

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
OBSTETRICIA REDE CEGONHA CEEO REDE UFMA/UFMG/MS**

LUANA CRISTINA CARDOZO SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS NO PÓS-PARTO NO
CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES EM
BURITICUPU/MA**

**SÃO LUÍS
2018**

LUANA CRISTINA CARDOZO SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS NO PÓS-PARTO NO
CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES EM
BURITICUPU/MA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal
do Maranhão/Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Enfermagem Obstétrica.
Orientador: Prof. Me. Rivaldo Lira Filho

**SÃO LUÍS
2018**

LUANA CRISTINA CARDOZO SOUZA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS NO PÓS-PARTO NO
CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES EM
BURITICUPU/MA**

Data da defesa _____/_____/_____

Nota _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Rivaldo Lira Filho(Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Membro da Banca
Universidade Federal de Minas Gerais

Membro da Banca
Universidade Federal do Maranhão

Dedicatória

Este projeto é dedicado aos meus pais, Maria do Carmo e Luís Carlos por sempre terem me ensinado a lutar para alcançar os meus objetivos, dedico também ao meu esposo Kleber William que me deu todo apoio necessário durante essa jornada, e às minhas pacientes do “CPN Maria de Nazaré Rodrigues” que são uma inspiração à parte para o meu trabalho.

Agradecimentos

Agradeço imensamente à Deus, por ter me concedido saúde, força e disposição para concluir essa importante etapa da minha vida profissional, e por ter tranquilizado o meu espírito nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

Sou grata aos meus pais, que me deram apoio e incentivo nas horas difíceis. Agradeço também aos meus amigos Marleude Xavier, Elenilda Dias e Ítalo Roger, que sempre estiveram ao meu lado me ajudando ou me perturbando, mas sem os quais a vida certamente seria mais dura. Agradeço ao meu esposo Kleber William, que me estimulou durante todo esse período e compreendeu minha ausência pelo tempo dedicado aos estudos.

Agradeço ainda aos meus colegas de trabalho médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que abraçaram o meu projeto e colocaram em prática as propostas do mesmo.

Agradeço à Universidade Federal do Maranhão e Universidade Federal de Minas Gerais, ao meu orientador Rivaldo Lira Filho e todos os professores da pós-graduação pela significativa contribuição na minha formação profissional. Agradeço à minha colega e enfermeira Maria Aparecida por compartilhar seu conhecimento e me auxiliar em algumas necessidades.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Epígrafe

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.” (Theodore Roosevelt)

RESUMO

A OMS (2014) relata que a Hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortas maternas no nível global. Assim, este trabalho discorre sobre a implantação de um protocolo de hemorragias no pós-parto no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues. O objetivo geral foi implantar protocolo de hemorragias pós-parto neste Centro de Parto Normal, tendo como objetivos específicos: Discutir com os profissionais de enfermagem sobre a assistência prestadas as parturientes/puérperas no pós-parto com quadro de hemorragia; avaliar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem sobre as hemorragias pós-parto, elaborar um plano de ação para implantação do protocolo hemorragias pós-parto. O presente projeto de intervenção, aborda a implantação de um protocolo de hemorragias no pós-parto, no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues; tendo em vista um melhor preparo dos profissionais de Enfermagem durante a assistência prestada diante de quadros hemorrágicos no pós-parto imediato. Para avaliar os resultados foi elaborado um gráfico com o percentual de episódios hemorrágicos no pós parto após a implantação do protocolo. O universo pesquisado foi composto por mulheres atendidas no pós parto do Centro de parto normal. Uma média de 110 mulheres são atendidas neste setor mensalmente. A amostra foi composta por mulheres que apresentaram hemorragia no pós parto. O instrumento utilizado para execução do projeto foi um protocolo elaborado com base em referências do Ministério da Saúde que foi adaptado de acordo com a realidade e necessidades deste Centro de Parto. A troca de experiências entre a equipe de enfermagem facilitou esse processo e tem corroborado na execução da implantação deste protocolo. As dúvidas e dificuldades foram compartilhadas durante a oficina e exposição do protocolo, bem como em reuniões na busca esperançosa pelo aprimoramento profissional e oferta de um cuidado qualificado. Durante os meses que se seguiram, após a implantação do protocolo, observou-se que não houve nenhum episódio hemorrágico grave e uma discreta diminuição no quantitativo geral de choques por hemorragia pós-parto. A inserção deste protocolo veio para somar e contribuir no efetivo atendimento das usuárias do serviço do sus no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues, e consolidar o papel da enfermagem obstétrica como partícipes no gerenciamento e desenvolvimento de ações que visem prevenir e reduzir as complicações e mortalidade materna por hemorragia pós-parto.

Palavras-chave: Hemorragia; Pós-parto; Protocolo, Enfermagem.

ABSTRACT

The WHO (2014) reports that postpartum haemorrhage is the leading cause of maternal mortality in low-income countries and the primary cause of nearly a quarter of all maternal deaths globally. Thus, this paper discusses the implantation of a postpartum haemorrhage protocol in the Normal Birth Center of Maria de Nazaré Rodrigues. The general objective was to implant a protocol for postpartum haemorrhages in this Normal Delivery Center, with the following specific objectives: To discuss with the nursing professionals about the assistance provided to the parturients / postpartum women in the postpartum period with hemorrhage; to evaluate the degree of knowledge of the nursing team about postpartum haemorrhages, to elaborate a plan of action for implantation of the postpartum haemorrhage protocol. The present intervention project addresses the implantation of a postpartum haemorrhage protocol at the Normal Birth Center Maria de Nazaré Rodrigues; in order to better prepare Nursing professionals during the care given to hemorrhagic patients in the immediate postpartum period. To evaluate the results, a chart with the percentage of postpartum haemorrhagic episodes after the protocol implantation was drawn up. The researched universe consisted of women attended in the postpartum period of the normal delivery center. An average of 110 women are served in this sector monthly. The sample consisted of women who presented postpartum haemorrhage. The instrument used to carry out the project was a protocol developed based on references from the Ministry of Health that was adapted according to the reality and needs of this Childbirth Center. The exchange of experiences between the nursing team facilitated this process and has corroborated in the execution of the implementation of this protocol. Doubts and difficulties were shared during the workshop and exposure of the protocol, as well as in meetings in the hopeful search for professional improvement and offer of qualified care. During the following months, after protocol implantation, it was observed that there were no severe hemorrhagic episodes and a slight decrease in the overall number of shocks due to postpartum haemorrhage. The insertion of this protocol came to add and contribute to the effective attendance of users of the SUS service in the Normal Birth Center Maria de Nazaré Rodrigues, and to consolidate the role of obstetric nursing as participants in the management and development of actions aimed at preventing and reducing complications and maternal mortality from postpartum haemorrhage.

Keywords: Hemorrhage; Post childbirth; Protocol, Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

CPN – Centro de Parto Normal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ALCON – Alojamento Conjunto

PPP – Pré-parto Parto Pós-parto

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HPPI - Hemorragia pós-parto imediato

RU – Ruptura Uterina

DVW - Doença de *Von Willebrand*

PTI - Púrpura trombocitopênica idiopática

PTT - Púrpura trombocitopênica trombótica

CIVD - Coagulopatia Intravascular Disseminada

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e sintomas de acordo com a perda sanguínea no período pós parto.....	19
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do quantitativo de partos x ocorrência de hemorragia pós-parto.....	30
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	16
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	17
4 JUSTIFICATIVA.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1 Hemorragia pós-parto imediato (HPPI).....	19
5.2 Causas da Hemorragia pós – parto (HPP).....	20
5.2.1 Atonia Uterina.....	20
5.2.2 Traumas.....	20
5.2.2.1 Traumatismo do trato genital.....	20
5.2.2.2 Inversão Uterina Aguda.....	21
5.2.2.3 Rutura Uterina (RU).....	22
5.2.3 Retenção da placenta ou restos placentários.....	22
5.2.4 Coagulopatias.....	22
5.2.4.1 Coagulopatia hereditária.....	23
5.2.4.2 Coagulopatia adquirida.....	23
6 PUBLICO ALVO.....	25
7 OBJETIVOS DO PLANO.....	25
7.1 Objetivo Geral.....	25
7.2 Objetivos Especificos.....	25
8 METAS.....	25
9 METODOLOGIA.....	25
10 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES.....	27

11 ORÇAMENTO.....	28
12 RECURSOS HUMANOS.....	28
13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO.....	29
14 RESULTADOS PRELIMINARES.....	29
15 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERENCIAS.....	32
APÊNDICE A - APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO.....	35
APÊNDICE B – ASSINATURA DA CARTA DE ANUENCIA (COORDENADORA DE ENFERMAGEM E O SECRETÁRIO DE SAÚDE.....	37
APÊNDICE C - RODA DE CONVERSA SOBRE O PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	38
APÊNDICE D – LISTA DE FREQUÊNCIA.....	39
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	40
ANEXO B – PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO.....	41

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou localização da gravidez e seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (SOUZA *et.al.*, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007, p. 9) A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento.

Ainda segundo Souza *et.al.*, (2013), a morte materna obstétrica, mais especificamente está relacionada a complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções e tratamento incorreto, ou cadeia de eventos que resultem de tais causas.

As causas da mortalidade materna, segundo definição da CID -10, dividem-se em: *causas obstétricas diretas*: são as resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões ou tratamento incorreto. E, *causas obstétricas indiretas*: são as que resultam de uma doença prévia da mãe ou desenvolvida durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Em vários países, mesmo desenvolvidos, as causas obstétricas diretas são as que tem mais peso nas mortes maternas, mas as causas indiretas, que são decorrentes de doenças graves que se associam à gestação, também exercem influência importante (DIAS *et.al.*, 2014).

Um estudo realizado por Buna (2014), na capital maranhense, sobre mortalidade materna, informou que “com relação ao tipo e causa obstétrica, 73% dos óbitos maternos foram de causa obstétrica direta, e 26% de casos de óbito materno por causa indireta, e somente 1% não teve a causa especificada.

De acordo com Sombrio *et. al.* (2011) no país, predominam as mortes maternas por causas obstétricas diretas, sobressaindo-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas[...]

Neste contexto a OMS (2014) relata que a Hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortas maternas no nível global.

Sob esta ótica, este trabalho visa implantar um protocolo de hemorragias no pós- parto no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues dentro das normas técnicas atualmente em vigor pelo Ministério da saúde e recomendações da OMS, com o objetivo de qualificar a equipe de enfermagem e normatizar a assistência prestada a gestante e puérpera nesta intercorrência obstétrica.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Centro de Parto Normal de Buriticupu Maria de Nazaré Rodrigues é o primeiro da região sendo referência para as gestantes do município mas também atende uma demanda significativa de gestantes das cidades circunvizinhas.

Construído dentro das normas técnicas do Rede Cegonha, o serviço oferecido as parturientes e seus bebês obteve uma melhora relevante, levando em consideração desde a ambiência, como a assistência prestada a parturiente, conformes diretrizes do parto humanizado, direito assegurado do acompanhante desde admissão até a alta hospitalar, entre outros aspectos. No entanto, por se tratar de um serviço recém estabelecido, alguns aspectos de extrema importância ainda não foram consolidados.

Neste contexto, baseado nas vivências e observações feitas em sala de parto ficou perceptível que diante de complicações obstétricas como as hemorragias pós-parto a assistência prestada a parturiente/puérpera era realizada de forma assistemática e de acordo com a conduta individual do profissional que estivesse assistindo ao parto.

Também a ausência de protocolos assistenciais dificultava a realização o de uma assistência adequada e em tempo hábil para prevenir e tratar essa importante complicação. Soma-se a isso a falta de capacitação da equipe de enfermagem para agir diante deste quadro clínico.

Para que se cumpra o que está estabelecido na portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015 que habilita o Centro de Parto Normal faz-se necessário a implantação de um protocolo de hemorragias no pós-parto para assegurar um atendimento sistemático e efetivo, utilizado por toda a equipe de enfermagem, no intuito de garantir melhor assistência a parturiente/puérpera no pós-parto.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERA EXECUTADO O PLANO

O projeto será implantado no Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” no município de Buriticupu. Este município localiza-se no oeste do estado do Maranhão, a 417 km da capital São Luís (AGUIAR, 2015). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), Buriticupu possui uma população estimada em 71.227 habitantes. Este município limita-se com os municípios “Bom Jesus das Selvas, Bom Jardim e Santa luzia” (AGUIAR, 2015).

O Centro de Parto Normal “Maria de Nazaré Rodrigues” foi inaugurado em 01 de julho de 2016, com a expectativa de ser o primeiro a realizar partos humanizados no Estado do Maranhão. O Centro de Parto Normal possui uma estrutura de primeira qualidade, estrutura do tipo intra-hospitalar, tipo 2; com espaços amplos e equipamentos modernos, que dispõe de: Uma Recepção; Uma Área de Estar; Um Posto de coleta de leite materno; 6 Alojamentos Conjuntos (ALCON); 1 Posto de enfermagem; 1 Farmácia; 1 Copa; 2 Salas de repouso para os profissionais; 3 Consultórios (Assistência Social, Enfermagem e médico); 5 Suítes PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto).

A equipe do Centro de Parto Normal é composta de 10 enfermeiros plantonistas e 1 enfermeira coordenadora do CPN, 16 técnicos de enfermagem e 1 assistente social. O Centro de Parto Normal funciona 24 horas e atende gestantes de Buriticupu e cidades circunvizinhas tanto em trabalho de parto como em atendimentos obstétricos e ambulatoriais.

4 JUSTIFICATIVA

A hemorragia pós-parto é uma condição potencialmente grave e é responsável por grande morbi-mortalidade materna. Há uma grande preocupação mundial atualmente em implementar ações de saúde visando a prevenção e tratamento adequado desta importante complicação (BONOMI, 2012).

A OMS (2014) enfatiza ainda que o aprimoramento dos cuidados de saúde para mulheres durante o parto para prevenir e tratar a HPP é uma etapa essencial para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Como a hemorragia pós parto é uma das causas de mortalidade materna potencialmente prevenível e tratável e reflete diretamente a qualidade da assistência, o desenvolvimento de manejos clínicos para o seu controle torna-se de extrema importância para a redução deste índice (BONOMI, 2012).

O Ministério da Saúde por meio da portaria 1.459, de 24 de Junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha que tem como um de seus objetivos organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil.

Ainda de acordo com a portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015 que institui a implantação e habilitação do centro de parto normal, capítulo II, seção I artigo 4º, item VII tem como um de seus requisitos garantir assistência imediata a mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais.

Mediante as intercorrências obstétricas vivenciadas no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues, ficou evidente que a hemorragia pós-parto é uma intercorrência relativamente comum no cotidiano do serviço e que sempre trouxe apreensão, colocando a equipe de enfermagem em alerta, porém sem dispor de um protocolo específico de ação, ficando a cargo de cada profissional intervir com uma conduta individualizada.

Para tanto é necessário conhecer as causas que podem resultar em um quadro hemorrágico no pós-parto e, está preparado para intervir de forma efetiva e segura diante desta complicação obstétrica.

Dentro desta perspectiva a implantação do protocolo de hemorragia pós-parto baseado em evidencias científicas e protocolos do ministério da saúde, irá sistematizar a conduta de toda a equipe de enfermagem, agilizando o serviço e melhorando a assistência prestada a parturiente/puérpera.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hemorragia pós parto imediato (HPPI)

Define-se como hemorragia pós parto a perda sanguínea maior que 500 ml após a expulsão do concepto nas primeiras 24 horas, sendo mais preocupantes as perdas acima de 1000 ml, por apresentarem maior número de alterações fisiopatológicas que podem resultar em instabilidade hemodinâmica (BAGGIERI *et. al.*, 2011).

Ainda de acordo com Periard *et. al.*, (2011), “a apresentação da HPP quase sempre é dramática, com sangramento vaginal abundante e manifestações de choque hipovolêmico. Em alguns casos, o sangramento pode ser inicialmente discreto, podendo resultar posteriormente em choque”.

Tabela 1 - Sinais e sintomas de acordo com a perda sanguínea no período pós parto.

Perda sanguínea	Pressão arterial média (mmHg)	Sinais e sintomas
10 – 15% (500 – 1000 ml)	Normal	Palpitações, vertigens, taquicardia
15 – 25% 1000 – 1500 ml)	Pouco diminuída	Fraqueza, sudorese, taquicardia
25 – 30% 1500 – 2000 ml	80 -70	Agitação, palidez, oligúria
35 – 45% 2000 – 3000 ml	50 - 70	Colapso, dispneia, anúria

Fonte: Zugaib,2016

A HPP pode ser classificada como primária e secundária. “A forma primária ocorre nas primeiras 24 h após o parto e secundária ou tardia quando ocorre entre 24 horas e seis semanas pós parto” (DEVINE, 2009).

5.2 Causas da Hemorragia pós – parto (HPP)

As causas de hemorragias pós-parto são variadas, incluindo lacerações do canal do parto, retenção placentária, inversão uterina, distúrbios de coagulação, além da atonia uterina que responde pela maioria dos casos (BAGGIERI *et. al.*, 2011).

Os quatro processos que podem gerar HPP podem ser memorizados como os “quatro T’s: Tônus (redução do tônus uterino), Tecido (retenção de produtos da concepção, prejudicando a coagulação local), Trauma genital e Trombina (distúrbios de coagulação) (MORAES, 2009).

Daremos então ênfase as causas acima citadas, caracterizando-as para melhor seguimento deste trabalho.

5.2.1 Atonia Uterina

“É a deficiência de retração do útero após a dequitação. O útero não responde aos estímulos físicos e químicos, com uma incapacidade de as fibras miométrais contraírem-se satisfatoriamente, o que resulta no não fechamento da luz dos vasos sanguíneos do leito placentário” (HIME, PEDROSA, 2014 p. 349).

Clinicamente, a ausência do globo de segurança de Pinnard, acompanhado de sangramento genital, hipotensão arterial materna, seguido de choque hipovolêmico em grau variado, levam ao seu diagnóstico (BAGGIERI *et. al.*, 2011).

“Os fatores de risco descritos para a atonia uterina incluem: segundo período do parto prolongado, parto instrumentado, sobredistensão uterina (macrossomia, gestação múltipla, polidrâmio), uso de medicações (tocolíticos e anestésicos halogenados) e corioamnionite” (ZUGAIB, 2016 p.464).

5.2.1 Traumas

5.2.2.1 Traumatismo do trato genital

O trauma perineal é descrito como sendo a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano ocorrido na região genital da mulher, podendo ser espontâneo ou

decorrente de procedimento cirúrgico. As lesões cirúrgicas são aquelas causadas pelo uso da episiotomia, enquanto as espontâneas são as lacerações perineais que acometem a região genital da mulher, tanto mucosa como muscular (MONTEIRO *et. al.*, 2009).

Ainda como fatores relacionados ao parto ou ao feto, que podem estar associados às lacerações perineais, vale destacar a duração do período expulsivo, a variedade de posição no desprendimento do pólo cefálico, o tipo de puxo realizado pela parturiente, a presença de circular de cordão umbilical e o peso do recém-nascido (SCARABOTTO *et. al.*, 2006).

De acordo com o Conitec (2016) p. 49, o trauma perineal ou genital classificam-se em:

- Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas
- Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal;
- Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal;

3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal

3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal

3c – laceração do esfíncter anal interno.

- Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.

Hematomas do trato genital também podem levar a perda sanguínea significativa. Muitas vezes, esses hematomas não são reconhecidos por horas após o parto e, algumas vezes, surgem mesmo na ausência de lacerações vaginais ou perineais. Os sintomas mais frequentes são pressão pélvica ou retal e dor (ZUGAIB, 2016).

5.2.2.2 Inversão Uterina Aguda

A inversão uterina aguda do pós-parto é uma patologia rara, mas potencialmente trágica. Geralmente é associada à hemorragia imediata com risco de vida (GIONGO, 2012).

Define-se como inversão aguda a expulsão do útero, através da vagina, em sentido inverso (a face interna do útero é exposta previamente), em que a mucosa se torna externa e a serosa se volta para dentro, com formação de uma cratera ou funil onde são arrastados os ovários, ligamentos largos e as trompas (HEME, 2014 p.359).

É uma intercorrência rara, e que na maioria das vezes, ocorre por má assistência ao delivramento, com tração exagerada no cordão umbilical ligado à placenta ainda implantada ao fundo do útero. Também pode ocorrer por compressão exagerada no fundo uterino por meio da manobra de Credé (HEME, 2014 p.359).

5.2.2.3 Rutura Uterina (RU)

De acordo com Brasil, (2012), é uma complicação muito grave em obstetrícia, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna.

O mesmo autor classifica a RU como:

- ✓ RU completa – quando há total rotura da parede uterina;
- ✓ RU incompleta – o peritônio parietal permanece intacto. Geralmente não é complicada, podendo permanecer assintomática após um parto vaginal.

Quanto à complicação da RU Heme (2016), p. 354 a classifica como:

- ✓ Simples: restringe-se ao útero;
- ✓ Complicada: quando se propaga para a bexiga, vagina ou reto.

5.2.3 Retenção da placenta ou restos placentários

Segundo Heme (2016, p. 346), retenção placentária é quando não ocorre a dequitação após 30 minutos do parto. A demora na expulsão placentária reflete na maioria das vezes, fibras uterinas com tônus contrátil diminuído ou plano de clivagem fracamente constituído.

Zugaib (2016, p. 465), afirma que a retenção de fragmentos placentários consiste em outra causa de hemorragia pós-parto.

5.2.4 Coagulopatias

As doenças hemorrágicas por deficiência de fatores de coagulação (coagulopatias) caracterizam-se por deficiência de um ou mais fatores de coagulação

e manifestam-se pela ocorrência de eventos hemorrágicos espontâneos ou precipitados por traumas (REZENDE, 2010).

5.2.4.1 Coagulopatia hereditária

Ocorre devido a mutações nos genes que codificam esses fatores. São exemplos dessas coagulopatias a *Doença de Von Willebrand* (DVW) que possui defeito quantitativo e/ou qualitativo do fator de von Willebrand. Em geral são assintomáticos e geralmente diagnosticados após trauma ou cirurgia. Mulheres com história de menorragia desde a menarca ou sangramento pós-parto (REZENDE, 2010).

Outro tipo são as *Hemofilias* que são doenças hemorrágicas resultantes da deficiência do fator de coagulação VIII (hemofilia A) e fator IX (hemofilia B). Apesar desta doença acometer pessoas do sexo masculino, 30% dos casos a doença origina-se de mutação nova, evento que pode acometer mãe e feto (REZENDE, 2010).

5.2.4.2 Coagulopatia adquirida

Se apresentam em decorrência de processos autoimunes primários ou secundários (doenças linfoproliferativas, gravidez e uso de medicamentos), como ocorre no caso da *Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI)*, que é uma doença hemorrágica autoimune, caracterizada por anticorpos contra plaquetas do próprio paciente, que são, então, destruídas por fagocitose principalmente no baço (REZENDE, 2010).

A *Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT)*, é uma síndrome hemorrágica grave caracterizada por cinco sinais clássicos: anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia, alterações neurológicas, febre e disfunção renal (REZENDE, 2010).

A *Coagulopatia Intravascular Disseminada (CIVD)* é uma complicação clássica de condições obstétricas, como descolamento de placenta e embolia de líquido amniótico. A liberação de material tromboplástico é o que provavelmente desencadeia a síndrome (FRANCO *et. al.*, 2001).

Fatores de risco obstétricos: descolamento prematuro de placenta, embolia do líquido amniótico, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ruptura uterina e aborto séptico.

O diagnóstico pode basear-se na presença de hematomas em locais de punção venosa ou em mucosas, lise eritrocitária, hemorragia, e possivelmente atonia uterina, hipotensão, e oligúria (PORTO *et. al.*, 2010).

6 PÚBLICO ALVO

O público deste projeto será formado pelos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.

7 OBJETIVOS DO PLANO

7.1 Objetivo Geral

- ✓ Implantar protocolo de hemorragias pós-parto no CPN Maria de Nazaré Rodrigues.

7.2 Objetivos Específicos

- ✓ Discutir com os profissionais de enfermagem sobre a assistência prestadas as parturientes/puérperas no pós-parto com quadro de hemorragia;
- ✓ Avaliar o grau de conhecimento da equipe de enfermagem sobre as hemorragias pós-parto.
- ✓ Elaborar um plano de ação para implantação do protocolo hemorragias pós-parto;

8 METAS:

- ✓ Sensibilizar a Secretaria Municipal de saúde e direção do CPN para contribuir com apoio logístico as necessidades encontradas para implantação do protocolo de hemorragias no pós-parto;
- ✓ Realizar uma oficina de capacitação para equipe de enfermagem atuante no CPN.
- ✓ Implantar protocolo de hemorragias no pós-parto.

9 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção, aborda a implantação de um protocolo de hemorragias no pós-parto, no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues;

tendo em vista um melhor preparo dos profissionais de Enfermagem durante a assistência prestada diante de quadros hemorrágicos no pós-parto imediato.

Durante o percurso metodológico com vistas em atingir o objetivo proposto a equipe de enfermagem reuniu-se para discutir as dificuldades enfrentadas durante os atendimentos a pacientes com hemorragia pós-parto, desde a abordagem assistemática dos quadros hemorrágicos, como também a carência de habilidades e material em determinadas circunstâncias. Em seguida, foi agendado com os profissionais uma data na qual realizou-se uma oficina de capacitação ministrada pela autora do projeto, usando recursos de mídia (data show) para promover melhor assimilação e interação dos participantes.

Numa segunda ocasião foi apresentado a proposta para inserção de um protocolo de hemorragias no pós-parto, o mesmo foi revisado pelo médico obstetra Dr. José Ivan Alves da Silva e em seguida disposto para apreciação de toda equipe tendo boa receptividade.

Do mesmo modo a coordenação de enfermagem do CPN esteve ciente e participativa em todo processo de implantação. A secretaria municipal de saúde foi informada deste projeto e solicitada para atender algumas demandas necessárias ao aprimoramento e desenvolvimento deste protocolo. Ambos assinaram a Carta de Anuência, validando assim a implantação do projeto. Posteriormente, após finalizado e adaptado o protocolo foi impresso, reproduzido em 2 cópias e apresentado à equipe, sanadas as dúvidas ou quaisquer limitações quanto ao seu uso, este foi implantado no CPN, ficando disposto nos consultórios médicos e de enfermagem.

Para avaliar os resultados foi elaborado um gráfico com o percentual de episódios hemorrágicos no pós parto após a implantação do protocolo. O universo pesquisado foi composto por mulheres atendidas no pós parto do CPN. Uma média de 110 mulheres são atendidas neste setor mensalmente. A amostra foi composta por mulheres que apresentaram hemorragia no pós parto. O instrumento utilizado para execução do projeto foi um protocolo elaborado com base em referências do Ministério da Saúde (MS) que foi adaptado de acordo com a realidade e necessidades do CPN.

11. ORÇAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
Resma de papel A4	2	20,00	40,00
Tinta para impressora	2	120	240,00
Fotocópias	50	0,25	12,50
Encadernação	4	2,50	10,00
Pen drive	2	16,90	24,00
Lanche para reuniões	40 pessoas	5,00	200,00
TOTAL			R\$ 526,50

12 RECURSOS HUMANOS

A implantação do Protocolo de hemorragias no pós-parto, contou com a contribuição de enfermeiros, técnicos de enfermagem e coordenação de enfermagem do Centro de Parto Normal.

Outras parcerias com profissionais envolvidos no CPN como médicos, bioquímico e farmacêuticos foram admitidas.

A Secretaria de Saúde também teve participação importante e indispensável para o apoio logístico e financeiros.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

Durante os primeiros meses, a execução do projeto foi acompanhada através da escuta dos profissionais de Enfermagem com o relato verbal sobre as condutas realizadas conforme o protocolo, durante os meses que se seguiram após a implantação do mesmo.

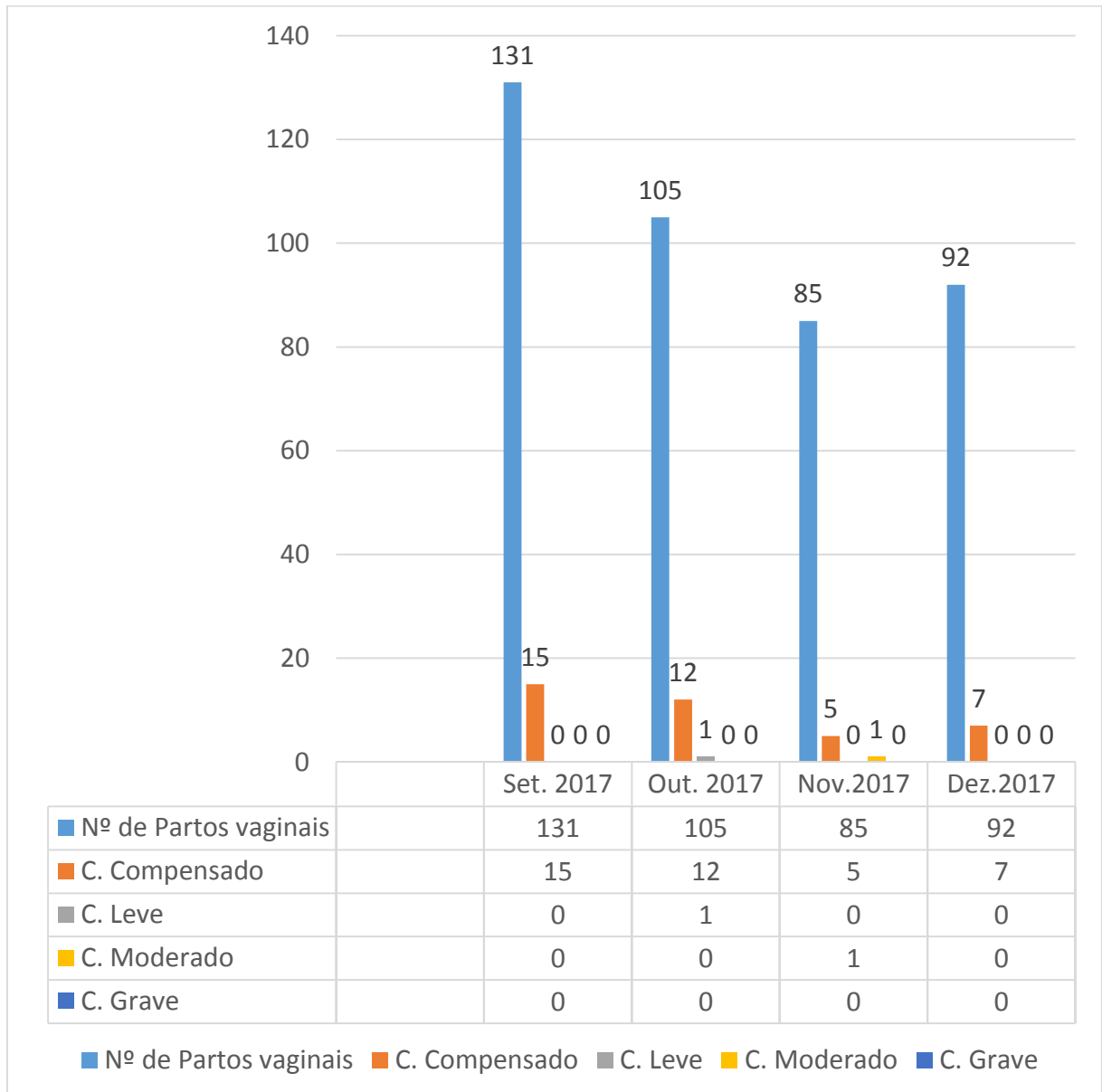
Foram oportunizados momentos durante os plantões nos quais discutiu-se as experiências vivenciadas pelos profissionais, para ajuste do protocolo de forma a melhorar a adaptação deste a realidade do serviço prestado no Centro de parto normal.

14 RESULTADOS PRELIMINARES

A introdução de várias tecnologias na assistência obstétrica tem a finalidade de tornar o ambiente de nascimento seguro para o binômio mãe e filho. Sobre essa perspectiva a inserção de um protocolo de hemorragias fez-se necessário como parte de um dos vários instrumentos utilizados dentro do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues para promover segurança e rapidez nas ações de tratamento a essa complicação.

Cada gestante admitida no Centro de Parto juntamente com seu acompanhante é acolhida pelo enfermeiro obstetra de plantão que faz a classificação de risco para hemorragia pós-parto e sinaliza seu prontuário com etiqueta adesiva colorida conforme protocolo, para que esta tenha a devida atenção e acompanhamento durante todo o trabalho de parto e pós-parto. Durante os meses que se seguiram, após a implantação do protocolo, observou-se que não houve nenhum episódio hemorrágico grave e uma discreta diminuição no quantitativo geral de choques por hemorragia pós-parto, como descrito no gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição do quantitativo de partos x ocorrência de hemorragia pós-parto.



Fonte: Autor, 2017.

A troca de experiências entre a equipe de enfermagem facilitou esse processo e tem corroborado na execução da implantação deste protocolo. As dúvidas e dificuldades foram compartilhadas durante a oficina e exposição do protocolo, bem como em reuniões na busca esperançosa pelo aprimoramento profissional e oferta de um cuidado qualificado.

Também foi repassado ao gestor municipal, que prontamente recebeu um pedido, um ofício com sugestões de bens materiais para serem adquiridos no intuito de ampliar e disponibilizar mais recursos, garantindo assim um cuidado mais abrangente em todos os graus possíveis de assistência as hemorragias no pós-parto.

No entanto, ainda há muito para avançar e melhorar; pois o processo de trabalho e humanização nunca para de evoluir. Porém o primeiro passo foi dado. Temos muito o que conquistar, o traje anti-choque, o balão de tamponamento intrauterino, entre outros. Mas, já conseguimos sistematizar nosso atendimento e sensibilizar nossa equipe de enfermagem sobre a importância do correto atendimento nas intercorrências por hemorragias por parto.

15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da implantação do protocolo de hemorragias pós-parto a equipe de enfermagem sentiu-se mais segura e motivada a desempenhar uma assistência de qualidade refletindo diretamente na melhoria do atendimento às parturientes/puérperas, diminuindo as complicações obstétricas por hemorragias das usuárias do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues em Buriticupu – MA.

A proposta de implantação do protocolo de hemorragias pós-parto sanou algumas deficiências encontradas, sistematizou o atendimento e promoveu segurança ao profissional de enfermagem que assiste as parturientes/puérperas no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.

A equipe de enfermagem no setor obstétrico deve estar sempre atenta, vigilante e buscando qualificação e aperfeiçoamento técnico-científico para prestar um serviço humanizado e de excelência.

A inserção deste protocolo veio para somar e contribuir no efetivo atendimento das usuárias do serviço do sus neste CPN, e consolidar o papel da enfermagem obstétrica como partícipes no gerenciamento e desenvolvimento de ações que visem prevenir e reduzir as complicações e mortalidade materna por hemorragia pós-parto.

REFERENCIAS

- Aguiar, IN. **Buriticupu, sua história, geografia e características gerais – 42 Anos de fundação e 21 anos de emancipação política**. Buriticupu: Gráfica Kairos, 3ª ed, 2015.
- Souza ML, Laurentil R, Knobel R, Monticelli M, Bruggeman, Drake E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Maio-junho 2013; 21(3)
- Sombrio SN, Simões PW, Medeiros LR, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, Farias BF. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. **ACM Arq Catarin Med**. 2011; 40(3):56-62
- Buna CMSC, Sampaio SLP, Sousa MEL, Fonseca LMB, Caldas AJM, Aquino DMC. Caracterização da mortalidade materna ocorrida no município de São Luis no período de 2001 a 2011. **Rev. pesq Saúde**, 15(2):296-300, maio-agost, 2014.
- Baggieri RAB, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS, Baggieri RAA, Baggieri RFA, Trindade CR, Chumbo Filho A. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**. 2011; 56(2):96-101
- Bonomi IBA, Cunha SM, Trigueiro MC, Lobato ACL, Tavares RP. Prevenção e Manejo da hemorragia pós-parto. **Rev Med Minais Gerais** 2012; (Supl 2)S1-S173.
- Giongo MS, Azzi T, Gios TS, Rosa TSC. Óbito pós inversão uterina: relato de caso. **Arq. Catarin. Med**. 2012; 41(2): 79-81
- Periard AM, Rezende BM, Segundo EV, Cosso FMG, Lopes JRB, França MA, Silva RMP, Valadares RFLA, Lima SA, Correa Junior MD. Atonia uterina e hemorragia pós parto. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2011;21 (4 Supl. 6):S1-S143
- Devine PC. **Obstetric Hemorrhage**. Semin. Perinatol. 2009. Abr, 33(2):76-81
- Brasil. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Brasília. Editora MS. 5ª edição, 2012.
- Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3ª ed. Brasília – DF, 2007.

Zugaib, M. **Zugaib Obstetricia**. 3ª ed. Manola. São Paulo, 2006

Hime LFCC, Pedrosa MA. **GPS Obstetricia**. São Paulo. AC Farmacêutica, 2014

Moraes DN, Rezende FB, Magalhães FA, Freitas SP, Linhares MC, Santos FFA, Carvalho PVC, Soares PCM, Pereira AK. Hemorragia pós-parto. **Rev. Med. Minas Gerais** 2009; 19 (4 Supl. 3):S34-S37.

Monteiro JCS, Pitangui ACR, Sousa L, Beleza ACS, Nakano AMS, Gomes FA. Analgesia e trauma perineal no parto normal. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 140-144.

Franco RF, Pintão MCT. **Coagulação Intravascular Disseminada**. Medicina, Ribeirão Preto, 34: 282-291, jul./dez. 2001.

OMS. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Brasil, 2014.

Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(3):389-395.

Rezende SM. Distúrbios de hemostasia: doenças hemorrágicas. **Rev. Med. Minas Gerais** 2010; 20(4):534-553.

Conitec. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2016.

Porto LAB, Costa LAC, Coelho LBA, Simões RF, Souza RL, Damas ML, Mattar TA, Pereira CMM, López EGT, Krettli WS. Coagulação intravascular disseminada na gravidez – considerações, diagnóstico e manejo. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(2 supl 1):S15-S19.

Dias JMG, Oliveira APS, Cicolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2014. Vol.25.2 [Internet]. Acesso em: 21/05/2017. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1771>>.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Acesso em: 19.06.2017. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 11 de 7 de junho de 2015**. Acesso em 19.06.2017. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>.

APENDICE A – APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO





APÊNDICE B – ASSINATURA DA CARTA DE ANUENCIA (COORDENADORA DE ENFERMAGEM E O SECRETÁRIO DE SAÚDE).



APÊNDICE C - RODA DE CONVERSA SOBRE O PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO



APÊNDICE D – LISTA DE FREQUÊNCIA

Lista de frequência dos participantes da apresentação do Protocolo de Hemorragias Pós-parto pela aluna do curso de Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha Luana Cristina Cardozo Souza, realizado em 30.08.2017 no auditório do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues

Maria Jânio Brandão de Jesus
~~Alberty Sullivan Silva Moura~~
 Maria de Nazaré dos Santos Silva
 Xeliane da Silva Rodrigues
 Cláudia Fernandes da Silva
 Maria de Fátima Ferreira Lourenço
 Sarahane Rodrigues Santos
 Silveira Maria Cruz Santos
 Sampaio Coelho Ferreira
 Júlia da Silva
 Fátima Abreu da Silva
 Janilce Gomes Ferreira
 Antonia Oliveira da Silva
 Clara Maryam de Souza Martins
 Rosimar Ubaldino da Mata
 Everleidy Santos Pereira
 Kátia Sales da Silva
 Marlene da Silva Xavier
 Espiridiana Ribeiro da Silva
 Israel Silva Janta
 Fátima Medeiros Pereira

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Elias Rocha de Sousa
Secretário Municipal de Saúde de Buriticupu - MA

Solicitamos autorização institucional para realização do projeto de intervenção intitulado Implantação do Protocolo de Hemorragias Pós-parto no Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues em Buriticupu - MA; a ser realizada pela aluna de pós graduação da Rede Cegonha Luana Cristina Cardozo Souza, sob orientação do Prof. Ms. Rivaldo Lira, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Elaborar um plano de ação para implantação do protocolo de hemorragias no pós-parto. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Buriticupu - MA, 30 de agosto de 2017.

Luana Cristina Cardozo Souza

Luana Cristina Cardozo Souza
 Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Elias

 Elias Rocha de Sousa

Elias Rocha de Sousa
 Secretário Mun. de Saúde
 Portaria nº 006/2017

ANEXO B – PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO

CENTRO DE PARTO NORMAL MARIA DE NAZARÉ RODRIGUES

PROTOCOLO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO

BURITICUPU – MA

2017

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação dos Fatores de Risco.....	5
Tabela 2 - Classificação de risco para HPP.....	6
Tabela 3 - Classificação de risco e condutas preventivas.....	7
Tabela 4 - Grau de Choque.....	9

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
1 INTRODUÇÃO.....	4
1.1 Conceito de Hemorragia Pós-Parto (HPP).....	4
1.2 HPP Grave/Maciça.....	4
2 Classificação das HPP.....	4
3 Principais causas de HPP.....	4
4 Classificação de Risco para a HPP.....	5
5 Prevenção da HPP.....	7
5.1 Manejo ativo no 3º estágio do trabalho de parto.....	7
5.2 Massagem uterina periódica no 4º estágio (período de observação).....	8
6 Reconhecer em tempo oportuno os casos de HPP.....	8
6.1 Índice de Choque – IC.....	9
6.2 Hora de ouro na hemorragia obstétrica.....	10
7 Estágios e Manejo da Hemorragia.....	10
7.1 Estágio I.....	10
7.1.1 Tratamento para as causas da HPP.....	12
7.2 Estágio II.....	15
7.3 Estágio III.....	16
REFERENCIAS.....	18
ANEXO 1 - CHEC LIST DA HPP.....	19
ANEXO 2 - KIT HPP.....	20
ANEXO 3 - ESTIMATIVA VISUAL DE PERDA VOLÊMICA.....	21
ANEXO 4 – FLUXOGRAMA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	22

Protocolo de Hemorragia Pós-Parto do CPN Maria de Nazaré Rodrigues

APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento deste protocolo se deu a partir da identificação de intercorrências hemorrágicas no pós-parto imediato onde o atendimento a esses casos se dava de forma assistemática, dificultando o processo de trabalho da equipe de enfermagem.

O objetivo deste instrumento é disponibilizar material técnico científico de fácil acesso para avaliação e execução de ações imediatas para prevenir e tratar os casos de hemorragias do pós-parto.

Baseado nas normas técnicas atualmente vigentes buscamos avançar em direção a humanização da assistência oferecendo um serviço de qualificado as usuárias do Centro de Parto Normal Maria de Nazaré Rodrigues.

Luana Cristina Cardozo Souza

Enfermeira responsável

Acenete Fernandes da Silva

Enfermeira Colaboradora

Dr. José Ivan Alves da Silva

Médico Revisor

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceito de Hemorragia Pós-Parto HPP

Considera-se Hemorragia Pós-Parto, qualquer perda de sangue pelo trato genital que seja capaz de causar instabilidade hemodinâmica ou perda sanguínea acima de 500 mL (mililitros) pelo trato genital nas primeiras 24 horas após parto vaginal ou acima de 1000mL após parto cesariana.

1.2 HPP Grave/Maciça

Sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000mL ou que necessite da transfusão mínima de 1200mL (4 unidades) de concentrado de hemácias ou que resulte na queda de hemoglobina $\geq 4\text{g/dL}$ ou em distúrbio de coagulação.

2 Classificação das HPP

- Primária: quando ocorre nas primeiras 24 h pós-parto;
- Secundária: É aquela que ocorre após 24 horas até 6 a 12 semanas após o parto

3 Principais causas de HPP:

Compreendem o que pode ser memorizado como os 4 “T’s”, a saber:

- Tônus (atonía uterina);
- Tecido (retenção da placenta ou restos placentários)
- Trauma (laceração e hematomas no trajeto do canal do parto, inversão uterina, rotura uterina)
- Trombina (distúrbios de coagulação)

Tabela 1 - Avaliação dos Fatores de Risco

Anteparto	Intraparto
História pregressa de HPP	Trabalho de parto prolongado
Distensão uterina (Gemelar, polidrâmnio, macrossomia)	Trabalho de parto taquitócico
Distúrbios de coagulação	Laceração vaginal de 3º/4º graus
Uso de anticoagulantes	Prolongamento de episiotomia.
Placentação anormal (acreta, prévia)	Placentação anormal (acreta, prévia)
Grande múltipara (> 4 partos vaginais ou ≥ 3 partos cesarianas)	Descolamento Prematuro de Placenta
Pré-eclâmpsia	Parto induzido
Anemia prévia	Corioamnionite
Primeiro filho após os 40 anos	Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

Fonte: GONÇALVES *et. al.*, 2016.

4 Classificação de Risco para a HPP

O fator de maior gravidade determina a classificação de risco da gestante:

- Gestante de baixo risco: aquelas pacientes com ausência de fatores de risco. A maioria dos casos de HPP ocorre neste grupo;
- Gestante de médio risco: aquelas pacientes com apenas 1 fator de médio risco e nenhum de alto risco;
- Gestante de alto risco: pacientes com ≥ 1 fatores de alto risco ou ainda aquelas com ≥ 2 fatores de médio risco.

Observação: Tal classificação é importante para definir cuidados rotineiros para cada perfil de gestante\puérpera. Por exemplo, as gestantes de médio ou alto risco deverão ter amostra de sangue colhida para tipagem sanguínea, com hemograma e prova cruzada à admissão. Deve-se avaliar um acesso venoso. Sugere-se que todas tenham uma etiqueta de identificação de risco no prontuário para sinalizar para toda a equipe.

Tabela 2 - Classificação de risco para HPP

Baixo risco	Médio risco	Alto risco
Ausência de cicatriz uterina	Cesariana ou cirurgia uterina prévia.	Placenta prévia ou de inserção baixa
Gravidez única	Pré-eclâmpsia leve	Pré-eclâmpsia grave
≤ 4 partos vaginais prévios (os estudos em geral relatam risco com ≥ 4 filhos)	Distensão uterina (Gemelar, polidrâmio, macrossomia)	Hematócrito < 30%
Ausência de distúrbio de Coagulação.	> 4 partos vaginais (os estudos em geral relatam risco com ≥ 4 filhos)	Plaquetometria < 100.000/mm ³
Ausência de história de HPP	Corioamnionite	Sangramento ativo anormal à admissão.
	Grandes miomas uterinos	Doenças da coagulação
	Varizes pélvicas	Uso de anticoagulantes
	História prévia de atonia ou hemorragia obstétrica	Descolamento prematuro de placenta
	Obesidade materna (IMC > 35kg/m ²)	Anormalidades de implantação da placenta
		Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: GONÇALVES *et. al.*, 2016.

Tabela 3 - Classificação de risco e condutas preventivas

Baixo risco	Médio Risco	Alto Risco
-	Etiqueta identificadora	Etiqueta identificadora Acesso venoso periférico cateter 16 G
-	Tipagem sanguínea	Tipagem sanguínea e prova cruzada
-	-	Reserva de adenoplasma
Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio	Manejo ativo do 3º estágio
Observação rigorosa por 2 horas em local adequado (sala PPP)	Observação rigorosa por 2 horas em local adequado (sala PPP)	Observação rigorosa por 2 horas em local adequado (sala PPP)
Estimular a presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	Estimular a presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta	Estimular a presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta

Fonte: GONÇALVES *et. al.*, 2016.

5 Prevenção da HPP

5.1 Manejo ativo no 3º estágio do trabalho de parto

- Administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina.
- Realizar Clampeamento oportuno do cordão umbilical (entre 1 e 3 minutos);
- Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.
- Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão.
- Após a secção do cordão realizar tração controlada do mesmo associada a Manobra de Brandt-Andrews.

- A tração controlada do cordão, como parte da conduta ativa, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.

5.2 Massagem uterina periódica no 4º estágio (período de observação)

- A massagem uterina periódica deve ser iniciada imediatamente após a dequitação e repetida a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas em todas as puérperas.
- Deve-se massagear o fundo uterino através do abdome até que o útero esteja contraído e assegurar-se que o útero não se torne relaxado (amolecido) após terminar a massagem. Caso o útero se mantenha hipotônico, é necessário abrir o protocolo de HPP.

1) As mulheres que apresentarem fatores de **risco alto para hemorragia** pós-parto devem ser orientadas a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, onde existem mais opções de tratamentos emergenciais;

2) Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser **registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal**, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado.

6 Reconhecer em tempo oportuno os casos de HPP

- **Estimativa visual da perda volêmica (ANEXO 3);**
- **Estimativa da perda volêmica através da pesagem dos absorventes.**

Para se definir a perda volêmica através da pesagem dos absorventes sujos de sangue, deve-se inicialmente recordar que a densidade do sangue é de 1,04 a 1,06 g/cm³, uma densidade muito próxima à da água. **Assim, do ponto de vista prático, pode-se dizer que 1 mL de sangue equivale à aproximadamente 1 grama de peso.**

- **Avaliação dos sinais vitais:** pressão arterial, pulso (frequência cardíaca), respiração (frequência respiratória), temperatura corporal.

6.1 Índice de Choque – IC

O IC reflete o estado hemodinâmico da paciente, podendo ser útil para prever a necessidade de transfusão maciça. **Para calcular o índice de choque, basta dividir a frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da paciente.** Tem-se proposto que um valor do IC > 0.9 sugere uma relevante perda sanguínea, com possibilidades reais de necessitar de uma transfusão maciça durante o manejo da paciente. Dessa forma, em locais com escassez de recursos, tal achado indica a necessidade de transferência da paciente (desde que feita de forma responsável e segura).

Do ponto de vista prático, nas situações em que a frequência cardíaca da paciente for superior ou igual à sua pressão arterial sistólica ($IC \geq 1$), a equipe deve-se preparar para manejo agressivo do quadro hemorrágico, incluindo a possibilidade real de transfusão maciça.

Tabela 4 - Grau de Choque

Perda Estimada	Pulso	PAS mmHg	Índice de Choque	Grau de Choque	Transfusão
10 a 15% 500 a 1000 ml	60-90	>90	0,7 – 1,0	Compensado	Usualmente Não necessária
16 a 25% 1000 a 1500 ml	91-100	80-90	1,0 – 1,3	Leve	Possível
26 a 35% 1500 a 2000 ml	101-120	70-79	1,3 – 1,7	Moderado	Usualmente exigida
>35% >2000ml	>120	<70	>1,7	Grave	Provavelmente Transfusão maciça

Fonte: GONÇALVES *et. al.*, 2016.

6.2 Hora de ouro na hemorragia obstétrica

O conceito de **Hora de Ouro** consiste na recomendação do controle do sítio de sangramento puerperal, sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final desse período.

Alguns especialistas propõem o controle do sangramento em no máximo 30 minutos, ou até mesmo em períodos inferiores a 15 minutos na dependência da etiologia e da gravidade da hemorragia.

7 Estágios e Manejo da Hemorragia

7.1 Estágio I

Sangramento contínuo e perda sanguínea de 16%-25% (1000-1500 ml).

Parâmetros clínicos sem alterações.

Comunicação:

- Chamar imediatamente equipe assistencial (enfermeira obstetra, obstetra plantonista responsável que devem estar presentes em no máximo 5 minutos;
- Ativar o protocolo de hemorragia;
- Providenciar o kit de HPP (ANEXO 2);
- Iniciar imediatamente sequência do check list (ANEXO 1);
- Ressuscitar: Iniciar imediatamente medidas de ressuscitação utilizando o “CAB” (C =Circulação; A = vias Aéreas; B = *Breath* = respiração);
- Providenciar dois acessos venosos de grosso calibre (14- 16G), colher sangue para exames (hemograma, coagulograma, prova cruzada, fibrinogênio, gasometria, lactato). Deve-se ter um acesso para ressuscitação volêmica, outro para ocitocina);
- Coletar exames laboratoriais no momento da punção do acesso venoso;

- Iniciar pesagem dos absorventes e estimativa visual de sangramento;
- Iniciar ressuscitação volêmica com a infusão livre de 1000ml de soro fisiológico ou ringer lactato morno. Avaliar resposta hemodinâmica da paciente, cada 500ml de qualquer fluido infundido (baseando-se nos sinais vitais - PA, FC, perfusão periférica/saturação de O₂, diurese e estado de consciência);
- Atentar para o risco de coagulopatia dilucional a partir de 1500-2000ml de cristalóide infundidos sem a associação com hemotransfusão;
- Avaliar vias aéreas e respiração. Iniciar oxigênio por máscara (se possível com reservatório) em alta concentração (8-15L/min) independente da concentração/saturação de oxigênio materna;
- Alertar a Farmácia a dispensação de 2 frascos de adenoplasma;
- Medir temperatura corporal a cada 15 minutos. Prevenir a hipotermia.

Monitoramento/Investigação:

- Monitorar dados vitais (pulso, PA, SatO₂, nível de consciência) a cada 10 minutos ou de forma contínua (especialmente nos casos graves);
- Estimar perda sanguínea acumulada a cada 5-15 minutos;
- Realizar teste do coágulo (Teste de Weiner): coletar sangue em um tubo de ensaio sem anticoagulante (tampa vermelha) e aguardar entre sete e dez minutos. A formação de um coágulo firme e estável após esse tempo, sugere ausência de coagulopatia por hipofibrinogenemia; se o exame estiver alterado, solicitar coagulograma e dosagem de fibrinogênio com urgência para confirmar coagulopatia e providenciar Plasma Fresco e crioprecipitado;
- Combater a hipotermia: manter paciente aquecida e medir temperatura a cada 15 minutos, estimular uso de cobertores mantas térmicas ou outros dispositivos de aquecimento seguros;
- Definir a causa do sangramento (4Ts) imediatamente após diagnóstico de hemorragia: 1. Avaliar o tônus uterino; 2. Revisar o canal do parto (para avaliar lacerações ou hematomas); 3. Revisar a cavidade uterina; 4. Checar histórico de Coagulopatias congênicas ou risco de Coagulopatias adquiridas.

- **Observações:** Reavalie as causas de hemorragia (4T) mesmo nos casos em que as durante a assistência ao parto as revisões foram realizadas e estavam normais.
- Deve-se ressaltar que mais de uma causa pode ocorrer ao mesmo tempo.

7.1.1 Tratamento para as causas da HPP

O mnemônico MODEM é utilizado para facilitar a abordagem clínica da atonia uterina, para se referir à sequência de manobras e drogas a serem utilizados:

Massagem Uterina

Ocitocina

Derivado

Ergotínico

Misoprostol

Massagem uterina bimanual (Manobra de Hamilton): Realizar compressão uterina por 20 minutos ou até obter contração contínua e efetiva. Esvaziar a bexiga antes da compressão para aumentar a eficácia da manobra. Iniciar monitoramento da diurese.

Uso da Ocitocina “Regra dos Três”

- Administrar 3 UI de ocitocina por via endovenosa em bolus lento (mínimo de 30 segundos).
- Após 3 minutos, observar resposta uterina e, em caso de hipotonia/atonia, aplicar mais 3 UI de ocitocina por via endovenosa em bolus lento (mínimo de 30 segundo) e aguardar outros 3 minutos.
- Se ainda assim a resposta inadequada for mantida, fazer terceira dose de ocitocina (3UI em bolus lento).

- Caso haja resposta com tônus uterino adequado após qualquer uma das doses de ocitocina, iniciar o esquema de manutenção com infusão de 3 UI ocitocina/hora por 4 horas.
- Uma sugestão para a manutenção é a diluição de 20 UI de ocitocina (4 ampolas) em 500mL de soro fisiológico 0,9% , endovenoso (EV) em 10 minutos. Logo após 20 UI de ocitocina em 500 mL de de soro fisiológico 0,9% em 2 horas.
- Caso não haja resposta após a terceira dose de ocitócito, é fundamental iniciar o protocolo de abordagem à atonia uterina com a administração imediata de uterotônicos de segunda linha.

Derivado Ergotínico (0,2mg/ml – 1 ampola)

Uterotônico de segunda linha, utilizado quando ocorre falha do controle da atonia uterina pelo ocitócito. Tem meia vida de 30 a 120 min, início de ação em 2 a 3 min.

Posologia dos derivados do ergot (máximo de 5 doses de 0,2 mg, em 24 horas)

- Primeira dose: quando houver falha do ocitócito;
- Segunda dose: 20 minutos após a primeira dose;
- Terceira, quarta e quinta doses: devem ser prescritas apenas nos casos de hemorragias graves. Cada uma dessas doses deve ser realizada 4 horas após a dose anterior, com intuito de manter o tônus uterino nas primeiras 24 horas do sangramento.
- **Observação:** as pacientes não responsivas a primeira dose de derivados de ergot tendem a não responder as doses subsequentes. Os derivados de ergot estão contra-indicados nos casos de doenças hipertensivas.

Misoprostol

Uterotônico de segunda linha no tratamento da atonia e menos eficaz que o ocitócito e derivados de ergot. O uso de misoprostol pode causar náuseas, vômitos e febre. Existem várias posologias de acordo com a via de administração, mas no contexto da hemorragia uterina estão indicados 800mcg por via retal (início de ação em 20 a 30 minutos) ou 400 a 600mcg por via oral ou sublingual em pacientes estado de vigília preservados (início de ação em 7-11 minutos, porém com maiores efeitos colaterais).

Tônus

- Iniciar massagem uterina bimanual imediatamente;
- Ocitocina venosa– Vide Item uso de Ocitocina;
- Caso o sangramento persista e o útero continue amolecido, sendo afastadas outras causas, administrar 0,2mg de metilergometrina por via intramuscular (vide doses no item derivados de Ergot) e/ou introduzir 800mcg de misoprostol por via retal e passar para o Estágio II de manejo.

Trauma

- Realizar nova revisão do canal de parto nos casos de hemorragia;
- Avaliar presença de lacerações do canal de parto e suturá-las imediatamente;
- Drenar hematomas;
- Investigar rotura uterina ou inversão uterina.

Tecido

- Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários;
- Realizar cuidadosa revisão da cavidade uterina e evacuar produtos retidos (restos placentários, membranas, coágulos);
- A dequitação placentária usualmente ocorre nos 30 minutos que sucedem o parto. Caso não ocorra nesse intervalo: avaliar extração manual da placenta.
- Se durante uma extração manual da placenta não for possível identificar plano de clivagem entre útero e massa placentária: suspeite de acretismo.
- Providenciar transferência e traslado da paciente para o centro obstétrico do H.M.P.N.S.

Trombina

- Avaliar histórico de Coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes;
- Tratar doenças de base de acordo com a causa e avaliar a coagulação de forma seriada;
- Repor hemocomponentes, fatores de coagulação e volume intravascular;

- Se teste de coágulo positivo iniciar plasma fresco congelado (não aguardar resultados do laboratório) ou mesmo crioprecipitado;
- Caso o sangramento seja controlado no Estágio I, manter vigilância estrita no pós-parto.

7.2 Estágio II

Sangramento contínuo e perda sanguínea 26-35% (1500 - 2000 ml), ou FC 101-120 bpm; ou PAS 70-79 mmHg; ou agitação/sonolência; ou perfusão comprometida: palidez, frieza e sudorese.

Comunicação e Mobilização

- Chamar imediatamente o médico cirurgião ou obstetra do Centro Obstétrico do H.M.P.N.S;
- Comunicar o serviço do laboratório sobre o caso e coletar amostra de sangue para tipagem sanguínea e prova cruzada.
- Solicitar reserva de hemoderivados ao plantonista responsável pela farmácia hospitalar;
- Designar responsáveis pelo transporte de material para exames laboratoriais e hemoderivados;
- Designar um membro da equipe para registrar os eventos, preencher lista de checagem, transferência e translato da paciente para o Centro obstétrico do H.M.P.N.S.
- Administração de fluidos e medicamentos e registro de dados vitais;
- Comunicar de maneira apropriada e sensível com a família;
- Preparar para transferência;
- Preparar para ativar protocolo de hemorragia maciça.

Ressuscitação:

- Manter infusão adequada de fluidos (solução salina ou ringer lactato aquecidos) reavaliando a resposta clínica pelo menos a cada 500ml de cristalóide infundido;
- Manter paciente aquecida. Avaliar possibilidade de uso de mantas térmicas.

Monitoramento/Investigação

- Solicitar exames complementares (hemograma, coagulograma, fibrinogênio, lactato, gasometria, íons);
- Avaliar e comunicar dados vitais a cada 5-10 minutos. E, anotar;
- Realizar cateterismo vesical com bolsa medidora de volume. Anotar diurese;
- Calcular perda sanguínea acumulada a cada 5-15 minutos.

Observação: Se a paciente não apresentar melhora clínica após infusão de cristalóides e transfusão sanguínea deve-se avaliar necessidade de abordagem invasiva\cirúrgica ou a necessidade de nova hemotransfusão.

7.3 Estágio III

Sangramento contínuo e perda sanguínea > 35% (> 2000 ml) ou FC > 120 bpm; ou PAS < 70 mmHg; ou letargia ou inconsciência; ou perfusão inadequada: palidez, frieza, sudorese ou perfusão capilar > 3 segundos; ou dados vitais instáveis; ou suspeita de coagulação intravascular disseminada (CIVD).

Comunicação/Mobilização

- Definir líder da equipe;
- Comunicar agência transfusional que há uma hemorragia maciça em andamento;
- Chamar médico cirurgião ou obstetra com habilidades avançadas no manejo de pacientes graves;
- Reavaliar pessoal disponível e solicitar ajuda se necessário;
- Continuar registro de eventos, administração de fluidos e medicamentos e registro de dados vitais;
- Iniciar preparativos para transferência da paciente pelo SAMU-USA para serviço hospitalar de alta complexidade de referência.

Ressuscitação:

- Manter infusão adequada de fluidos;
- Iniciar suporte avançado: Avaliar necessidade de vasopressores, intubação endotraqueal e acesso venoso central;
- Prevenir a hipotermia, mantendo a paciente aquecida.
- Aplicar meias compressivas nos membros inferiores.

Monitoramento/Investigação/Diagnóstico

- Repetir exames complementares (hemograma, coagulograma, fibrinogênio, gasometria arterial, sódio, potássio e cálcio) a cada 30 minutos;
- Manter monitorização contínua. Avaliar e comunicar dados vitais a cada 5-10 minutos;
- Calcular e comunicar perda sanguínea acumulada a cada 5-10 minutos;
- Prevenir hipotermia.

REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao Parto Normal.** Versão resumida. Brasília-DF, 2017

Gonçalves CR, Osanan GC, Delfino SM e Colaboradores. **Protocolo Hemorragia Puerperal.** Saúde da Família/SUS-BH. Belo Horizonte-MG, 2016.

OMS. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.** Brasil, 2014.

_____ **Avaliação e manejo das emergências obstétricas.** Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/avaliacao_manejo_obstetricias_hemorragia_pos_parto.pdf. Acesso em: 09.01.2018






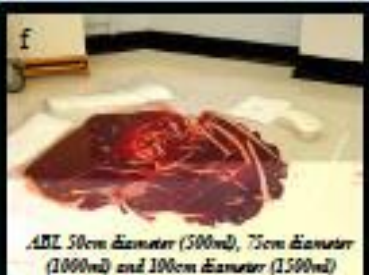



ANEXO 1 - CHEC LIST DA HPP

- () Chamar imediatamente equipe assistencial (enfermeira obstetra, obstetra plantonista responsável);
- () Estimar a gravidade da perda inicial;
- () Avaliação rápida da causa da hemorragia (tecido, tônus, trajeto, trombina);
- () Providenciar dois acessos venosos de grosso calibre (14- 16G);
- () Colher exames: hemograma completo, tipagem sanguínea, prova cruzada, fibrinogênio, gasometria, lactato.
- () Oxigenoterapia: (8-10 l/min.) em máscara facial;
- () Elevação dos membros inferiores (*Posição de Trendelenburg*)
- () Monitorização materna contínua (Sinais Vitais: temperatura, pressão arterial, pulso, respiração) Saturação O₂.
- () Esvaziar bexiga e Sonda vesical de demora (*monitorar diurese*)
- () Estimar gravidade da perda volêmica (*Índice de choque (PAS/FC) > 0,9 = risco de transfusão*)
- () Cristalóide: reavaliar a resposta da paciente a cada 500 ml de soro infundido
- () Considerar transfusão de hemocomponentes após 1500-2000ml de cristalóide (coagulopatia)
- () Considerar o uso de ácido tranexâmico: 1000mg, em 250mL de SF0,9%, a 50mg/min. (Casos graves)
- () Tratar a causa da Hemorragia (Vide Fluxograma);
- () Avaliar a paciente após a abordagem inicial (grau da hemorragia e estado hemodinâmica da paciente, necessidade de hemotransfusão, tratamento cirúrgico e/ou transferência para serviço de alta complexidade)
- () Evitar a hipotermia. TAX: 15 em 15 minutos na primeira hora. Avaliar uso de Manta Térmica;
- () Monitorização rigorosa no leito PPP nas primeiras 24 horas.

ANEXO 2 - KIT HPP

ITEM	QUANTIDADE
Check list plastificado no kit	01 unidade
Soro fisiológico	02 unidades de 500 ml cada
Soro Ringer	02 unidades de 500 ml cada
Equipo de soro	02 unidades
Ocitócito	08 ampolas de 1 ml cada
Metilergometrina(ergotrate)0,2 mg/ml	02 ampolas de 1ml cada
Misoprostol 200 mcg/comp.	02 folhas de receituário próprio para solicitação e atendimento rápido na farmácia hospitalar.
Jelco 14 e 16	02 unidades de cada
Jelco 18	02 unidades
Seringas de 5ml	02 unidades
Seringas de 20 ml	02 unidades
Agulhas 40x12	04 unidades
Agulhas 25x7	04 unidades
Tubos para coleta de sangue	03 frascos
Sonda vesical de demora + bolsa coletora	02 de cada
Termômetro	01 unidade
Fralda descartável adulto	02 unidades

ANEXO 3 - ESTIMATIVA VISUAL DE PERDA VOLÊMICA

		
<p>a Soiled Sanitary Towel 30ml</p>	<p>b Soaked Sanitary Towel 100ml</p>	<p>c Small Soaked Swab 10x10cm 60ml</p>
		 <p><i>ABL 50cm diameter (500ml), 75cm diameter (1000ml) and 100cm diameter (1500ml)</i></p>
<p>d Incontinence Pad 250ml</p>	<p>e Large Soaked Swab 45x45cm 350ml*</p>	<p>f 100cm Diameter Floor Spill 1500ml*</p>
		
<p>g PPH on Bed only 1000ml</p>	<p>h PPH Spilling to Floor 2000ml</p>	<p>i Full Kidney Dish 500ml</p>

ANEXO 4 – FLUXOGRAMA

