos capilares. Eventualmente a hemorragia ocorre dada a depleção de todos os factores da coagulação. Estes acontecimentos resultam em danos isquémicos nos órgãos e, a menos que seja instituído tratamento urgente, em morte. É despoletado por determinados estados que introduzem factores de coagulação na circulação, por exemplo, placenta abrupta, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, feto morto retido por várias semanas, embolia por líquido amniótico e algumas infecções graves.
Cóccix	Pequeno osso no fim do sacro formado por quatro vértebras fundidas. Forma uma articulação móvel com o sacro e move-se para trás durante o parto por via vaginal, aumentando o tamanho do estreito pélvico inferior.
Coma	Estado de inconsciência do qual a pessoa não pode sair. Diz-se que a pessoa está em coma ou num estado comatoso.
Compressão bimanual do útero	Manobra efectuada para parar a hemorragia pós parto grave após a expulsão da placenta e quando o útero está atónico. A mão direita é inserida na vagina e fechada e colocada no fundo de saco vaginal anterior. A mão esquerda é fortemente pressionada contra o abdómen, por detrás do útero, de modo a aplicar pressão contra a parede posterior deste. É mantida esta pressão até a hemorragia estar controlada. Equivalente a massagem bimanual do útero.
Contracção (da pélvis)	Redução de tamanho.
Contracção tetânica (do útero)	Contracção permanente do útero sem períodos de relaxamento.
Cordão umbilical	Cordão que liga o feto à placenta. Os nutrientes e o oxigénio passam através da veia umbilical da placenta para o feto. Os produtos a eliminar passam do feto para a placenta através de duas artérias umbilicais.
Corionamnionite	Infecção das membranas que envolvem o feto no útero.

Córior	A membrana externa que envolve o bebê no útero.
Coroamento	Momento do nascimento em que o maior diâmetro do crânio do feto distende o orifício vaginal e a cabeça não retrocede durante as contrações vaginais.
Corte gishiri	Prática tradicional da etnia Hausa da Nigéria em que a vagina é cortada de modo a facilitar o parto quando este está retido.
Crepitações	Sucessão de pequenos ruídos finos e secos, por vezes também perceptíveis ao toque.
Crepitações (rales)	Som semelhante ao que se ouve quando os pulmões estão afectados.
Crónico	Prolongado ou permanente.
D	
Decídua	O endométrio (camada mais interior) do útero grávido. A parte da decidua que está por baixo da placenta é a <u>decídua basal</u> . A parte que cobre o restante útero é a <u>decídua vera ou parietal</u> .
Decidua capsular	A parte de decidua que envolve o embrião em desenvolvimento durante as 12 primeiras semanas de gravidez.
Decúbito lateral	Deitado de lado.
Decúbito dorsal	Deitado de costas.
Deficiência	Falta.
Deficiência física	Defeito no corpo que limita a capacidade da pessoa para levar uma vida normal.
Deflexão	Quando a cabeça está direita. Ocorre em posições occipito posteriores e pode causar parto prolongado dado que os diâmetros maiores da cabeça do feto têm de passar pela pélvis.
Deformidade	Distorção de qualquer parte do corpo. Malformação.
Delírio	Estado de consciência alterado com discurso incoerente, alucinações e excitação. Ocorre, frequentemente, quando há febre elevada.
Descolamento da placenta	Separação prematura da placenta normalmente inserida (no segmento superior do útero) que ocorre após a 22ª semana de gravidez. Nestes casos pode estar presente dor abdominal e hemorragia. Se a hemorragia é oculta, isto é, por detrás da placenta, o abdómen apresentar-se-á duro e muito doloroso. O choque é grave e o sofrimento fetal comum.
Desidratação	Condição causada pela perda excessiva de fluidos corporais ou por ingestão insuficiente de líquidos. Os sinais de desidratação incluem boca seca, sede, olhos encovados, persistência da prega cutânea e diminuição do débito urinário.

Desproporção cefalo-pélvica	Incompatibilidade entre a cabeça do feto e a pélvis por onde esta tem de passar. Pode ser devida a uma pélvis pequena ou com um formato anormal ou por um bebé grande ou com anomalias.
Diagnóstico diferencial	Decidir qual de duas ou mais condições pode ser a causa dos sinais e sintomas apresentados.
Diâmetro	Linha recta que passa no centro de uma circunferência ou de uma esfera. São descritos, e dadas as medidas, de uma série de diâmetros da pélvis e do crânio do feto.
Diâmetro antero-posterior (da pélvis)	Da frente para trás. A medida do promontório sagrado à sínfise púbica.
Diâmetro mento-vertical (da cabeça)	Distância entre o queixo e o vértex da cabeça.
Diâmetro occipito-frontal (da cabeça)	Distância entre a pirâmide nasal e a protuberância occipital (proeminência que pode ser palpada no occipital na face posterior da cabeça). É o diâmetro de apresentação quando a cabeça não está flectida e mede 11,5 cm.
Diâmetro suboccipito-bregmático (da cabeça)	Distância entre a parte inferior do occipito à fontanela anterior.
Disenteria	Infecção dos intestinos devida a bactérias ou parasitas que causa dor abdominal e dejectões frequentes com sangue e muco.
Distendido	Esticado.
Diurese aumentada	Eliminação aumentada de urina.
Diurético	Droga administrada para aumentar a produção de urina.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Infecção dos órgãos reprodutivos (útero, trompas de falópio, ovários, paramétrio). A infecção pode seguir-se ao parto ou aborto, ser secundária a outras infecções do trato genital ou abdómen ou ter origem numa infecção sanguínea (por exemplo, tuberculose). Os sintomas incluem dor na região inferior do abdómen, febre e corrimento vaginal. A menos que seja tratada precocemente e de forma efectiva com antibióticos, pode causar bloqueio das trompas de falópio e originar infertilidade secundária. Pode-se tornar crónica.

E

Eclâmpsia	Condição peculiar da grávida ou puérpera caracterizada por perda de consciência, convulsões seguida de coma mais ou menos prolongado. A mulher normalmente tem proteinúria e hipertensão. As convulsões podem surgir nos períodos pré, intra ou pós-parto.
Ecografia	Técnica de diagnóstico médico que utiliza a reflexão (eco) de ultra-sons. Termos equivalentes: ultra-sonografia, eco, sonar.

Edema	Acumulação excessiva de líquidos nos tecidos do corpo. Causa ganho excessivo de peso e inchaço que forma depressões quando pressionado. Comum na gravidez, afecta, principalmente os pés e maléolos podendo estar também presente nas mãos, face ou ser generalizado. Já não é considerado um sinal significativo de pré-eclâmpsia dado ser comum em muitas gravidezes.
Edema pulmonar	Acumulação de líquidos no pulmão.
Embolia pulmonar	Quando a circulação pulmonar é bloqueada por um êmbolo (coágulo de sangue).
Embolia por líquido amniótico	Esta condição rara mas fatal é provocada pela entrada de líquido amniótico no aparelho circulatório da mãe através das vilosidades uterinas da placenta. Ocorre com maior frequência no parto ou no pós-parto imediato, a seguir a contracções muito fortes. Os sinais e sintomas incluem cianose, dor no peito, dispneia, hemorragia generalizada, expectoração espumosa, convulsões e colapso.
Empatia	Consciência e compreensão intelectual e emocional dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro mesmo quando estes são de sofrimento ou perturbadores. Saber colocar-se no lugar do outro.
Endocardite	Inflamação da membrana que envolve as cavidades do coração.
Endométrio	Camada interna do útero.
Endometrite	Infecção do endométrio (camada interna do útero).
Enfarte	Área de necrose (tecido morto) de um órgão, causada por isquémia local (isto é, por suprimento sanguíneo pobre). Os enfartes da placenta podem ser observados, especialmente em casos de hipertensão na gravidez.
Epigastro	A região superior média do abdómen.
Episiotomia	Corte feito no períneo antes do coroamento da cabeça do bebé para facilitar o nascimento. Não deve ser feito por rotina mas apenas quando há sofrimento fetal, de modo a acelerar o nascimento antes de partos vaginais complicados, por exemplo, apresentação pélvica, distocia do ombro e para bebés pré-termo de modo a aliviar a pressão no crânio mole (para prevenir lesões cerebrais).
Escoliose	Desvio lateral na coluna vertebral que normalmente é vertical e recta.
Esfregação	Amostra de células superficiais, por exemplo, do colo do útero ou vagina, que pode ser examinada microscopicamente e que dá informação sobre o nível de hormonas e doença maligna num estado precoce.
Espasmos	Contracções musculares repentinas, fortes e involuntárias.
Espécimen	Amostra ou parte de algo retirado para determinar o carácter do todo (por exemplo, espécimen de urina).
Espinhas isquiáticas	Duas protuberâncias da pélvis que se projectam na cavidade pélvica e podem ser palpadadas lateralmente no exame vaginal. <i>Termo equivalente: Tuberosidades Isquiáticas.</i>

Espumar	Formação de pequenas bolhas formadas por agitação dos líquidos. Espuma na boca: ocorre durante um ataque devido às bolhas de saliva e de muco.
Estase (da urina)	Ficar parada, não flui adequadamente.
Estatística	Colecção de factos numéricos.
Estenose (da vagina)	Estreitamento da vagina que, habitualmente, se deve à cicatrização causada pela mutilação genital ou por lacerações não reparadas.
Estreito pélvico inferior	Estreito ósseo da pélvis em forma de diamante pelo qual passa o feto ao nascer.
Estreito pélvico superior	Primeira porção da pélvis verdadeira pela qual o feto tem de passar. Regra geral, se o feto conseguir entrar no estreito pélvico superior deverá ser capaz de passar pelo resto da pélvis.
Exoftalmia	Protuberância ocular.
Expectoração	Matéria expelida pelos pulmões, brônquios e traqueia, através da boca.
Expansores do plasma	Soluções que contêm um substituto do plasma que, quando administrado por via endovenosa, fica nos vasos sanguíneos e atrai fluidos dos tecidos.
Extensão (cabeça)	Quando a cabeça está para trás.
Extensão	Alongamento. Oposto da flexão. Utilizada para descrever o mecanismo pelo qual a cabeça nasce, isto é, após a flexão há extensão da cabeça para permitir o nascimento da testa, face e queixo.
Extracção por vácuo	Procedimento no qual uma ventosa de metal ou plástico é aplicada na cabeça do bebé através da formação de vacuum. Ao puxar cuidadosamente a corrente ligada à ventosa durante as contracções, a cabeça do bebé desce suavemente através do canal de parto. É importante verificar que não há desproporção cefalo-pélvica antes de tentar fazer uma extracção por vácuo.

F

Factor de risco	Factor que torna uma condição mais provável de acontecer ou mais perigosa.
Factores evitáveis	Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando existe um desvio dos cuidados gerais e aceites.
Factor Rshesu	Antigénio presente nas células vermelhas da maioria das pessoas. Os que possuem este antigénio são “rhesus positivo” os que não o têm são “rhesus negativo”. A incompatibilidade rhesus ocorre quando a mãe é “rhesus negativo” e o feto “rhesus po”.
Fatal	Que acaositivba em morte.
Fétido	Que cheira muito mal.
Feto-morto	Nascimento de um bebé morto (após as 22 semanas de gravidez)

Fibróide	Tumor benigno do miométrio (músculo do útero).
Fístula	Passagem anormal, ou comunicação, entre dois órgãos como, por exemplo, a bexiga e a vagina (fístula vesicovaginal,) ou a vagina e o recto (fístula rectovaginal). É uma complicação grave da paragem na progressão do trabalho de parto e resulta em incontinência vesical ou urinária. Normalmente é necessária reparação cirúrgica.
Flectido	Dobrado para a frente.
Flexão (da cabeça do feto)	Quando a cabeça está dobrada para a frente.
Flexível	Dobra-se facilmente sem partir.
Flutuante	Que dá a sensação de ondulação à palpação por conter líquido (por exemplo, pus num abscesso).
Fontanela	Pontos moles da cabeça do bebé. A fontanela anterior, com a forma de um losango, é um espaço membranoso na parte da frente da cabeça no local de convergência das quatro suturas. A fontanela posterior é um espaço membranoso em forma de triângulo na parte de trás da cabeça no local de convergência de três suturas.
Fossa cubital	Depressão no membro superior em frente ao cotovelo.
Fotofobia	Intolerância à luz.
Fundos de saco vaginais	Espaço entre a parede vaginal e a porção vaginal do colo do útero. Existem quatro fórnix: anterior, posterior e dois laterais.
Fundo de saco anterior	Espaço em forma de saco entre o útero e a bexiga. Termo equivalente: <i>saco uretro-vesical</i> .
Fundo de saco posterior	Espaço em forma de saco entre o recto e o útero. Termo equivalente: <i>Saco de Douglas</i> .
Fundo	Parte superior, arredondada do útero, acima da inserção das trompas de falópio.
G	
Glândulas de Bartholin	Duas glândulas pequenas, produtoras de muco, uma de cada lado do orifício vaginal.
Grande mal epiléptico	Crise convulsiva epiléptica seguida de perda de consciência.
Grande multiparidade	Ter parido seis ou mais crianças.
Gravidade específica	Peso relativo de qualquer matéria (por exemplo, urina) expressa pela razão entre o peso dessa matéria e o peso do mesmo volume de água. A gravidade específica da água é 1.

Gravidez múltipla Gravidez de mais de um feto, como no caso dos gémeos.

H

Hematémese Vômito de sangue.

Hematócrito Percentagem do volume das células vermelhas numa amostra de sangue. A sua quantificação obtém-se por centrifugação (girar muito depressa) da amostra. É o teste de rastreio para a anemia.

Hematoma Colecção de sangue num órgão ou tecido devido à rotura de um vaso sanguíneo.

Hemiplegia Paralisia de uma parte do corpo.

Hemoglobina Substância das células vermelhas que transporta oxigénio dos pulmões para os tecidos.

Hemoglobinopatias Alterações no sangue causadas por formas anormais de hemoglobina (por exemplo, doença das células faciformes, talassemia). Nestes casos há anemia grave.

Hemorragia pós-parto por atonia uterina Ocorre no local da placenta uma vez que o útero não se consegue contrair adequadamente, os vasos não são comprimidos e a hemorragia não é controlada. Qualquer condição que interfere com a contracção uterina, como seja a retenção da placenta, predispõe a hemorragia atónica.

Hemorragia Perda excessiva de sangue dos vasos sanguíneos danificados. Pode ser externa ou interna.

Hemorragia cerebral Sangramento no cérebro por rotura de um vaso sanguíneo.

Hemorragia pré-parto Hemorragia do tracto genital a qualquer altura depois das 22 semanas de gestação e antes do nascimento do bebé. São duas as causas principais de hemorragia pré-parto: placenta prévia e placenta abrupta.

Hemorragia pós-parto Perda de 500 ml ou mais de sangue do tracto genital, após o parto. A causa mais comum é a atonia (tónus muscular fraco) do útero. Pode também ser causada por trauma do trato genital, por exemplo, lacerações da vagina, colo do útero ou segmento inferior do útero. A hemorragia pós parto é a causa mais frequente de morte materna.

Hemorragia pós-parto precoce Inclui todas as ocorrências de hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto. A quantidade de sangue é 500 ml ou mais.

Hemorragia pós-parto tardia Inclui todos os casos de HPP que ocorrem entre as 24 horas e as 6 semanas após o parto.

Hemorragia subaracnoideia Hemorragia entre as membranas que envolvem o cérebro devido à rotura de um vaso sanguíneo.

Hemorragia traumática Em obstetrícia ocorre em consequência de traumatismo do tracto genital.

Hipertensão essencial Tensão arterial elevada cuja causa não se conhece.

Hidratação	Absorção de, ou combinação com, água.
Hidrocefalia	Condição caracterizada pela acumulação de líquido cefalorraquidiano no crânio. O bebé com hidrocefalia tem uma cabeça aumentada e uma testa proeminente. Os casos graves são incompatíveis com a vida mas os ligeiros podem ser tratados através de uma intervenção que desvia o excesso de líquido do cérebro para a corrente sanguínea.
Hiperémese gravídica	Vómitos excessivos durante a gravidez. É um problema grave que causa desidratação e cetose e, caso não seja tratada, piora o estado da mulher. Podem ocorrer danos renais e hepáticos que conduzem a coma e morte.
Hiperhidratação	Ver <i>Intoxicação hídrica</i>
Hipertensão	Tensão arterial elevada.
Hipertónico	Com tónus excessivo. As contracções uterinas hipertónicas são anormais, extremamente dolorosas e com um pequeno intervalo entre elas. Normalmente resultam em sofrimento fetal e podem causar rotura do útero. Muitas vezes associadas ao parto prolongado e difícil, uso excessivo de fármacos tocolíticos para aumentar ou induzir o trabalho de parto.
Hiponatremia	Quando não existe sódio suficiente (sal) no sangue.
Hipovolemia	Diminuição anormal da quantidade de sangue no corpo. Pode acontecer devido a perdas excessivas de sangue (por exemplo, hemorragia pós-parto).
Hipoxia	Quando não existe oxigénio suficiente para suprimir as necessidades dos tecidos.
I	
Idiopática	Que se desconhece a causa.
Iminente	Que acontecerá brevemente.
Incisão	Corte cirúrgico.
Infertilidade	Incapacidade ou dificuldade em conceber.
Infiltração (do anestésico local)	Método de injeção de uma anestésico local que é feito em diferentes planos a partir de uma ponto central de modo a anestesiar a área desejada.
Intermédio	No meio.
Interno	Na parte de dentro.
Intoxicação hídrica	Condição resultante por excesso de líquidos em circulação e insuficiência de sódio. Pode ser causada por transfusão excessiva e pode conduzir a náuseas, vómitos e, em casos graves, convulsões, coma e morte. Termo equivalente: <i>Hiperhidratação</i> .
Intraparto	Durante o parto.

Intraperitoneal	Na cavidade peritoneal.
Inventário	Lista detalhada.
Inversão uterina	O fundo do útero é forçado para o colo do útero e prolapsa para o interior ou exterior da vagina. É uma emergência obstétrica grave que conduz a choque grave. O útero deve ser reposicionado o mais depressa possível.
Involução do útero	Retorno do útero ao tamanho normal, após o parto. A involução ocorre por autólise (destruição) e isquémia (diminuição do suprimento sanguíneo) do excesso de fibras musculares. Começa logo após o nascimento e termina ao fim de seis semanas.
Istmo	A ligação entre o corpo do útero e o colo do útero.
J	
Joelho em extensão	Esticar a perna.
L	
Lactato de sódio	Solução de lactato de sódio, cloreto de sódio, cloreto de potássio e cloreto de cálcio que pode ser administrada por via endovenosa.
Laparotomia	Operação em que o abdómen é aberto.
Lateralmente	De um dos lados.
Leucopenia	Diminuição anormal do número de células brancas, células estas que combatem a infecção.
Ligamento largo	Duas membranas do peritoneu que cobrem o útero e que se estendem à parede pélvica ajudando a fixá-lo. Contêm as trompas de falópio, paramétrio, vasos sanguíneo e nervos.
Líquido amniótico	Líquido produzido e contido no âmnios. Durante a última metade da gravidez também contém líquido dos pulmões e rins do feto. Este líquido cria o espaço para o crescimento do feto e, na gravidez avançada e parto, equilibra a pressão exercida pelas contracções, temperatura e fornece substâncias nutritivas ao feto.
Líquido cefalorraquidiano	Líquido que se encontra no cérebro e na medula espinal.
Liquor	Outra designação para líquido céfalorraquidiano.
Lóquios	Excreção vaginal após o parto. É composta por sangue, muco, restos de decídua e outros produtos da descamação do útero. Durante os primeiros 2 a 3 dias são compostos principalmente de sangue. Posteriormente assumem uma coloração rosada/ acastanhada que contém mais líquido seroso e, finalmente uma coloração branca composta por células sanguíneas da série branca e muco. Os lóquios duram entre 2 a 3 semanas após o nascimento. Lóquios vermelhos profusos e persistentes podem estar associados com retenção de produtos da concepção. Lóquios com cheiro fétido são sinal de infecção.

M

Malares	Ossos das bochechas.
Mamas engorgitadas	Acumulação dolorosa de secreções nas mamas, muitas vezes acompanhada de estase venosa e linfática e edema, no início do aleitamento. A amamentação frequente e o posicionamento correcto do bebé na mama ajuda a aliviar este estado.
Malnutrição	Nutrição inadequada que resulta de uma dieta pobre ou de um defeito no metabolismo que impede que o organismo utilize, de forma efectiva, os alimentos. Os sintomas de malnutrição são fraqueza física, letargia e sensação de alheamento da realidade. Na fome pode estar presente edema, distensão abdominal e perda excessiva de peso. Adicionalmente podem estar presentes sinais de deficiência de várias vitaminas.
Marginal	No limite.
Mastite	Infecção da mama. Uma zona da mama fica dolorosa, ruborizada e quente e a mulher, geralmente, não se sente bem. A infecção responde bem ao tratamento com antibióticos. Se não for tratada pode originar abscesso mamário.
Mastoidite	Infecção do osso por de trás da orelha. Pode ser uma complicação da otite média (infecção do ouvido médio).
Mecónio	Substância verde escura presente no intestino do feto de termo. É composta por pigmentos e sais biliares, muco, células epiteliais e, por vezes, líquido amniótico. É a primeira dejectação do bebé e mantém-se durante 1 a 2 dias. Ocasionalmente pode ser eliminado no útero constituindo um sinal de sofrimento fetal.
Mediano	Situada na linha média do corpo ou de uma estrutura.
Meningite	Infecção das membranas que envolvem o cérebro.
Miométrio	Camada muscular do útero.
Moldagem (da cabeça do feto)	Sobreposição dos ossos do crânio do feto nas suturas e fontanelas de modo a permitir a adaptação dos ossos à pélvis pela qual tem de passar. O diâmetro de apresentação diminui e o diâmetro dos ângulos direitos aumenta. Se a moldagem for excessiva (por exemplo, paragem na progressão do trabalho de parto) na posição errada, como acontece nas más posições e apresentações, ou for demasiado rápida, há o perigo de hemorragia intracraniana.
Mola hidatiforme	Gravidez anormal que resulta da degeneração do ovo e cujo aspecto se assemelha a um cacho de uvas. É necessário terminar a gravidez e essencial continuar o seguimento dado o risco de desenvolvimento de coriocarcinoma.
Monoplegia	Paralisia de um membro (superior ou inferior).
Morte intra-uterina	Quando o bebé morre ainda no útero.
Morte obstétrica directa	Morte por complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério resultantes de intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou combinação de todas as anteriores.

Morte obstétrica indirecta	Morte que resulta de uma doença existente previamente ou que se desenvolveu durante a gravidez e que não tem causas obstétricas mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
Múltipara	Uma mulher que pariu duas ou mais crianças.
Mutilação genital	Prática cirúrgica tradicional em que se corta parcial, ou totalmente, os órgãos genitais externos da mulher. Na sua forma mais extrema, chamada de infibulação, os dois lados da vulva são unidos e suturados de modo a deixar uma abertura muito pequena.

N

Nado morto	Bebé que nasce morto (após as 22 semanas de gravidez).
Necrose	Morte dos tecidos.
Necrose cortical	Morte do tecido que compõe a parte externa de um órgão (por exemplo, um rim).
Nuca	Parte de trás do pescoço.
Nulípara	Mulher que nunca pariu.
Nanismo nutricional	Quando a pessoa é baixa, frequentemente, devido a uma ingestão alimentar insuficiente durante a infância.

O

Obesidade	Acumulação excessiva de gordura no corpo. O aumento de peso é superior ao considerado desejável relativamente à idade, altura e estrutura óssea. Na gravidez, as mulheres obesas estão em maior risco de complicações (como hipertensão).
Oblíquo	Inclinado, diagonal.
Occipício	Área da cabeça que fica abaixo da fontanela posterior, na junção com o pescoço. Tremo equivalente: <i>occiput</i> .
Occiput	Ver <i>occipício</i> .
Occipício posterior persistente	O feto tem o occipício (parte posterior da cabeça) directamente virada para a parte posterior da pélvis da mãe. Habitualmente a cabeça flexa e roda para uma posição anterior. Na posição occipício posterior persistente não há rotação e o bebé nasce com a face para o púbis. Normalmente o parto é mais difícil dado que os diâmetros da cabeça do feto que têm de passar no canal de parto são maiores, as contracções podem ser menos efectivas, a dilatação cervical mais lenta, a descida do feto atrasada e os traumatismos da mãe e da criança mais frequentes.
Oligúria	Produção diminuta de urina. Pode estar associada com comprometimento da função renal após complicações graves como hemorragia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e choque séptico.
Orifício	Abertura.

Osteomalacia	Raquitismo do adulto. É causada por deficiência grave de vitamina D que resulta no amolecimento doloroso dos ossos.
Ostício	Abertura. Osso.
Orifício cervical	O orifício interno é a abertura interna entre o colo do útero e o corpo do útero e o externo é a abertura entre o colo do útero e a vagina. Após o apagamento do colo do útero no trabalho de parto, apenas há um orifício que fica entre o segmento inferior do útero e a vagina.
Otite média	Infecção do ouvido médio. Normalmente surge como complicação de uma infecção do tracto respiratório superior. Os sintomas incluem dor e febre.
Oxigénio	Gás incolor e inodoro essencial à vida. Constitui 21% da atmosfera e entra nos pulmões através do processo de respiração. Circula no sangue para oxigenar todos os tecidos do corpo. A falta de oxigénio (hipoxia) causa cianose (coloração azulada da pele e mucosas). A anóxia (sem oxigénio) conduz à morte e é uma causa comum de morte perinatal.
Ocitócico	Termo que se aplica a drogas que estimulam as contracções do útero de modo a induzir ou acelerar o parto, ou para prevenir ou tratar a hemorragia pós parto.

P

Paramétrio	Tecido conectivo que envolve a porção inferior do útero. Ocupa os espaços entre o útero e os órgãos com ele relacionados.
Parametrite	Infecção do paramétrio.
Paridade	Número de crianças paridas pela mulher.
Parteira tradicional	Nome dado às parteiras que, tradicionalmente, assistem as mulheres ao nível comunitário. A maioria é analfabeta e torna-se parteira sem formação. Estão a ser feitos esforços para lhes dar treino básico durante algumas semanas e para as encorajar a usar os kits de parto básicos mas essenciais.
Partograma	Registo de todas as observações feitas à mulher no parto, na qual o principal destaque é o registo gráfico da dilatação cervical avaliada por exame vaginal e da descida da cabeça do feto. Inclui uma linha de acção e uma linha de alerta que, caso sejam ultrapassadas durante o registo da dilatação cervical, indicam que o parto está a progredir mais lentamente que o normal e é necessário intervir.
Parto precipitado	Parto que decorre muito rapidamente e que se caracteriza por contracções fortes e dolorosas.
Patogénico	Agente ou microrganismo que causa doença, por exemplo, bactéria patogénica.
Parto induzido	Parto que tem início artificialmente por administração endovenosa de oxitocina ou por rotura das membranas.
Parto prolongado	Trabalho de parto que excede as 12 horas.
Pé boto	Pé malformado. Anomalia congénita em que o pé se desenvolve num ângulo anormal relativamente à perna.
Pericardite	Inflamação do saco que contém o coração.

Perimétrio	Camada mais externa do útero. Cobre o útero como uma folha e estende-se às paredes laterais da pélvis formando os ligamentos largos.
Perinatal	Período imediatamente antes e depois do parto.
Períneo	Área compreendida entre o arco púbico e o cóccix. Em obstetrícia o corpo perineal é constituído, anteriormente, pela pirâmide fibro-muscular entre o terço inferior da vagina e lateralmente pelas espinhas isquiáticas. Na segunda etapa do parto torna-se mais fino e estica durante o nascimento do bebé, sendo que em alguns casos, se rompe.
Peritoneu	Membrana que cobre os órgãos internos do abdómen e que “forra” a cavidade abdominal e pélvica.
Peritoneu parietal	Peritoneu que forra a cavidade pélvica e abdominal.
Peritoneu visceral	Cobre os órgãos abdominais, segurando-os na sua posição.
Peritonite	Infecção do peritoneu.
Pista	Facto que guia ou sugere uma linha de inquérito numa investigação.
Placenta encarcerada	Descreve a situação em que a placenta não foi expulsa nos 30/60 minutos após o nascimento do bebé.
Placenta prévia	Placenta anormalmente situada no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno (abertura entre o útero e o colo do útero). A distensão do segmento inferior do útero durante o último trimestre de gravidez causa separação da placenta da parede uterina. Como resultado podem ocorrer episódios de hemorragia vaginal, habitualmente indolor. O perigo é a ocorrência de uma hemorragia catastrófica no último trimestre de gravidez.
Placenta sucenturiada	Placenta que na sua constituição tem um lóbulo extra de tecido placentário situado na membrana do saco fetal.
Pleuresia	Infecção da membrana que cobre os pulmões e a parede do tórax (pleura).
Pielonefrite	Infecção dos rins geralmente devido à subida de bactérias provenientes da bexiga.
Polidrâmnio	Excesso de líquido amniótico. Está associada principalmente com a gravidez múltipla, anomalias do feto, diabetes e hidrósia fetal, um estado raro caracterizado por doença hemolítica severa.
Poliúria	Excessiva produção de urina.
Posição de litotomia	A mulher está deitada em decúbito dorsal com os membros inferiores afastados e suportados pelos estribos e braçadeiras das perneiras.
Pós-parto	Depois do parto.
Posterior	Situada na parte de trás do corpo ou de uma estrutura.
Potência	Poder de um agente medicinal para produzir efeito.
Pré-eclâmpsia	Condição específica da gravidez que surge após a 20ª semana de gestação e que se caracteriza por hipertensão e proteinúria. Podem estar presentes edemas no entanto estes não são sinal cardinal dado que estão presentes na maioria das gravidezes. Se

não for controlada, a pré-eclâmpsia pode conduzir a eclâmpsia que se caracteriza por ataques convulsivos, seguidos de coma e tem uma elevada taxa de mortalidade.

Pré-parto	Antes do nascimento.
Primipara	Mulher que só pariu uma criança viva.
Primigrávida	Mulher grávida pela primeira vez.
Proeminência cefálica	A parte da frente da cabeça.
Profilático	Que previne a doença.
Promontório do sacro	Parte da primeira vértebra do sacro que se projecta para dentro do estreito pélvico superior.
Prostrado	Meio a dormir, sonolento. Pouco reactivo.
Proteinúria	Presença de proteínas na urina. As causas são a contaminação por corrimento vaginal, infecção ou pré-eclâmpsia. Deve ser sempre investigada dado que se for devida a pré-eclâmpsia é um sinal grave. Se for causada por infecção é necessário o tratamento com antibióticos.
Puerpério	Período de 42 dias a seguir ao parto. O mesmo que período pós-parto.
Punção lombar	Procedimento em que é introduzido um cateter no espaço subaracnoideu entre a terceira e quarta vértebras lombares para obter uma amostra do líquido cefaloraquidiano para análise e medir a pressão do líquido. Pode também ser realizada para raqui-anestesia.
Punção venosa	Punção de uma veia de modo a obter uma amostra de sangue ou a administrar uma solução endovenosa.
Púrpura	Pequena hemorragia da pele.
Púrpura trombocitopénica idiopática	Condição de causa desconhecida caracterizada por diminuição das plaquetas levando a que o sangue não coagule normalmente.

R

Rácio de Mortalidade Materna	Rácio que estima o risco de morrer por causas associadas com a gravidez, parto e puerpério, em que o numerador é o número total de mulheres com mortes atribuídas à gravidez, parto e puerpério, e o denominador o número de nascimentos ocorridos na população em estudo e no mesmo período de tempo que o denominador (geralmente um ano).
Raquitismo	Amolecimento dos ossos devido à deficiência de vitamina D durante a infância.
Reclinado	De costas com a cabeça e os ombros levantados.
Repugnante (cheiro)	Que cheira muito mal.

Reanimação	Recuperar a vida ou a consciência de uma pessoa que aparentemente está morta. Ressuscitar.
Retracção	Puxado para trás.
Retroplacentária	Atrás ou por baixo da placenta.
Reversível	Que volta ao normal.
Reversão	Mudança ou mudança na direcção oposta.
Rotação (da cabeça do feto)	O movimento da cabeça do feto à medida que este desce pelo canal de parto.
Rótula	Ossó situado na parte da frente do joelho e que forma a cápsula rotular.
Rotura	Rebentamento de uma estrutura, por exemplo, rotura do útero a seguir à PPTP.
Rotura do útero	Rebentamento ou laceração do útero devido à PPTP.
Rotura prolongada das membranas	Rotura das membranas por mais de 12 horas/18 horas independentemente do início ou não do parto.
S	
Saco de Douglas	Ver: <i>Fundo de saco posterior, Fundos de saco vaginais.</i>
Saco fetal	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero – “Bolsa de águas”.
Saco uretro-vesical	Ver: <i>Fundo de saco anterior, Fundos de saco vaginais</i>
Sacro	Parte mais inferior da coluna vertebral, formada por cinco vértebras sagradas.
Saneamento	Estabelecimento de condições favoráveis à saúde. Inclui a eliminação segura das fezes usando latrinas adequadas de modo a evitar a transmissão de doenças.
Segmento	Secção ou parte de algo.
Septicemia	Presença e multiplicação no sangue de bactérias nocivas que causa febre elevada e arrepios. Quando não tratada a septicemia pode levar a choque e morte.
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
Sincipúcio	Parte superior da cabeça. Termo equivalente: <i>Sinciput.</i>
Sinciput	Ver <i>Sincipúcio.</i>
Sinfisiotomia	Incisão cirúrgica na sínfise púbica para aumentar o diâmetro pélvico inferior quando há desproporção cefalo-pélvica. É um procedimento de emergência alternativo quando não há condições para a realização segura de cesariana.
Sínfise púbica	Área cartilaginosa onde se juntam os dois ossos pélvicos, situada na parte da frente da pélvis.

Sinusite	Infecção das cavidades dos ossos cranianos de cada um dos lados do nariz e acima dos olhos.
Sépsis puerperal	Infecção do tracto genital que se desenvolve a qualquer altura entre a rotura das membranas ou parto e o 42º dia após o nascimento ou aborto.
Sobrecarga circulatória	Sobrecarga da circulação. Pode ocorrer em casos de administração excessiva de líquidos endovenosos. Conduz a problemas respiratórios, devido à acumulação de líquidos nos pulmões, e a falência cardíaca.
Soro fisiológico	Solução de 0,9% de cloreto de sódio (sal) que pode ser administrada por via endovenosa.
Subinvolução (do útero)	O útero não reduz o tamanho normalmente (involvei lentamente), no pós-parto imediato.
Sulco nadegueiro	Linha de clivagem entre as nádegas na qual se encontra o ânus.
Sutura sagital	Linha membranosa entre os ossos da cabeça do feto que vai da fontanela posterior à fontanela anterior.
Status	Posição social, importância relativa de uma pessoa.
T	
Tala	Tira de material rijo (como, por exemplo, madeira) utilizada para imobilizar uma parte móvel do corpo.
Taxa de Mortalidade Materna	Taxa que estima o risco de morte materna utilizando como numerador as mortes maternas atribuídas à gravidez e/ou puerpério e como denominador o número total de mulheres expostas a estes riscos. Como é impossível conhecer exactamente o número total de mulheres expostas a estes riscos, recorre-se ao <i>rácio de mortalidade materna</i> .
Tétano	Doença causada por microrganismos que se encontram no solo e pó e que é espalhada pelas fezes animais e humanas. Os microrganismos entram no corpo através de uma solução de continuidade na pele e provocam um estado grave de espasmos musculares e convulsões que conduzem à morte. Dado que a rigidez do maxilar é, frequentemente o primeiro sinal, é também conhecido por trismo. Esta doença grave pode ser prevenida através da imunização adequada com o toxóide tetânico.
Testículos	Duas glândulas do escroto que produzem os espermatozóides e as hormonas sexuais masculinas.
Tipagem	Determinação do grupo sanguíneo (A, B, O, AB, Rh).
Tórax	Peito.
Trabalho de parto falso	Contrações uterinas dolorosas não acompanhadas de apagamento do colo do útero ou dilatação. São, habitualmente irregulares e cessam, espontaneamente, ao fim de algumas horas.
Tracto genital	O percurso formado pelos órgãos genitais, incluindo o útero, colo do útero, vagina e vulva.

Transfusão feto-materna	Passagem de sangue fetal para a circulação sanguínea materna, através da placenta.
Tratamento profilático com antibiótico	Administração de antibióticos para prevenir a infecção.
Trauma	Agressão. Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior.
Traumático	Devido a agressão. Relativo a um trauma ou a um traumatismo.
Tremores	Contrações involuntárias, pequenas e repentinas.
Tromboflebite	Inflamação de uma veia superficial, acompanhada pela formação de um coágulo. Nestes casos, o coágulo raramente se separa da parede da veia pelo que o risco de embolismo é pequeno.
Trombose	Formação de um coágulo de sangue. Ocorre em veias profundas e se houver destacamento do coágulo da parede do vaso, há um risco sério de embolismo e morte.
Trombose venosa profunda	Formação de um trombo (coágulo) numa veia profunda (mais frequente na perna ou pélvis). Causa dor e edema ao andar. Se o coágulo se destaca da parede da veia pode ser levada, pela corrente sanguínea para o coração ou pulmões causando colapso e, caso a reanimação imediata não seja feita com sucesso, morte.
Transitório	Temporário, que não dura muito tempo.
Tuberosidade Isquiática	<i>Ver</i> Espinhas Isquiáticas.
Tumor	Crescimento de tecido novo que pode ser benigno ou canceroso.
U	
Ultra-som	Som em frequências superiores ao limite normal de audição utilizadas em obstetrícia (e noutros ramos da medicina) na ecografia (ultra sonografia). É utilizado para avaliar a maturidade e tamanho do feto, localizar o sítio da placenta, diagnosticar anomalias fetais e tumores pélvicos.
Úmero	Ossos que vão do ombro ao cotovelo.
Uremia	Excesso de ureia no sangue. Normalmente revela falência renal.
Útero em involução	Útero que regressa ao tamanho normal após o parto.
V	
Valor preditivo	Os valores preditivos de alguns factores de risco são baixos. Isto quer dizer que a probabilidade de a doença ou enfermidade estar presente quando o factor de risco está presente, é baixa.
Veia cubital média	Veia situada na linha média da fossa cubital.

Veias varicosas	Veias anormalmente tortuosas e distendidas. Se se tornarem dolorosas durante a gravidez, a mulher deve ser aconselhada a usar meias de suporte (que devem ser calçadas antes de se levantar de manhã) e a repousar com os membros inferiores elevados ao nível do coração. Termo equivalente: <i>varizes</i> .
Varizes	Ver <i>Veias varicosas</i> .
Vértex	Área da cabeça entre a fontanela anterior e posterior e as duas proeminências parietais (alto de cada lado da parte superior da cabeça). No parto normal, quando a cabeça está bem flectida, o vértex é a parte que se apresenta.
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana.
Vírus	Pequeno agente infeccioso que cresce e se reproduz nas células vivas. As viroses podem atravessar a placenta e causar anomalias no feto, especialmente no primeiro trimestre.
Virilha	Depressão na transição do abdómen e a coxa.
Virulento	Que causa doença severa.
Vitaminas	Nutrientes essenciais. As vitaminas A, todo o complexo B, C, D, E e K são essenciais à nutrição e à saúde. A sua deficiência causa uma série de problemas de saúde.
Vitamina D	Vitamina necessária para o desenvolvimento normal do osso.
Z	
Zona lombar	Parte das costas entre o tórax e a pélvis.

ANEXO: PERGUNTAS PARA O PRÉ TESTE E TESTE FINAL

As perguntas (e respostas) que se seguem são dadas como exemplos e não esgotam todas as que devem ser incluídas no pré-teste e no teste final, se os escolher como um dos métodos para avaliar os alunos. Pode utilizar estas perguntas juntamente com outras relevantes para o conteúdo deste módulo de modo a estabelecer uma base para os conhecimentos teóricos dos alunos. As questões utilizadas no pré-teste devem voltar a ser utilizadas no teste final de modo a avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos.

De cada vez que leccionar o módulo sobre o eclâmpsia é aconselhável mudar pelo menos algumas das perguntas dos pré-testes e testes finais. Tal torna-se particularmente relevante, por exemplo, nas escolas obstétricas e de enfermagem onde os alunos trocam impressões sobre os conteúdos das provas de avaliação.

Os pré-testes e testes finais não devem excluir a utilização de outros métodos de avaliação dos alunos. É indispensável usar pelo menos um, se não todos os outros, em intervalos definidos ao longo dos módulos, de modo a avaliar a progressão dos alunos. Para além disso, é preciso não esquecer que a avaliação das competências clínicas constitui a maior componente da avaliação do aluno tanto neste como nos restantes módulos técnicos.

P1 *O que é a pré-eclâmpsia?*

R Condição específica da gravidez, que se desenvolve a partir da 20^a semana de gestação e se caracteriza por hipertensão e proteinúria.

P2 *O que é a eclâmpsia?*

R Condição peculiar da grávida ou puérpera recente, caracterizada por convulsões seguidas de coma.

P3 *Quais as causas de morte mais comuns na eclâmpsia?*

R Inalação de vômito ou outras secreções, edema pulmonar, pneumonia, falência renal, hemorragia intra-cerebral e falência de um ou mais órgãos.

P4 *Quais os efeitos da eclâmpsia no feto?*

R Causa disfunção placentária que pode levar a atraso do crescimento intra-uterino, hipoxia e morte intra-uterina.

P5 *Indique factores de risco de eclâmpsia, mais frequentes?*

R Três dos seguintes: primigrávida, obesidade, hipertensão arterial, gravidez múltipla, polidrâmnio, diabetes, mola hidatiforme.

P6 *Indique três sinais de eclâmpsia eminente:*

R Três dos seguintes: aumento elevado da tensão arterial, diminuição do débito urinário, aumento da proteinúria, cefaleias fortes, sonolência ou confusão, distúrbios visuais, náuseas e vômitos, dor epigástrica.

P7 *Quais são os quatro estados de uma convulsão eclâmpica?*

R Estado premonitório, estado tónico, estado clónico e coma.

P8 *Quais são os seis passos do tratamento da eclâmpsia?*

R Assegurar que a mulher consegue respirar, controlar as convulsões, controlar a tensão arterial, tratamento geral, incluindo o controlo do balanço hídroelectrolítico, nascimento do bebé, avaliação cuidadosa para prevenir convulsões futuras e identificação de complicações.

P9 *Quais são as duas drogas usadas para controlar as convulsões eclâmpicas?*

R Sulfato de magnésio e diazepam.

P10 *Quais as observação que a parteira deve realizar após uma convulsão eclâmpica?*

R Tensão arterial, temperatura, pulsação e respiração, cor da pele e mucosas (isto é, cianose), nível de consciência, presença de sonolência e/ ou tremores e, se a mulher não tiver ainda parido, frequência cardíaca fetal, perdas vaginais e dilatação cervical.

