

## INTERAÇÃO MULTIDISCIPLINAR PARA UMA CIRURGIA EMERGENCIAL DE RUPTURA UTERINA

Gabriela Honorato dos Santos <sup>1</sup>

Karen Cristina Barbosa Chaves <sup>2</sup>

Thiana Santos Ramos <sup>3</sup>

Natália de Filippo Mariosa<sup>4</sup>

---

**Resumo:** A ruptura uterina refere-se à abertura da parede do útero, geralmente por causa do afastamento de uma cicatriz de cesariana durante o trabalho de parto e ruptura das membranas fetais, de modo que as cavidades uterina e peritoneal se comuniquem. É uma intercorrência incomum, porém pode comprometer a saúde da mãe e do feto ou a morbidez. A mortalidade fetal pode chegar a níveis superiores a 50%, devido à ausência de suprimento sanguíneo/oxigênio para o feto. O tratamento é feito através do parto de emergência com estabilidade hemodinâmica da gestante, retirada do feto e sutura do defeito ou histerectomia, através do trabalho multiprofissional. O objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de paciente com ruptura uterina e discutir a abordagem da equipe multidisciplinar. Assim, verificamos que a conduta da equipe controlou os sinais vitais da gestante e contribuiu com o estado físico e biológico materno-fetal. Dessa forma, vemos a importância do estabelecimento da interação multidisciplinar para as tomadas de decisões e conduta cirúrgica.

**Palavras-chave:** Ruptura Uterina. Equipe multidisciplinar. Risco materno-fetal.

---

### Introdução

A ruptura uterina é uma condição obstétrica séria que implica em um rompimento da parede uterina, com protrusão da placenta e/ou partes fetais para a cavidade abdominal, resultando em riscos materno-fetais. Mendes *et al.* (2014), descreveram que tais riscos envolvem a histerectomia em 0,9%-33%, hemorragia em 1,2%-13,8% e morte materna em 0,002%. Enquanto que, os riscos fetais podem implicar em morte neonatal em 1-8%-8,7% e encefalopatia hipóxico-isquêmica em 6,2% (MENDES *et al.*, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a taxa de prevalência de ruptura uterina é maior nos países em desenvolvimento. A estimativa de incidência em países desenvolvidos é menor que 1% (GOEBEL *et al.*, 2010). Os problemas de saúde pública que implicam na má condição de moradia, gestação na adolescência e múltiplas gestações são fatores significativos ao risco de ruptura uterina (ASTATIKIE; LIMENIH; KEBEDE, 2017).

O principal fator de risco descrito é a presença de uma cicatriz uterina prévia, devido miomectomia, perfuração, ferimentos por penetrações abdominais, histeroscopia, injúrias laparoscópicas e, principalmente, causada pelo parto por cesárea



(GOEBEL *et al.*, 2010). No Brasil, a taxa de cesariana foi a mais elevada do mundo no ano de 2012 (BRASIL, 2012). A incidência de ruptura uterina é de 0,71% para pacientes com cesáreas anteriores e submetidas ao parto pela via vaginal. Além disso, a taxa de incidência aumenta duas vezes nas parturientes com duas ou mais cesarianas, comparada à paciente com uma cesárea prévia (BRASIL, 2010). Acredita-se que traumas ou iatrogenia podem causar a ruptura uterina sem a presença de cicatriz prévia (GOEBEL *et al.*, 2010).

A ruptura uterina ocorre, principalmente, no terceiro trimestre no pré-parto, intraparto e pós-parto (FEBRASGO, 2000; GOEBEL *et al.*, 2010). A ocorrência do episódio não pode ser prevista com precisão ou mesmo diagnosticada precocemente. As manifestações clínicas indicadoras são a dor no hipogástrio, hemorragia interna e/ou externa, choque, sinais de irritação peritoneal, paralização do trabalho de parto e deformidades abdominais, devido a palpação de partes do corpo fetal. No intraparto, as anormalidades inespecíficas dos batimentos cardíacos fetais, cessação das contrações e dor abdominal representam o início abrupto de sofrimento fetal. A hemorragia, dor e flacidez abdominal podem ser manifestadas no pós-parto (GOEBEL *et al.*, 2010; BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2000).

Com o diagnóstico, baseado clinicamente, a conduta terapêutica cirúrgica por cesárea pode contribuir com a viabilidade fetal e, posteriormente, sutura do útero. No procedimento cirúrgico, alguns fatores podem predizer o prognóstico fetal e a conduta do cirurgião, como a extensão fetal na cavidade abdominal e extensão da ruptura uterina, respectivamente.

A abordagem da ruptura uterina deve ser iniciada imediatamente pelos profissionais de saúde para reduzir os riscos materno-fetais. Assim, a conduta da equipe multiprofissional deve intervir cirurgicamente, prezando a estabilidade hemodinâmica da gestante e cesariana com muita agilidade. A interação multiprofissional e a disponibilidade dos enfermeiros, obstetras, anestesistas, pediatras, imuno-terapeutas, juntamente, com todos os recursos adequados, viabilizam o trabalho coletivo e contribuem com o sucesso do bem-estar materno e fetal. Nogueira e Rodrigues (2015) descreveram que os erros médicos, eventos adversos e a diminuição da qualidade dos cuidados ao paciente refletem nas falhas de comunicação e envolvimento da equipe



multidisciplinar. Além disso, tornam os profissionais despreparados para atuar em situações de emergência, repentina e inesperadas as quais necessitam de atuação rápida para garantir a qualidade e segurança da assistência. Assim, consideram que o estabelecimento de uma comunicação efetiva é primordial para a interação sincrônica da equipe multiprofissional, sendo pela escuta ativa, liderança clara, envolvimento de todos os membros, contato dos olhos e discussões saudáveis de informações pertinentes (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

O presente estudo teve como objetivo apresentar um caso clínico de uma paciente com ruptura uterina durante o parto e discutir o envolvimento sincrônico da equipe multiprofissional aos procedimentos cirúrgicos bem-sucedidos.

## **Materiais e Métodos**

Os dados foram coletados durante a medida direta dos parâmetros, registrados no sistema de informação e disponíveis ao acesso médico do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Assim, os dados foram cedidos pelo médico que acompanhou o caso clínico e analisados para a discussão do presente estudo.

## **Relato de Caso**

Paciente do sexo feminino, 29 anos, sem comorbidades, idade gestacional (IG) de 40 semanas, secundigesta e primípara (G2P1), relata cesárea prévia há mais de cinco anos. Deu entrada na maternidade em trabalho de parto, sendo solicitada analgesia. Realizou-se anestesia peridural e implantou-se o cateter. Durante a condução do caso pelo obstetra, foi usado ocitocina. No período expulsivo ocorreu subida de apresentação, deformidade abdominal e instabilidade hemodinâmica materna - taquicardia (160bpm) e hipotensão (90mmHg x 50mmHg). Com o diagnóstico de ruptura uterina pelo obstetra, solicitou-se a complementação da anestesia para cesárea de emergência. A anestesia geral foi induzida em sequência rápida e o recém-nascido foi retirado da cavidade abdominal, fora do útero. Simultaneamente, fez-se reposição volêmica, não sendo necessário transfusão sanguínea. O útero havia rompido em cicatriz de cesárea prévia,



onde foi suturado, evitando histerectomia. A gestante vivenciou a reversão do quadro a partir da hidratação, oferta de oxigênio (O<sub>2</sub> 100% pelo tubo) e tratamento cirúrgico. Não foi necessária a monitorização invasiva. O recém-nascido evoluiu bem após o nascimento, recebendo Apgar 8 no primeiro minuto e Apgar 9 após cinco minutos de nascido.

## Discussão

A ruptura uterina tem suas manifestações clínicas reconhecidas e deve ser detectada precocemente para o encaminhamento da cirurgia de emergência. Nesse caso, a conduta cirúrgica é o principal meio de tratamento e necessita do envolvimento da equipe multidisciplinar para manter os parâmetros adequados da gestante e sua integridade física, bem como remover o recém-nascido sem qualquer sinal de risco (GOEBEL *et al.*, 2010; BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2000).

Em um estudo, avaliou-se qualitativamente a atuação de uma equipe multiprofissional, contendo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, em um espaço hospitalar de urgências. O relato de um dos profissionais, enfatiza sobre a necessidade da agilidade na equipe e do papel automático e sincronizado de cada profissional para que haja o sucesso dos procedimentos conduzidos (GARLET; LIMA; SANTOS, 2008).

A metodologia de trabalho da equipe que age em unidades de atendimento às urgências e emergências tem como objetivo atender pacientes com complicações agudas e real risco de vida. Por esta razão, esta intervenção deve se dar de forma rápida, eficiente e integralizada. O grande desafio aos profissionais da saúde, aos estabelecimentos e à sociedade é encontrar formas de gerir os processos de trabalho, que considerem as relações entre trabalhadores e usuários. Assim, é primordial incitar reflexões sobre o atendimento nos serviços de urgência e emergência, com o intuito de planejar e assessorar as verdadeiras necessidades dos usuários.

Dessa forma, a ação da equipe e articulação entre as diferentes categorias profissionais são de extrema importância à integração e articulação dos ramos de conhecimento, em proporcionar uma assistência livre de riscos e pautada na cooperação, bem como em respostas imediatas aos pacientes das emergências hospitalares.



## Considerações Finais

A gestação é uma fase de grande expectativa e ansiedade quanto ao momento da chegada do bebê. Por outro lado, a rotura uterina é uma emergência clínica que pode tornar o nascimento catastrófico devido à dois fatores: a morbidade materna e o risco de mortalidade neonatal. Em relação à mãe, a hemorragia causada por esta complicação é um fator que, muitas vezes, torna necessário a retirada do útero. Por vez, o neonato, devido à falta de suprimento de nutrientes/oxigênio pela placenta durante a rotura, apresenta alta chance da mortalidade. Diante disto, é importante que o obstetra, pediatra, anestesista e enfermeiro tenham conhecimento para atuar com agilidade e destreza diante de tal situação. Como se trata de um evento raro, exemplos de casos conduzidos com sucesso são importantes para acrescentar experiência não só de um profissional, mas de toda a equipe multiprofissional envolvida, sendo este um trabalho em conjunto, que exige cautela e habilidades específicas entre os membros da equipe.

## Referências

ASTATIKIE, Geremew; LIMENIH, Miteku Andualem; KEBEDE, Mihiretu. **Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture**. BMC Pregnancy Childbirth, 17:177, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; p. 371-97, 2012.

FEBRASGO. **Urgências e Emergências Maternas: gula para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2000.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes. **Organização do trabalho da equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2008.

GOEBEL, Matheus Assunção; SOUZA, Natanael Alves; SANTOS, Priscilla Soares; NUNES, Raquel Alves; ASSIS, Raquel Cristina Lopes; MOTA, Renata Koza; AMARAL, Tabatha Daniela Nunes; MENDONÇA, Marcos. **Ruptura uterina**. Ver Med Minas Gerais, 20(1):S64-S67, 2010.

MENDES, Neuza; TORRES, Rita; CAMPOS, Ana; SERRANO, Fátima. **Rotura uterina em mulheres com cesariana anterior em prova de trabalho de parto**. Acta Obstet Ginecol Port, 8(4):377-384, 2014.



NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enferm., 20(3):636-640, 2015.

#### Dos autores

---

**Gabriela Honorato dos Santos:** Acadêmica do curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: gabrielahonorato2010@hotmail.com

**Karen Cristina Barbosa Chaves:** Acadêmica do curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: karen\_cristinabc@hotmail.com

**Thiana Santos Ramos:** Acadêmica do curso de medicina da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros, Goiás. E-mail: [thianasramos@hotmail.com](mailto:thianasramos@hotmail.com)

**Natália de Filippo Mariosa:** Professora Adjunta da UNIFIMES – Centro Universitário de Mineiros. Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Especialista em Anestesiologia pela Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. E-mail: nataliafilippo@fimes.edu.br

---

