



REZENDE OBSTETRÍCIA
REZENDE OBSTETRICS
REZENDE OBSTETRICIA

Maria Carolina Salustino dos Santos. Enfermeira. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mariacarolina302@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-92882017>;

Maria Milaneide Lima Viana. Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ. João Pessoa (PB), Brasil E-mail: milaneide.lima@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8136-8496>

Carolina Peppe Macêdo Toscano. Graduando em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: carolinapmtoscano@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8256-2693>

Bruno Gonçalo Souza de Araújo. Graduando em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: bruninhogsapb@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4124-6061>

Maria Alice Gomes Nunes. Graduando em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mariaalicegomes3054@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0508-0532>

Nathalia Claudino do Nascimento. Graduando em Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/UNIPÊ. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: nathiclaudino1997@outlook.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6655-9884>

Apresenta-se o livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende Filho e Carlos Antônio Montenegro, está na edição 13^o, publicado em 2014, com 1801 páginas, e foi idealizado no Rio de Janeiro pela editora Guanabara Koogan, sendo o Grupo Editorial Nacional (GEN) a maior plataforma editorial no segmento Científico, Técnico e Profissional (CTP).

Apresenta-se a obra dividida em nove capítulos contendo, dentro de cada capítulo, os seguintes subtópicos: 1 - História da Obstetrícia; 2 - Fisiologia da Reprodução, 3 - Ciclo Gestatório Normal; 4 - Doenças Próprias da Gravidez; 5 - Doenças Intercorrentes na Gravidez; 6 - Parto e Puerpério Patológicos; 7 - Tocurgia; 8 - Medicina Fetal e 9 - Aspectos Éticos e de Saúde Pública.

Abordam-se no capítulo 3, intitulado “Ciclo gestacional normal”, os seguintes subtópicos: as modificações do organismo materno; propedêutica da gravidez; diagnóstico da gravidez; idade da gestação e data provável do parto; estática fetal; estudo da bacia; assistência pré-natal; aspectos nutricionais; cosmetologia; sexualidade na gestação; preparação psicológica para o parto;

contratilidade uterina; mecanismo do parto, parto/estudo clínico e assistência; indução do parto; analgesia e anestesia; puerpério e lactação.

Explanam-se, no primeiro tópico (modificações do organismo materno), as modificações sistêmicas, as modificações dos órgãos genitais e as implicações clínicas. Verificam-se, quanto às modificações sistêmicas, as alterações na postura da gestante, ainda antes da extensão do volume uterino, quando a marcha se torna mais lenta e com passos curtos, sendo as alterações no metabolismo necessárias para suprir as exigências do crescimento e desenvolvimento do feto. Nota-se um aumento na resistência à insulina ao final do segundo trimestre e a redução do uso da glicose se dá pela liberação excessiva de ácidos graxos quando se transfere uma grande quantidade de cálcio e fósforo contra o gradiente de concentração da mãe para o feto e se dobra a absorção de cálcio no intestino durante a gravidez. Ocorrem-se algumas modificações anatômicas como o deslocamento dos rins para cima e o aumento de tamanho em cerca de um centímetro. Surge-se, também, uma

Santos MCS dos, Viana MML, Toscano CPM et al.

Rezende obstetrícia.

hidronefrose fisiológica em virtude do acréscimo do volume vascular renal e do espaço intersticial. Pode-se distorcer a anatomia da bexiga pela compressão direta do útero gravídico. Explanam-se todas as modificações ocorridas neste período como as do sistema respiratório, digestório, endócrino, tegumentar e órgãos genitais.

Descrevem-se, no tópico “procedência da gravidez”, a anamnese obstétrica e o exame físico juntamente com a identificação e exames complementares. Torna-se o exame físico basicamente igual na semiologia básica, porém, existem algumas particularidades envolvidas no período gravídico, minúcias, como a cor, que devem ser consideradas, visto que mulheres de etnia africana são mais propensas ao vício pélvico e à pré-eclâmpsia e estas são enfermidades capazes de influenciar a gestação que podem ser captadas por meio do rastreamento de nacionalidade e domicílio, bem como dos antecedentes pessoais.

Devem-se considerar os antecedentes obstétricos obrigatoriamente indagando a mulher e descrevendo se a mesma é primigesta, primípara, multigesta, simultaneamente ao desfecho de gestações anteriores, pois o intervalo interpartal tem sua importância devido aos seus riscos reprodutivos. Deve-se indagar, com relação à gravidez vigente, sobre os sinais e sintomas da gestação, a data da última menstruação, realizar o exame físico, seguindo a ordem céfalo-podálica, e avaliar o peso e a altura da gestante.

Esclarece-se, nesse tópico, o exame físico completo juntamente com suas alterações, que seguem a seguinte ordem: cabeça, pescoço, glândula mamária, abdômen, membros, aparelho genital, observando-se todas as alterações fisiológicas como o cloasma, tubérculos de Montgomery, aréola secundária, sinal de Hunter, estrias e fissuras, entre outros. Ilustra-se e explica-se a manobra de Leopold-Zweifel, sequenciando cada tempo da manobra e usando uma metodologia clara e objetiva quanto à ausculta e ao toque combinado. Identificam-se, pelo sonar Doppler, os batimentos do coração fetal ou de qualquer grande vaso a partir de dez a 12 semanas de gestação. Emprega-se esse equipamento pulsátil como o procedimento mais utilizado para captar os batimentos fetais, pois ele se mostra estável desde que o paciente e o feto não apresentem movimentação excessiva.

Descreve-se a ultrassonografia também no tópico explicando-se todo o mecanismo de ausculta de ondas sonoras que se projetam em imagens. Elucidam-se, ainda no mesmo

tópico, o doppler colorido e a cardiocardiografia, que é o registro contínuo da frequência cardíaca fetal e da ecocardiografia fetal. Aproveita-se este conteúdo, pelo autor, trazendo-se algumas anomalias congênitas juntamente com suas epidemiologias. Retratam-se as tecnologias utilizadas devidamente exemplificadas por imagens e mostra-se um denso estudo sobre as cardiopatias.

Traz-se pelo autor, dentro do tópico “diagnóstico da gravidez”, o diagnóstico clínico, hormonal e ultrassonográfico. Pode-se descobrir uma gestação de ambas as formas. Classificam-se, no método clínico, alguns tópicos como os sinais de presunção, probabilidade e certeza e explicam-se os sinais evidentes em cada etapa de acordo com suas semanas, a saber: a amenorreia, náuseas, congestão mamária e polaciúria. Dão-se os sinais de certeza pelos batimentos cardíacos fetais e pela movimentação uterina trazendo-se, para o leitor, todos os sinais de cada etapa juntamente com o auxílio de imagens para a melhor compreensão.

Esclarecem-se perfeitamente os testes imunológicos explicando-se o que é e a função da proteína HCG juntamente com a prova de inibição da aglutinação do látex. Traz-se, por fim, o diagnóstico ultrassônico, pois, com quatro a cinco semanas, na parte superior do útero, começa a aparecer a formação arredondada, anelar e os contornos nítidos indicando a gestação em sua fase inicial.

Expõem-se no décimo tópico (Idade da Gestação e Data Provável do Parto) por meio de outros subtópicos: as fases da gestação; a última menstruação; o aumento do volume uterino; a ausculta fetal; os movimentos fetais; quais procedimentos serão realizados para a confirmação daquela gestação e a redefinição do “termo” da gravidez. Deve-se datar a gravidez do primeiro dia do último período menstrual. Informa-se que a duração média de uma gestação é de 280 dias (40 semanas). Explica-se que, na prática, o autor Nagele diz que se deve utilizar uma regra que consiste em adicionar a data da menstruação, sete dias e mais nove meses. Estabelece-se, pelo autor Knaus, que a duração habitual de uma gravidez é de 273 dias, a partir da ovulação. Utiliza-se, assim, a regra de Nagele, pois ela se torna a mais próxima dos referidos 280 dias de gestação.

Pode-se realizar a palpação uterina a partir da 12ª semana de gestação. Mostra-se o útero cada vez mais alto na medida em que a gestação começa a avançar distanciando-se cada vez mais da sínfise púbica. Sabe-se que, na primeira metade da gestação, a palpação

uterina é um bom indicador para se fazer o cálculo da idade gestacional. Infere-se que, já na segunda metade, embora o útero só cresça cerca de quatro centímetros por mês, as variações são maiores e os erros, mais comuns. Pode-se realizar a ausculta fetal a partir da 20ª semana de gestação. Realizou-se essa prática por meio da ausculta com o estetoscópio, contudo, ela foi substituída pelos procedimentos eletrônicos, sendo o sonar-Doppler um deles, que identifica o pulso fetal desde dez a 12 semanas de gestação.

Realiza-se outro procedimento para a confirmação da gravidez, a ultrassonografia, no primeiro trimestre, ajustando-se a idade gestacional estimada, em virtude da discrepância de mais de cinco dias entre este exame e a data da última menstruação. Possibilita-se, pelo exame ultrassonográfico, nesses casos de discrepância, estimar, com precisão, a idade gestacional ponderando-se o atual conceito do termo de gravidez e estabelecendo-se novas definições para este termo como: termo precoce, termo completo, termo tardio e pós-termo.

Analisa-se, no tópico “Estática fetal”, as relações do produto conceptual com a bacia e o útero possibilitando-se um conhecimento a respeito das nomenclaturas obstétricas. Explica-se que a atitude durante a gravidez ou o habito fetal é a relação das diversas partes do feto entre si. Informa-se que o continente uterino durante a gravidez mede 30 centímetros e o feto, 50 centímetros de comprimento. Deve-se, dessa maneira, o feto adaptar-se a tais condições de espaço e flexionar-se, reduzindo o seu eixo longitudinal para 25 centímetros. Modifica-se a atitude do feto no início do trabalho de parto e, principalmente, após a amniorrexe.

Acrescenta-se que, devido à expansão do segmento inferior e à incorporação da cervice que ascende o útero, o feto toma uma forma diversa daquela anterior guardada, passando de globosa para a cilindroide, o que o obriga a endireitar o tronco diminuindo sua flexão de maneira a construir-se em um cilindro. Forma-se o cilindro fetal pela cabeça fletida sobre o tronco com as pequenas partes a ele mais aconchegadas.

Relaciona-se a situação fetal entre os grandes eixos longitudinais fetais e uterinos: quando ambos coincidem, a situação será longitudinal e, quando perpendiculares, a situação será transversa e, se cruzados, a situação será oblíqua ou inclinada. Detalha-se que a apresentação é a região fetal onde se localiza a área do estreito superior ocupando-se o seu todo e, aí, tende a insinuar-se.

Afasta-se, durante a gravidez, a apresentação fetal do estreito superior, não tendo relação direta com a bacia, e essa altura pode ser: alta e móvel, quando a apresentação não toma contato com o estreito superior; ajustada, se ocupa a área desse estreito; fixada quando, pelo palpar, não se consegue mobilizá-la, e insinuada quando a maior circunferência da apresentação transpõe a área do estreito superior. Tem-se a posição fetal na relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno, dificilmente, podendo essa região fetal localizar-se francamente para a frente ou para trás em virtude da lordose lombar materna.

Designam-se, com a nomenclatura obstétrica, de maneira exata, a situação, a apresentação, a posição e a variedade de posição, tendo-se o perfeito conhecimento da estatística fetal, que é dividida em: nomenclatura na situação longitudinal, que é aquela que se nomeia pelo emprego de duas ou três letras, a primeira indicando a apresentação e as demais correspondendo ao ponto de referência ao nível do estreito superior e a outra é a nomenclatura da situação transversa, em que não há uma uniformidade de designação; por fim, a frequência da situação e da apresentação, sendo a situação apresentada de forma longitudinal e transversa e a apresentação nas formas cefálica, pélvica e córmica.

Apresentam-se, no tópico “Estudo da Bacia”, a anatomia e o exame da bacia e, nesse trajeto ou canal da parturição, estendendo-se do útero à fenda vulvar, há três estreitamentos anulares: o orifício cervical, o diafragma pélvico e o óstio vaginal. Trouxeram-se consequências notáveis para a parturição por meio das alterações marcantes na morfologia da pelve feminina com a adoção da postura ereta pelos nossos ancestrais *Australopithecus* e o aumento do crânio no ser humano moderno. Constitui-se a bacia ou a pelve o canal ósseo formado pelos dois ilíacos: o sacro e o cóccix com as respectivas articulações (sínfise púbica, sacrílicas, sacrococcígea).

Pode-se dividir a pelve em grande e pequena bacia ou escavação: a primeira apresenta reduzida expressão obstétrica e a última ainda requer estudo (trajeto duro do parto). Limita-se a grande bacia ou a pelve falsa, lateralmente, pelas fossas ilíacas internas e, posteriormente, pela coluna vertebral. Representam-se os limites anteriores pelo espaço que os músculos abdominais mais fortes demarcam encontrando-se quatro tipos fundamentais de bacia: ginecoide, antropoide, androide e

Santos MCS dos, Viana MML, Toscano CPM et al.

Rezende obstetrícia.

platipeloide. Trata-se de planos da bacia imaginários, traçados na entrada, na saída e em várias alturas da escavação pélvica, e seus eixos são perpendiculares baixados ao centro de cada plano. Realiza-se o estudo da capacidade da bacia por meio da pelvimetria, que procura estimar os diâmetros ora medindo-os externamente (pelvimetria externa), ora internamente (pelvimetria interna).

Descrevem-se, no tópico “assistência pré-natal”, os objetivos básicos desse processo, tais como: as consultas de pré-natal; a higiene no pré-natal; o vestuário; o trabalho; a atividade sexual; o hábito de fumar e beber na gestação; as viagens aéreas; as vacinas; os tratamentos dos pequenos distúrbios da gravidez; os exames de imagem e a exposição fetal; aspectos emocionais da gravidez e preparação para o parto; exercícios físicos na gravidez e no pós-parto e a importância do período 100 dias + mil dias.

Elencam-se os seguintes objetivos básicos da assistência ao pré-natal pelos autores: os hábitos de vida; as orientações psicológicas; as instruções sobre o parto e a puericultura; medicações a serem evitadas; o tratamento dos distúrbios da gravidez; a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças próprias da gravidez.

Objetiva-se, no que tange às consultas, sua realização no primeiro trimestre considerando-se a data da última menstruação - DUM; a ultrassonografia; o teste pré-natal não invasivo; o peso e a pressão arterial; a ausculta fetal; os exames complementares; a identificação da mulher que necessita de cuidados adicionais e o exame das mamas. Indica-se, na higiene no pré-natal, o asseio corporal recomendando-se o banho de chuveiro e contraindicando-se o de imersão.

Adverte-se que, no trabalho, não é permitido o exagero, pois é importante orientar a gestante a evitar o contato com objetos pesados e os esforços em excesso. Escolhe-se pelo casal a conduta acerca da atividade sexual devendo-se evitá-la nos casos de abortamento e de parto pré-termo. Deve-se encorajar a gestante, no que se refere ao fumo, a não fumar e orientá-la que o alcoolismo gera malformações congênitas. Pode-se viajar de avião até 36 semanas em casos de gravidez sem complicações, permitem-se as tinturas de cabelo e proíbem-se os produtos de alisamento.

Geram-se, pela gravidez e o parto, modificações físicas, hemodinâmicas, respiratórias e emocionais na mulher, sendo importante a assistência pré-natal. Relatou-se a importância do exercício físico na gravidez

sem complicações para prevenir o ganho de peso excessivo, reduzir o risco de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), de pré-eclâmpsia e de cirurgia cesárea, com destaque para os aeróbicos e de força durante a gestação e no pós-parto.

Destacaram-se os seguintes problemas de saúde/comportamento e/ou fatores de risco: o exercício físico insuficiente; o índice de massa corporal (IMC); as infecções sexualmente transmissíveis (IST); o vírus da imunodeficiência humana (HIV); as hepatites C e B; a tuberculose; a toxoplasmose; o parvívirus; o citomegalovírus; a gonorreia; a clamídia; a sífilis; o herpes simples; a bacteriúria assintomática; a doença periodontica; o streptococcus grupo B; a vaginose bacteriana; o Diabetes Mellitus; o hipertireoidismo e o hipotireoidismo; a fenicetonúria; as perturbações convulsivas; a hipertensão arterial; a artrite reumatoide; o lúpus; a doença renal crônica; a doença cardiovascular; a trombofilia; a asma; o álcool; o tabaco; as drogas ilícitas; os ácidos graxos essenciais; o ácido fólico; as vitaminas A e D; o cálcio; o ferro e o iodo.

Abordaram-se, no tópico “aspectos nutricionais”, as trocas de nutrientes, o aconselhamento pré-concepcional e o gasto energético. Interligou-se, no aconselhamento pré-concepcional, a dieta pré-concepcional a uma gestação saudável e à infertilidade ovulatória, estimando-se que a ingestão de ácido fólico evita cerca da metade dos defeitos congênitos prevenindo não só os defeitos do tubo neural, mas, também, as anomalias cardíacas, urinárias, dos membros e fendas orofaciais.

Levantou-se um calendário de, no mínimo, quatro consultas com o nutricionista ao longo da gestação para se evitar, inclusive, a diabetes gestacional, o parto pré-termo, a pré-eclâmpsia e a depressão pós-parto.

Discutiram-se, no tópico “cosmetologia”, as alterações pigmentares, a acne e a rosácea, a unidade pilosebácea, a depilação, as estrias, a cosmética dos cabelos e os procedimentos cosméticos na gestação.

Indicaram-se, para a prevenção da pigmentação da face, conhecida como melasma ou máscara da gravidez, que desaparece no período de um ano após o parto, a fotoproteção rigorosa e a redução da exposição à radiação solar.

Sabe-se que, sobre a acne na gestação, os tratamentos considerados seguros não têm efeitos satisfatórios. Preconiza-se a fototerapia de banda estreita para a acne e a psoríase e os medicamentos utilizados são: o

Santos MCS dos, Viana MML, Toscano CPM et al.

Rezende obstetrícia.

ácido azelaico, o ácido glicólico, o peróxido de benzoíla, a clindamicina, a eritromicina, o ácido salicílico e o metronidazol. Concluiu-se que, para tratar a acne, existem a clindamicina, a eritromicina e o peróxido de benzoíla e a rosácea, o metronidazol e o ácido azelaico.

Podem-se realizar, nos distúrbios dos pelos durante a gestação, como o hirsutismo e o eflúvio telogeno, as depilações com cera ou com lâminas evitando-se as a *laser*.

Revela-se, dentro do tópico “sexualidade na gestação”, para o autor, que a sexualidade na gravidez é um assunto desafiador para alguns profissionais da área da saúde, mas de extrema importância de se falar visando à instrumentalização dos profissionais de saúde para a melhor atuação em suas respectivas áreas. Passou-se a Resposta Sexual Humana (RSH) a ser objeto de investigação científica determinando-se o aparecimento de diversos modelos que buscam descrever essa função.

Caracterizou-se a RSH por uma série de três fases (desejo, excitação e orgasmo) servindo para classificar e orientar o tratamento das disfunções sexuais masculinas e femininas nas relações. Explicam-se as disfunções sexuais como danos ocorridos em qualquer dessas três fases divididas em dois tipos de desejos: o espontâneo (desejo proceptivo) e o de estimulação sexual (desejo receptivo). Destacou-se, nesse estudo, a importância de incorporar a pessoa como um todo e não apenas o físico, pois, em relações de longo prazo, a atividade sexual deve partir de um ponto de naturalidade para que a mulher se sinta receptiva a estímulos sexuais não só por causa da excitação sexual.

Expressa-se a gestante uma dupla vinculação adequada consigo mesma e com o embrião/feto. Refere-se a consigo mesma à própria identidade para a sexualidade e a vivência do orgasmo na relação sexual satisfatória.

Desenvolve-se, com o bebê em seu ventre, uma possibilidade de doação afetiva. Podem-se haver alterações no nível de interesse pela relação sexual, por parte das mulheres, ao longo da gravidez por diferentes fatores, tais como: náuseas, sensibilidade mamária, cansaço e temor de abortamento inibindo-se o interesse sexual nos seis primeiros meses.

Deve-se aguardar pelo casal, no pós-parto da cirurgia cesárea, a cicatrização para possibilitar uma relação confortável para a mulher, o que pode estabelecer um pouco mais o tempo de retorno às atividades sexuais. Responsabiliza-se, também, a demanda de cuidados de ambos em relação ao

bebê, com consequente gasto de energia, por tais modificações.

Indica-se, pela influência do tipo de parto e a saúde sexual das mulheres após o nascimento da criança, que o tipo de parto não influencia o futuro da saúde sexual das mulheres. Salienta-se que a cesariana eletiva, em particular, não se mostrou associada a um efeito protetor da qualidade de vida sexual dessas mulheres. Pode-se facilitar, por meio da discussão das potenciais alterações em suas vidas sexuais, a adaptação das mulheres de modo eficiente e mutuamente satisfatório. Deve-se informar o casal sobre a diminuição da libido, do desejo e do orgasmo na gravidez, particularmente no último trimestre e no puerpério, o que pode causar uma redução na frequência de relações sexuais.

Percebem-se, dentro do tópico “Preparação psicológica para o parto”, quanto ao ciclo de vida de uma mulher, três momentos de grandes mudanças, a adolescência, a gestação e o climatério, como períodos de transformações de ordem biológica e psicológica que acarretam deslocamentos subjetivos nos sistemas psíquico, afetivo e sociofamiliar. Implicam essas etapas do ciclo vital uma dimensão de crise existencial.

Sinaliza-se a função-chave do obstetra no campo de promoção da saúde emocional à gestante, por ocupar uma posição nuclear no processo do cuidar, inserido no campo relacional que envolve os futuros pais e as famílias. Tem-se o acolhimento clínico no pré-natal como um momento subjetivo de promoção e de ação preventiva no campo da saúde emocional da gestante e do bebê em vias de constituição. Experimenta-se por toda mulher, durante a gestação, um turbilhão de emoções porque, em seu íntimo, ela sabe que a vida mudará radicalmente.

Acredita-se que a construção da parentalidade é um processo complexo que se enraíza desde a infância, pois não basta ao homem e à mulher serem genitores para se tornarem pais. Chama-se a concomitância de afetos tão contraditórios de ambivalência afetiva que, quando benigna, é um processo transitório próprio à movimentação psíquica de elaboração do estar grávida. Referem-se essas marcas psíquicas a como a mulher foi recebida e cuidada pelos seus desde os primeiros dias de vida, além do manancial de memórias inconscientes de todo o processo de desenvolvimento infantil.

Advém-se o amor parental, fantasioso e infantil do reencontro dos pais com seus narcisismos projetados em seu filho. Pode-se desenvolver uma criança amada qualquer tipo

Santos MCS dos, Viana MML, Toscano CPM et al.

Rezende obstetrícia.

de apego, mas, para se estruturar em torno de um apego seguro, precisam-se desenvolver recursos internos que lhe propiciem a estabilidade necessária para a exploração do ambiente. Necessita-se de acolhimento o projeto de bebê construído pelos pais pelos profissionais de saúde com a reverência própria ao evento de vida. Deve-se o bebê ser um hóspede bem-vindo encontrando um solo cultural fértil para que suas potencialidades possam se desenvolver e um ambiente facilitador representado, em primeiro plano, por seus entes próximos.

Menciona-se, dentro do tópico “Contratibilidade Uterina”, que os procedimentos mais precisos para avaliar a atividade do útero grávidico humano são os que registram as pressões intrauterinas amniótica, intramiometrial, placentária e puerperal. Infere-se que a atividade uterina é como o produto da intensidade das contrações pela frequência expressando o resultado em mmHg/10 min ou Unidades Montevideu (UM) e condizendo com a soma das intensidades de todas as contrações responsáveis para saber a dilatação do colo de dois para dez centímetros.

Associa-se clinicamente o parto ao desenvolvimento de contrações dolorosas e rítmicas que condicionam a dilatação do colo uterino. Considera-se seu início quando a dilatação cervical chega a dois cm e, na dilatação, as contrações têm intensidade de 30 mmHg e frequência de dois a 3/10 minutos. Tem-se a postura assumida pela paciente importância expressiva na contratibilidade uterina. Aumenta-se, pelo decúbito lateral, a intensidade e diminui-se a frequência, pois sugere maior eficiência para a progressão do parto. Acrescenta-se que, no período expulsivo, a frequência atinge cinco contrações em dez minutos com a intensidade de 50 mmHg.

Continuam-se a produzir as contrações rítmicas pelo útero após o nascimento do recém-nascido (RN). Proporciona-se, pelas contrações agora indolores, alívio imediato às pacientes, por isso, elas foram responsáveis pelo chamado período de repouso fisiológico. Entende-se que, durante a gestação, o útero não está inativo, mas sua atividade é bastante reduzida, irregular, localizada e sem significado funcional expulsivo.

Mantém-se a gravidez, provavelmente, pelo chamado bloqueio progesterônico, que tem a propriedade de diminuir a sensibilidade da célula miometrial ao estímulo contrátil, por hiperpolarização da membrana, bloqueando a condução da atividade elétrica de uma célula muscular à outra. Determina-se, por esse

componente local, o gradiente de concentração progesterônica do útero, função da distância à placenta.

Intensificam-se as alterações no parto, o corpo fica mais curto e mais espesso e o colo uterino, mais dilatado. Fornece-se, durante a gravidez, por meio do crescimento do útero sob a ação dos estrogênicos, espaço para o desenvolvimento do feto, porém, no final da gestação, quando cessa o crescimento do útero, o aumento da tensão nas paredes uterinas sinaliza o início do parto.

Discute-se, no “Mecanismo do Parto”, a importância de se analisar os movimentos da cabeça sob a ação das contrações uterinas, a transitar pelo desfiladeiro pelvigenital, apresentando características gerais que ocorrem nesse momento e retratando o trajeto do feto, a apresentação, a morfologia e as possíveis perturbações.

Observa-se que os movimentos são divididos em três: insinuação, descida e desprendimento, onde a insinuação é a passagem da maior circunferência da apresentação por meio do anel do estreito superior, a descida vem completando a insinuação, a cabeça migra até as proximidades do assoalho pélvico, onde começa o cotovelo do canal, demonstrando-se que a descida ocorre desde o início do trabalho de parto e só termina com a expulsão total do feto, e o desprendimento termina o movimento de rotação, o suboccipital coloca-se sob a arcada púbica e a sutura sagital orienta-se em sentido anteroposterior.

Trata-se clinicamente, em “Parto/Estudo Clínico e Assistência”, do estudo do parto analisando-se as três fases principais (dilatação, expulsão e secundamento), precedidas de estágio preliminar, o período premonitório (pré-parto). Tende-se a considerar um quarto período, que compreenderia a primeira hora após a saída da placenta, pelo fato de ser uma fase de riscos iminentes e frequentemente ignorada pelo profissional que presta a assistência ao parto.

Caracteriza-se o período premonitório (pré-parto) pela descida do fundo uterino situada nas proximidades do apêndice xifoide, onde a cúpula do útero grávidico baixa de dois a quatro cm, aumentando a amplitude da ventilação pulmonar que, até esse momento, era dificultada pela compressão diafragmática. Possibilita-se avaliar e acompanhar, no pré-natal cuidadoso, esse evento conhecido popularmente como queda do ventre.

Acentua-se que o início real do parto nem sempre é de fácil estabelecimento. Pode-se não identificar o exato momento em que se iniciam as contrações regulares e efetivas e as contrações do início do trabalho de parto podem ser menos frequentes e pouco dolorosas e, da mesma maneira, o ponto em que a dilatação cervical se inicia em resposta a essas contrações pode não ser determinado.

Inicia-se a fase de expulsão quando a dilatação está completa e encerra-se com a saída do feto, logo, nesta fase, ocorre a sucessão das contrações uterinas, cada vez mais intensas e frequentes, com intervalos progressivamente menores até adquirirem o aspecto subintrante de cinco contrações a cada dez minutos. Lembra-se que o trabalho de parto pode demorar mais de seis horas para progredir de quatro para cinco centímetros, sendo, portanto, seis centímetros o melhor ponto de corte para se definir o início da fase ativa do trabalho de parto.

Mostram-se, na preparação para o parto, diversas medidas anteparto que podem ser adotadas para que a gestante possa se preparar para o parto e aumentar as chances de que tudo transcorra conforme desejado e planejado, como: o processo do trabalho de parto e parturição; lidar com a dor do parto; métodos farmacológicos e não farmacológicos e intervenções durante o trabalho de parto e parto.

Torna-se possível acompanhar, pelo partograma, a sua evolução, documentar e diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios no trabalho de parto.

Alerta-se que, na assistência à expulsão, a parturiente fica agitada, relatando sensação similar ao desejo de defecar que aumenta de intensidade somando-se à contração voluntária abdominal, se a apresentação estiver no assoalho pélvico.

Atribui-se ao desaparecimento das contrações uterinas e ao repouso fisiológico do útero, após a expulsão do conceito, o período de euforia e bem-estar experimentado pela mulher. Continua-se a víscera a contrair-se, após a expulsão do conceito, a fim de dar prosseguimento à terceira fase do parto, por meio de contrações de baixa frequência e alta intensidade, embora indolores. Responsabilizam-se o banho hormonal e a liberação de ocitocina endógena e de endorfinas pela sensação de euforia, enquanto a atividade uterina continua.

Torna-se fundamental, em toda assistência ao parto, a presença de dois profissionais

treinados: um que concentra as atenções na mãe e outro que proporciona o atendimento integral ao recém-nascido. Recepciona-se o recém-nascido pelo profissional neonatologista, que o entrega à mãe. Recomenda-se, como única medida, o fornecimento de calor, colocando-se o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe e cobrindo-o com pano seco, pois o contato pele a pele é a melhor maneira de fornecer calor ao neonato.

Retrata-se o puerpério pela fisiologia e assistência pós-natal, um período que sucede o parto e, de um ponto de vista fisiológico, são processos involuntários e de recuperação do organismo materno após uma gestação.

Marca-se esse período tanto por processos fisiológicos no organismo, quanto por processos conjugais, psicológicos e familiares e, por esse motivo, é imprescindível uma assistência qualificada materno-infantil multidisciplinar e integrada para favorecer o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

Devem-se tomar alguns cuidados em relação ao cuidado da região perineal orientando-se a mulher a fazer a higiene vulvar no sentido anterior-posterior, e o uso de gelo no primeiro dia pode reduzir o desconforto local, especialmente por ocasião da realização de episiotomia ou a presença de laceração extensa.

Tem-se como imprescindível a amamentação para a saúde do lactente sob os aspectos nutricional, imunológico, gastrointestinal, psicológico, do desenvolvimento e da interação entre a mãe e filho. Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e sua complementação até os dois anos de idade ou mais para a prevenção de desnutrição precoce e redução da morbimortalidade infantil.

Trazem-se inúmeros benefícios por meio da amamentação, dentre eles, a redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, câncer antes dos 15 anos e sobrepeso/obesidade. Relaciona-se intimamente a fisiologia da lactação à esfera neuroendócrina dividindo-a em três processos: mamogênese, lactogênese e lactopoeia. Detalha-se que a mamogênese é quando ocorre o desenvolvimento da glândula mamária apresentando-se efeitos de três hormônios (esteroides sexuais, complexo lactogênico e gestação).

Pode-se observar, na lactogênese, o início da lactação apenas com a secreção de colostro, substância amarelada já existente na gravidez com grande concentração de proteínas, anticorpos e células tímicas que

Santos MCS dos, Viana MML, Toscano CPM et al.

Rezende obstetrícia.

ajudam a imunizar o bebê contra infecções, particularmente as gastrointestinais. Tem-se, por fim, na lactopoeia, a manutenção da lactação pela existência do reflexo neuroendócrino da sucção do mamilo pelo lactente que age no eixo hipotalâmico-hipofisário e culmina por determinar a liberação de PLR (aumento dos níveis de seis a nove vezes) e de ocitocina.

Institui-se, com o ato de amamentar, uma das ações fundamentais da linha de cuidado voltada à proteção e à prevenção da saúde da criança. Deve-se estimular a mãe a amamentar na primeira hora após o parto, caso não haja contraindicações. Visa-se, com essa proposta, a estimular o contato pele a pele entre a mãe e o bebê. Intensifica-se, pela amamentação na primeira hora de vida, a formação de laços afetivos entre a mãe e o filho viabilizando-se a colonização da pele do recém-nascido pela microbiota da mãe e promovendo-se o início do ato de amamentar, momento de suma importância para o binômio.

Recomenda-se esta literatura, que possui uma grande significância para estudantes e profissionais de saúde, bem como para a área da Enfermagem, pois a mesma consegue se mostrar sucinta e objetiva, usando recursos como imagens ilustrativas, gráficos e tabelas para uma melhor compreensão e abordando uma temática de extrema relevância para o desenvolvimento da pesquisa e da prática assistencial dos profissionais da área de saúde.

Discorre-se, no terceiro capítulo do livro, sobre todo o ciclo gestacional normal, compreendendo-se as modificações no organismo materno, e o profissional deverá ser capacitado para fazer a correlação com essa nova fase fisiológica da gestação e conseguirá ter habilidade para a realização de um exame físico completo e de qualidade avaliando as minúcias existentes nessa fase. Devem-se abordar os aspectos da sexualidade com a gestante no momento do pré-natal para a elucidação das principais dúvidas. Acredita-se que, com a leitura desta obra, o leitor conseguirá identificar os diferentes diagnósticos da gravidez, as orientações sobre a nutrição da gestante até o parto, o puerpério e a lactação, informações pertinentes e de grande valia na atuação profissional.

Atribuem-se valores à Enfermagem pelos autores Jorge de Rezende Filho e Carlos Antônio Barbosa Montenegro nesta literatura, que demonstra as diversas práticas que podem ser realizadas na atenção básica, tendo o enfermeiro como a pessoa responsável para

prestar a assistência ao pré-natal de baixo risco, trabalhando de forma multidisciplinar em função de prestar uma assistência eficaz a fim de que essa mulher consiga ter solucionadas suas dúvidas e que possa ter a gestação e o puerpério saudáveis.

REFERÊNCIA

Rezende Filho J, Montenegro CA. Rezende Obstetrícia. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

Submissão: 07/08/2018

Aceito: 17/10/2018

Publicado: 01/12/2018

Correspondência

Maria Carolina Salustino dos Santos.

Rua São João, 623

Bairro Rangel.

CEP: 58070305 – João Pessoa (PB), Brasil