

# A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DE ÓBITOS POR ATONIA UTERINA: UMA DISCUSSÃO SOBRE AS CONDUTAS DA ENFERMAGEM

## OBSTETRIC NURSING TO PREVENT FATALITIES CAUSED BY UTERINE ATONY: A DISCUSSION ON NURSING BEHAVIOR

Sanjaya Mara Gatis Maya<sup>1</sup>  
Vandira Pereira de Santana<sup>2</sup>  
Camila Torres da Paz<sup>3</sup>  
Fabio Lisboa Barreto<sup>4</sup>  
Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho<sup>5</sup>  
Beatriz Guimarães Gentil Fraga<sup>6</sup>

A hemorragia pós-parto constitui uma das principais causas de morbimortalidade materna pós-parto, sendo a atonia uterina sua principal causa. Sua manifestação clínica característica consiste em sangramento vaginal, que em seu início pode ser discreto, podendo evoluir para choque hipovolêmico. O estudo contou com a seguinte questão norteadora: como a mortalidade materna pode ser prevenida pela enfermagem obstétrica frente aos casos de atonia uterina? Assim, o objetivo do estudo foi discutir as intervenções de enfermagem frente à prevenção do óbito materno por atonia uterina. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir de 23 artigos científicos, publicados entre 2014 e 2016. A partir da leitura, foram elaboradas três categorias: detecção de atonia uterina; condutas terapêuticas na prevenção do óbito por atonia uterina; e enfermagem obstétrica frente à assistência à atonia uterina. O estudo evidenciou que o profissional de enfermagem deve fazer a avaliação contínua, tanto no parto quanto no puerpério, para identificar precocemente possíveis alterações que podem representar hemorragia. Assim, conclui-se que a produção de trabalhos acadêmicos e publicações se tornam imprescindíveis, pois a escassez de bibliografia dificulta o aprofundamento e a argumentação necessária aos profissionais de saúde para facilitar intervenções em casos de hemorragia pós-parto, com a identificação correta da terapêutica a ser realizada.

**Palavras-chave:** Hemorragia Pós-Parto. Mortalidade Materna. Cuidados de Enfermagem.

*Postpartum hemorrhage is one of the main causes of postpartum maternal morbidity and mortality, with uterine atony being its main cause. Its characteristic clinical manifestation consists of vaginal bleeding, which at its onset may be discreet, but may evolve to hypovolemic shock. The study had the following guiding question: How can maternal mortality be prevented by obstetric nursing in cases of uterine atony? Thus, the objective of the study was to discuss nursing interventions in the prevention of maternal death due to uterine atony. This paper is a literature review of 23 scientific articles published between 2014 and 2016. The information gathered was divided in three categories: uterine atony detection; therapeutic conduct in the prevention of death by uterine atony; and obstetric nursing in uterine atony care. The study evidenced that the nursing professional should make a continuous assessment both at delivery and in the puerperium to identify early possible changes that may indicate hemorrhage. Thus, it is concluded that the production of academic papers and publications are essential to inform health professionals about possible and effective interventions in postpartum hemorrhage cases, and about the best therapies to be applied.*

**Keywords:** Postpartum hemorrhage. Maternal Mortality. Nursing care.

<sup>1</sup>Enfermeira, Especialista em Enfermagem Oncológica Clínica pelo Centro Universidade Jorge Amado (UNIJORGE), Discente da Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/3581025445109676>. E-mail: sanjaya\_gatis@hotmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira, discente da Especialização em enfermagem obstétrica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/3705570130079645>. E-mail: vandiraps@hotmail.com.

<sup>3</sup>Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Educação Permanente em Saúde, Mestra em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente (FAMAM), Docente da Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Docente da Faculdade Maria Milza (FAMAM) – Governador Mangabeira/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/1880862855767805>. E-mail: camilatorrespaz@gmail.com.

<sup>4</sup>Enfermeiro, Especialista em Auditoria de Serviços e Sistemas de Saúde, Docente da Faculdade Maria Milza (FAMAM) – Governador Mangabeira/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/4627444485745152>. E-mail: Lisboa.auditor@gmail.com.

<sup>5</sup>Enfermeira Obstetra, Docente do Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Membro da ABENFO Nacional, Diretora da Maternidade Tsylla Balbino, Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) – Salvador/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/2581318156352565>. E-mail: ritacalfa@hotmail.com.

<sup>6</sup>Discente do Bacharelado de Enfermagem na Faculdade Maria Milza (FAMAM) – Governador Mangabeira/Bahia. CV: <http://lattes.cnpq.br/2390902166913382>. E-mail: fragabia@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

Hemorragia pós-parto (HPP) é a perda sanguínea acima de 500 ml nas primeiras 24 horas depois do parto, e é grave se esse volume for igual ou maior a 1000 ml. Esse sangramento é responsável por um quarto de todas as mortes maternas no mundo. É a principal causa de mortalidade materna nos países de baixa renda e afeta, em média, 2% de todas as mulheres puérperas, contribuindo de maneira significativa para outras condições maternas graves. A causa de HPP que mais se destaca é a atonia uterina, por ser a mais comum (OMS, 2014).

A atonia uterina ocorre quando a contratilidade da musculatura do útero é ineficaz no período pós-parto imediato. O diagnóstico se dá através da percepção da ausência do globo de segurança de Pinnard, associado à presença de sangramento genital, além da instabilidade de sinais vitais como hipotensão arterial (PERIARD et al., 2011). Consideram-se imediatas quando acontecem nas primeiras 24 horas após o parto e tardias, quando acontecem após esse período. Os sangramentos uterinos, por representarem 90% dos casos, são considerados gravíssimos (BRASIL, 2016).

Os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de sangramentos intensos depois do parto se dividem em duas categorias. A primeira, relaciona-se ao pré-natal: história prévia de placenta retida, história de HPP, hemoglobina materna < 8,5 g/dl no início do trabalho de parto; índice de massa corpórea (IMC) aumentado; grande multiparidade (quatro ou mais); hemorragia anteparto; sobre distensão uterina; anomalias uterinas; placenta baixa e idade ( $\geq 35$  anos). Já a segunda categoria está associada à indução do parto; aos três períodos do parto (dilatação, expulsão e dequitação) por tempo prolongado; ao uso de ocitocina precipitando o parto e à realização de cesariana (BRASIL, 2016).

O(a) enfermeiro(a) tem papel fundamental na avaliação dos fatores de risco e clínica do paciente, contribuindo para um diagnóstico mais rápido, podendo também utilizar algumas manobras para evitar o óbito materno. A FEBRASGO (2010) ressalta algumas ações, como: punção de veia calibrosa; infusão de volume; sondagem vesical de demora para medir o fluxo urinário, que propicia uma avaliação indireta da volemia circulante e do fluxo renal; coleta de sangue para exames laboratoriais; compressão uterina mecânica com o uso de compressas; monitorização cardíaca de saturação e pressão arterial, entre outras.

É preciso observar situações, como distensão uterina, infecção intraparto, anestesia geral com halogênios, multiparidade, parto prolongado, manobras inadequadas como a de Kristeller, presença de miomas uterinos e uso indiscriminado de ocitócitos, seja para induzir ou estimular o parto, que são alguns dos fatores predisponentes. É excepcional avaliar a velocidade da perda sanguínea, para uma rápida intervenção e um bom prognóstico. Quando o ambiente não favorece as intervenções necessárias e/ou a rápida reposição de sangue que assegurem a hemostasia do paciente, o quadro pode ser agravado (FEBRASGO, 2010).

O tratamento cirúrgico conservador deve ser tentado quando os uterotônicos falham e a paciente está estável. As opções são embolização da artéria uterina, balões de tamponamento uterino, ligadura hipogástrica e sutura uterina hemostática B-Lynch.

A proposta dessa temática tornou-se de interesse, após experiência com a patologia, quando se notou que ainda falta capacitação dos profissionais da saúde para que ocorra o diagnóstico de maneira rápida, levando à intervenção correta, afim de se evitar parte dos óbitos maternos. Dessa forma, criou-se a seguinte questão norteadora: como a mortalidade materna pode ser prevenida pela enfermagem obstétrica frente aos casos de atonia uterina? Assim, supõe-se que tais intervenções preventivas, em sua maioria, passam a ser eficazes, se realizadas em tempo hábil, sendo necessária a avaliação crítica da perda sanguínea considerada normal no período pós-parto, bem como dos fatores de risco associados à hemorragia, além da realização de manobras e procedimentos cirúrgicos, de forma a reduzir o índice de complicações e óbitos maternos.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo geral discutir as intervenções de enfermagem frente à prevenção do óbito materno por atonia uterina. Logo, elaborou-se como objetivos específicos: conhecer a forma de detecção da atonia uterina; identificar as intervenções manuais e cirúrgicas referentes à atonia uterina; observar o quantitativo e relevância das referências encontradas.

Este trabalho pode contribuir para disseminar informações para a população em geral, principalmente o público feminino, para que o mesmo tenha conhecimento dos fatores de risco da HPP, afim de manter maior controle no período pré-natal, bem como manter-se atenta aos procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto, de forma a tentar evitar condutas

inadequadas por parte dos profissionais. Torna-se também de grande relevância para os profissionais da área de saúde, visto que os mesmos estão lidando com o cuidado no dia-a-dia e precisam ter conhecimento teórico-prático com embasamento científico, desde a profilaxia e diagnóstico, até o tratamento farmacológico e cirúrgico, atitudes estas que podem reduzir os índices de morbimortalidade materna.

## METODOLOGIA

Para discutir as intervenções de enfermagem frente à prevenção do óbito materno por atonia uterina foi realizada uma revisão de literatura integrativa. Este tipo de revisão, de acordo com Soares et al. (2014), caracteriza-se por reunir achados de estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos. Dessa forma, os revisores devem proceder à análise e à síntese dos dados primários de forma sistemática e rigorosa.

O levantamento dos artigos ocorreu em janeiro de 2018, na Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o emprego a princípio dos descritores “atonía uterina”, “hemorragia pós-parto” e “mortalidade materna”, obtendo-se um total de 03 artigos científicos. Como o número foi muito pequeno “atonía uterina” foi substituído por “enfermagem”, o

que permitiu encontrar 11 publicações. Como o número ainda era insuficiente, os descritores utilizados foram “hemorragia pós-parto” e “mortalidade materna”. Foi estabelecido o recorte temporal dos últimos quatro anos (2014 a 2018).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos completos em língua portuguesa e inglesa, disponíveis eletronicamente, publicados entre 2014 e 2018 em periódicos da área de interesse e em formato de artigo. Após serem atendidos os critérios, foi totalizado um universo de 103 artigos, sendo 05 artigos na Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 98 na Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), como mostra o Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1.** Resultados das buscas nas bases de dados eletrônicas e seleção dos títulos relacionados ao assunto em questão.

Bases de Dados	Total	Aceitos
LILACS	05	02
MEDLINE	98	21

Fonte: Dados de Pesquisa, 2018.

Foram encontrados 103 trabalhos, dos quais 23 abordavam o tema proposto e foram selecionadas para compor este estudo. Como pode ser visto no Quadro 2, apenas 02 (dois) artigos estavam em português, enquanto a maioria (91,3%) tinha sido publicada em língua inglesa.

**Quadro 2.** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, autor (es), base de dados e ano de publicação.

Nº	Título	Base de Dados	Autores	Ano de Publicação
1	<b>Provider experiences with improvised uterine balloon tamponade for the management of uncontrolled postpartum hemorrhage in Kenya</b>	MEDLINE	NATARAJAN, A. et al.	2016
2	<b>Invasive therapies for primary postpartum haemorrhage: a population-based study in France.</b>	MEDLINE	KAYEM, G. et al	2016
3	<b>Causes and avoidable factors in maternal death due to cesarean -related hemorrhage in South Africa</b>	MEDLINE	MASWIME, S.; BUCHMANN, E.	2016
4	<b>Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Sierra Leone.</b>	MEDLINE	NATARAJAN, A. et al.	2016

5	<b>Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape</b>	MEDLINE	LERTBUNNAPHONG, T. et al.	2016
6	<b>The effect of tranexamic acid on the risk of death and hysterectomy in women with post-partum haemorrhage: statistical analysis plan for the WOMAN trial</b>	MEDLINE	SHAKUR, H. et al.	2016
7	<b>Vital Sign Prediction of Adverse Maternal Outcomes in Women with Hypovolemic Shock: The Role of Shock Index</b>	MEDLINE	EL AYADI, A. M. et al	2016
8	<b>Serious maternal complications after early preterm delivery (24-33 weeks' gestation).</b>	MEDLINE	REDDY, U.M.S.C. et al.	2015
9	<b>Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study</b>	MEDLINE	NAIR, M. et al.	2015
10	<b>Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross sectional epidemiological survey.</b>	MEDLINE	TORT, J. et al.	2015
11	<b>Uterotonic use immediately following birth: using a novel methodology to estimate population coverage in four countries</b>	MEDLINE	RICCA, J. et al.	2015
12	<b>Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe postpartum haemorrhage: a systematic review</b>	MEDLINE	PILEGGI-CASTRO, C. et al.	2015
13	<b>Revisit of risk factors for major obstetric hemorrhage: insights from a large medical center</b>	MEDLINE	HELMAN, S. et al.	2015
14	<b>Emergency peripartum hysterectomy: 2-year experiences in non-tertiary center</b>	MEDLINE	SENTURK, M.B. et al.	2015
15	<b>Treatment for primary postpartum haemorrhage</b>	MEDLINE	MOUSA, H. A. et al.	2014
16	<b>Effect of education and clinical assessment on the accuracy of post partum blood loss estimation</b>	MEDLINE	AL-KADRI, H. M., et al..	2014
17	<b>Modeling maternal mortality in Bangladesh: the role of misoprostol in postpartum hemorrhage prevention</b>	MEDLINE	PRATA, N.; SINO, S.; QUAIYUM, M.A	2014
18	<b>Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health</b>	MEDLINE	SHELDON, W R. et al.	2014

19	<b>Sublingual Misoprostol versus Intramuscular Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Uganda: A Double-Blind Randomized Non -Inferiority Trial</b>	MEDLINE	ATUKUNDA, E. C . et al.	2014
20	<b>Community-based distribution of misoprostol to prevent postpartum haemorrhage at home births: results from operations research in rural Ghana</b>	MEDLINE	GELLER, S. et al.	2014
21	<b>Medical prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a comparison of different guidelines</b>	MEDLINE	BOHLMANN, M.K.; RATH, W.	2014
22	<b>Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto</b>	LILACS	ALVES, A.L.L.; SILVA, L. B.; MELO, V. H	2014
23	<b>Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós parto.</b>	LILACS	ALVES, A.L.L.; SILVA, L. B.; MELO, V. H	2014

**Fonte:** Dados de Pesquisa, 2018.

Após uma primeira leitura exploratória do material, foi realizada uma leitura analítica para identificação de unidades de registro que possibilitaram a elaboração de três categorias: detecção de atonia uterina; condutas terapêuticas na prevenção do óbito por atonia uterina; e enfermagem obstétrica frente à assistência à atonia uterina.

Mediante reconhecimento das categorias a partir da ordenação dos conteúdos manifestos nos artigos, foi feita a leitura interpretativa para compreensão dos resultados encontrados no material e a solução para o problema proposto no estudo, além da articulação dos dados com referencial teórico sobre a temática.

No que se refere aos periódicos dos artigos selecionados, todos foram identificados, com destaque para a Revista BioMed Central, responsável por 30,5% das produções sobre a temática analisada.

Conforme apresentado no Quadro 3, os periódicos em que a maioria dos artigos analisados foram publicados pertencem a área médica de Ginecologia e Obstetrícia.

Quanto ao período de publicação, só foram encontradas produções dos anos 2014, 2015 e 2016, sendo que 2014 apresentou maior número de artigos publicados com 09 publicações, correspondendo a 39,1% de publicações incluídas no estudo, seguido por 2015 e 2016 com 07 cada ano.

Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que das 23 publicações, dois foram de abordagem qualitativa (8,7%), vinte quantitativa (87%) e uma quali-quantitativa (4,3%). Portanto, a abordagem metodológica dos estudos aponta uma forte tendência para realização de pesquisas quantitativas sobre a temática.

Com relação à autoria, os 23 trabalhos analisados foram publicados por 135 autores. O

**Quadro 3.** Distribuição dos artigos segundo os periódicos, 2018.

Periódicos	Artigos selecionados	
	(n)	(%)
BioMed Central	7	30,5
An International Journal of Obstetrics & Gynaecology	4	17,5
Archives of Gynecology and Obstetrics	3	13
Internatinal Journal of Gynecology e Obstetrics	2	8,7
Public Library of Science Medicine	2	8,7
FEMINA	2	8,7
American Journal of Obstetrics & Gynecology	1	4,3
Singapore Medical Journal	1	4,3
Cochrane Database of Systematic Reviews	1	4,3

**Fonte:** Dados de Pesquisa, 2018

diferencial do número de autores em relação ao número de trabalhos publicados ocorreu devido à multiautoria das publicações em periódicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### DETECÇÃO DE ATONIA UTERINA

Os artigos 3, 5, 10 e 18 retratam a HPP como uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo, o que representa cerca de um terço de todas as mortes relacionadas com a gravidez.

Os artigos 9 e 13 focalizam os fatores de risco, ressaltando a importância do acompanhamento pré-natal minucioso para que sejam identificados fatores de risco, tais como polidrâmnio, gestação gemelar, macrossomia fetal, grande multiparidade e obesidade. Destacam também a necessidade de investigar episódios de hemorragia pós-parto em gestação anterior, devendo-se ainda atentar à idade materna acima de 35 anos, situações estas que comprometem a contração e retração uterina que, embora não descarte a possibilidade da ocorrência da patologia, diminui sensivelmente essa possibilidade.

Baggieri et al. (2011) colocam a atonia uterina, dentre todas as outras causas de hemorragia no puerpério, como a que mais causa morbimortalidade, por ocorrer com maior frequência. O seu diagnóstico pode ser feito através do exame físico, durante o qual, entre outras observações, é verificada a formação do globo de segurança de Pinard, sendo este um coágulo de sangue formado no útero logo após o parto que inicialmente faz a compressão do miométrio, tornando os vasos uterinos contraídos e consistentes, evitando desta forma a perda sanguínea. A palpação do globo, abaixo da cicatriz umbilical, é de extrema importância, pois a sua presença indica que houve uma manutenção do tônus uterino, mantendo a homeostasia no terceiro período, dequitação.

Visando tal homeostasia, torna-se de grande valia a avaliação dos sinais vitais, principalmente a pressão arterial, visto que os níveis pressóricos diminuem quando ocorre falha do sistema circulatório, estando essa falha possivelmente relacionada à perda de volume causado pela HPP, podendo ocasionar um possível choque hipovolêmico.

O melhor modo de fazer o diagnóstico de HPP é verificando a clínica do paciente, prestando especial atenção ao sangramento vaginal de início

abrupto, dor abdominal ou na região lombar, alterações nos batimentos cardíaco-fetais (BCF), ou morte fetal intrauterina. Contudo, não se podem descartar achados laboratoriais, devendo-se observar o hemograma para avaliar os valores dos marcadores hemoglobina e hematócrito, bem como exames de imagem, que podem auxiliar no diagnóstico adequado. Mas, a melhor forma de se prevenir é fazendo o controle de fatores de risco, de tal forma que a terapêutica possa ser instituída de maneira eficiente e eficaz (PAIVA; FILHO; PAROLA, 2015).

Outro ponto a ser abordado, referente às causas de mortalidade materna, é a necessidade de notificação de maneira mais específica, clara e fidedigna no atestado de óbito, mencionando fatores, como: "Atonia uterina, deslocamento prematuro da placenta, hemorragia no início da gravidez, gravidez ectópica", que constam na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Atualmente existe uma subnotificação de sangramento, a qual não leva em consideração que é apenas um sintoma. Algumas mudanças já estão sendo efetivadas no Brasil, a exemplo da Resolução n. 256, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual instituiu a obrigatoriedade de notificações para a vigilância epidemiológica nos casos de óbitos maternos, diminuindo os números na taxa de mortalidade justificada pela melhora da coleta de dados e maior responsabilidade nas notificações (SOUZA et al., 2013).

As questões acerca dos fatores de risco, tais como polidrâmnio, gestação gemelar, macrossomia fetal, grande multiparidade e obesidade, que podem conduzir um paciente à hemorragia pós-parto, precisam ser investigadas de forma plena, pois ao se detectar tais riscos é possível estabelecer um tratamento mais específico para essas pacientes. Ademais, embora não se descarte o risco das hemorragias, diminui-se sensivelmente a possibilidade de sua ocorrência, ao tempo em que favorece uma gestação mais saudável e relativamente tranquila, visto que se afastam os riscos de morte.

### CONDUTAS TERAPÊUTICAS NA PREVENÇÃO DO ÓBITO POR ATONIA UTERINA

As condutas terapêuticas diante de pacientes que apresentam atonia uterina variam de acordo com o estado geral da mulher e com cada profissional, pois na atual conjuntura existem diversos tipos de tratamento que podem evitar a mortalidade materna. Os artigos 4, 15, 19, 20 e 21

fazem referência à terapia medicamentosa, pois o uso da mesma por via parenteral tem ação mais rápida, podendo desta forma reduzir a perda sanguínea no pós-parto imediato.

Nos países que ainda estão em desenvolvimento, onde a prevalência de anemia é alta, as mulheres sofrem muitas complicações no puerpério, mesmo com níveis de sangramento inferiores a 1.000 ml, pois essa quantidade já altera suas funções vitais, ocorrendo maior risco de morte por HPP. Isso não ocorre em países desenvolvidos, onde a perda de até 1.000 ml ainda é considerada fisiológica por não alterar funções vitais em mulheres saudáveis e é tratada apenas com ocitócitos (GABRIELLONI et al., 2014).

As condutas iniciais a serem tomadas em caso de sangramento intenso no puerpério são massagem uterina e uso de agentes uterotônicos como ocitocina, ergometrina e prostaglandinas, sendo a ocitocina a medicação de primeira escolha, por ter um grande índice terapêutico e reduzir a incidência de hemorragia no puerpério (YAMAGUCHI; SIAULYS; TORRES, 2016).

Segundo Cardoso e outros autores (2007), a ocitocina estimula a musculatura lisa do útero com maior eficácia no final da gravidez, no trabalho de parto e no pós-parto imediato. São nesses períodos em que os receptores de ocitocina no miométrio estão aumentados, provocando a contração miometrial do segmento superior do útero de forma rítmica, evitando as hemorragias. Quando administrada por via intravenosa em doses ajustadas para a indução do trabalho de parto ou para estimular as contrações, a resposta uterina se estabelece gradualmente e alcança seu estado de equilíbrio.

O artigo 17 realizou uma pesquisa de campo usando misoprostol, por via oral, como método terapêutico em partos domiciliares, e chegou à conclusão que esse exercício, com o uso profilático de misoprostol, pode contribuir para uma redução no risco de morbimortalidade por HPP. Esse uterotônico pode alcançar os resultados esperados com vários níveis de cobertura, sendo uma ferramenta importante para a redução do número de óbitos por hemorragia em partos domiciliares.

O misoprostol foi citado também no artigo 20, sendo utilizado em gestantes no terceiro trimestre como forma de prevenção. Atua na cérvix uterina e promove contração eficaz e suave, porém sua eficácia é inferior a da ocitocina (ATUKUNDA et al., 2014).

O artigo 23 explica que, atualmente, várias

terapias conservadoras são utilizadas para controle da hemorragia. Destacam-se ligaduras vasculares, suturas uterinas compressivas, embolização arterial, balões intrauterinos e a interrupção do ato operatório com laparostomia, empacotamento pélvico e, em último caso, abordagem cirúrgica. Dentre vários tipos de sutura, a de B-Linch é a mais utilizada, por ser a mais simples, com maior preservação de fertilidade materna, apresentando maior segurança em sua aplicação e potencial em salvar vidas. Os primeiros relatos dessas técnicas, que foram inovadoras, excedem 18 anos; entretanto, só devem ser utilizadas em situações críticas, quando já foram descartadas terapias com fármacos e/ou balões intrauterinos.

Já no artigo 22, os mesmos autores comentam que, diante do esgotamento da utilização de terapias medicamentosas, para se manter a profilaxia do choque hemorrágico e evitar técnicas cirúrgicas penosas, uma das sugestões para estratégia conservadora é o uso dos balões intrauterinos que, quando bem indicados e introduzidos em momento oportuno, reduzem a morbimortalidade materna associada à HPP. Já existe um número considerável de casos de êxito relatados no uso de balões durante e imediatamente após o parto. Sempre são concomitantes com uterotônicos e antibióticos, porém não existe consenso em relação às doses e tempo de uso. Esses autores descrevem também técnicas que elevam o controle hemorrágico com sucesso, como a do “sanduíche uterino”, onde os balões intrauterinos são agregados às suturas compressivas.

Diante da falha de todas as outras opções terapêuticas, as próximas alternativas são as cirúrgicas. Para que se preserve o futuro reprodutivo da mulher diante da atonia uterina, por exemplo, a indicação seria a ligadura das artérias hipogástricas. No caso de não possibilidade de fazê-la, o que acontece muitas vezes por inaptidão do cirurgião obstetra, que em sua formação não tem as mesmas habilidades de um cirurgião geral, a opção mais escolhida é a histerectomia, que pode gerar consequências psicológicas, comportamentais e até sexuais. Isso deve ser muito bem avaliado em um espaço extremamente curto de tempo, levando em consideração que o mais importante no momento é a vida da paciente (MONTENEGRO; REZENDE, 2017).

O artigo 14 relata que a histerectomia periparto de emergência é o procedimento cirúrgico que tem maior incidência após cesarianas e está associada ao diagnóstico tardio da hemorragia. Outra observação que o artigo traz é que pacientes que

apresentam descolamento prematuro de placenta, confirmado pela inspeção do órgão, tem maior chance de ocorrência da diminuição da tonicidade uterina pós-parto.

Nas condutas terapêuticas que podem ser aplicadas na previsão dos óbitos por hemorragias pós-parto, há variadas situações que podem ser aplicadas com eficácia e com critérios que partem, quando possível, do intuito de evitar a perda da fertilidade da mulher e danos psicológicos na paciente. Tais condutas abrangem massagens uterinas e o uso de agentes uterotônicos como ocitocina, medicação de primeira escolha por ter um grande índice terapêutico e reduzir a incidência de hemorragia no puerpério, sendo de eficácia comprovada.

Entretanto, tais ações são menos observadas do que as intervenções cirúrgicas, muito por conta da gravidade das pacientes e/ou dos riscos que as mesmas apresentam com o quadro hemorrágico e que conduzem os profissionais de saúde a optarem por esta opção, como a ligadura das artérias hipogástricas, dificultada pela inabilidade do cirurgião obstetra, que preservaria a fertilidade da mãe e ainda a ação mais escolhida pela eficácia em afastar mais a possibilidade do óbito que é a histerectomia, que torna a mulher infértil. Tais condutas ocorrerão, no entanto, de acordo com a situação de cada paciente e suas especificidades, lembrando que a perspectiva de preservação da vida será aplicada.

## ENFERMAGEM OBSTÉTRICA FRENTE À OCORRÊNCIA DE ATONIA UTERINA

Existe a necessidade do entendimento real do papel da enfermagem em todas as etapas de assistência à saúde da mulher no puerpério. O profissional deve ter a consciência dos seus direitos de assistência integral, sempre respaldado legalmente através de documentos oficiais que regem o exercício da profissão. Também não se pode deixar de lado o conhecimento científico inerente à fisiologia, anatomia, sociologia dentre outras ciências imprescindíveis para a tomada de decisões quanto à saúde da mulher, sempre tendo práticas profissionais humanizadas e utilizando todo o aparato tecnológico disponível, visando sempre o melhor atendimento à paciente (DUARTE et al., 2014).

O profissional também tem um papel excepcional na identificação precoce de eventos que possam apontar para atonia uterina, com o propósito

de zelar pela integridade e saúde da mulher, com qualidade e segurança desde o pré-natal, perpassando pelos exames laboratoriais e prescrição de medicações em consenso com o protocolo da instituição. De forma análoga, a promoção da saúde materna deve subsidiar o parto normal, a avaliação da classificação de risco e a intervenção nas possíveis complicações (RUIZ et al., 2015).

O artigo 16 aborda dados importantes sobre educação continuada para os profissionais de enfermagem, sendo a mesma um componente essencial para a qualidade da assistência à saúde, pois o processo educativo na enfermagem deixa-os com uma visão mais crítica e reflexiva em suas ações, a fim de evitar complicações precoces no puerpério.

Já o artigo 7 menciona a importância dos sinais vitais, pois são indicadores do estado de saúde que servem como mecanismo de comunicação sobre a gravidade da paciente, interferindo desta forma no desfecho do quadro clínico. É uma atividade rotineira da enfermagem que parece simples e não requer aparelhagem específica, porém contribui para a tomada de decisões. Os sinais vitais são dados da avaliação do paciente que conseguem detectar alterações associadas a outros achados durante o exame físico, entendendo e interpretando os valores de forma apropriada para que o profissional seja capaz de iniciar intervenções de forma apropriada e segura, evitando complicações graves (POTTER, 2009).

De acordo com o protocolo assistencial da enfermagem obstétrica no estado da Bahia (2014), o profissional de enfermagem deve fazer a avaliação contínua tanto no parto quanto no puerpério para identificar precocemente possíveis alterações que podem representar hemorragia: padrão de sangramento, palidez, observar a contração uterina e a formação do globo de Pinard, taquicardia, hipotensão, observar mucosas. Havendo alterações pode intervir no sentido de controle, usando massagem e medicações, se necessário, a exemplo da ocitocina e ergometrina, de acordo com o protocolo institucional, monitorando sinais vitais de 30 em 30 minutos, solicitar a ajuda da equipe multiprofissional, incluindo o médico obstetra.

Desta forma, ainda conforme o protocolo, fazer a revisão manual do canal de parto, que consiste em apoiar o fundo do útero com uma das mãos e simultaneamente realizar o toque bidigital, explorando o canal do parto, removendo coágulos e identificando a possível presença de fragmentos

placentários. Quando o útero contrair, a avaliação deve ser feita de 15 em 15 minutos, repetindo a massagem sempre que necessário. Manter a família sempre informada de toda a conduta, para que a ansiedade seja minimizada.

Diante desse contexto, é importante certificar-se de que o útero não se distendeu novamente depois que parou a massagem, para avaliar a necessidade da administração endovenosa de ocitocina, diluída em ringer lactato ou solução fisiológica. Na falta de resposta, administrar metilergonovina, se a mulher não for hipertensa. Na falta de resposta, trabalhar em conjunto com a equipe médica, solicitando hemograma, tripagem sanguínea, grupo ABO, fator RH e coagulograma para possível transfusão, sempre atento ao protocolo de cada instituição (BAHIA, 2014).

O papel do (a) enfermeiro (a) na condução de situações ligadas a hemorragias no puerpério é

essencial para o paciente, inclusive no diagnóstico daqueles que são mais propensos a esses riscos. O papel de humanização e comprometimento com o paciente é uma receita importante na relação deste profissional para intervir corretamente e detectar possíveis alterações que indiquem sintomas da hemorragia. O(A) enfermeiro(a) tem autonomia para agir a fim de trazer para o paciente a possibilidade de danos menores a sua saúde, motivo pelo qual se torna um elemento imprescindível à equipe de saúde no amparo aos pacientes.

Diante disso, a enfermagem pode intervir em situações de hemorragia no puerpério, através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), traçando assim alguns diagnósticos, de acordo com a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (*North American Nursing Diagnosis Association-NANDA*), de 2015 a 2017, relacionados no Quadro 4.

**Quadro 4.** Diagnósticos de enfermagem e suas prováveis intervenções.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVEÇÕES DE ENFERMAGEM
•Risco de choque - Risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar à disfunção celular, com risco à vida. Relacionado à hipotensão, hipovolemia.	➤ Promover reposição hídrica, monitorizar a paciente, fazer balanço hídrico.
•Risco de sangramento - Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde. Relacionado a complicações pós -parto (p. ex., atonia uterina, placenta retida), complicações relativas à gravidez (p. ex., placenta prévia, gravidez molar, descolamento da placenta).	➤ Conter o sangramento através de métodos farmacológicos e reposição hídrica de acordo com o protocolo da instituição, realizar massagem uterina, monitorizar paciente
•Risco de binômio mãe -feto perturbado: com risco de ruptura do binômio simbiótico mãe/feto em consequência de comorbidade ou condições relacionadas à gestação. Relacionado a complicações da gestação (p. ex., ruptura prematura de membranas, placenta prévia ou deslocamento). Efeitos secundários relativos ao tratamento (p. ex., medicamentos, cirurgia), transporte de oxigênio comprometido (hemorragia).	➤ Estimular após estabilização do quadro, através do contato pele a pele.
•Risco de desequilíbrio eletrolítico: vulnerabilidade a mudanças nos níveis de eletrólitos séricos capaz de comprometer a saúde relacionado Volume de líquido insuficiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)</li> <li>➤ Monitorar níveis de eletrólitos séricos</li> <li>➤ Verificar presença de sangramentos</li> <li>➤ Realizar balanço hídrico</li> </ul>
•Risco de volume de líquidos deficiente: Vulnerabilidade à diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular que pode comprometer a saúde. Relacionado à perda ativa de volume de líquidos. Mecanismo regulador comprometido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica</li> <li>➤ Monitorar sinais vitais</li> </ul>

<p>•Risco de confusão aguda: vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo e que podem comprometer a saúde relacionada à função metabólica prejudicada (p. ex., azotemia, hemoglobina diminuída, desequilíbrio eletrolítico, aumento dos níveis sanguíneos de nitrogênio da ureico/creatinina)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Monitorar níveis de eletrólitos séricos</li> <li>➤ Reconhecer e relatar a presença de desequilíbrio eletrolítico.</li> <li>➤ Monitorar a perda de líquidos e a perda associada de eletrólitos.</li> <li>➤ Monitorar em busca de manifestação neurológica de desequilíbrio eletrolítico (alteração sensorial e fraqueza).</li> <li>➤ Monitorar em busca de sinais e sintomas de hiponatremia: desorientação, náusea, vômito, convulsão, dor de cabeça, letargia e retração, e coma.</li> </ul>
---	--

**Fonte:** NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Porto Alegre: Artmed, 2015.606p.

O NANDA traz inúmeras vantagens ao profissional de enfermagem, pois proporciona características que evidenciam o problema bem como fatores relacionados, facilitando a criação do plano de cuidados. Assim, é necessário que o NANDA seja incorporado na prática de enfermagem para que haja melhora na qualidade do atendimento à mulher durante as fases do trabalho de parto, proporcionando conforto e evitando intercorrências graves.

## CONCLUSÃO

A atonia uterina configura-se como principal causa de HPP, responsável por expressiva morbimortalidade materna, problema este que possui solução, desde que a profilaxia seja utilizada de forma correta. O diagnóstico e tratamento realizados precoce e adequadamente, assim como boas condições de infraestrutura hospitalar e competência médica na condução do caso, resultam em significativa diminuição dos índices de complicações e óbitos.

Assim, o presente estudo aponta a carência de pesquisas acerca da atonia uterina, apesar do número alarmante de óbitos maternos e da falta de informações científicas recentes para que os profissionais possam se basear e escolher as condutas a serem tomadas diante de cada situação.

Conclui-se ainda que a enfermagem obstétrica é uma área de grande interesse em abordar o tema proposto, pois este profissional, ao se capacitar nas informações e embasamento a respeito dos sintomas que conduzem os pacientes a desenvolverem a perda do tônus muscular do útero, pode iniciar as ações pertinentes e diminuir o número de óbitos.

No que tange às políticas públicas na área da saúde da mulher, embora não sejam novas, em sua

maioria, não se mantém atualizadas a partir do perfil de morbimortalidade materna. A assistência integral e preventiva não é realizada de maneira efetiva, indicando que o atendimento fragmentado gera riscos para a mulher. Diante disso, os indicadores de morte materna e infantil são mantidos além do esperado, razão pela qual se faz necessária uma reformulação dos programas e comprometimento da gestão pública em melhorar tais indicadores.

Outro fator que acarretaria a redução dos agravos na assistência ao parto seria, além de uma boa assistência no pré-natal, ter uma equipe capacitada na identificação precoce das intercorrências, criação e implementação de protocolos e rotinas mais criteriosas nos processos de saúde, atentando ao simples fato da individualidade de cada organismo e não mecanização da assistência.

Dessa maneira, além das políticas que devem ser efetivadas, a produção de trabalhos acadêmicos e publicações se torna imprescindível, pois a escassez de bibliografias sobre o tema, dificulta o aprofundamento e a argumentação necessárias aos profissionais de saúde para facilitar intervenções em casos de HPP, com a identificação correta da terapêutica a ser aplicada.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. L. L.; SILVA, L. B; MELO, V. H; Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós parto. **Femina**. Minas Gerais, v.42, n.6, 2014.

AL-KADRI, H. M. et al. Effect of education and clinical assessment on the accuracy of post partum blood loss estimation. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2014.

ATUKUNDA, E. C. et al. Sublingual Misoprostol versus

- Intramuscular Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Uganda: A Double-Blind Randomized Non-Inferiority Trial. **PLoS Medicine**, 11(11), 2014.
- BAGGIERI, R. A. A. et al. Hemorragia pós-parto: Prevenção e tratamento. **Arquivos médicos dos hospitais e da Faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo. v. 56. n.2 p.96-101, 2011.
- BAHIA, **Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstetra No Estado Da Bahia**, Salvador, 2014.
- BRASIL, Comissão nacional Incorporação de tecnologias no SUS. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. 2016.
- BOHLMANN, MK & RATH, W. Medical prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a comparison of different guidelines. **Arch Gynecol Obstet**, 2014.
- CARDOSO et al. Ocitocina em cesarianas: qual a Melhor Maneira de Utilizá-la? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s.l.], v. 57, n. 3, p.324-350, jun. 2007.
- DUARTE, M R et al. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: revisão integrativa. **Revista de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. Pernambuco, v.8, n.2, p.41- 433, 2014.
- EL AYADI, A. M., et al. Vital Sign Prediction of Adverse Maternal Outcomes in Women with Hypovolemic Shock: The Role of Shock Index. **PLoS ONE**, 11(2), 2016.
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento Parto e Puérperio**, 2010.
- GABRIELLONI, M.C., et al. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.27, n.2, p.93-186, 2014.
- GELLER, S., et al. Community-based distribution of misoprostol to prevent postpartum haemorrhage at home births: results from operations research in rural Ghana. **BJOG**; 121(3): 319-25, 2014.
- HELMAN, S., et al. Revisit of risk factors for major obstetric hemorrhage: insights from a large medical center. **ARCH GYNECOL OBSTET**, 2015.
- KAYEM, G., et al. Invasive therapies for primary postpartum haemorrhage: a population-based study in France. **BJOG**, 2015.
- LERTBUNNAPHONG, T., et al. Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. **Singapore Medical Journal**, 57 (6), 325-328, 2016.
- MASWIME, S.; BUCHMANN, E. Causes and avoidable factors in maternal death due to cesarean-related hemorrhage in South Africa. **Int J Gynaecol Obstet**; 134(3): 320-3, 2016.
- MONTENEGRO, C.A.B. FILHO, J.R. **Rezende obstetrícia**- 13. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.
- MOUSA, H. A. et al. Treatment for primary postpartum haemorrhage. **Cochrane Database Syst Rev**; (2):9, 2014.
- NAIR, M. et al. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. **Bjog**, 122 (5), 653-662, 2015.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- NATARAJAN, A. et al. Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Sierra Leone. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n.23, 2016.
- NATARAJAN, A. et al. Provider experiences with improvised uterine balloon tamponade for the management of uncontrolled postpartum hemorrhage in Kenya. **Int J Gynaecol Obstet**; 134(1): 83-6, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**, 2014.
- PAIVA, S.P.C.; FILHO, N.J.S.; PAROLA, R.A. Útero de Couvelaire: relato de caso. **Revista Medica de Minas Gerais**, v.25, n.2, p.287-291, 2015.
- PERIARD, A. M. et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. **Revista Medica de Minas Gerais**, v.21, n.4 Supl, p.S1-S143, 2011.

- PILEGGI-CASTRO, C. et al. Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe postpartum haemorrhage: a systematic review. **Reproductive Health**, 2015.
- POTTER, Patricia. PERRY, Anne. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- PRATA, N.; SINO, S.; QUAIYUM, M.A. Modeling maternal mortality in Bangladesh: the role of misoprostol in postpartum hemorrhage prevention. **BioMed Central Gravidez Parto**. Brasil, v.14, n.78, 2014.
- REDDY, U.M.S.C. et al. Serious maternal complications after early preterm delivery (24-33 weeks' gestation). **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 213, Edição 4, 2014.
- RICCA, J. et al. Uterotonic use immediately following birth: using a novel methodology to estimate population coverage in four countries. **BMC Health Services Research**, 15, 9, 2015.
- RUIZ, M.T. et al, Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.36 p.55-61, 2015.
- SENTURK, M.B., et al. Emergency peripartum hysterectomy: 2-year experiences in non-tertiary center. **Arch Gynecol Obstet**, 2015.
- SHAKUR, H. et al. The effect of tranexamic acid on the risk of death and hysterectomy in women with postpartum haemorrhage: statistical analysis plan for the WOMAN trial. **Trials**, 2016.
- SHELDON, W R., et al. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **Bjog**, 5-13, 2014.
- SOARES, C.B., et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; 48(2):335-45, 2014.
- SOUZA, M.L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun. 2013.
- TORT, J., et al. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey, **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2015.
- YAMAGUCHI, E.T., SIAULYS, M. M., TORRES, M. L. A. Ocitocina em cesarianas. O que há de novo? **Rev Bras Anestesiol**; 66(4):402-407, 2016.