



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
THAYNARA HEVELLIN SILVA DE ALMEIDA

**EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: Atuação da enfermagem obstétrica no manejo da
hemorragia no pós-parto imediato**

ARIQUEMES – RO
2020

THAYNARA HEVELLIN SILVA DE ALMEIDA

EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: Atuação da enfermagem obstétrica no manejo da hemorragia no pós-parto imediato

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de Grau em Enfermagem apresentado à Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador (a): Prof. (a) Me. Mariana Ferreira Alves de Carvalho

**ARIQUEMES – RO
2020**

THAYNARA HEVELLIN SILVA DE ALMEIDA

EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: Atuação da enfermagem obstétrica no manejo da hemorragia no pós-parto imediato

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção de Grau em
Enfermagem apresentado à
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente – FAEMA.

Banca examinadora

Prof. (a) Me. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. (a) Me. Jéssica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof. (a) Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

**ARIQUEMES – RO
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

AL447e	ALMEIDA, Thaynara Hevellin Silva de. Emergência obstétrica: atuação da enfermagem obstétrica no manejo da hemorragia no pós-parto imediato . / por Thaynara Hevellin Silva de Almeida. Ariquemes: FAEMA, 2020. 46 p. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Ma. Mariana Ferreira Alves de Carvalho. 1. Enfermagem obstétrica . 2. Hemorragia pós-parto . 3. Mortalidade materna . 4. Humanização . 5. Emergência obstétrica . I Carvalho, Mariana Ferreira Alves de. II. Título. III. FAEMA.
CDD:610.73	

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Acucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Agradecimentos

Agradeço a minha mãe por toda ajuda nesse caminho, sem sua participação eu jamais teria chegado até aqui! Aos meus familiares por todo incentivo e apoio. A minha orientadora, Prof. Ms. Mariana Ferreira Alves de Carvalho obrigada. Aos meus amigos, obrigada por todo auxílio nesses 5 anos.

Aos colaboradores da FAEMA, queridos professores essa vitória não seria possível sem vocês. A todos que me ajudaram nessa conquista, vocês são luz em minha vida!

“Se eu tivesse que dizer algo sobre minha vida, diria que sou uma mulher com habilidades comuns que foi guiada por Deus através de maneiras estranhas e incomuns de cumprir sua vontade”.
- Florence Nightingale

RESUMO

O parto normal é definido pelo início espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho de parto, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Sabe-se que, a hemorragia pós-parto é considerada uma emergência obstétrica, sendo uma das principais causas de morte materna no mundo. No Brasil, é a segunda causa de mortalidade materna, ficando atrás das doenças hipertensivas. As complicações e mortes por ela desencadeadas podem ser decorrentes da demora no reconhecimento dos sinais clínicos e consequente atraso na assistência imediata. O enfermeiro obstetra, na maioria das vezes, é o profissional que primeiro a identificar e iniciar o tratamento desta complicação. **Objetivo:** Descrever a capacidade técnico-científica da enfermagem obstétrica no manejo da paciente com hemorragia pós-parto. **Metodologia:** trata-se de um referencial bibliográfico, elaborado através das bases de dados utilizando a Biblioteca em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciElo), Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Revistas Médicas Brasileiras em Saúde, Manual da Organização Mundial em Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS). Possui delimitação temporal de 2008 a 2018. **Conclusão:** Um dos desafios na atualidade é mostrar o quanto a enfermagem como profissão possui autonomia, capacitação técnico-científica e como sua participação na assistência ao parto faz diferença, sendo fundamental no gerenciamento da saúde de pacientes com potencial risco de vida e se tornando essencial no âmbito de trabalho para aqueles que conhecem a profissão.

Palavra-chave: enfermagem obstétrica. hemorragia pós-parto. mortalidade materna.

ABSTRACT

Normal childbirth is defined by spontaneous onset and without risk identified at the beginning of labor, thus remaining until delivery. The child is born spontaneously, between 37 and 42 complete weeks of gestation. It is known that postpartum hemorrhage is considered an obstetric emergency, being one of the main causes of maternal death in the world. In Brazil, it is the second leading cause of maternal mortality, behind hypertensive diseases. The complications and deaths caused by it can be due to the delay in the recognition of clinical signs and the consequent delay in immediate assistance. The obstetric nurse, in most cases, is the professional who first identifies and initiates the treatment of this complication. **Objective:** To describe the technical-scientific capacity of obstetric nursing in the management of patients with postpartum hemorrhage. **Methodology:** it is a bibliographic reference, elaborated through the databases used in the elaboration being Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Brazilian Medical Journals in Health, Manual of the World Health Organization (WHO) and Pan American Health Organization (PAHO). It has a temporal delimitation from 2008 to 2018. **Conclusion:** One of the challenges today is to show how much nursing as a profession has autonomy, technical and scientific training and how its participation in childbirth care makes a difference, being fundamental in the health management of patients with potentially life-threatening and becoming essential in the workplace for those who know the profession.

Keyword: obstetric nursing. postpartum hemorrhage. maternal mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Apagamento e Dilatação	19
Figura 02 – Período expulsivo.....	20
Figura 03 – Período de dequitação	21
Figura 04 – Período de Greenberg.....	22
Figura 05 – Estimativa visual de sangramento	35
Figura 06 – Conduta no atendimento da atonia uterina.....	39
Figura 07 – Conduta no atendimento das lesões no canal de parto	40
Figura 08 – Conduta no atendimento das retenções de tecido placentárias.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Causas da hemorragia pós-parto – mnemônicos dos “4 Ts”	25
Tabela 02 - Sinais e sintomas resultantes da perda de sangue	26
Tabela 03 - Drogas uterotônicas	28
Tabela 04 – Evidências baseadas em recomendações para o tratamento da hemorragia pós-parto.....	30
Tabela 05 – Parâmetros da Escala de Classificação de Baskett para classificação de hemorragia aguda.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca virtual em Saúde

CIVD – Coagulação intravascular disseminada

DPP – Descolamento prematuro de placenta

EV – Endovenoso

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

G. – Gramas

HPP – Hemorragia pós-parto

IM – Intramuscular

IV – Intravenoso

MÁX – Máximo

MCG – Micrograma

MG – Miligrama

MÍN – Mínimo

MS – Mestre

Nº - Numero

OBS – Observação

OMS – Organização Mundial em Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana em Saúde

PCR – Parada cardiorrespiratória

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SciElo - Scientific Electronic Library Online

SF – Soro Fisiológico

TCC – Tração controlada de cordão

TP – Trabalho de parto

UI – Unidades internacionais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO PRIMÁRIO	15
2.2. OBJETIVO SECUNDÁRIO.....	15
3. METODOLOGIA	16
4. REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1. PARTO NORMAL.....	17
4.2. FISIOLOGIA DO PARTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PARTURITIVO	17
4.2.1. Primeiro estágio: Dilatação.....	18
4.2.2. Segundo estágio: Expulsão.....	19
4.2.3. Terceiro estágio: Dequitação.....	20
4.2.4. Quarto estágio: Greenberg	22
4.3. IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA NO PERÍODO DE DEQUITAÇÃO	23
4.4. AFINAL, O QUE É HEMORRAGIA PÓS-PARTO?	24
4.5. FISIOPATOLOGIA E CAUSAS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	24
4.6. SINAIS E SINTOMAS.....	26
4.7. FATORES DE RISCO	27
4.8. PREVENÇÃO.....	27
5. REALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	31
6. ENFERMEIRO OBSTETRA COMO MEDIADOR NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: USO DE PROTOCOLOS PADRONIZADOS NA ASSISTÊNCIA PARA CONTROLE DE HEMORRAGIA	34
6.1 MANEJO CLINICO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	35
6.2 ESTIMATIVA VISUAL DO SANGRAMENTO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	35
6.3. ESTIMATIVA CLÍNICA ATRAVÉS DO ÍNDICE DE CHOQUE	36
7. TRATAMENTO E A HORA DE OURO	37
7.1. LINHA TÊNUE DO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL	37
7.1.1. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem.....	37
7.1.2. Médico Obstetra	38
8. TRATAMENTO POR CAUSA ESPECIFICA	39

8.1.	TÔNUS.....	39
8.2.	TRAUMA.....	40
8.3	TECIDO.....	40
8.4	TROMBINA	41
	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

O parto normal é o processo de resignificação de uma mulher, é a partir desse momento que ela encontra novos sentidos, onde percebe o surgimento do binômio mãe e filho sendo essencial para que ocorra o vínculo materno. Para a Organização Mundial em Saúde (2014, p. 03) podemos descrever o parto normal como espontâneo e sem prejuízo no começo do trabalho de parto, até o momento do nascimento do bebê, onde a criança nasce entre 37 e 42 semanas gestacionais.

Na atualidade existem complicações que podem ocorrer após o parto, sendo uma delas a hemorragia puerperal onde ocorre a perda sanguínea > 500 ml via vaginal. No Brasil constata-se que a hemorragia pós-parto se tornou a segunda causa de mortalidade materna considerada também, um problema de saúde pública nos últimos anos.

Nesse período entende-se que, a mulher no pós-parto precisa de vigilância contínua para que em situações de risco, sejam adotadas medidas que previnam uma emergência obstétrica. Segundo Martins (2014, p. 11) a observação da altura e contração uterina juntamente com o a perda volêmica, são fatores importantes para o reconhecimento da hemorragia, determinando riscos e estabelecendo uma prevenção e controle desses casos.

A enfermagem obstétrica como profissão possui um papel essencial como intervencionista no processo de cura. Como prática profissional, se compreende como conhecedor dos saberes técnico-científico, capaz de observar e alertar quando uma situação está fora de sua normalidade, oferecendo assistência de profissionais capacitados a mulher no pós-parto, sendo na maioria das vezes, o que primeiro identifica e inicia os procedimentos para controle da hemorragia.

Ao trazer essa temática busco de forma única a união do meio profissional em prol do cuidado a mulher no período gravídico puerperal, destacando as evidências e sua eficácia no meio da saúde. É de extrema importância introduzir esse assunto no meio acadêmico e público, pois a saúde da mulher sempre será um pilar a ser enfrentado. A qualidade na assistência diz muito sobre o profissional e sua eficácia no cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRIMÁRIO

Discorrer a competência técnico-científica da enfermagem obstétrica no cuidado ao paciente com hemorragia puerperal.

2.2. OBJETIVO SECUNDÁRIO

- Descrever a fisiopatologia da hemorragia pós-parto;
- Destacar sobre os aspectos éticos e legais no exercício profissional da enfermagem obstétrica;
- Identificar o papel da enfermagem obstétrica no atendimento a mulher garantindo as ações e boas práticas em complicações no período gravídico-puerperal.

3. METODOLOGIA

O trabalho proposto trata-se de uma revisão de literatura, composta por dados descritivos retirado de documentos que permitem a identificação individual do tema, seguindo as normativas estabelecidas pela instituição.

Os descritores em saúde direcionados a pesquisa foram: hemorragia pós-parto, mortalidade materna, enfermagem obstétrica. Sendo esses tópicos facilitadores na pesquisa, contribuindo para a construção dessa revisão. As bases de dados utilizados na elaboração a Scientific Electronic Library Online (SciELO), Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Biblioteca em Saúde (BVS), Revistas Médicas Brasileiras em Saúde, Manual em saúde da Organização Mundial em Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS).

O processo de exclusão dos artigos foi retirado os que não possuem relação com direta com o estudo e fora do recorte temporal. O processo de inclusão foi estabelecido: artigos e manuais completos em língua portuguesa e inglesa, disponíveis digitalmente, com delimitação temporal sendo de 2008 a 2018. Sendo as referências do ano 1986 e 1999 utilizados pois se trata de decretos e resoluções atualmente vigentes.

O método de inclusão e exclusão, foram utilizados previamente 24 artigos, após análise utilizou somente 15 artigos, sendo 12 em português e 03 em inglês, juntamente associado a 02 livros, 05 manuais em saúde. Após serem selecionados, todos os artigos foram lidos e analisados na íntegra, e a partir da seleção dos mesmos foram formuladas as informações sobre o estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Parto normal

Para a Organização Mundial em Saúde (2014, p. 03) podemos descrever o parto normal como espontâneo e sem prejuízo no começo do trabalho de parto até o momento do nascimento do bebê, onde a criança nasce entre 37 e 42 semanas gestacionais.

Conforme Anders et al. (2013, p. 111) o parto apresenta períodos significativos para que ele aconteça. É nesse período que se inicia a participação da enfermagem obstétrica, será ela que ofertará o atendimento inicial a parturiente e a seu bebê, classificando o risco e se no momento será necessárias intervenções médicas. Para que aconteça o parto, a parturiente precisa passar por cada período do estágio parto, sendo eles:

- I. Dilatação ou primeiro estágio: dá-se início com as contrações no útero ritmadas e encerra com abertura completa do colo uterino;
- II. Expulsão ou segundo estágio: dá-se início com a abertura completa do colo uterino e vai até a chegada da criança;
- III. Dequitação ou terceiro estágio: começa quando ocorre a decídua completa da criança e encerra quando ocorre contração e retração do miométrio soltando a placenta e seus anexos do útero;
- IV. Período de Greenberg ou quarto estágio: começa no período estimado de até 2 horas após a saída placentária, onde ocorre a retração uterina através das contrações, levando a diminuindo o sangramento após o parto.

Segundo Anders et al. (2013, p. 111) o sinal do início do parto se apresenta através da exteriorização completa do tampão mucoso, saída de líquido amniótico, melhora da respiração da gestante devido o ventre que baixa, posteriormente aparecem as contrações de Braxton Hicks que geram desconforto no ventre quando ritmadas estimulando a dilatação do colo uterino para que ocorra a decídua do bebê.

4.2. Processo fisiológico do parto e a assistência da enfermagem obstétrica

Segundo Cabral et al; (2010, p. 213) no processo de desenvolvimento gestacional e evolutivo do parto é particularmente fisiológico e coberto de muita segurança para nós mulheres. Com as alterações que se apresentam no final da

gestação já fazemos uma importante preparação para a hora do parto. As dores do parto, denominadas contrações de Braxton-Hicks buscam estimular a criança a fazer a insinuação na pelve materna e o colo uterino torna-se menos resistente, iniciando o processo de dilatação. O trabalho de parto se inicia no momento que as contrações atingem o período de dez minutos a frequência de duas contrações, com estimativa média de 25 segundos.

Para Cabral et al; (2010, p. 213) a intuição que as contrações se iniciaram, pode ser observada o aumento do tônus uterinos sendo melhor observado a palpação, e com relato da gestante que afirma a sensação de cólicas leves. Acontecerá a saída do tampão mucoso pouco antes do início prévio do TP, sendo o mesmo um muco de coloração amarela com raias de sangue. Com estes achados, podemos definir que se iniciou a dilatação do colo uterino. Entretanto, o cuidado à parturiente deverá ser oferecido em todo processo parturitivo e principalmente nessas quatro etapas do parto: dilatação, expulsão, dequitação e Greenberg.

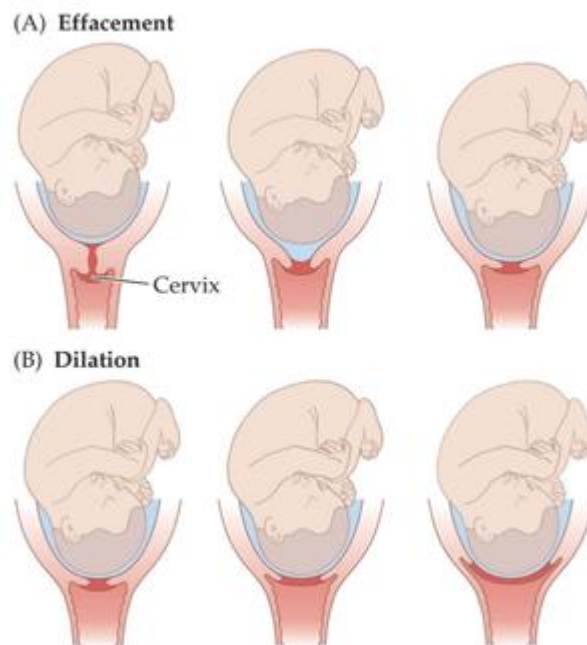
4.2.1. Primeiro estagio: Dilatação

Ocorre quando o colo uterino apresenta apagamento e dilatação, oriundo da pressão feita das contrações e do polo fetal. A contrações estimula o surgimento entre o colo uterino e a apresentação fetal uma circular de membrana formada pela bolsa de águas, contendo líquido amniótico. Quando pressionada no colo uterino esta bolsa de água facilita o apagamento e a dilatação (CABRAL, et al; 2010, p. 214).

Observada que ocorreu a dilatação o enfermeiro obstetra e a equipe recebera a parturiente no centro obstétrico, iniciando os cuidados. É nesse período que se inicia a observação de possíveis alterações que podem gerar intercorrências. Além disso, a partir dessa etapa, o enfermeiro informará a parturiente o processo evolutivo do parto, assim como conduzirão o método de respiração no momento das contrações e relaxamento. Nessa fase primária do trabalho de parto, a monitoração materna e do bebe deverá ser continua ofertando métodos conhecidos como não farmacológicos para o alívio da dor, incentivando sempre a movimento e os exercícios como forma de conforto da parturiente nesse período tão exclusivo (SILVA, et al. 2018, p. 91).

Nas multíparas a dilatação do colo uterino é mais sincronizada, podendo acontecer até 2 cm por hora, já nas nulíparas de 1 a 1,2 cm de por hora. Essas contrações rítmicas que favorecerão o corpo a induzir o apagamento e dilatação do colo uterino, beneficiando o desprendimento do polo cefálico pelo canal de parto (CABRAL, et al; 2010, p. 214). Conforme a figura 01 observamos o apagamento do colo uterino e a dilatação:

Figura 01 – Apagamento e Dilatação



Fonte: Despertar do parto

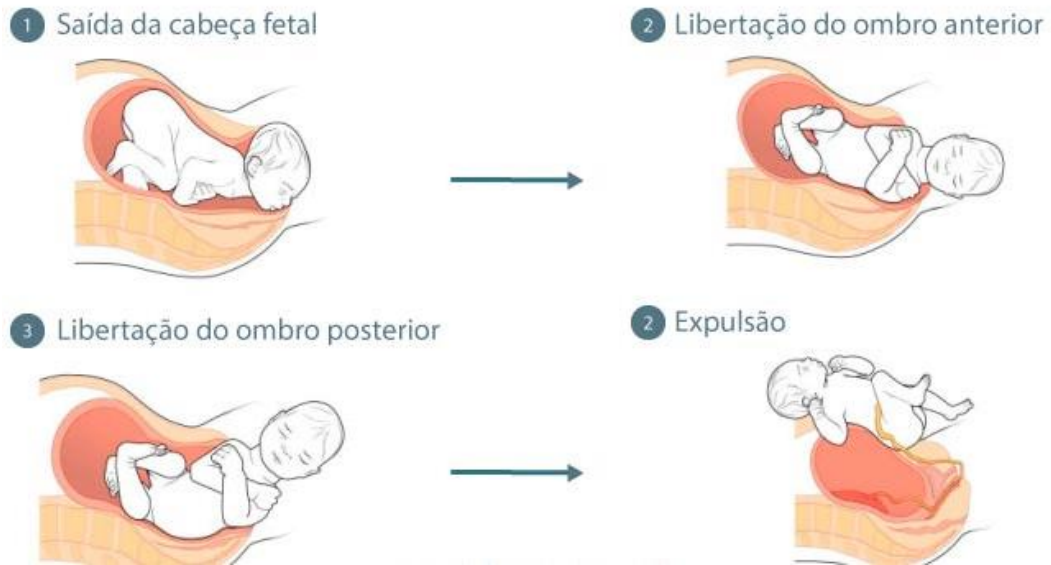
4.2.2. Segundo estágio: Expulsão

No segundo estágio, iniciamos o parto quando observado a dilatação total do colo uterino. As contrações uterinas estarão mais intensas e frequentes, normalmente se apresenta uma contração no ritmo de 60 segundos com duração de um minuto de repouso, totalizando cinco contrações em um período de dez minutos (CABRAL, et al; 2010, p. 216).

Com a dilatação máxima, o processo de expulsão termina com a saída do bebê. Nesse momento, a enfermagem deve encorajada a parturiente a se manter na posição que seja confortável para expulsão. Apesar dessa liberdade de escolha, a posição vertical é indicada nos períodos do parto pois mostra-se benéfica, tendo a seu favor a gravidade e seus efeitos, a diminuição dos riscos de compressão na veia cava e na artéria aorta, tendo melhora dos indicadores sanguíneos que informam o equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos, facilitando também de uma forma menos

dolorosa a decídua sem laceração de períneo em alguns casos (SILVA, et al. 2018, p. 91). Conforme a figura 02 pode observar o processo do período parturitivo, sendo da seguinte maneira:

Figura 02 – Período expulsivo



Fonte: Saúde e Bem-Estar

4.2.3. Terceiro estágio: Dequitação

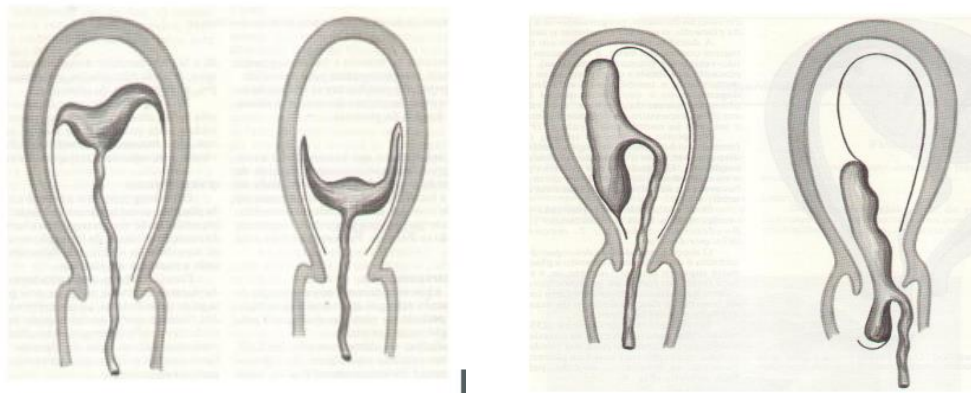
Segundo Cabral, et al; (2010, p. 218-219) o processo de dequitação é visto como o descolamento da placenta da parede interna uterina, onde sua decídua ocorre através de uma exteriorização pelo canal vaginal. A expulsão placentária pode ocorrer pela face materna ou pela face fetal, dependendo unicamente como se descolou do interior da cavidade uterina. O clampeamento do cordão umbilical deverá estar feito em todo momento. O sinal de que ocorreu a dequitação é a apresentação de sangue vermelho vivo saindo pelo canal vaginal, momento em que se observa a perda da resistência no momento da tração manual do cordão umbilical. Após sua saída é necessário um exame detalhado na placenta, observando as membranas no buscando encontrar possíveis alterações como retenção de cotilédones placentários dos fragmentos de membrana amniótica. Se visto aderências, necessário realizar um procedimento para retirada que pode ser desde a extração manual a procedimento cirúrgico.

Esse estágio é visto como de grande risco materno e se faz necessária a vigilância constante dos sinais clínicos e vitais, para que em caso de possíveis

hemorragias realizar intervenções que favoreçam a vida da mulher pois na atualidade a hemorragia continua sendo uma das principais causas de morte materna. Dessa forma, na dequitação se torna importante o acompanhamento dos sinais vitais constantemente, realizar controle hemodinâmico mensurando a perda sanguínea em todos os períodos, pois esses sinais resultarão em alterações como bradicardia e taquisfigmia. A constância do cuidado no sangramento e na retração uterina deve ser contínuo, buscando identificar alterações passíveis de intervenção da equipe de saúde. Portanto, o profissional que considerar que a finalização do parto só se dá após a saída da criança e após a dequitação total placentária, corre grande risco de inserir condutas e atitudes inadequadas de caráter duvidoso na assistência (SILVA, et al. 2018, p. 91).

Assim, a forma como assistiremos a parturiente influenciará convictamente no índice das hemorragias puerperais e na perda sanguínea maciça. Quando alcançado o estágio da dequitação, a atenção prestada a mulher devera ter o objetivo de diminuir ou eliminar efeitos adversos graves e intervir minimamente no processo fisiológico no binômio mãe-filho (SILVA, et al. 2018 p. 91). Na figura 03 observamos o processo de dequitação placentária através das duas faces, sendo elas:

Figura 03 – Período de dequitação



Fonte: Emilia Saito – Edisciplinária/USP

4.2.4. Quarto estagio: Greenberg

Se inicia após a exteriorização total placentária e acaba quando a puérpera apresenta condições clínicas estáveis passíveis de alta médica. Nessa etapa de forma inteligente o útero se contraí ao nível da cicatriz umbilical, formando o que chamamos de “globo de segurança de Pinard”. (CABRAL, et al; 2010, p. 219).

No quarto estágio não há uma duração. As condutas a serem realizadas pela equipe, tem por finalidade identificar alteração do padrão de sangramento e intervir a fim de controlar através massagens e uso de medicações (ocitocina ou metilergonovina), além do monitoramento continua dos sinais vitais. O estímulo, apoio, orientação e ajuda por parte do profissional de enfermagem no aleitamento materno também será essencial nessa fase, baseando em um modelo humanístico e holístico no processo de cuidar (SILVA, et al. 2018, p. 92).

Portanto, entende-se que ao constatar uma emergência obstétrica independente do período do parto que está em curso, a assistência em enfermagem tem por obséquo restaurar e fazer controle hemodinâmico, manter a oferta de oxigênio tecidual adequada e a hemostasia, com a finalidade de cessar o sangramento e juntamente já comunicar o médico. Segundo Andrade (2016, p. 15) as complicações e mortes oriundas desse tipo de hemorragia, são mais frequentes em países em processo de desenvolvimento, normalmente decorrentes de uma assistência inadequada no período parturitivo e no pós-parto imediato. Diante da contextualização abordada, a equipe de saúde deverá estar pronta para intervir. A figura 04 mostra o processo de extração manual da placenta no período de Greenberg:

Figura 4 – período de Greenberg



4.3. Importância da vigilância no período de dequitação

Segundo Martins (2014, p. 38) dequitação placentária é o nome dado quando se inicia o processo de contração e retração do miométrio, onde se torna mais afinada a parede uterina e reduz o tamanho da área da placenta. Conforme se diminui, a placenta desprende da parede uterina porque ao inverso do útero não dispõe de estruturas elásticas, tornando assim impossível sua contração e retração. Após a separação, no local onde ficava os cotilédones forma-se coágulo retro placentário o que promove ainda mais o desprendimento da cavidade uterina. As contrações uterinas posteriores buscam separar por completo a placenta da cavidade parede uterina exteriorizando-a vagina, onde conseqüentemente ocorre de ser expelida.

Compreende-se que, o mecanismo de contrair e expelir do músculo uterino, ao provocarem a separação da placenta, realizam a compressão dos vasos sanguíneos. Isso ocorre devido as fibras musculares oblíquas no segmento uterino superior. Posteriormente, no local irá formar coágulos sanguíneos em volta dos vasos sanguíneos locais onde a placenta apresentava-se fixa, esses coágulos buscarão parar o sangramento. Fatores como, retenção urinária ou qualquer produto que fique na cavidade uterina após a expulsão vão causar hemorragia excessiva (MARTINS, 2014, p. 38).

É importante elencar que o fluxo sanguíneo no local da placenta possui uma injeção unidade equivalente a 500ml de sangue por minuto. Se não houver mecanismos depois da expulsão que façam o controle hemorrágico, conseqüentemente será rapidamente que a mulher perderá sangue. Sabe-se que a mulher possui uma quantidade corpórea estimada em cinco litros de sangue em circulação, nessa ocasião pode perder todo o seu sangue em equivalente seis a dez minutos (SILVA, et al. 2018, p. 91).

Os casos de hemorragia puerperal e de restos/retenção tendem a aumentar na presença de fatores pré-existentes. Em gestantes com risco habitual há probabilidade de ocorrer hemorragia severa ou retenção placentária. Contudo, como realizaremos a assistência no terceiro estágio influencia em futuros casos hemorrágicos e na instabilidade hemodinâmica decorrida desse evento (SILVA, et al. 2018, p. 91).

Contudo, é vista importância da atuação da enfermagem obstétrica em agir rapidamente em caso de possíveis intercorrências. Cabe ao enfermeiro obstetra realizar uma revisão após o parto no local da placenta verificando possíveis restos placentários, após olhar todas as membranas e vilosidades coriônicas da placenta, possíveis lacerações de períneo e realizar controle hemodinâmico no período de 24h após a ocorrência do parto. Em caso de observação de hemorragia é fundamental realizar uma estimativa de perda sanguínea atentando-se minuciosamente aos sinais de hipovolemia ou choque hipovolêmico, buscando sempre registrar corretamente e estabelecer métodos de controle e tratamento adequados (MARTINS, 2014, p. 38).

4.4. Afinal, o que é hemorragia pós-parto?

Para a Organização Pan-Americana em Saúde (2018, p. 06) é descrita como hemorragia pós-parto (HPP) uma perda significativa de sangue superior de 500 ml via parto vaginal no período de 24 horas. Já a hemorragia puerperal maciça é definida como um sangramento > 2000ml no período de 24 horas pós-parto independente de sua via, ou que necessite da realização da transfusão mínima de 1200ml, sendo equivalente a proporção de unitária de quatro concentrados de hemácia.

A hemorragia puerperal para Silva et al. (2013, p. 1448) é definida como, primária e secundária, sendo diferenciadas:

- Primária (precoce): sucede no pós-parto nas primeiras 24h;
- Secundária (tardia): sucede no pós-parto nas primeiras 24h até 12 semanas.

Vale elencar que, para fins de diagnóstico clínico, perdas sanguíneas que causam instabilidade hemodinâmica devem ser consideradas hemorragia pós-parto. Recomenda-se concentrar em habilidades clínicas básicas, com reconhecimento imediato de uma hemorragia e enfatizar a comunicação e o trabalho em equipe no tratamento desses casos (RCOG, 2011, p. 124).

4.5. Processo fisiopatológico e causas da hemorragia puerperal

Fisiologicamente após a retirada da placenta, as fibras musculares do miométrio têm por função se contrair causando clameamento dos vasos uterinos presentes no leito placentário. Esse cancelamento do fluxo sanguíneo local denominamos

miotamponamento, fato que ocorre devido a cadeia de coagulação (FEBRASGO, 2010, p. 138).

Liberado substâncias tromboplásticas os tecidos serão estimulados a formar trombos sobre a área afetada do útero de onde aconteceu o desprendimento da placenta, dessa maneira ocorre a oclusão secundária dos vasos sanguíneos que estavam abertos na superfície uterina onde estava implantada a placenta. Na maioria das causas, pode ocorrer variáveis, como no relaxamento das fibras musculares impedindo a contração e nos mecanismos hematológicos plaquetário, podendo ocorrer um agravo seguido de outro, causando o processo fisiopatológico da hemorragia (FEBRASGO, 2010, p. 139).

Conforme a Organização Pan-Americana em Saúde, (2018, p. 07) o mnemônico dos “4 Ts” tem por finalidade destacar situações principais que induzem a hemorragia puerperal. Vale elencar que, mais de um fator pode induzir a um sangramento.

Tabela 01 - Causas da hemorragia puerperal: Mnemônicos dos “4 Ts”

4Ts	Causa específica	Frequência relativa
Tônus	Atonia uterina	70%
Trauma	Hematomas, inversão / rotura uterina, e lacerações	19%
Tecido	Coágulos, retenção de tecidos placentários, e acretismo placentário	10%
Trombina	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamento anticoagulante	1%

Fonte: adaptado OPAS, 2018.

Apresentado os possíveis causadores de uma hemorragia pós-parto é importante se dar ênfase a sintomática apresentada pela parturiente, é através deles que podemos identificar alterações hemodinâmicas e iniciarmos toda todo cuidado nessa emergência obstétrica.

4.6. Sinais e sintomas

Para finalidades clínicas, qualquer dano que cause uma instabilidade hemodinâmica gerando uma perda significativa de sangue deve ser considerada HPP. Para termos os parâmetros de avaliação hemorrágico e classifica-lo como leve, moderado ou grave, precisamos mensurar a quantidade perdida de sangue e a condição atual de saúde da mulher. Todo sangramento exacerbado resultara em perda de líquida intravascular e conseqüentemente diminuirá a oferta de oxigênio aos órgãos vitais e aos tecidos. Como forma se de proteger o organismo inicia mecanismos compensatórios, como vasoconstrição periférica, a aumento contrátil do miocárdio e a taquicardia reflexa, favorecendo o organismo a manter a perfusão tecidual (MARTINS, 2014, p. 38).

Dessa forma, o enfermeiro obstetra junto de sua equipe realizara o monitoramento da quantidade de sangue perdida no parto, junto com o controle hemorrágico se necessário. Observados os sinais e os sintomas apresentados pela parturiente no momento parturitivo e subsequente a ele, assim podemos mensurar a gravidade da situação, e prontamente as ações que devem ser adotadas.

Tabela 02 - Sinais e sintomas resultantes da perda de sangue

Grau de hipovolemia/choque	Perda de sangue	Sinais
Leve	<20%	Ansiedade, aumento do leito capilar, sudorese e extremidades frias
Moderado	20 a 40%	Taquicardia, taquipneia, hipotensão postural e oligúria.
Severo	> 40%	Agitação, confusão mental, instabilidade dinâmica e hipotensão

Fonte: adaptado LEDUC et al; 2009.

Alguns dos sinais e sintomas apresentados em uma alteração, muitas vezes estão correlacionados a fatores de riscos que pré-dispõem a parturiente a uma maior possibilidade de hemorragia. Vale elencar que, todo fator de risco deve ser

observado e descrito na carteira de gestante no momento do acompanhamento pré-natal.

4.7. Fatores de Risco

Os fatores de risco declarado pela Organização Pan-Americana de Saúde (2018, p. 10) para a hemorragia pós-parto anteparto são: história pregressa de HPP, distúrbios hematológicos de coagulação (congenitos ou adquiridos), distensão uterina (gemelar, polidramnio, macrossomia), placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo), grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas), elevação dos níveis pressóricos na gestação (síndrome de HELLP, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica), alterações hematológicas (anemias), uso de anticoagulantes e primeiro filho após os 40 anos.

Para casos de hemorragia pós-parto intraparto, podemos defini-las sendo: TP prolongado, TP taquitéico, laceração vaginal de 3º-4º graus, prolongamento de episiotomia, placentação anormal (acreta, prévia), descolamento prematuro de placenta (DPP), parto induzido, corioamnionitomia, parada de progressão do polo cefálico, parto instrumentado por fórceps e vácuo extrator (OPAS, 2018, p.10).

Vale lembrar que, sabendo os fatores de risco apresentado pela paciente podemos realizar medidas que viabilizarão se necessário, um controle eficaz no atendimento em situação de emergência intraparto e após o parto. No momento que uma paciente apresenta riscos a uma determinada assistência, cabe a equipe gerenciadora do parto a desenvolver medidas de prevenção e controle para que em casos de hemorragia, consiga realizar controle evitando um sangramento excessivo e até mesmo mortes evitáveis. A enfermagem como cuidado ao admitir a paciente deverá separar kits de assistência em casos de hemorragia e parada cardiorrespiratória (PCR), como forma preventiva da assistência.

4.8. Prevenção

A prevenção começa no pré-natal, onde é feita a identificação de alguns fatores de risco e após identificado buscamos reduzi-los, caso sejam passíveis de tratamento. Conforme Moraes (2009, p. 36), é fundamental termos como conduta no período parturitivo o controle ativo no período de dequitação, pois será essa conduta o método preventivo padrão ouro consiste na administração de medicação

uterotônicas após o parto que possibilita uma redução de 40% o risco hemorrágico. Como métodos preventivos atuais, podemos listar diversas drogas que se tornam de cunho eficaz no processo de assistência a parturiente, sendo as mesmas utilizadas e escolhidas de forma única para necessidade de cada paciente. Segue a tabela com as informações a baixo sobre os fármacos utilizados e sua ação:

Tabela 03 - Drogas uterotônicas

Droga uterotônicas	Mecanismo de ação
Ocitocina	<p>Escolhida como fármaco de primeira linha na prevenção e tratamento da HPP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doses profilática: 10UI IM. • Dose em bolus EV: 5 a 10 UI, infundido lentamente em 2 minutos. • Dose em infusão IV: infundir em 500ml a concentração de 20-40 UI, correndo 250ml/h..
Ergometrina / Metilergonovina	<p>Considerada segunda opção para prevenção da HPP</p> <p>Índice maior de efeitos adversos</p> <p>Dose profilática IM: 0,2 mg</p> <p>Sangramentos graves: realizar 0,2mg IM de 4h/4h totalizando três doses ao final. Lembrando que a dose máx.: 1 mg em um período de 24h.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devem ser evitados: com história de hipertensão arterial, enxaqueca e fenômeno de Raynaud.
Sintometrina	Dose profilática IM: Junção da (ocitocina)

	<p>5UI + Ergometrina 0,5mg)</p> <p>Apresenta bom controle da HPP leve, mas sem diferença estatisticamente significativa em relação a HPP grave.</p>
Misoprostol	<p>Dose: 600-800mcg por via oral ou retal</p> <p>OBS: tempo de latência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Via retal: ação em 15-20 min. • Via oral: ação em 7-11 min <p>Alto índice de efeitos colaterais como: diarreia, calafrios e febre.</p> <p>Utilizado em último recurso para HPP,</p>
Acido Tranexâmico	<p>Dose: 1g, em bolus EV lento em 10 min.</p> <p>Identificada a hemorragia, deve associar as drogas uterotônicas nos casos de atonia uterina.</p> <p>Refazer esquema terapêutico em 30 min em caso de sangramento contínuo ou início do sangramento após 24 horas da 1ª dose</p>

Fonte: Adaptado BONOMI et al, 2012.

Na tabela abaixo apresento as recomendações vigentes feitas pela Organização Mundial em Saúde (OMS) que foram adaptadas para que ocorra melhor compreensão, elencando somente fortes e moderadas recomendações no manejo da hemorragia pós-parto sendo estes baseados em evidências na prevenção e tratamento desta emergência obstétrica.

Tabela 04 – Evidencias baseadas em recomendações para o tratamento da hemorragia pós-parto

01. Uterotônicos – é indicado para todos os nascimentos como método preventivo da HPP no terceiro estágio do TP;
02. Ocitocina (10 UI, IV/IM) é a droga de primeira escolha para a prevenção da HPP;
03. Se não possuir ocitocina, indica-se uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina/metilergonovina e/ou a combinação de drogas associadas de ocitocina+ergometrina) ou misoprostol VO 600-800mcg é recomendado;
04. Locais que não possuem parteiras ou médicos presente, recomenda o uso de misoprostol via oral (600 mcg), quando não disponível ocitocina. A ser realizado pelos leigos ou trabalhadores de saúde da comunidade sendo o método para a prevenção de HPP;
05. TCC não recomendada em locais que não possuem assistência ao parto especializada;
06. Clampeamento oportuno do cordão pós-nascimento deve ser realizado em até 3 minutos, sendo indicado a todos nascimentos;
07. Pinçamento precoce do cordão <1min não é recomendado, exceto em casos de asfixia do recém-nascido;
08. Avaliar tônus uterino no puerpério é indicado como método preventivo na atonia uterina e deve ser realizada todas as mulheres;
09. Ocitocina em vias IV-IM, são métodos preventivos contra HPP recomendados em cesáreas;
10. Indica-se realizar a tração controlada do cordão para a remoção placentária na cesariana;
11. O uso da ocitocina IV é visto como o único fármaco uterotônicos recomendado para o tratamento da HPP;
12. Em caso de ocitocina IV indisponível ou sangramento estar presente sem resposta à ocitocina, associar a ocitocina+ergometrina IV ou doses fixas de

misoprostol 800mcg VO sublingual;

13. A massagem uterina é um método recomendável para o tratamento da HPP;

14. Em caso de não cessar o sangramento usar uterotônicos associado a intervenções conservadoras disponíveis, e o uso de intervenções cirúrgicas é recomendado.

Todas as recomendações prescritas pela OMS são de forte indicação e de moderada qualidade de evidencia.

Fonte: adaptado OMS, 2014.

As recomendações atuais vigentes da OMS nos mostram que protocolos assistências estabelecidos nas unidades obstétricas que direcionam o profissional no TP, parto e pós-parto são eficazes quando relacionados ao cuidado com a parturiente. Eles nos direcionam os profissionais da área a exercer o cuidado de forma técnica-científica, mas a cima de tudo ofertando assim um cuidado base em evidencias (GAMACHO, et al. 2014, p. 15).

5. Assistência ao parto pela enfermagem obstétrica: Aspectos éticos e legais no exercício profissional

A obstetrícia é o ramo que estuda o percurso da reprodução feminina. Esse estudo vai desde o período gestacional até o parto, e subsequente a evolução da saúde feminina no período posterior a ele. Estuda-se o processo fisiológico, patológico e as alterações no percurso, além de ditar as regras assistenciais em todas estas circunstâncias (MONTENEGRO; BRAGA, 2017, p. 30).

O enfermeiro obstetra é o profissional capacitado legalmente para atuar na saúde da mulher em processo de parto. Com os avanços políticos e portarias ministeriais, e com a garantia da Lei que respalda o Exercício Profissional, conseguimos sustentação da atuação da enfermagem obstétrica, e a sua participação na assistência a mulher em trabalho de parto tem se mostrado essencial (GAMACHO, et al. 2014, p. 15)..

O decreto disposto de nº 94.406/1987 regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que certifica ao profissional esclarecimento sobre o exercício da Enfermagem, e dá

outras providências. Essa regulamentação dispõe das atividades legais que podem ser exercidas pelo enfermeiro (BRASIL,1986).

Segundo o art. 6º, inciso I, II e III determina que, são enfermeiros e enfermeiros obstetras:

I - O titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - O titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - O titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix (BRASIL,1986).

Conforme o art. 11º, da lei supracitada, compete ainda ao profissional o manejo de pacientes em condição abaixo descrita conforme inciso II, alíneas i) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Segundo a Resolução COFEN nº 223/1999, que esclarece sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal explica que:

Art. 1º - A realização de Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior: Assistência a gestante, parturiente e puérpera; Acompanhamento do trabalho de parto; Execução e assistência Obstétrica em situação de emergência (COFEN, 1999).

Analisando os aspectos se evidencia que os cuidados em situações emergentes a pacientes graves competem exclusivamente ao profissional

enfermeiro dentro da sua equipe de enfermagem, isso se estabelece devido a sua formação acadêmica e titularidade. Através disso, ele delega a sua equipe de enfermagem quais condutas serão adotadas. O parto é considerado uma emergência obstétrica que necessita de cuidados e condutas especializadas para garantir um bom desfecho (GAMACHO, et al. 2014, p. 15).

O índice altíssimo de mortalidade materna e perinatal mostram que no país existe uma sobrecarga no sistema financeiro e social. A capacitação de profissionais obstetras é vista como prioridade dentre as políticas públicas, evidenciando que possuem um papel importante na assistência à parturientes durante o período parturitivo (OLIVEIRA, 2015, p. 08).

Na enfermagem o ramo obstétrico passa por várias etapas, além de vários desafios, sendo eles, a minimização do processo da dor no período parturitivo ofertando a mulher assistência humanizada. O enfermeiro obstetra deve se alertar as queixas e outras manifestações que possam ser indicativos de intercorrências, informando sempre a parturiente em caso de intercorrências e sobre a evolução do seu parto (SILVA, et al. 2018, p. 88).

O enfermeiro obstetra possui perfil e competência no acompanhamento no processo fisiológico contribuindo para a naturalidade do parto, reconhecendo e corrigindo os desvios que possa causar uma anormalidade, e encaminhando as parturientes que demandem assistência especializada. Além desse papel, a mulher como protagonista no período parturitivo e no nascimento se torna mais capaz, pois a enfermagem consegue basear a assistência científica no modelo holístico e humanístico que tem prioridade no respeito ao ser humano, a sua intersubjetividade oferecendo a ela e sua família a o respeito de escolher de acordo com suas crenças e costumes (GAMACHO et al; 2014, p.12).

A enfermagem busca realizar o acompanhamento as parturientes durante o parto e entendem que, a importância da comunicação em sua prática ouvindo os desejos das parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos biopsico-socio-ecoespíritual ao significado de sua vivência no parto, promovendo assim o vínculo entre o profissional e parturiente (OLIVEIRA, 2015, p. 16).

O sistema público de saúde permite a atuação da enfermagem no processo gravídico e de parturição. As normativas vigentes feita pela Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998, da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde busca garantir o acompanhamento ao trabalho de parto pelo profissional com a finalidade de reduzir as mortalidades materna e perinatal, e através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/1999 passou a ser intitulado a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Isso demonstra que a assistência ao parto não constitui mais um ato exclusivamente médico (GARCIA, LIPPI, GARCIA, 2010, p. 383).

A assistência em enfermagem consiste na atenção diretamente voltada para mulher, fazendo-a protagonista desse evento, ofertando a liberdade de escolha, ambiente acolhedor, presença do acompanhante e promovendo suporte físico e emocional. O modelo humanístico de cuidado oferta a mulher um conforto perante a situação, ao percebê-la conectada consigo mesmo e com seu ambiente (SILVA, et al. 2018, p. 92).

6. Assistência da enfermagem obstétrica baseada em protocolos para controle de hemorragia puerperal

Os protocolos instituídos na assistência têm com finalidade nortear e direcionar de forma concisa o papel de cada profissional no atendimento a mulheres acometida pela hemorragia puerperal. Segundo a Organização Pan-Americana em Saúde (2018, p. 08) o Ministério da Saúde acredita que incorporar estratégias que direcionem os profissionais para a prevenção e o manejo das principais afecções que causam a morte das mulheres brasileiras no ciclo gravídico-puerperal viabilizam melhores práticas que produzem, no curto e médio prazo, efeitos significativos na qualidade de vida da puérpera.

A inserção de protocolos em unidades de saúde nos últimos anos se tornou de tamanha eficácia para os casos de emergências, nas unidades obstétricas não seria diferente. Os protocolos nessas unidades visam garantir a paciente uma assistência padronizada, seguida de passos e direcionamentos que possam ser utilizados em situações emergentes. O enfermeiro obstetra como mediador do cuidado busca ofertar uma assistência de qualidade baseada em conhecimentos

técnico e científicos que possibilitam ao profissional e a sua equipe uma qualidade maior nos cuidados prestados (GAMACHO, et al. 2014, p. 15).

6.1 Manejo clínico na Hemorragia pós-parto








Como supracitado nos tópicos dos textos a cima, a hemorragia pós-parto se define segundo a Organização Pan-Americana em Saúde (2018, p. 06) como a perda volêmica superior a 500 ml após parto vaginal. Já a hemorragia puerperal maciça é definida como sangramento > 2000ml nas primeiras 24 horas.

Vale elencar que, a classificação da hemorragia pós-parto em primária ou secundária é superimportante, será elas que direcionarão a linha do cuidado que será ofertado. No diagnóstico da HPP se inicia com o reconhecimento do sangramento excessivo e o exame físico detalhando a causa, sendo a regra dos mnemônicos “4 T” (tônus, trauma, tecido e trombina) utilizada como direcionamento.

6.2 Estimativa visual do sangramento na hemorragia pós-parto

Os parâmetros clínicos são dados vistos como essenciais no quesito hemorragia pós-parto. É através dele que as alterações hemodinâmicas, tornam-se consistentes para indicar perdas sanguínea.

Figura 05 – Estimativa visual de sangramento

			
Poça de 100 cm de diâmetro	Cama com poça sobre lençol	Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	
Compressas			
			
50% = 25 mL	75% = 50 mL	100% = 75 mL	Compressa Pingando = 100 mL
Poça de 50 cm de diâmetro	500 mL		
Poça de 75 cm de diâmetro	1.000 mL		
Poça de 100 cm de diâmetro	1.500 mL		
Cama com poça de sangue sobre o lençol	Provavelmente menos de 1.000 mL		
Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	Provavelmente excede 1.000 mL		

Fonte: Adaptado de OPAS, 2018.

Tabela 05 – Parâmetros da Escala de Classificação de Baskett para classificação de hemorragia aguda

Grau de choque	(%) Estimativa de perda sanguínea	Níveis de consciência	Perfusão tecidual	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000ML	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% 1000-1500ML	Normal ou agitada	Palidez e frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000ML	Agitada	Palidez, frieza e sudorese	101-120	70-79	Usualmente requerida
Grave	> 35% > 2000ML	Letargia ou inconsciência	Palidez, frieza, sudorese e perfusão capilar >3s	>120	<70	Possível transfusão maciça

Fonte: Adaptado de OPAS, 2018.

6.3. Estimativa clínica através do índice de choque

Para definirmos a necessidade de a parturiente receber uma transfusão sanguínea maciça, devemos através de cálculos estabelecer o índice de choque (IC), é através desse resultado que definimos a conduta a ser abordada. O IC é um parâmetro clínico que exemplifica o estado hemodinâmico da paciente, é através desse cálculo que prevemos a necessidade de transfusão maciça. O cálculo se

efetua através da divisão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica da parturiente. O resultado deverá ser ≥ 0.9 onde identifica uma perda sanguínea significativa, podendo sinalizar a necessidade da transfusão maciça (ARAUJO, 2019, p. 09).

O parâmetro definido nesse cálculo é vital para que seja realizado um atendimento eficaz e com resultados oportunos na saúde da parturiente. Abordado todo esse processo se inicia o tratamento baseado na classificação de Baskett e no cálculo de índice de choque (GARCIA, LIPPI, GARCIA, 2010, p. 383).

7. Tratamento e a hora de ouro

A hora de ouro ou “near miss” refere-se ao princípio de intervenções precoces, agressivas e oportunas, sem demora, nas pacientes com quadro hemorrágico visando a redução da mortalidade relacionada aos atrasos no cuidado a ser abordado a paciente com HPP. Essas recomendações irão consistir no controle do sangramento excessivo, a partir da primeira diagnóstico ser efetuado, mas também busca avançar em casos oriundo a identificação de fatores emergentes mais tardios (ARAUJO, 2019, p. 03)

Conforme a Fiocruz apud OPAS (2018, p. 15) com essa abordagem conseguimos permitir ações rápidas e oportunas, evitando assim o que denominamos de tríade letal da HPP, que nada mais é do que a acidose, a coagulopatia e hipotermia. Vale elencar que, a implementação de kits de hemorragia e checklist associado a infográficos específicos tornam-se fundamentais no momento em que se aborda um quadro de hemorragia puerperal, pois quando disponíveis nas maternidades o cuidado torna-se mais específico e direcionado, sendo de forma aplicável por diferentes profissionais.

7.1. Linha tênue do cuidado multiprofissional

Conforme a OPAS, em seu Manual Zero Morte Materna (2018, p. 52) direciona o profissional ao sequenciamento do atendimento que deve ser realizado pela equipe.

7.1.1. Enfermeiro/Técnico em Enfermagem

- Verbalizar o diagnóstico para a equipe;

- Comunicar equipe do plantão (Obstetra, Anestesista, Técnicos em Enfermagem);
- Comunicar a paciente;
- Estabelecer o índice de choque - IC
- Avaliação rápida da causa da hemorragia (04 mnemônicos - tecido, tônus, trajeto, trombina)
- Puncionar 02 acessos venosos calibrosos (jelco18 e/ou 16) um em cada braço;
- Iniciar hidratação venosa com Soro Fisiológico à 0,9% ou ringer lactato aquecido (avaliando resposta materna a cada 250 ml de soro infundido). Após 1500ml avaliar transfusão.
- Instalar oxigênio 8-10L/min em máscara de Venturi
- Realizar sondagem vesical de demora
- Elevar os membros inferiores (Posição de Trendelemburg)
- Verificar os sinais vitais de 15'/15'min
- Prevenir hipotermia (aquecer com manta térmica ou coberto disponível)
- Solicitar ao departamento de coleta: Hemograma, prova cruzada, coagulograma, fibrinogênio, ionograma. Obs.: Lactato e gasometria nos casos graves.

7.1.2. Médico Obstetra

- Prescrever hidratação venosa com SF à 0,9% ou ringer lactato(1000-2000ml)
- Prescrever sondagem vesical de demora, fazendo controle hídrico
- Solicitar hemograma, prova cruzada, coagulograma, fibrinogênio, ionograma. Obs.: Lactato e gasometria nos casos graves.
- Solicitar Reserva de hemoderivados;

- Realizar com atenção, revisão do canal de parto inspecionando a vagina, o fundo de saco, o colo e a cavidade uterina, principalmente, junto ao segmento inferior
- Reavaliar o estado de contratilidade uterina (Globo de Pinard)
- Ter disponível, caixa de laparotomia para eventual abordagem cirúrgica.
- Solicitar o apoio da equipe, esclarecendo a situação de perigo.

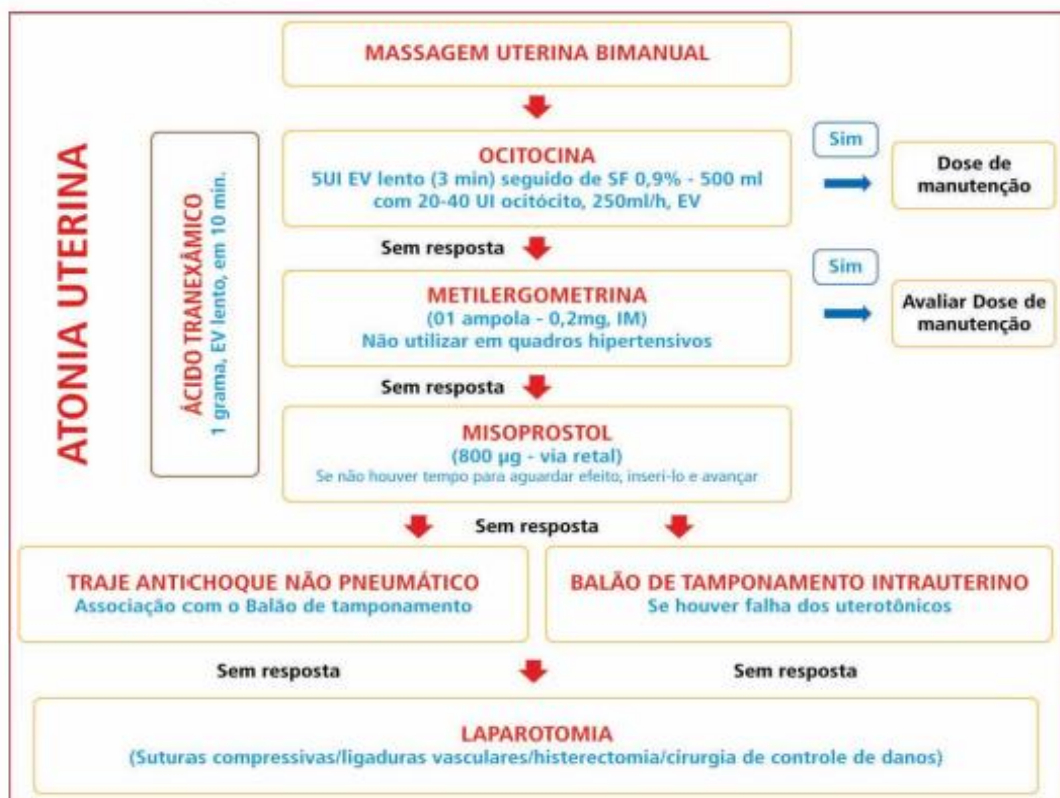
Conhecendo os determinantes da hemorragia puerperal, se inicia o tratamento pela equipe de saúde direcionado para cada situação.

8. Tratamento por causa específica

8.1. Tônus

Segundo Araújo (2019, p. 11) a atonia uterina é caracterizada como a principal causa da HPP, no entanto, deve ser tratada de forma intensa, independente se no momento que vista pareçam pouco ameaçadores.

Figura 06 – Conduta no atendimento da atonia uterina



8.2. Trauma

No trauma, Araújo (2019, p. 12) determina que no período de um sangramento, deve-se avaliar possibilidade de hematomas ou lacerações no canal do parto. Assim, é importante realizar de forma minuciosa uma revisão do canal de parto, para definir a presença e a extensão de lacerações e hematomas do canal vaginal. Definido a causa, deve-se suturar as lacerações e drenar hematomas conforme necessidade de cada paciente. Após realizado, deve se calcular o índice de sangramento apresentado.

Figura 07 – Conduta no atendimento das lesões no canal de parto

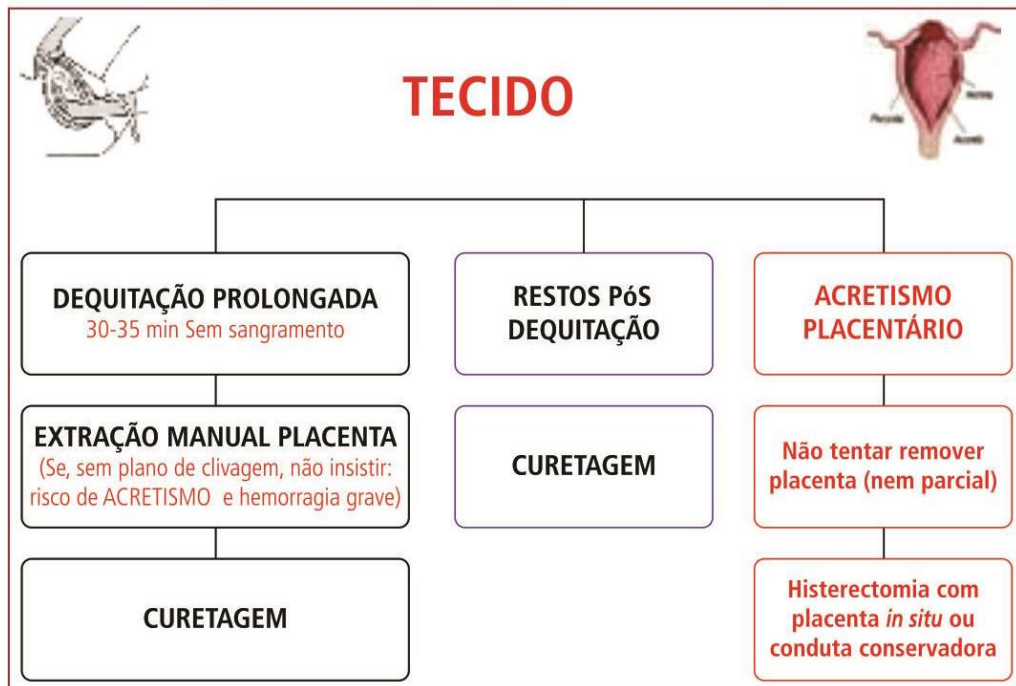


Fonte: Araújo, 2019 apud OPAS, 2018.

8.3 Tecido

Quando o sangramento se oriunda de tecido, Araújo (2019, p. 13) explica que tem crescido os casos de hemorragia decorrentes de retenção placentária, principalmente em função do aumento excessivo das cesarianas e, por conseguinte, dos casos de placentação anormal confirmada (acretismo placentário). As condutas a serem abordadas pode ser a tentativa de extração manual, mas se visto que existe resistência deve se recorrer a uma abordagem mais específica, que será realizado pelo médico no centro cirúrgico.

Figura 08 – Conduta no atendimento das retenções de tecido placentárias



Fonte: Araújo, 2019 apud OPAS, 2018.

8.4 Trombina

Em alterações de caráter hematológico, Araújo (2019, p. 14) orienta que na presença de sangramento contínuo, em lesões ausentes não identificáveis, devemos pensar coagulopatia como diagnóstico de exclusão. Nesse distúrbio, apresentamos três tipos principais:

1. Coagulação intravascular disseminada (CIVD): apresenta tromboplastinas infundidas na circulação sanguínea, principalmente, em distúrbios hipertensivos como pré-eclâmpsia e em casos de DPP;
2. Coagulopatia de consumo: após qualquer tipo de sangramento presente durante o parto;
3. Deficiências específicas da coagulação sanguínea: casos como doença de Von Willebrand e outras coagulopatias congênitas ou adquiridas.

Como método mais confiável, Araújo (2019, p. 14) ainda orienta que:

- Investigação de qualquer tipo de coagulopatia, realizando exames de coagulograma e plaquetas. Em caso de dúvida, repor os hemoderivados deverá ser feita com plasma fresco, que contém todos os fatores de

coagulação, e se necessário outras formas específicas diante de cada situação.

- O uso intravenoso ácido tranexâmico (transamin) podem ser úteis em distúrbios leves de coagulação.
- Orienta-se cuidado em métodos cirúrgico.

CONCLUSÃO

Segundo a Lei do Exercício Profissional a enfermagem é capaz de atuar em situações de riscos e cuidar de pacientes graves, que precisam de assistência contínua. A hemorragia pós-parto é contabilizada como 90% dos casos evitáveis de morte na vida da mulher, e é vista no ranking de morte materna como a segunda no mundo. Quando um profissional é capacitado, ele consegue observar possíveis intercorrências que podem acontecer durante todo esse percurso, e quando ocorre, ele atua como mediador desses problemas.

Com base no levantamento bibliográfico, foi visto a importância do cuidado especializado no parto e puerpério e o quanto um protocolo assistencial faz diferença no cuidado. A enfermagem obstétrica possui competência, subjetividade e conhecimento técnico-científico únicos de sua profissão, visto que possui um papel importante na assistência a mulher no período gravídico e puerperal. É ela que compreende e assiste a mulher, cria vínculos e assim leva a um parto tranquilo e bem assistido.

Um dos desafios na atualidade é mostrar o quanto a enfermagem como profissão possui independência e como sua participação no cuidado ao parto mostra a diferença no cuidar, sendo fundamental no mercado de trabalho e se tornando essencial na vida daqueles que conhecem a profissão. O parto deve ser acompanhado pela enfermagem obstétrica, pois os protocolos oferecem segurança a mulher em situações de risco ofertando um cuidado padronizado, sendo preconizado a estabilidade hemodinâmica e um cuidado especializado de toda equipe.

Vale elencar que, durante todo esse processo a enfermagem obstétrica assume junto de sua equipe, o papel de defensor da saúde da mulher buscando unificar esse momento, mas buscando também proteger de possíveis riscos que podem ocorrer em partos de risco habitual como é o caso das emergências obstétricas.

REFERÊNCIAS

- ANDERS, Jane Cristina et al. Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: parto e nascimento. **Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de pós-graduação em Enfermagem**. Florianópolis. p. 11-113. 2013.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento. **Construção e Validação Do Cenário de Simulação Clínica no Manejo da Hemorragia Pós-Parto**. Dissertação: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.
- ARAÚJO, Chirley Carvalho da Cunha. Protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto. **III Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Jun, 2019. p. 01-17.
- BONOMI, Inessa Beraldo de Andrade. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. **Revista Médica de Minas Gerais**. 22 ed, Belo Horizonte, 2012.
- BRASIL. Decreto n. 7.498 de 25 de jun. de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, 1986.
- BRITO, Gisele Ferreira de. Manual para elaboração de referências bibliográficas: segundo a NBR 6023/2002. **Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP**. p. 01-25. São Paulo. Julho, 2008.
- BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. **J. Perinat. Neonatal Nurse**. v. 24, n. 3, p. 215-228, Jul-Sep, 2010.
- CABRAL, Antonio Carlos Vieira et al. **Guia de Bolso de Obstetrícia: Assistência ao Parto**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 213-224
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. São Paulo: 2010.
- GARCIA, Selma Aparecida Lagrosa; LIPPI, Umberto Gazi; GARCIA, Sidney Antonio Lagrosa. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias.

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza - CE, vol. 23, n. 4, p. 380-388, 2010.

GERK, Maria Auxiliadora de Souza. Assistência de enfermagem à puérpera. In: BARROS, Maria Oliveira de. **Enfermagem no ciclo grávido-puerperal**: Manole, Barueri-SP. 2006. cap. nº 13. pág. 193-210.

GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira et al. **Protocolo assistencial da enfermeira obstetra no estado da Bahia**. Salvador. 2014.

LEDUC, D. et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **J. Obstet. Gynaecol. Can.** v. 31, n. 10, p. 980-93, Oct. 2009.

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto. **Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC**. Florianópolis, 2014, p. 01-184. Jun, 2014.

MORAES, Diego Nascimento et al. Hemorragia pós-parto. **Revista de Medica de Minas Gerais**. 19. ed, Belo Horizonte, 2009.

MORAES, Eleonora de. **Despertar do parto**. Como acontece o parto. 2017. Disponível em: <<https://www.despertardoparto.com.br/parto-normal.html>> Acesso em: 01 de novembro de 2020.

OLIVEIRA, Julyenne Dayse Gomes de. Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência à Parturiente: Percepções do Profissional. 2015. 23 f. **Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte Faculdade De Ciências da Saúde do Trairi**, Curso Graduação em Enfermagem, Santa Cruz, p. 06-20. 2015.

Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia**. Brasília: OPAS; 2018

Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS; 2018.

PEREIRA, Elza. Parto Normal. **Saúde e Bem-Estar.** 2018. Disponível em: <<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ginecologia/parto-normal/>> Acesso em: 01 de novembro de 2020.

Resolução COFEN nº 233 de 03 de dezembro 1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.** Rio de Janeiro. 1999.

REZENDE, Jorge de; BRAGA, Antônio. Conceito, etiologia, histórico e obstetrícia no Brasil. In: MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Rezende Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. nº 01, p. 30-40.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. **RCOG Green-top Guideline** n. 52, 2011.

SAITO, Emilia. Fisiologia do Parto: Contratilidade Uterina e Períodos Clínicos do Parto. **Edisciplinas/USP.** Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3907858/mod_resource/content/1/Contratilidade%20Uterina%20%2B%20Per%C3%ADodos%20Cl%C3%ADnicos%20Parto%2003%20agosto%202017.pdf> Acesso em: 01 de Novembro de 2020.

SILVA, Andressa Ferreira et al. Atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto: saberes e práticas humanizadas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** Minas Gerais, vol. 23, n.03, p. 87-93, jun-ago, 2018.



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Thaynara Hevellin Silva de Almeida


CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 02.09.2020


RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **6,6%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **4,12%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **90,48%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
quarta-feira, 2 de setembro de 2020 12:31

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **THAYNARA HEVELLIN SILVA DE ALMEIDA**, n. de matrícula **19047**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 6,6%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente