

Hemorragia Pós-Parto

Manual para professores de Enfermagem Obstétrica

Educação para uma Maternidade Segura



Making Pregnancy Safer

World Health Organization
Geneva



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Módulos de Educação em Obstetrícia

Organização Mundial da Saúde.

Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed.

6 módulos um 1 v. + 1 CD-ROM.

Conteúdo: Módulo básico: a parteira na comunidade – Eclâmpsia – Aborto incompleto – Parto prolongado e Paragem na progressão do trabalho de parto – Hemorragia pós-parto – Sépsis puerperal

1. Tocologia - educação 2. Complicações na gravidez - terapia 3. Materiais de ensino

I. Título: Hemorragia Pós-parto

ISBN 92 4 854666 8

(Classificação NLM: WQ 160)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tão pouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com exceção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Printed in Portugal, Gráfica Maiadouro, S.A.

Maio, 2005

AGRADECIMENTOS

Os módulos de obstetrícia foram desenvolvidos em resposta a uma necessidade sentida de materiais educativos que facilitassem o ensino de competências indispensáveis ao tratamento das principais causas de morte materna.

Gaynor Maclean desenvolveu um esboço inicial dos módulos e realizou, em dois países africanos, o pré-teste de alguns dos métodos de ensino-aprendizagem. Friederike Wittgestein preparou o teste da versão de campo dos módulos, mantendo a maioria das ideias e métodos incluídos na primeira versão. Judith O’Heir desenvolveu o protocolo do trabalho de campo, coordenou-o em cinco países da África, Ásia e Pacífico e completou os módulos após o trabalho de campo. Barbara Kwast e, mais tarde, Anne Thompson, ambas parceiras de renome internacional, eram responsáveis, como membros da OMS pela criação, desenvolvimento, produção e em última análise, pela disseminação e uso dos módulos.

A OMS agradece as muitas contribuições individuais e institucionais. Em particular da Confederação Internacional de Parteiros (CIP) e do Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiros (CAEP), que estiveram envolvidos no desenvolvimento, pré-teste, aperfeiçoamento, trabalho de campo e finalização dos módulos. A OMS aprecia profundamente o trabalho individual de todos os que estiveram envolvidos no trabalho de campo dos países, o tempo e esforço que dedicaram à versão de trabalho de campo, e os seus contributos para a versão final.

Esta segunda edição dos módulos de obstetrícia foi desenvolvida sob o auspício da equipa do Departamento de Saúde Reprodutiva. O layout dos módulos foi feito por Maureen Dunphy e a coordenação foi de Shamilah Akram. Esta segunda edição (versão inglesa) está a ser publicada conjuntamente pela OMS e pela CIP, que agradecem a Betty Sweet e a Judith O’Heir pela revisão e actualização dos módulos e também, a todos os membros da reunião científica “Fortalecendo a Obstetrícia” que teve lugar em Genebra em 2001, pelos seus comentários, contribuições e sugestões úteis para as últimas melhorias na finalização da segunda edição; ao IPAS pelos seus comentários e assistência na preparação do novo módulo de tratamento do Aborto Incompleto e dos cuidados pós-aborto, e pela autorização para usar as suas ilustrações.

A OMS agradece, igualmente, as contribuições financeiras dos governos da Austrália, Itália, Noruega, Suécia e Suíça, da Corporação Carnegie, da Fundação Rockefeller, PNUD, UNICEF, UNFPA e do Banco Mundial que apoiaram estas e outras actividades dentro do Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura. A produção dos módulos de obstetrícia foi apoiada financeiramente pela Corporação Carnegie, pelos governos da Itália e do Japão e pela Autoridade para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional Sueca.

Esta versão portuguesa dos Manuais foi executada pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian e da Organização Mundial de Saúde, Genebra. Os Manuais foram traduzidos em 2004, pela Enfermeira Inês Fronteira. As traduções foram revistas por Teresa Aguiar (Pediatra), Beatriz Calado (Obstetra), Cláudia Conceição (Internista), Paulo Ferrinho (Médico de Saúde Pública), Inês Fronteira (Enfermeira de Saúde Pública), Fátima Hipólito (Socióloga), Luís Varandas (Pediatra). A harmonização final de todos os textos foi da responsabilidade de Paulo Ferrinho, Maria Cláudia Conceição, Ana Rita Antunes e Vanda Ferreira. A coordenação global foi de Paulo Ferrinho. Agradecemos ainda o apoio da enfermeira Anabela Candeias.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	7
Introdução	9
Sumário do Módulo	20
Começar	21
Sessão 1: Terceira Etapa do Trabalho de Parto – Fisiologia e Tratamento	23
Sessão 2: Compreender a Hemorragia Pós-Parto	51
Sessão 3: Factores Evitáveis	57
Sessão 4: Identificação do Problema	67
Sessão 5: Tratamento da Hemorragia Pós-Parto Primária	77
Sessão 6: Tratamento da Hemorragia Pós-Parto Secundária	85
Sessão 7: Aprendizagem de Competências Clínicas	95
Sessão 8: Reparação de Lacerações do Colo Uterino e Vaginais Altas	137
Sessão 9: Remoção Manual da Placenta	151
Sessão 10: Estudos de Caso	163
Sessão 11: Sabia Que?	171
Jogo Didáctico: Sabia Que?	177
Glossário	195
Anexo: Perguntas para o Pré-Teste e Teste Final	219

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIU – Atraso no Crescimento Intra-uterino
AU – Aspiração Uterina
CAEP – Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras
c- Centígrado
cc – Centímetro cúbico
CDC – Coagulopatia de Consumo
CE – Contracepção de Emergência
CID – Coagulação Intravascular Disseminada
CIP – Confederação Internacional de Parteiras
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
cm – Centímetro
DCP – Desproporção Céfalo-Pélvica
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DPP – Data Provável do Parto
EEG - Electroencefalograma
EDTA – Ácido EtilenoDiaminoTetraAcético
EV – Endovenosa
g – Grama
HAP – Hemorragia Antes do Parto
Hg - Mercúrio
HPP – Hemorragia Pós-Parto
IM – Intra-muscular
IPAS – ONG internacional que desenvolve o seu trabalho na área da protecção da saúde das mulheres e na promoção dos seus direitos sexuais
IST – Infecção Sexualmente Transmitida
ITU – Infecção do Tracto Urinário
Kg – Quilograma
Km – Quilómetro
LCR – Líquido cefalo-raquidiano
mg – Miligrama
MIU – Morte Intra-uterina

mm Hg – Milímetros de Mercúrio

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCE – Pílula Contraceptiva de Emergência

PEV – Perfusão Endovenosa

PF – Planeamento Familiar

ph – Grau de Acidez ou Alcalinidade de um Fluido

PNUD –Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PO – “*per os*”, administração por via oral

PPM – Pulsações por Minuto

PPTP – Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

PVN – Parto Vaginal Normal

Rh - Rhesus

RMM – Rácio de Mortalidade Materna

RMP – Remoção Manual da Placenta

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TP – Tuberculose Pulmonar

TPR – Temperatura, Pulsação e Respiração

TT - Toxóide Tetânico

TVP – Trombose Venosa Profunda

UI – Unidades Internacionais

UM – Última Menstruação

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas, para o VIH/SIDA

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para as Populações

UPM – Último Período Menstrual

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Estima-se que anualmente ocorrem 600 000 mortes maternas, 99% das quais nos países em desenvolvimento, o que representa 80 000 mortes a mais que estimativas anteriores. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna varia entre 190 por 100 000 nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 000 em África. Na África Ocidental e Oriental, encontram-se rácios de mortalidade materna de mais de 1000 por 100 000. Pelo menos 7 milhões de mulheres que sobrevivem ao parto sofrem problemas de saúde graves, e mais de 50 milhões ficam com sequelas. Mais uma vez, a maioria destas sequelas ocorrem em países em desenvolvimento.

Para apoiar a actualização das competências obstétricas, de modo a que os países possam dar resposta a esta situação, fortalecendo os serviços maternos e neonatais, foram desenvolvidos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma série de módulos de formação em obstetrícia. A necessidade destes módulos foi identificada no seminário pré-congresso sobre Educação de Parteiras: “Acção para um Maternidade Segura”, ocorrido em Kobe, Japão, em 1990, que contou com a presença de parteiras e professores de todo o mundo, sob o patrocínio conjunto da OMS, da Confederação Internacional das Parteiras (CIP) e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). O quadro de referência para a educação em enfermagem obstétrica, desenvolvido no seminário, constitui a base dos módulos.

Os módulos, inicialmente destinados a programas de formação em serviço de parteiras e enfermeiras obstetras, podem também ser utilizados em programas básicos e pós-básicos de formação em obstetrícia. Adicionalmente, podem ser utilizados para a actualização das competências em obstetrícia de outros profissionais de saúde e professores de obstetrícia. Contudo, é importante realçar que não têm como objectivo substituir os livros de texto de obstetrícia que focam outros aspectos dos cuidados necessários durante a gravidez e o parto, mas pretendem servir como base do ensino de parteiras e formadores em obstetrícia de modo a responder, adequadamente, às principais causas de mortalidade materna como a hemorragia, a paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. Os módulos podem, também, ser utilizados para a actualização das competências dos professores de obstetrícia.

Os módulos pretendem ajudar as parteiras a tornarem-se capazes de pensar criticamente e tomar decisões clínicas com base em conhecimentos sólidos e compreensão destas áreas. No entanto, presume-se que as parteiras e os formadores de parteiras, que sejam treinados utilizando os módulos, possuam competências básicas como a medição da tensão arterial, realização de exame vaginal e assistência a parto eutócico uma vez que, quando se utilizam os módulos em programas básicos de obstetrícia, estas competências devem ser ensinadas primeiro.

Uma variedade de outras competências estão incluídas nos módulos, por serem essenciais para a prática clínica compreensiva da obstetrícia. Em alguns países algumas destas competências podem não fazer parte da prática clínica de enfermagem obstétrica e serem entendidas, de facto, como responsabilidade do médico e não da parteira. No entanto, os módulos foram desenvolvidos com base na presunção de que, para além das competências básicas de obstetrícia, as parteiras necessitam também de uma série de competências suplementares que as capacitem para uma significativa contribuição na redução da mortalidade materna e para a promoção de uma maternidade segura.

Na edição original, de 1996, existiam cinco módulos. Recentemente foi adicionado um módulo sobre aborto incompleto. Os módulos foram actualizados em 2001-2002, de acordo com as mais recentes evidências e com as orientações da OMS “*Managing Complications in Pregnancy and Childbirths: a guide for midwives and doctors*”.

Os cinco módulos originais incluem um módulo básico que aborda o papel da parteira na comunidade e quatro módulos técnicos que cobrem a hemorragia pós-parto (HPP), o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. O módulo sobre aborto, é o sexto da série. Estima-se que o módulo básico requeira aproximadamente duas semanas para ser ensinado e os módulos técnicos aproximadamente uma a duas semanas, dependendo de factores tais como as necessidades de aprendizagem, as capacidades dos alunos e os recursos de ensino-aprendizagem disponíveis.

Cada um dos módulos pode ser ensinado independentemente dos outros, no entanto, os módulos complementam-se porque, em conjunto, representam uma abordagem compreensiva da gestão das maiores causas de mortalidade e morbilidade materna. É, pois aconselhável, utilizar os módulos de uma forma que possibilite que as parteiras trabalhem sobre todos eles.

Os módulos são acompanhados de notas, que estão compiladas num único documento. Têm como objectivo serem usadas no processo de aprendizagem e, mais tarde, como fonte de referência.

Todas as competências abrangidas pelos módulos são necessárias para que as parteiras sejam efectivas na prestação de cuidados, imediatos e adequados, a mulheres com complicações da gravidez e do parto. Estas competências estão consonantes com a definição internacional de Assistente Competente¹ na gravidez, parto e cuidados pós-natais. No entanto, em alguns países as parteiras podem não estar autorizadas, legalmente, a praticar todas essas competências pelo que, nestes casos, os módulos deverão ser adaptados às regulamentações locais relativas à prática clínica obstétrica, enquanto que, ao mesmo tempo, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de introduzir mudanças legislativas que permitam a prática clínica dessas competências.

ESTRUTURA DOS MÓDULOS

Todos os módulos, à excepção do módulo básico, têm a mesma estrutura. O módulo básico segue uma organização um pouco diferente dos restantes. Não aborda um problema clínico específico mas o tema geral da mortalidade materna, focando os factores que contribuem para a mesma e a importância da participação comunitária no desenrolar de uma maternidade segura.

Os módulos técnicos abordam problemas clínicos específicos e seguem uma estrutura comum que começa com a introdução ao problema, seguida de sessões sobre os factores evitáveis que lhe estão associados, a identificação e a gestão do problema e a aprendizagem das competências clínicas necessárias.

As sessões, em todos os módulos, são apresentadas da seguinte forma:

Introdução à sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- Finalidade da sessão;
- Objectivos para a sessão;
- Plano da sessão, que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- Recursos necessários para conduzir a sessão.

¹ Equivalente ao “*Skilled Attendant*” na lingua inglesa. Assistente competente é um profissional de saúde com competências obstétricas, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras que tenham sido treinados para acompanharem gravidezes, partos e períodos pós-parto imediatos normais e identificarem e encaminharem mulheres ou recém nascidos para ajuda especializada. (*Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Declaração conjunta da OMS, ICM, FIGO. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004.)

Instruções para o professor (em letra itálica) que explicam, passo-a-passo como conduzir a sessão e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que detalham os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (ou instruções para trabalho de grupo) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

CONTEÚDO DOS MÓDULOS

A Parteira na Comunidade

O módulo descreve a história de um caso que demonstra como determinados factores sociais, económicos e culturais, combinados com atrasos na procura de cuidados médicos colocam as mães em risco de complicações, que, muitas vezes conduzem à morte. O tema da história é então reforçado ao longo do módulo, sendo enfatizado o papel das parteiras na promoção de uma maternidade segura na comunidade.

As diferentes sessões cobrem tópicos específicos como:

- O lugar e o valor da mulher na sociedade;
- As crenças tradicionais;
- As práticas e tabus que afectam a saúde da mulher durante a gravidez e o parto;
- O reconhecimento e minimização dos factores de risco;
- O conceito de parto prolongado.

Estas sessões relacionam, quando relevante, o tema em discussão com a mortalidade materna, VIH/SIDA e maternidade segura. Sessões adicionais contemplam como fazer o diagnóstico comunitário para planeamento e avaliação de cuidados comunitários.

Hemorragia Pós-Parto

Este módulo começa com uma explicação detalhada sobre a fisiologia e gestão da terceira etapa do parto, de modo a que os alunos possam compreender genericamente a forma como ocorre a Hemorragia Pós-Parto (HPP). Aqui os alunos aprendem o que é a HPP, como ocorre, como pode ser identificada e quais os aspectos essenciais da sua abordagem clínica.

As competências específicas para prevenir e gerir a HPP incluem:

- A identificação dos factores que colocam as mulheres em risco de HPP;
- A gestão da terceira fase do trabalho de parto;
- Palpação e massagem do útero e expulsão de coágulos de sangue;
- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Sutura de lacerações perineais;
- Episiorrafia;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas; e
- Remoção manual da placenta.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Observação e registo;

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Monitorização de transfusões sanguíneas; e administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais são também incluídas noutros módulos técnicos.

Parto Prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

Este módulo apresenta uma revisão da anatomia e fisiologia relevantes para a gestão do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto explicando o que provoca mais frequentemente o parto distócico, o que ocorre neste tipo de parto e como podem ser identificados os sinais de parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto assim como os aspectos essenciais da sua abordagem clínica. É dada especial ênfase ao uso do partograma na avaliação do trabalho de parto.

As competências específicas para prevenir e gerir o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto incluem:

- Identificação dos factores de risco;
- Avaliação da capacidade pélvica;
- Diagnóstico da apresentação e posição do feto;
- Avaliação da descida da cabeça fetal;
- Reconhecimento do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica; e
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico.

Sépsis Puerperal

Este módulo apresenta uma explicação sobre a sépsis puerperal e os factores que contribuem para tal, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e como pode ser tratada e, ainda, uma sessão sobre o VIH e SIDA em mulheres grávidas.

As competências específicas para prevenir e tratar a sépsis puerperal incluem:

- Identificação de factores de risco;
- Identificação de sinais e sintomas;
- Colheita de urina pelo método do jacto intermédio;
- Realização de uma zangaratoa vaginal alta; e
- Manutenção da higiene vulvar.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico;
- Administração de terapêutica;
- Prevenção de problemas trombo-embólicos;
- “Precauções Universais” na prevenção da infecção; e
- Utilização de planos de cuidados.

Eclâmpsia

Este módulo apresenta uma explicação sobre a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia e os factores que contribuem para este problema, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e tratada.

As competências específicas para prevenir e tratar a eclâmpsia incluem:

- Identificação dos factores de risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Observações de obstetrícia e de enfermagem; e
- Cuidados e observações durante uma convulsão.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica;
- Cateterismo urinário; e
- Prevenção de problemas trombo-embólicos.

Aborto incompleto

O módulo começa com uma revisão sobre o contexto do aborto, seguindo-se uma explicação sobre o mesmo, incluindo os diferentes tipos, os efeitos do aborto na morbilidade e mortalidade materna, prevenção da gravidez não desejada, leis e regulamentos relacionados com o aborto, perspectivas socio-culturais e religiosas e o papel das parteiras nos cuidados abortivos, com ênfase particular nos cuidados abortivos urgentes. Posteriormente, são também abordados os factores que contribuem para o aborto, como podem ser identificados e diferenciados de outras condições, como pode ser prevenido, e se ocorrer, como pode ser tratado.

As competências específicas para tratar as mulheres pós-aborto incluem:

- Aspiração uterina; e
- Aconselhamento e métodos de planeamento familiar pós-aborto.

Também são contempladas as competências seguintes, porque podem ser necessárias, que também são descritas no módulo da HPP,

- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração e monitorização de transfusões sanguíneas; e
- Administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais estão também incluídas nos outros módulos técnicos.

CD-ROM

Existe também um CD-ROM para cada módulo com todos os conteúdos técnicos dos manuais. Os professores podem usar este CD-ROM como um guia para prepararem as suas aulas.

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os módulos propõem uma série de métodos de ensino-aprendizagem desenhados para maximizarem o envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Nos módulos, é enfatizada a aplicação da teoria à prática clínica, sendo o tempo dispendido na área clínica e as visitas à comunidade uma parte essencial do processo de ensino-aprendizagem.

Exposições

As exposições são utilizadas para apresentar informação nova ou para rever os conteúdos já ministrados aos alunos. Os módulos incluem uma variedade de materiais visuais para o professor utilizar de modo a tornar as exposições interessantes.

O professor pode aumentar o conteúdo das exposições dos módulos com informação de outras fontes ou, simplesmente, seguir o esquema fornecido. Em ambos os casos é importante preparar previamente cada exposição lendo os conteúdos relevantes e os materiais de referência e assegurar que os recursos para os alunos, se necessário, estarão disponíveis.

Discussões

É importante prever tempo para discussão de determinados aspectos durante ou na conclusão das sessões. Tal proporcionará oportunidade aos alunos de colocarem questões sobre dúvidas que tenham bem como contribuirá para o seu conhecimento e experiência. Por outro lado, permitirá que o professor avalie as opiniões, o nível de conhecimento e a compreensão dos alunos.

Trabalho de Grupo e Feedback

Muitas das sessões dos módulos envolvem trabalho de grupo seguido, habitualmente, de uma sessão onde é dado a conhecer à turma o resultado do trabalho. Os grupos devem ser o mais pequenos possível (preferencialmente até 6 estudantes por grupo) de modo a que os alunos se debrucem sobre um assunto específico ou problema. É importante assegurar também que existe espaço suficiente para os grupos se reunirem sem se perturbarem uns aos outros. Cada grupo irá precisar de um dinamizador que será responsável por manter a discussão e assegurar que o grupo complete o trabalho. Adicionalmente, cada grupo precisará de um relator que tomará notas e dará o feedback à turma. As instruções específicas são dadas nas sessões que envolvem trabalho de grupo.

Tutorias

As tutorias são reuniões entre o professor e um aluno ou grupo de alunos e são importantes para a discussão do percurso do aluno. Habitualmente, são realizadas após uma actividade de aprendizagem específica, dando aos alunos a oportunidade para exprimir as suas preocupações e, simultaneamente, permitem ao professor conhecer melhor cada aluno, relativamente ao progresso feito. Todos os módulos contam com tutorias em algumas sessões.

Exercícios Práticos

Os exercícios práticos permitem que os alunos demonstrem o seu conhecimento e competências relativamente a um tópico específico. É importante, nestas situações, dar instruções claras sobre os exercícios a serem realizados e monitorizar os progressos providenciando ajuda sempre que necessário. Os módulos básico, HPP, parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto e aborto incompleto incluem exercícios práticos.

Visitas Comunitárias

As visitas comunitárias pretendem ser experiências instrutivas e agradáveis para os alunos. O módulo básico inclui uma série destas visitas com o objectivo de ajudar os alunos a compreenderem a forma como os conceitos deste módulo se aplicam na comunidade. No entanto, as visitas comunitárias devem ser planeadas e organizadas com antecedência, incluindo a escolha de uma comunidade apropriada e o contacto com uma pessoa de referência que possa facilitar a implementação das actividades na comunidade.

O professor pode organizar as visitas comunitárias de modo a que sejam feitas em dias consecutivos em vez de nos intervalos sugeridos. Se esta alteração for feita, será importante assegurar que não interfere com os objectivos de aprendizagem das sessões e do módulo, como um todo.

As visitas aos contextos clínicos para ensino clínico devem, também, ser bem preparadas com o pessoal das instituições. Os professores e os alunos devem ser facilmente identificáveis e agir de forma profissional mantendo a confidencialidade, privacidade e dignidade da observada e assegurarem-se que obtêm o consentimento da mulher antes de executarem qualquer intervenção clínica.

Ensino clínico

O ensino clínico é extremamente importante nos módulos técnicos, dado que as competências que os alunos adquirem podem fazer a diferença entre a vida e a morte das mulheres que cuidam, a teoria subjacente a cada competência abordada nos módulos deve ser ensinada em sala de aula e a própria competência deve ser ensinada, em ambiente criado, igualmente, em sala de aula, antes do ensino clínico. As instalações, onde decorrerá a prática clínica, devem ser escolhidas assegurando, antecipadamente, que se encontrarão mulheres com os problemas incluídos nos módulos. Contudo, e mesmo que bem planeado, não será possível garantir a todos os alunos a oportunidade de exercer todas as competências práticas. Assim, será importante considerar oportunidades para os alunos adquirirem a experiência clínica apropriada após o final do curso.

Os contactos com o pessoal das instituições de saúde, onde decorrerá o ensino clínico deverão ser feitos antecipadamente. Para além disso, as visitas dos alunos a estas instituições para fins de prática clínica não devem perturbar as rotinas de cuidados aos doentes. Quando os alunos estão a aprender competências práticas devem ser supervisionados pelo professor ou por outra parteira com formação adequada e experiente.

Dramatizações e Representações

As dramatizações e representações devem ser utilizadas para realçar os pontos apresentados pelo professor. Em ambos os casos, é pedido aos alunos para agirem numa situação real ou imaginária. Na dramatização, os alunos inventam os seus próprios personagens e, até certo ponto, a sua história de modo a ilustrar um aspecto em especial. Na representação os alunos assumem o papel de determinados indivíduos como a parteira, o líder da aldeia, o parente ansioso ou a mãe preocupada. Tal permite que o aluno compreenda as situações e problemas na perspectiva do outro. As dramatizações e representações são incluídas, em vários módulos, como actividades opcionais.

Estudos de Caso

Os módulos técnicos permitem que os alunos apresentem estudos de caso que avaliem a efectividade dos cuidados em situações específicas. Assim, os alunos poderão aprender com as suas próprias experiências assim como com as dos outros. O objectivo dos estudos de caso não é criticar a prática clínica dos outros mas sim encorajar os alunos a olharem para as práticas anteriores e retirarem lições para o futuro. Os estudos de caso devem ser baseados em registos das mulheres de modo a demonstrar a gestão de determinadas condições (por exemplo, aborto incompleto, sépsis puerperal, eclâmpsia, etc). O anonimato da mulher deve ser mantido ao longo da apresentação dos estudos de caso.

Jogos e Puzzles Didácticos

Os jogos e puzzles didácticos são meios interactivos e que permitem a aquisição de novos conhecimentos e revisão e consolidação dos conhecimentos existentes. Os jogos e puzzles didácticos dos módulos serão novos para os professores que os utilizarem e, por isso, é importante que se familiarizem antecipadamente. Mais especificamente, é necessário que o professor seja capaz de explicar claramente aos alunos como os utilizar e avaliar os progressos feitos durante as actividades em que são usados.

Seminários

Um seminário é uma actividade sobre um dado tema, planeada para determinado período, normalmente com apresentações de um ou mais oradores convidados. Quando os seminários são recomendados, são também sugeridos os objectivos e conteúdos. Os seminários requerem planeamento cuidado no que diz respeito aos conteúdos, horário e local.

Reflexão

A aprendizagem é o resultado da reflexão sobre a prática clínica. Os alunos devem, por isso, ser encorajados a reflectir sobre a sua experiência de prática clínica e a registarem estas reflexões, diariamente, num caderno. Estas podem ser utilizadas como base de discussão com o tutor e/ou pares. A estruturação da reflexão inclui a selecção de uma experiência, identificação de sentimentos e pensamentos do próprio e dos outros acerca dessa experiência e avaliação, positiva ou negativa, dessa experiência. Os alunos devem ser estimulados a analisar porque consideraram a experiência positiva e/ou negativa e a determinar o que poderia ter sido feito de modo a melhorar o resultado. Finalmente, deve ser elaborado um plano de acção para ser aplicado quando surgir uma situação semelhante. A discussão sobre as experiências registadas diariamente, em grupo ou com o professor, ajuda a que os alunos tenham várias perspectivas sobre a sua experiência. Deve ser acrescentado um sumário destas discussões aos registos diários para ser lembrado posteriormente.

AValiação dos Alunos

Pré-Testes e Testes Finais

Os pré-testes são uma ferramenta útil para determinar o nível de conhecimentos teóricos dos alunos. Para avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos, após o ensino dos conteúdos, as questões utilizadas no teste final devem ser as mesmas do pré-teste, podem ser acrescentadas questões, quer ao pré-teste quer ao teste final. Durante o processo de ensino-aprendizagem, devem ser aplicadas outras medidas de avaliação (ver a seguir), especialmente para determinar os progressos feitos por cada aluno, ao longo do curso. Os exemplos de pré-teste e teste final estão incluídos em cada um dos módulos técnicos.

Avaliação das Competências Clínicas

A avaliação das competências clínicas constitui a maior componente avaliativa dos módulos técnicos. Ao longo das sessões que envolvem o ensino de competências clínicas existem secções intituladas: “Avaliação”. Estas detalham orientações para a avaliação de competências clínicas dos alunos. Sempre que possível, o professor deve observar o desempenho do aluno, contudo, tal pode não ser possível na ausência de mulheres com os problemas estudados. Nestas circunstâncias, o professor deve simular situações que ofereçam oportunidade para os alunos praticarem e serem avaliados relativamente às competências mais relevantes. No entanto, devem ser feitos todos os esforços para dar aos alunos oportunidades para praticarem e serem avaliados num contexto clínico.

Outras Opções de Avaliação

As outras opções de avaliação surgem durante a realização de trabalhos de grupo, tutorias, seminários do aluno, jogos e puzzles didáticos e questões colocadas durante as visitas comunitárias. Estas actividades constituem oportunidades vitais para o professor avaliar o progresso dos alunos na prossecução dos objectivos de aprendizagem de cada sessão do módulo.

PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES DE SEGUIMENTO

Uma prática clínica obstétrica compreensiva baseia-se na experiência e no conhecimento e é esta experiência que os alunos adquirem quando voltarem aos locais de trabalho e aplicarem o que aprenderam à sua prática clínica diária.

É precisamente quando colocam em prática os conhecimentos e as competências que as parteiras se deparam com situações que podem levantar questões. Podem existir assuntos e problemas que gostariam de discutir com os supervisores e profissionais mais experientes de modo a encontrar soluções e melhorar a prática clínica. Isto pode aplicar-se especialmente às parteiras e enfermeiras obstetras que, no fim deste curso, ainda necessitem de experiência prática para desenvolverem as competências clínicas incluídas nos módulos.

Uma reunião de seguimento, por exemplo, seis meses após o fim do curso, poderá ser importante para capacitar os alunos para a partilha de experiências, relato de sucessos, revisão dos progressos e discussão de problemas relacionados com a prática clínica. Pode também ser adequado a realização de outras reuniões de seguimento, anuais, após o fim do curso.

Dada a complexidade das situações abordadas, a maternidade segura não pode ser alcançada de um dia para o outro. No entanto, e dado ser possível identificar, claramente, as intervenções necessárias, a maternidade segura é algo que se pode alcançar à medida que os alunos deste curso se integram como profissionais competentes nos serviços e comunidades.

SUMÁRIO DO MÓDULO

Sessão	Métodos de ensino-aprendizagem	Carga Horária
1. TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO: FISIOLOGIA E TRATAMENTO	Exposição Ensino clínico, prática supervisionada Discussão	1 ½ horas ½ hora- a 1 ½ horas por 2-3 alunos 2 ½ horas
2. COMPREENDER A HEMORRAGIA PÓS-PARTO	Trabalho de grupo, discussão, exposição, demonstração	Aproximadamente 2 horas
3. FACTORES EVITÁVEIS	Exposição Trabalho de grupo Feedback, discussão	½ hora 1 hora 1 ½ hora
4. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	Exposição, discussão	2 horas
5. TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA	Exposição	2 horas
6. TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO SECUNDÁRIA	Exposição	1 ½ horas
7. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	Exposição Ensino clínico, discussão	2 horas Aproximadamente 2 horas por grupo pequeno de alunos, por competência e tempo adicional para prática individual e avaliação
8. REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DO COLO UTERINO E VAGINAIS ALTAS	Exposição, discussão, demonstração Ensino clínico e supervisão	1 hora Variável, depende das capacidades e necessidades dos alunos
9. REMOÇÃO MANUAL DA PLACENTA	Exposição, discussão, demonstração Ensino clínico e supervisão	1 hora Variável, depende das capacidades e necessidades dos alunos
10. ESTUDOS DE CASO	Estudos de caso, discussão, trabalho de grupo, feedback Tutorias opcionais	3 horas 1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos
11. SABIA QUE?	Jogo didático Tutorias opcionais	1 ½ horas 1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos

COMEÇAR

Antes de começar a Sessão 1, lembre o modo de apresentação das sessões:

Introdução à sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- **Finalidades** – A finalidade da sessão;
- **Objectivos** – Os objectivos da sessão;
- **Plano** - Plano da sessão, que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- **Recursos** – Os recursos necessários.

***Instruções para o professor** (em itálico) que explicam como conduzir a sessão, passo-a-passo e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.*

Material suplementar para o professor (em letra normal) que detalham os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (referidas como “Instruções para os alunos” ou instruções para trabalho de grupo) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

Outros pontos importantes a considerar antes de começar:

- A carga horária indicada no plano da sessão pode ser alterada pelo professor de acordo com a necessidade. A carga horária necessária para cada actividade pode ser maior ou menor do que é especificado no plano, dependendo dos conhecimentos e capacidades dos alunos, e das suas necessidades de aprendizagem. Estima-se que este módulo requeira entre 10 dias a 2 semanas para ser ensinado.
- Assegure-se que os apontamentos para os Alunos, que deseja distribuir, são preparados com antecedência e estão disponíveis no início do módulo ou da sessão.
- Se preparou pré-testes e testes finais, consulte o modelo proposto no final do módulo antes de iniciar a primeira sessão.
- Lembre-se que este módulo, assim como os outros módulos técnicos, não tem como objectivo substituir os livros de texto sobre obstetrícia. Deve, deste modo, ter pelo menos um como referência ao longo desta e das restantes sessões do módulo.

1. TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO: FISIOLOGIA E TRATAMENTO

SESSÃO 1

TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO: FISILOGIA E GESTÃO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem a fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto e aplicar esse conhecimento à sua gestão de modo a assegurar uma prática clínica segura.
- Capacitar os alunos para compreenderem opções de tratamento da terceira etapa do trabalho de parto.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 1, os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar a fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto com referência à anatomia.
2. Descrever o aspecto da placenta normal e de possíveis malformações.
3. Descrever como se deve examinar a placenta.
4. Explicar a gestão activa e fisiológica da terceira etapa do trabalho de parto e demonstrá-la, sob supervisão.
5. Discutir os assuntos relacionados com a prática clínica obstétrica e a gestão da terceira etapa do trabalho de parto.

PLANO

Exposição, teste (1 ½ horas).

Ensino clínico. Prática supervisionada (½ hora a 1 ½ horas por 2-3 alunos).

Discussão (2 ½ horas).

RECURSOS

Teste sobre anatomia e fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto.

Lista de verificação das tarefas da gestão da terceira etapa do trabalho de parto.

INTRODUÇÃO

Esta sessão oferece um mínimo de material de ensino necessário para rever a anatomia e fisiologia relevantes para a gestão da terceira etapa do trabalho de parto. Dependendo do nível de conhecimento dos alunos, pode ser necessário mais tempo para ensinar e rever a anatomia e a fisiologia.

Explique que a Hemorragia pós-parto (HPP) é a causa de morte materna mais comum nos países em desenvolvimento, sendo responsável por 25% de todas as mortes maternas. Este valor refere-se a casos em que a HPP foi a causa directa de morte materna. No entanto, a HPP é uma complicação que está muitas vezes associada a outras causas de morte directa como a Paragem na Progressão do Trabalho de Parto (PPTP) e sépsis.

É muito importante que, quando possível, as parteiras previnam a HPP e a tratem prontamente, caso ocorra.

Uma boa compreensão da fisiologia e gestão da terceira etapa do trabalho de parto ajuda a prevenir a HPP.

FISIOLOGIA E ANATOMIA APLICADA

Posição relativa do útero

*Use a **Figura 1.1.** para demonstrar a posição do útero em relação à bexiga, recto e vagina.*

Em frente do útero encontra-se a bexiga e o saco vesical do útero. Atrás estão o recto e o saco de Douglas. A proximidade entre o útero e a bexiga explica porque é que uma bexiga cheia irá interferir com a capacidade de contracção do útero após o parto.

Anatomia do Útero

*Use a **Figura 1.2.** para mostrar as partes componentes do útero.*

O útero é composto por duas partes: o corpo e o colo do útero.

Corpo

Forma os dois terços superiores do útero.

Fundo

É a parte superior arredondada do corpo acima da inserção das trompas de falópio.

Istmo

Porção do útero entre a junção do corpo e do colo do útero. O istmo fica mais fino e distendido durante a gravidez e o parto de modo a formar o segmento uterino inferior (**Figura 1.3**).

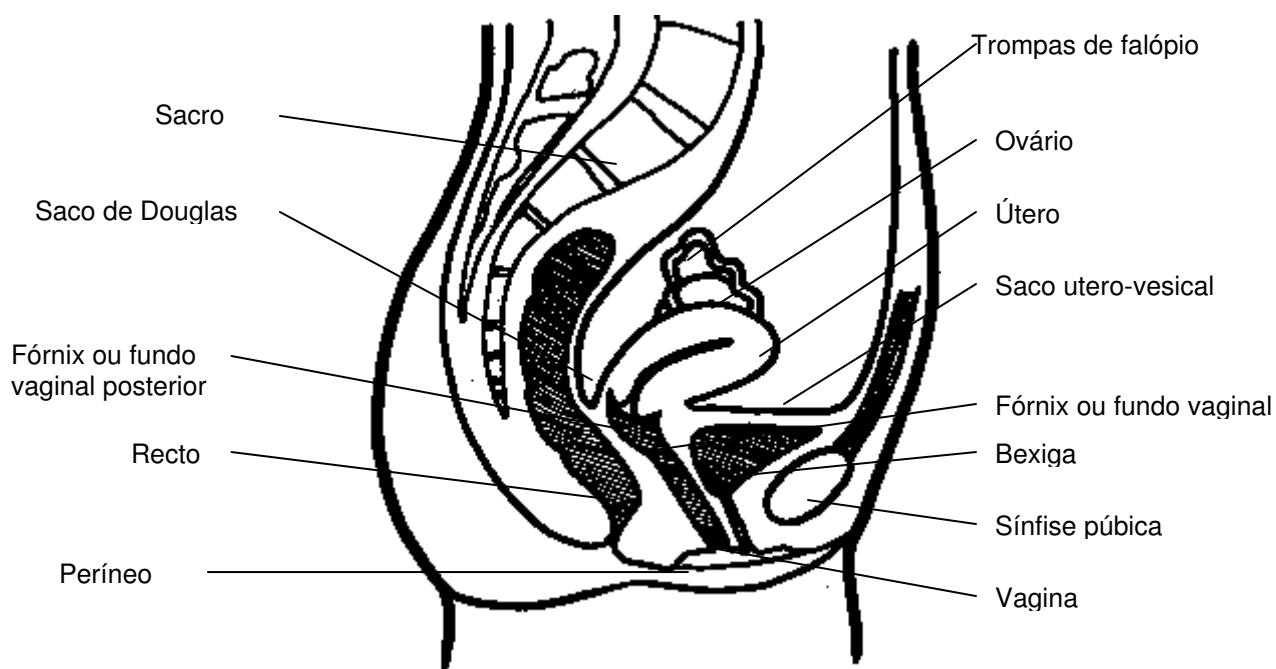


Figura 1.1: Secção mediana da pélvis feminina mostrando a bexiga, útero, recto e a relação anatómica entre eles.

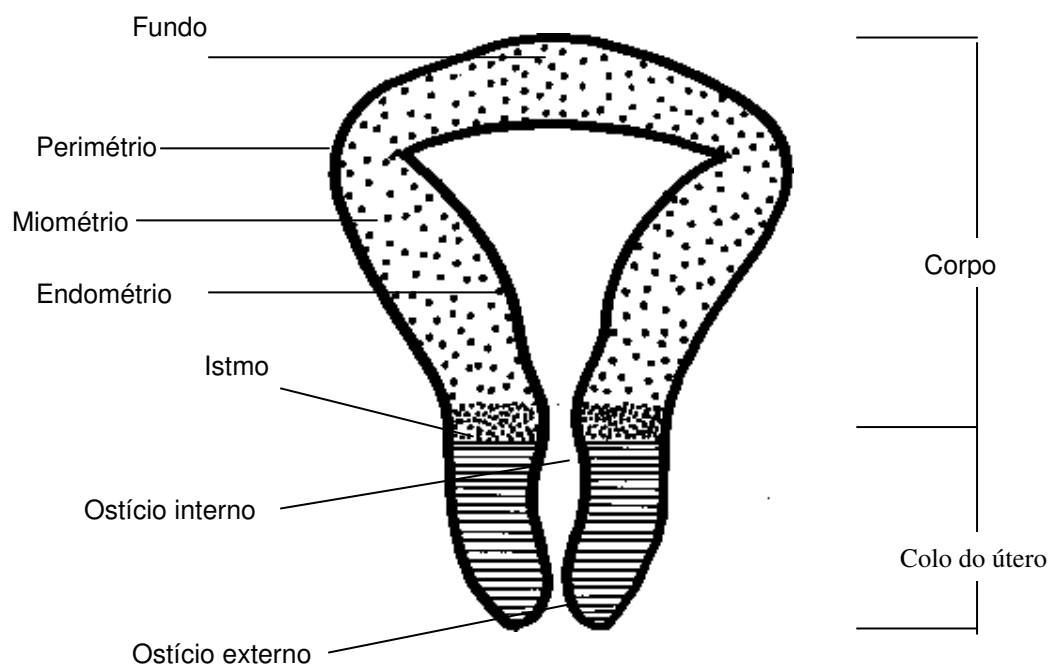


Figura 1.2.: Útero

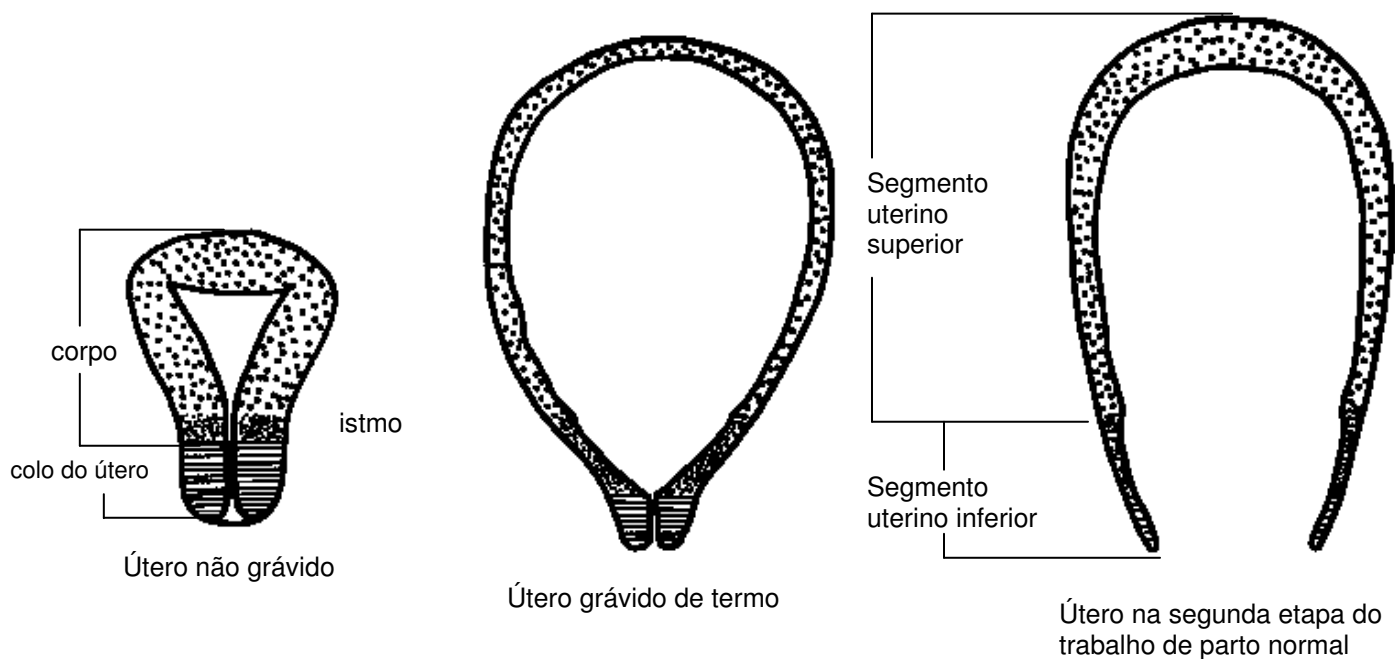


Figura 1.3: Segmentos uterinos inferiores e superiores.

Segmento uterino superior É formado pelo corpo do útero e contrai-se, ficando mais fino, durante o parto.

O canal do colo do útero contém um rolhão mucoso que ajuda a proteger das infecções. Este rolhão mucoso é eliminado pouco antes (1 semana a 10 dias antes) ou quando se inicia o trabalho de parto. O colo não grávido é firme e rosado enquanto que o grávido é macio e arroxeado. Estas alterações são causadas pelo aumento da vascularização e pela influência das hormonas.

Orifício interno Abertura entre o istmo e o colo do útero.

Orifício externo Abertura na parte inferior do colo do útero. É pequeno e redondo antes da gravidez transformando-se numa abertura transversal após esta.

O corpo do útero tem três camadas: o endométrio, o miométrio e o perimétrio.

Endométrio É a camada mais interna e onde o óvulo fertilizado se fixa. Durante a gravidez e parto o endométrio é referido como decídua. A parte da decídua que se encontra por baixo da placenta é a decídua basal a que se encontra no restante útero é a *decídua vera* ou parietal. A placenta normalmente fixa-se até à decídua embora por vezes toda a placenta, ou mais frequentemente, alguns segmentos da placenta se fixem no endométrio. Nestes casos a placenta ou os fragmentos da placenta ficam retidos no útero após a expulsão uma vez que são incapazes de se separarem da forma habitual.

Miométrio Tem fibras musculares longitudinais, circulares e oblíquas e é muito extensível. As fibras musculares oblíquas cruzam-se e comprimem os vasos sanguíneos quando o útero está bem contraído (**Figura 1.4**). Durante a terceira etapa do trabalho de parto, a função das fibras oblíquas é contraírem-se fortemente e comprimir os vasos sanguíneos de modo a controlar a hemorragia. Estas fibras encontram-se principalmente no segmento superior do útero que é o local onde normalmente a placenta se fixa. Isto explica porque é que a hemorragia na terceira etapa é mais difícil de controlar na placenta prévia dado que esta se fixa no segmento inferior do útero.

Perimétrio

É a camada de peritoneu que cobre o útero excepto nos lados onde se estende para formar os ligamentos largos.

(A) Fibras musculares relaxadas, vasos sanguíneos não comprimidos

(B) Fibras musculares contraídas, vasos sanguíneos comprimidos

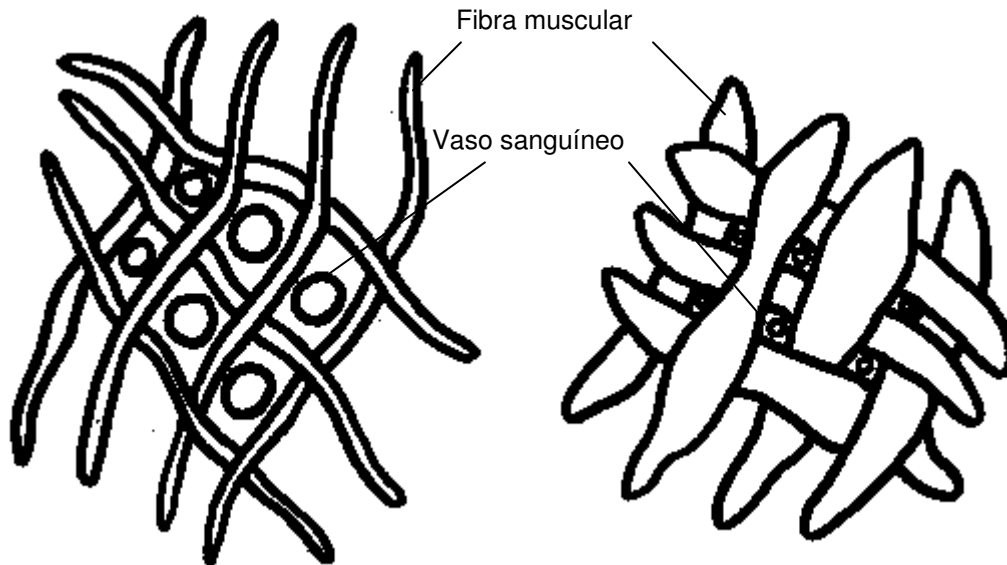


Figura 1.4: Acção das fibras musculares uterinas no controlo da HPP no local de inserção da placenta.

FISIOLOGIA DA TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO

Use as **Figuras 1.5 à 1.8** para explicar a fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto.

Mecanismo de separação placentária

A separação da placenta é obtida pela contracção e retracção do miométrio que torna mais fina a parede uterina e reduz tamanho da área da placenta. À medida que esta diminui, a placenta começa-se a soltar da parede uterina porque, ao contrário do útero, não é elástica e não se pode contrair e retrair. Na área de separação forma-se um coágulo, conhecido como coágulo retroplacentário, entre a decídua e a placenta e promove ainda mais a separação. As contracções uterinas subsequentes separam, completamente, a placenta da parede uterina e esta desce para o segmento uterino inferior e depois para a vagina de onde é expelida.

Use a **Figura 1.9** para mostrar a altura do fundo do útero relativamente ao umbigo em alturas diferentes da terceira etapa do trabalho de parto.

... não há hemorragia

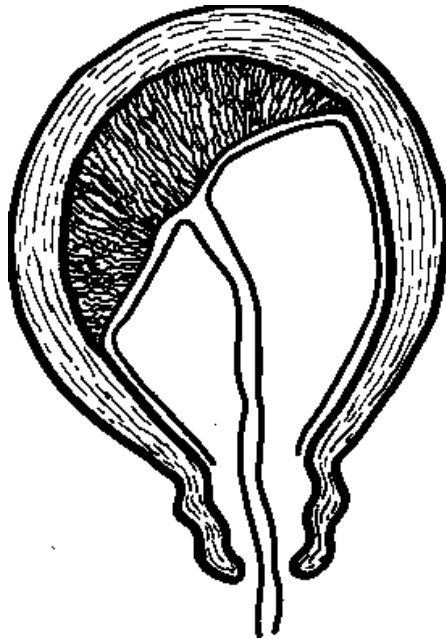


Figura 1.5: Placenta não separada

... hemorragia

Formação do coágulo
retroplacentário

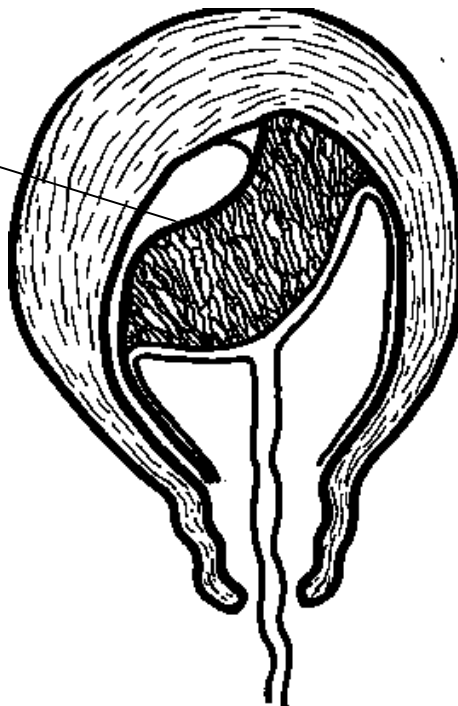


Figura 1.6: Formação do coágulo retroplacentário – a placenta começa a separar-se

... hemorragia controlada

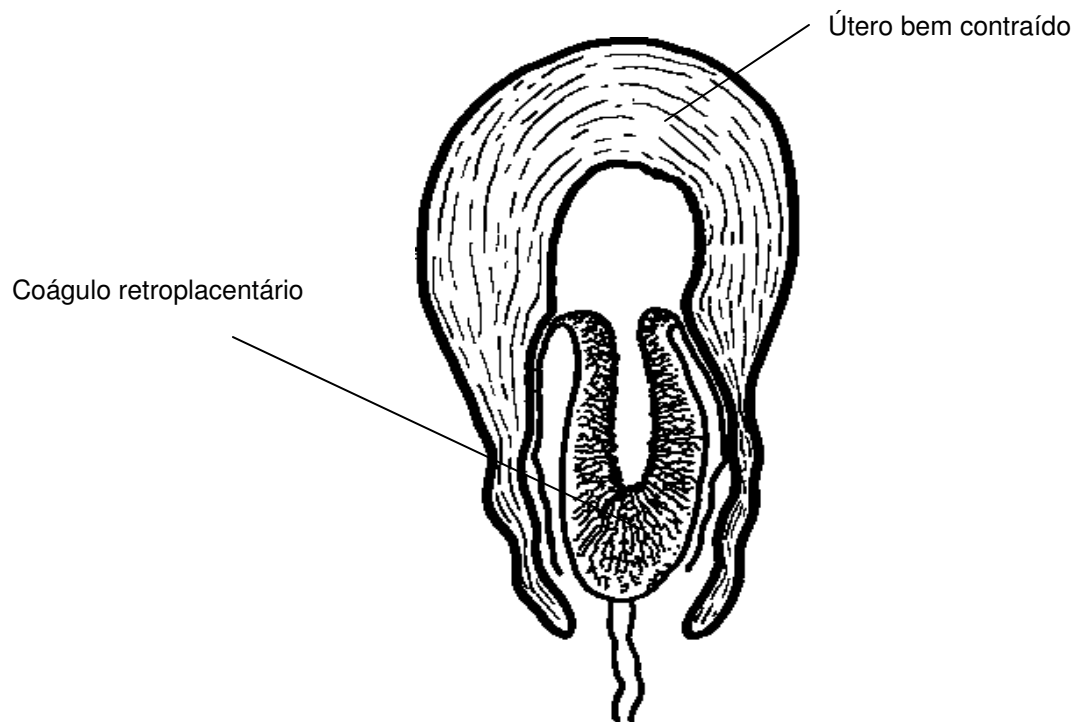


Figura 1.7: Placenta do segmento uterino inferior

... hemorragia controlada

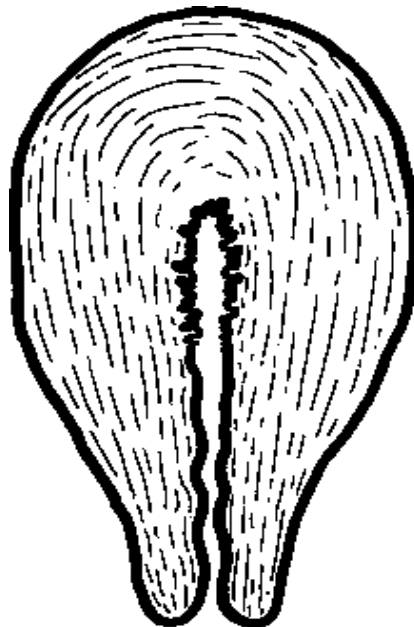


Figura 1.8: Fim da terceira etapa – placenta expelida e útero contraído

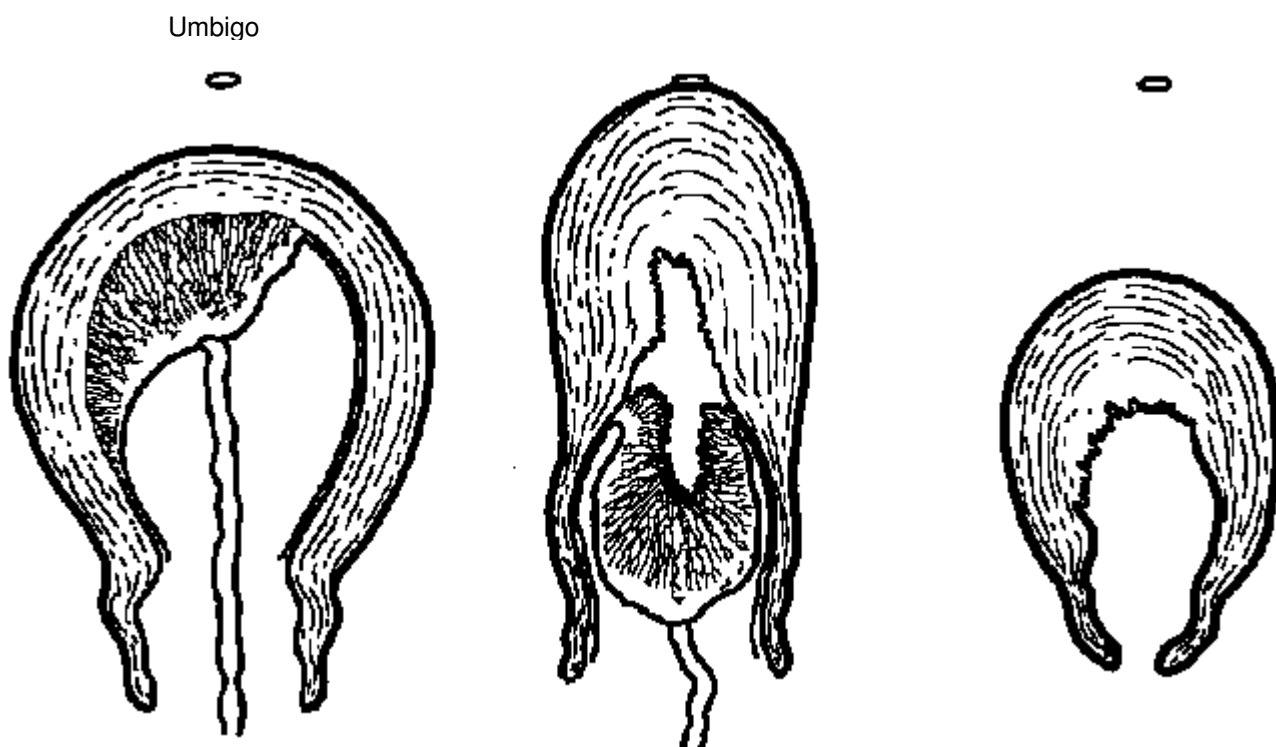


Figura 1.9: Altura do fundo do útero relativamente ao umbigo

Existem duas formas de separação da placenta que foram descritas por Schultze e Matthews Duncan (**Figura 1.10**). Estes métodos não estão sob o controlo da parteira.

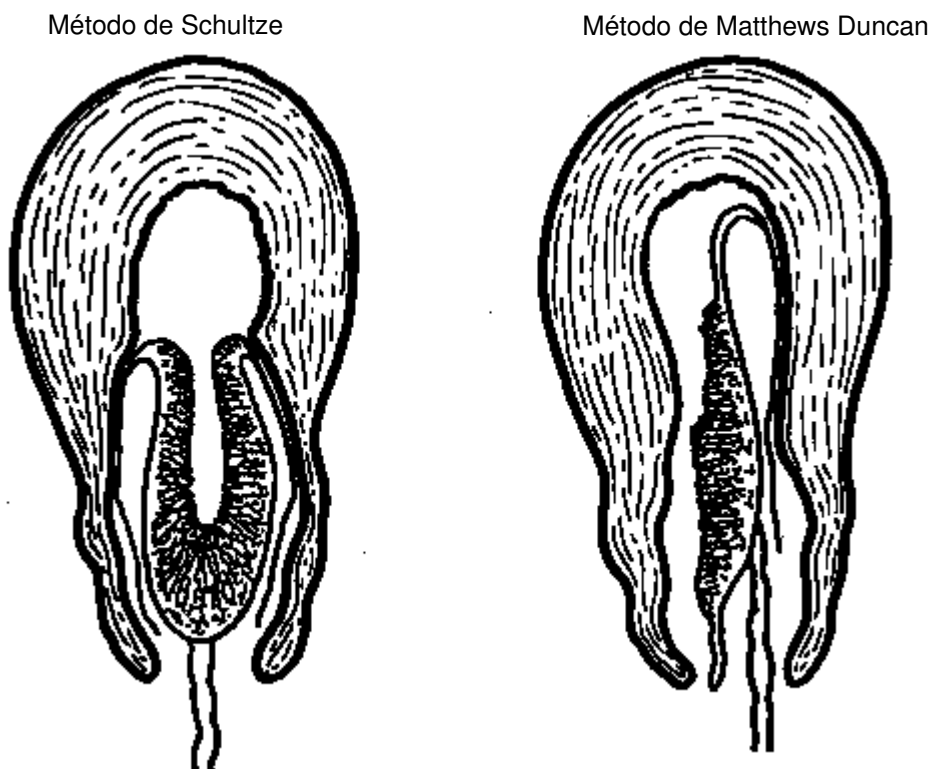


Figura 1.10: Métodos de expulsão da placenta

Diz-se que o método de **Schultze** é o mais comum. A placenta destaca-se num ponto central e “escorrega” pela vagina através da abertura no saco amniótico; a face fetal aparece na vulva com as membranas atrás, como numa sombrinha invertida, à medida que se destacam da parede uterina. A face materna da placenta não se vê e qualquer coágulo de sangue está dentro do saco invertido.

No método de **Matthews Duncan**, a placenta escorrega de um dos lados e apresenta-se na vulva com um dos bordos laterais como um botão numa casa. Observa-se a face materna e há fuga de sangue uma vez que não está dentro do saco. É mais comum que haja retenção de partes das membranas no método de Matthews Duncan uma vez que podem não se destacar completamente como acontece no método Schultze.

O método de Matthews Duncan pode estar associado com a placenta inferiormente inserida no útero. O processo de separação demora mais tempo e a perda de sangue é maior (porque existem menos fibras oblíquas no segmento inferior).

Sinais de separação da placenta

1. O fundo do útero está duro e globular e sobe no abdómen, à altura do umbigo.
2. A porção de cordão na vulva aumenta.
3. Aparece sangue quando a placenta se separa.

Controlo da hemorragia

No local da placenta, fluem, a cada minuto, 500 a 800 ml de sangue. Se não houve nenhum mecanismo, depois da expulsão, para controlar a hemorragia, é a esta velocidade que a mulher irá perder sangue. Sangrará até à morte numa questão de minutos.

A contracção e retracção do músculo uterino que provocam a separação da placenta também comprimem fortemente os vasos sanguíneos, controlando, desta forma, a hemorragia. Tal é possível devido à presença das fibras musculares oblíquas no segmento uterino superior (**Figura 1.4**). Mais tarde, formam-se coágulos de sangue em torno dos vasos sanguíneos no local da placenta que também irão parar a hemorragia.

Uma bexiga cheia ou qualquer produto que fique no útero após a expulsão, como tecido placentário, membranas ou coágulos interferem com a capacidade do útero para se contrair e irão causar hemorragia excessiva.

Teste

Pode testar o conhecimento dos alunos e a sua compreensão da anatomia aplicada e da fisiologia da terceira etapa do parto com o teste no final da sessão ou com qualquer outro instrumento por si desenvolvido.

1. Usar o teste em sala de aula

Divida os alunos em quatro equipas e coloque-lhes as perguntas ou dê a cada aluno uma lista de questões e permita que procurem as respostas nos livros de texto e/ou apontamentos.

2. Usar o teste antes da sessão.

Peça aos alunos para actualizarem os seus conhecimentos encontrando as respostas durante o seu tempo de estudo. Tal pode poupar tempo mas assegure-se que os alunos têm acesso à informação de que irão necessitar.

No final desta sessão, pergunte se existem dúvidas e reveja os conhecimentos apresentados.

EXAME DA PLACENTA E DAS MEMBRANAS

Aspecto da placenta de termo

A placenta é uma massa redonda e achatada. A face materna tem uma coloração vermelha azulada e é constituída por lóbulos compostos por vilosidades coriônicas. É através destas vilosidades que ocorre a troca de substâncias entre o sangue materno e o fetal. Em circunstâncias normais, esta troca ocorre sem que haja mistura dos sangues materno e fetal.

A superfície fetal é macia, branca e podem ser observadas derivações brilhantes da veia umbilical e artérias que percorrem toda a superfície desde a inserção até ao cordão umbilical. A superfície fetal está coberta pelo âmnios que se estende para além da sua extremidade para formar o saco membranoso que, juntamente com o córion contém o feto e o líquido amniótico (**Figura 1.11** e **Figura 1.12**).

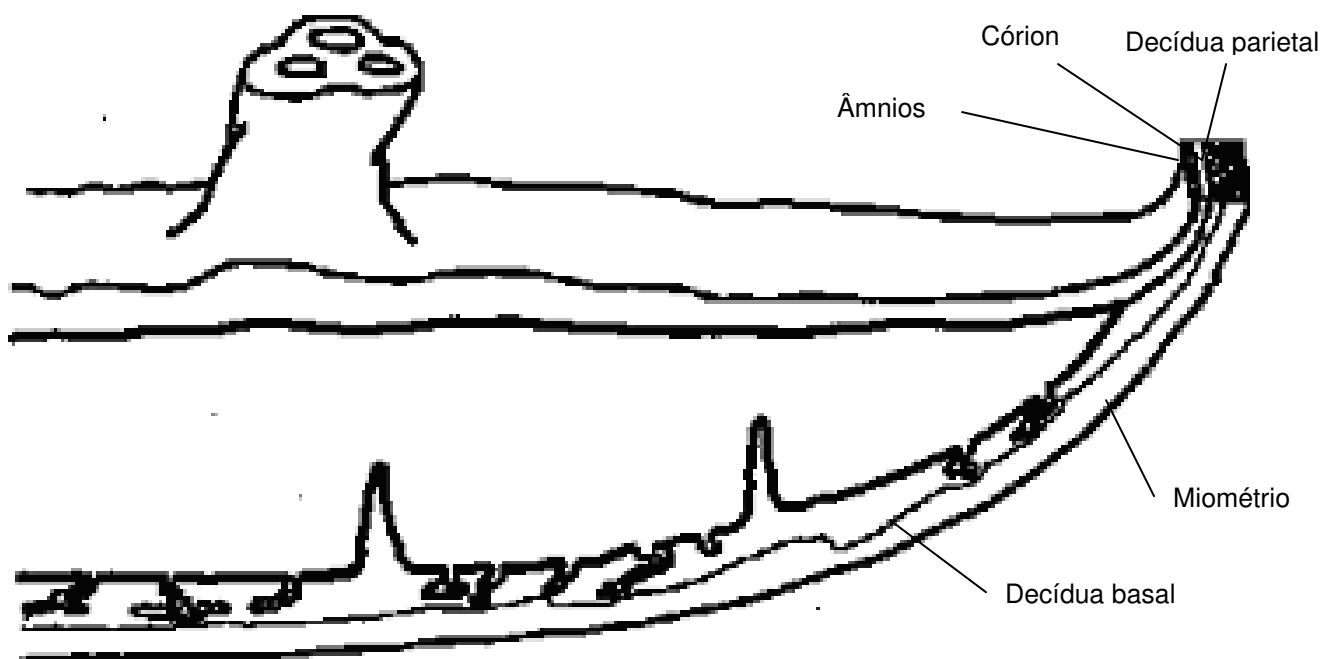


Figura 1.11: Desenho esquemático da secção transversal de uma placenta de termo

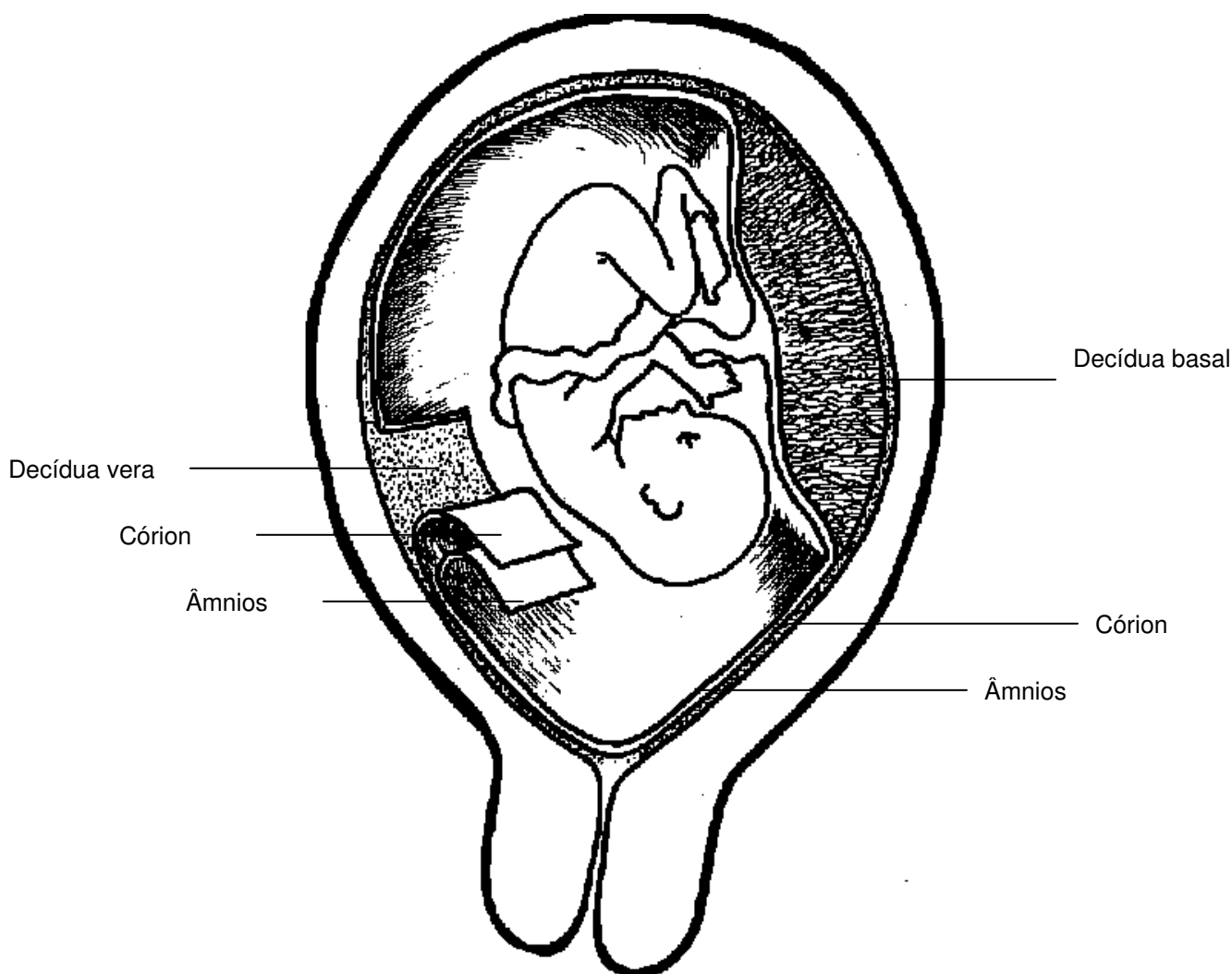


Figura 1.12: A placenta e as suas membranas

O cordão umbilical

O cordão umbilical estende-se do umbigo fetal à face fetal da placenta. Normalmente mede aproximadamente 56 cm de comprimento. Tem três vasos sanguíneos, duas artérias que transportam sangue fetal não oxigenado para a placenta e uma veia que transporta sangue oxigenado para o feto.

Habitualmente o cordão está inserido no centro da face fetal da placenta (**Figura 1.13**). Ocasionalmente o cordão está inserido nas membranas do saco fetal a alguma distância da placenta. Nestes casos os vasos do cordão umbilical percorrem as membranas entre a placenta e o cordão (inserção vilamentosa) – **Figura 1.14**. Esta forma de inserção é mais perigosa porque quando as membranas do saco fetal se rompem ou quando é realizada uma amniotomia os vasos sanguíneos podem ser danificados e ocorrer hemorragia.

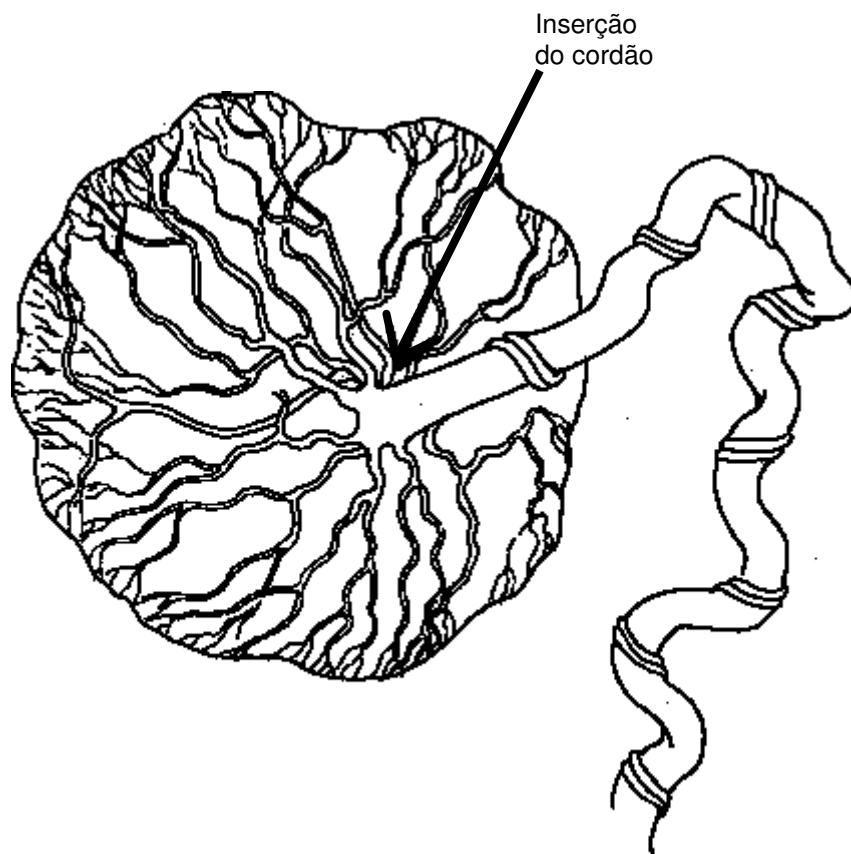


Figura 1.13: Inserção normal do cordão (o cordão umbilical está inserido no centro da placenta)

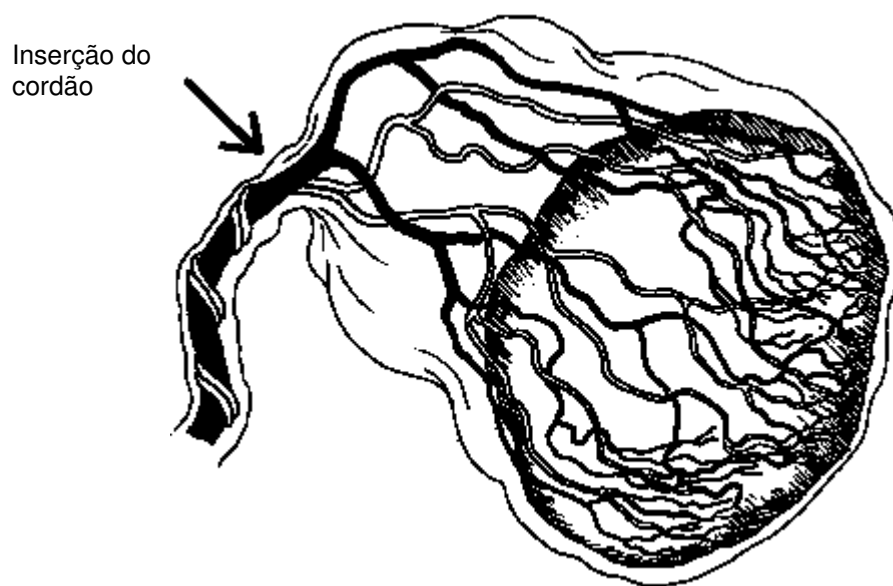


Figura 1.14: Inserção vilamentosa do cordão (o cordão umbilical está inserido nas membranas)

Malformações da placenta Por vezes existe um lóbulo extra de tecido placentário situado na membrana do saco fetal, com vasos sanguíneos que o ligam à placenta principal (placenta sucenturiada) – **Figura 1.15**. Este lóbulo tem maior probabilidade de ficar retido no útero após a expulsão da placenta principal e pode originar uma hemorragia grave. Se existir um buraco na membrana com vasos sanguíneos que o atravessam, a parteira irá saber que ficou retido um lóbulo extra e não uma porção da membrana.

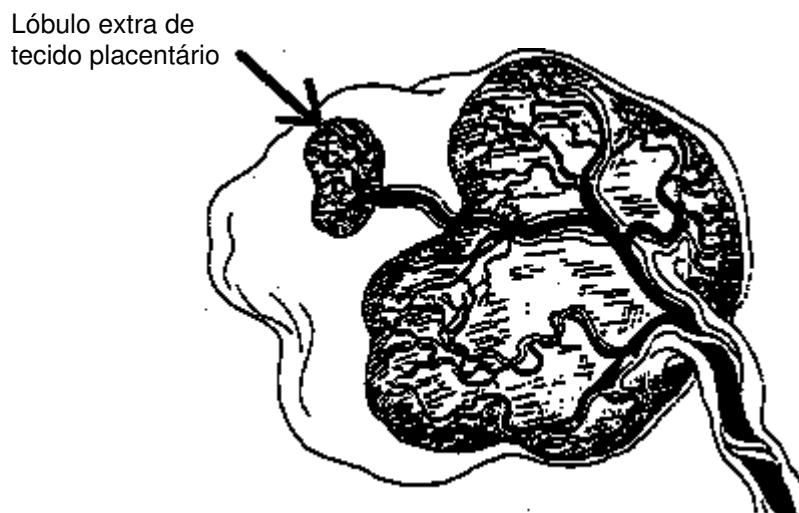


Figura 1.15: Placenta sucenturiada (existe um lóbulo extra de tecido placentário)

Por vezes existem dois lóbulos placentários completos ou quase completos (placenta bipartida) – **Figura 1.16**. Os vasos sanguíneos de cada um, unem-se no cordão umbilical.

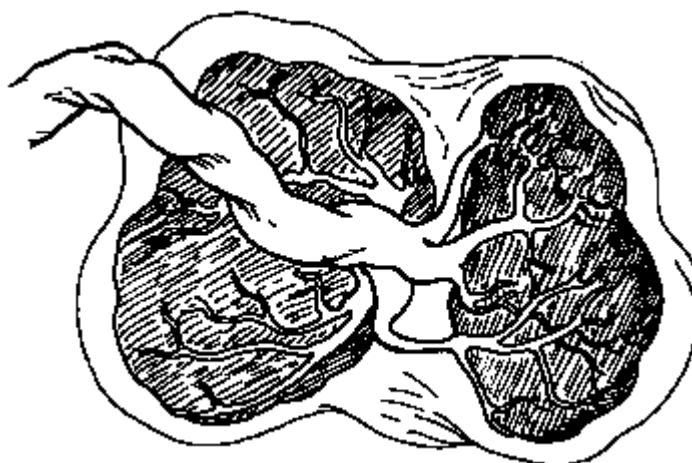


Figura 1.16: Placenta bipartida (existem dois lóbulos de tecido placentário)

Demonstração

*Demonstre o aspecto de uma placenta de termo. Obtenha uma ou duas nascidas recentemente para que as explicações sejam mais claras ou use a **Figura 1.17**. Use sempre luvas quando examinar a placenta e assegure-se que tem luvas suplementares (não necessitam de ser esterilizadas) para os alunos.*

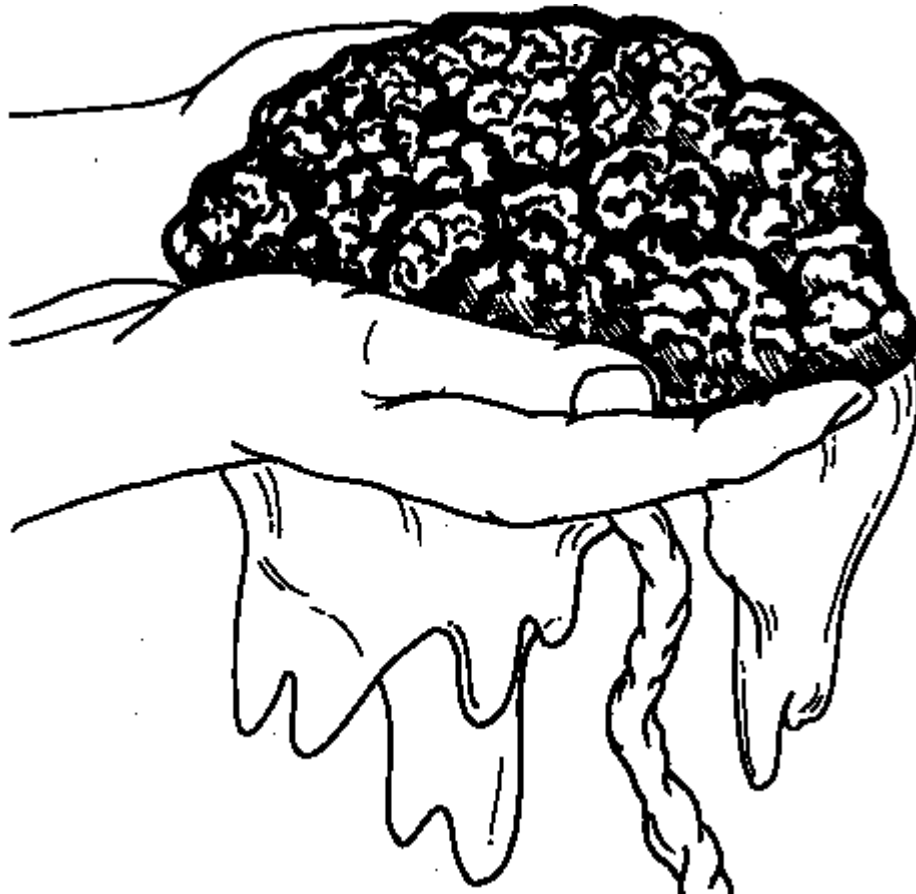


Figura 1.17: Como examinar a placenta

Realce o seguinte:

- A face materna.
- A face fetal.
- As membranas ou saco fetal (mostre como o córion e o âmnios diferem e como podem ser distinguidos pelas diferentes texturas e pelo facto de ser possível seguir o âmnios até à inserção do cordão).
- O cordão umbilical, o seu comprimento habitual e os três vasos.
- Como identificar: variações anatómicas, concentrando-se naquelas com significado clínico (por exemplo, perigo de HPP por retenção de um lóbulo sucenturiado, risco do cordão se destacar se a inserção é vilamentosa).
- Como examinar a placenta e as membranas: coloque a placenta nas palmas das mãos esticadas; todos os lóbulos da face materna devem estar presentes e encaixar. Não devem existir irregularidades nas margens. Se o lado materno for cuidadosamente

enxaguado com água e colocado debaixo de um foco de luz, deve observar-se uma camada brilhante (decidua). Se não estiver intacta pode indicar a retenção de alguns fragmentos de placenta. No lado fetal as membranas devem estar completas. Segure com uma mão no cordão umbilical e deixe a placenta pendurada: verifique se as membranas estão completas, deve existir uma abertura – por onde o bebé foi expulso (se a placenta foi expulsa pelo método de Matthews Duncan, a membrana pode ter roturas em mais do que um local). Procure também vasos abertos nas membranas o que pode indicar a presença de um lóbulo extra da placenta (placenta sucentoriada ou bipartida) que ficou retido no útero.

Uma forma útil de conduzir o ensino clínico é através de perguntas e respostas. Por exemplo, exponha uma face da placenta e pergunte:

- *Trata-se da face materna ou fetal?*
- *Como sabem? (encoraje a descrição da cor, estrutura, etc.).*
- *Porque é que é importante assegurar que a face materna está completa? (realce o risco de HPP mesmo com retenção de pedaços pequenos).*

Aborde cada parte da estrutura desta forma, realçando aplicações práticas à medida que o faz.

Antes de deixar a área clínica, resuma o que demonstrou e pergunte se existem dúvidas.

GESTÃO DA TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO

A terceira etapa do trabalho de parto é a altura mais perigosa devido ao risco de hemorragia que pode pôr a vida em risco. A investigação tem demonstrado que a condução activa da terceira etapa, como se descreve a seguir, reduz não só a extensão da terceira etapa mas também a perda de sangue, pelo que é o método recomendado para a gestão da terceira etapa. Em muitos países em desenvolvimento, onde as mulheres são anémicas, a redução da perda de sangue na terceira etapa é muito importante.

O tratamento activo da terceira etapa devem ser realizado correctamente caso contrário podem ocorrer complicações graves como hemorragia e/ou inversão do útero.

Gestão activa

Significa:

1. Administração de um fármaco ocitócico (como ocitocina 10 UI IM ou ergometrina 0,2 mg IM) após o nascimento do bebé e imediatamente, após a palpação do útero, pela parteira para verificar que não existe uma gravidez múltipla.
2. O cordão é clampado e cortado imediatamente após a administração do fármaco.
3. Enquanto o útero está bem contraído está muito duro à palpação. Tal deve acontecer 2 a 3 minutos após a administração da ocitocina. Depois é aplicada uma tracção controlada ao cordão umbilical (**Figura 1.18**): a superfície lateral de uma mão é colocada firmemente sobre o segmento inferior do útero contraído e aplicada contra-tracção à medida que o cordão é suavemente puxado com a outra mão até que saiam a placenta e as membranas. A tracção constante e sustentada do cordão é aplicada seguindo a curva do canal de parto, o que significa que a tracção é feita de cima para baixo, depois horizontalmente e, finalmente, quando se observa a placenta na vagina, de baixo para cima.

Se na primeira tentativa, e após 1 ou 2 minutos, falhar a tracção controlada do cordão, a parteira deve parar a tracção e esperar que o útero se contraia novamente antes de uma segunda tentativa.

À medida que a placenta sai, deve ser amparada na vulva, com ambas as mãos, para impedir que as membranas se lacerem ou que fiquem retidas.

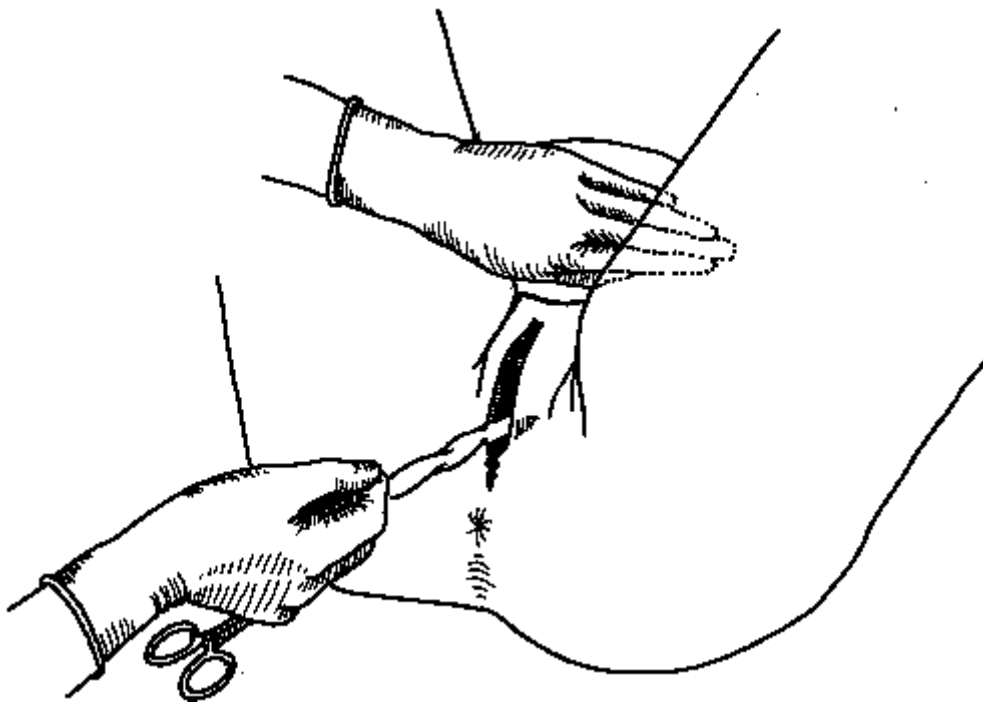


Figura 1.18: Tração controlada do cordão – para evitar a inversão do útero, a tração controlada nunca deve ser aplicada sem contra-tração.

Tratamento fisiológico

(por vezes referido como tratamento expectante) significa:

1. Não são usados ocitócicos antes da expulsão da placenta.
2. Espera-se pelos sinais de separação da placenta.
3. A expulsão da placenta é feita pela gravidade e pelo esforço materno.
4. O cordão é clampado após a expulsão da placenta (ou, por vezes, quando houve cessação das pulsações) a não ser que haja necessidade de clampar e cortar o cordão por motivos neonatais.

Este método deve ser usado apenas quando não estão disponíveis drogas ocitócicas.

Os sinais de separação da placenta são:

- O útero torna-se duro, redondo, móvel e eleva-se no abdómen;
- O cordão aumenta de comprimento; e
- Existe discreta perda de sangue vaginal.

Uma vez observados estes sinais verifique que o útero está bem contraído e, caso esteja, peça à mulher para se dobrar e fazer força para expelir a placenta. Ampare a placenta com ambas as mãos à medida que emerge da vagina. Se a placenta não sair verifique se a bexiga está vazia e, caso não esteja, peça à mulher para urinar. Tente novamente fazer nascer a placenta na próxima contracção uterina.

Para ensinar o tratamento da terceira etapa do trabalho de parto leve os alunos a uma sala de partos.

Durante o ensino clínico, acompanhe cada aluno individualmente. Se os alunos forem em grande número e o professor for só um, peça a ajuda de parteiras experiente.

Para se preparar, assegure-se que está familiarizado com os detalhes das listas de verificação no final desta sessão. Estas enumeram as sub-tarefas que devem ser executadas na gestão activa da terceira etapa do trabalho de parto e, também, na gestão fisiológica. O conhecimento, competências e atitudes necessárias para concretizar estas sub-tarefas são também referidos. Se necessário trabalhe, antes da sessão, estas listas de verificação com as parteiras que o/a irão ajudar no ensino clínico a supervisionar os alunos.

Ao ensinar os seus alunos em contexto clínico assegure-se de que compreendem:

- *Como é feita cada acção (existe algum ponto especial sobre a técnica?).*
- *As razões para realizar cada uma das sub-tarefas (por exemplo, verificar que a bexiga está vazia irá assegurar que o útero não está impedido de se contrair).*
- *O que pode correr mal se uma sub-tarefa não é executada correctamente (por exemplo, se as membranas são puxadas rapidamente podem-se romper e ficarem retidas no útero aumentando, assim, o risco de hemorragia e infecção).*

Escolha de Fármacos Ocitócicos

As drogas ocitócicas são administradas:

- A. Ocitocina.
- B. Sintometrina.
- C. Ergometrina.

Os ocitócicos provocam a contracção do útero. Aceleram a expulsão da placenta e reduzem a perda de sangue.

A. Ocitocina

A ocitocina é um extracto hipofisário (lobo posterior) que pode ser preparada sinteticamente:

- Causa contracção do músculo liso e assim tem uma acção poderosa no músculo uterino.
- Actua em 2 ½ minutos quando administrado por via intramuscular.

Vantagens da ocitocina:

Tem uma acção rápida e não tem efeitos secundários na maioria dos casos. É mais estável em climas quentes.

Desvantagens da ocitocina:

Não tem uma acção sustentada.

B. Sintometrina

A sintometrina é uma preparação combinada de ergometrina e ocitocina que é administrada por injeção intramuscular.

Vantagens da sintometrina:

Tem os efeitos combinados da acção rápida da ocitocina e a acção sustentada da ergometrina.

Desvantagens da sintometrina:

Existe maior risco de haver hipertensão temporária e vómitos.

C. Ergometrina

A ergometrina é uma preparação de derivados da cravagem do centeio que:

- Pode ser administrada por via oral, intramuscular e endovenosa. No entanto, tem-se verificado que a preparação oral não é eficaz no tratamento activo da terceira etapa do parto pelo que não deve ser usada com este fim.
- Leva 6 a 7 minutos para ter efeito quando administrada por via intramuscular e 45 segundos quando administrada por via endovenosa.

- Causa espasmo marcado do útero devido a uma série de rápidas contracções.
- O seu efeito dura aproximadamente 2 a 4 horas.

Vantagens da ergometrina:

É o mais barato dos fármacos ocitócicos e tem uma acção sustentada.

Desvantagens da ocitocina:

Cefaleias, náuseas, vómitos e hipertensão.

A ergometrina está absolutamente contra-indicada, e nunca deve ser administrada, a mulheres com hipertensão arterial e/ou doença cardíaca.

A ergometrina, quando armazenada à temperatura ambiente e exposta à luz, pode perder muita da sua potência.

Recomendações para a prática clínica

1. O uso de ocitocina é recomendado. Onde não estiver disponível, deve ser usada sintometrina ou ergometrina.
2. As preparações que contêm ergometrina não devem ser usadas nas mulheres com hipertensão arterial ou doença cardíaca.
3. Recomenda-se que os ocitócicos sejam armazenados num frigorífico a 2-8°C e protegidos da luz.

Administração das Drogas Ocitócicas

As drogas ocitócicas são administradas:

- A. Com o coroamento da cabeça.
- B. Com o nascimento do ombro anterior.
- C. Após o nascimento do bebé quando está confirmado que não existe um segundo gémeo.

Não existe muita investigação disponível sobre este assunto. No entanto, devido ao perigo de asfixia intra-uterina de um segundo gémeo não diagnosticado, faz sentido esperar pelo o nascimento do bebé e confirmação de que não existe um segundo gémeo antes de administrar o fármaco ocitócico.

Recomendações para a prática clínica

1. Administrar os fármacos ocitócicos após o nascimento do bebé quando se confirmou por palpação abdominal de que não existe um segundo gémeo.
2. Permita que o fármaco actue e assegure que o útero está bem contraído antes de aplicar tracção controlada ao cordão.

Estimulação do Mamilo

A sucção do bebé na mama estimula a produção natural de ocitocina. A ocitocina ajuda o útero a contrair. A contracção do útero é essencial para controlar a hemorragia após o nascimento. No entanto, colocar o bebé na mama imediatamente após o nascimento não tem mostrado uma contribuição para a redução da incidência de HPP. Mas a sucção precoce tem outros benefícios: está associada com o sucesso da amamentação por um período de tempo maior.

A estimulação manual do mamilo pode também estimular a produção de ocitocina e ajudar o útero a contrair, embora isto não esteja confirmado.

Recomendações para a prática clínica

Não existem alternativas eficazes à administração profilática de um fármaco ocitócico como parte do tratamento de rotina para a terceira etapa do trabalho de parto. No entanto, quando estes fármacos não estão disponíveis, a estimulação do mamilo, quer por sucção, quer manual, deve ser tentada.

Coloque o bebé na mama imediatamente após o nascimento para facilitar o sucesso da amamentação.

Estimar a Perda de Sangue

A realização de uma estimativa precisa da perda de sangue não é fácil. A verdadeira quantidade pode estar escondida devido à absorção com toalhas, pensos ou lençóis, derrames para o chão e mistura com o líquido amniótico.

A investigação indica que na maioria dos casos a perda de sangue é, normalmente, subestimada.

Perdas de sangue até 300 ml são mais prováveis de serem bem estimadas mas quanto maiores forem as perdas, maior é o risco de subestimação.

A subestimação das perdas de sangue podem constituir um sério erro o que significa que:

- A gravidade de uma HPP grande pode não ser reconhecida e, como tal, ser tratada de forma inadequada.
- A reposição de sangue e líquidos irá ser insuficiente.

Estes erros podem conduzir a morte, ou a morbilidade materna que inclui anemia e risco aumentado de infecção.

Recomendações para a prática clínica

A prática frequente de medição de líquidos pode ajudar as parteiras a se tornarem mais competentes na avaliação mais precisa da perda de sangue. Se uma estimativa de perda de sangue acima de 500 ml for duplicada a estimativa será mais precisa.

SUMÁRIO E CONCLUSÃO

Considere as evidências disponíveis sobre os métodos de prática clínica. Discuta os riscos/perigos de cada método. Identifique as práticas tradicionais relevantes que podem influenciar decisões (por exemplo, uso de remédios tradicionais, tradições ou tabus relacionados com a sucção precoce).

Chegue a um consenso sobre a melhor abordagem prática. Oriente a discussão para o contraste entre a prática ideal e o que é possível. Identifique os compromissos que podem ser necessários. Questione os alunos sobre “o que é seguro” e não permita compromissos em relação a esse padrão.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

Teste sobre Anatomia Aplicada e Fisiologia da Terceira Etapa do Parto

Use este teste para avaliar a compreensão e conhecimento dos alunos acerca da terceira etapa do trabalho de parto.

As questões estão em itálico. As respostas em texto normal. As respostas às questões sobre anatomia são bastante directas e, normalmente a resposta do aluno irá ser claramente certa ou errada. As perguntas acerca da fisiologia exigem compreensão para além de simplesmente lembrar um nome ou um facto. Assegure-se de que as respostas dos alunos reflectem a sua compreensão o que significa que as respostas não necessitam de ser escritas.

Sempre que possível, atribua pontos pela compreensão e/ou explicação.

Anatomia do útero

P1. *Refira quais as estruturas que ficam à frente e atrás do útero*

R: Em frente do útero (ou anteriormente) estão a bexiga e o saco útero-vesical. Atrás (ou posteriormente) estão o recto e o saco de Douglas.

P2. *O útero não grávido tem duas partes principais. Como se denominam?*

R: O corpo e o colo do útero.

P3. *Refira o nome das três camadas do útero.*

R: Endométrio, miométrio e perimétrio.

P4. *Quais as fibras do miométrio que são importantes para controlar a hemorragia durante a terceira etapa do trabalho de parto?*

R: As fibras oblíquas que formam a camada média (também conhecidas por cruzadas).

P5. *Onde se situa o fundo?*

R: É a parte superior do útero entre a inserção das duas trompas de falópio.

P6. *Onde é o istmo?*

R: É a área sinuosa entre a cavidade do corpo do útero e o colo do útero.

P7. *O que é o orifício interno?*

R: É a abertura entre o istmo e o colo do útero.

P8. *O que é orifício externo?*

R: Abertura na porção inferior do colo do útero para a vagina. É pequeno e redondo antes da gravidez e transforma-se numa “fenda” transversa após a gravidez.

P9. *Descreva a diferença entre um colo do útero grávido e um colo do útero não grávido.*

R: O colo do útero não grávido é firme e rosado enquanto que o grávido é macio e arroxeado. Durante a gravidez, o canal do colo do útero contém um rolhão mucoso que ajuda a proteger contra as infecções.

P10. *O que provoca estas alterações no colo do útero?*

R: Estas alterações são causadas por um aumento da vascularização e pela influência das hormonas.

P11. *Durante a gravidez o útero é descrito tendo em conta duas áreas funcionais quer acima ou abaixo do istmo. Como se denominam?*

R: Segmento uterino superior e inferior.

P12. *Como é que funcionam estes dois segmentos durante a primeira etapa do trabalho de parto?*

R: O segmento superior contrai-se e torna-se mais grosso. O segmento inferior distende-se e torna-se mais fino.

P13. Em qual destes dois segmentos do útero se situam, em maior quantidade, as fibras oblíquas do miométrio?

R: No segmento superior.

P14. A placenta está, normalmente, inserida no miométrio?

R: Não. A placenta não se insere para além da decídua.

P15. O que acontece se a placenta se inserir no miométrio?

R: A placenta fica retida uma vez que não se separa da decídua da forma habitual.

P16. Na placenta há mistura do sangue materno e do sangue fetal?

R: Não. Normalmente, o sangue materno e o sangue fetal são separados pelas células das vilosidades coriônicas na placenta.

Fisiologia da terceira etapa

P17. Como é que se altera o tamanho do local de inserção da placenta durante a terceira etapa do trabalho de parto.

R: Torna-se mais pequeno devido à contracção e retracção do músculo uterino.

P18. O que acontece à placenta à medida que o local de inserção da placenta se torna mais pequeno e porquê?

R: A placenta começa a separar-se da parede uterina uma vez que, ao contrário do útero, não é elástica e não se pode contrair e retrain.

P19. Como é que o coágulo retroplacentário ajuda à separação?

R: O sangue acumula-se no espaço córion-decidual e ajuda a placenta a descolar-se da decídua.

P20. Quais são os sinais de separação e descida da placenta?

R: Aumento do comprimento do cordão, um laivo de sangue e contracção do útero com subida do fundo do útero no abdómen.

P21. Descreva o método de Schultze de separação da placenta.

R: A placenta separa-se num ponto central havendo formação de um coágulo retroplacentário que, normalmente se encontra incluso nas membranas quando a placenta nasce.

P22. Qual é o principal perigo do método de Matthews Duncan de separação da placenta?

R: Pode estar associado com a inserção da placenta num posição inferior do útero. O processo de separação demora mais tempo, as membranas podem ficar danificadas e a perda de sangue é maior se a placenta estiver inserida inferiormente (uma vez que existem menos fibras oblíquas no segmento inferior).

P23. Qual é o fluxo sanguíneo normal através da placenta? (ou que quantidade de sangue flui através do local de inserção da placenta por minuto?).

R: 500 a 800 ml por minuto.

P24. Descreva como é que a perda de sangue é controlada após a expulsão da placenta.

R: Após a expulsão da placenta as fibras musculares oblíquas do miométrio contraem-se fortemente de modo a comprimir os vasos sanguíneos do útero. Formam-se coágulos à volta dos vasos sanguíneos.

P25. O que acontece se os coágulos sanguíneos ficarem retidos na cavidade uterina, após a expulsão da placenta.

R: Evitam a contracção forte do útero e causam HPP.

P26. Refira dois factores que interferem com o controlo da hemorragia.

R: Retenção da placenta ou membranas, ou partes destas. Ter a bexiga cheia.

(Outros dos factores que podem ser referidos são aqueles que interferem com a contracção uterina, por exemplo, parto prolongado, anestesia e analgesia. Aceite qualquer resposta certa).

P27. *Porque é que a técnica asséptica é tão importante durante a terceira etapa do trabalho de parto?*

R: Porque o local de inserção da placenta contém grandes sinuosidades venosas com acesso directo à circulação geral. O local de inserção da placenta é também quente e escuro o que o torna ideal para a cultura de microrganismos.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA AS TAREFAS DO TRATAMENTO DA TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO

Use estas listas de verificação para ensinar os alunos e para avaliar o seu desempenho na área clínica.

A lista de verificação A refere as tarefas que devem ser executadas na gestão activa da terceira etapa do trabalho de parto. A lista de verificação B as do tratamento fisiológico. Os conhecimentos, competências e atitudes que necessitam de ser atingidas com as tarefas são também referidos.

LISTA DE VERIFICAÇÃO A

Tarefa: Tratamento activo da terceira etapa do trabalho de parto

(A) = Acções

(D) = Decisões

(C) = Comunicações

Tarefas	Conhecimentos	Competências	Atitudes
1. Identificar qualquer risco elevado, por exemplo, anemia, elevada paridade (D)	Factores que aumentam o risco de HPP	Elaboração e revisão da história clínica. Reconhecimento dos sinais clínicos	Precisão Exaustão (pormenorizar)
2. Explicar à mulher (C)	Fisiologia e tratamento básicos da terceira etapa do trabalho de parto	Capacidade de explicar com clareza como e porquê usando uma linguagem que a mulher perceba	Empatia Clareza
3. Obter consentimento da mulher (A)	Aspectos legais Políticas da prática	Capacidade de explicar porquê	Precisão
4. Administrar fármaco ocitócico após o nascimento do bebé e após a exclusão de um segundo gémeo (A)	Acção, dose, uso armazenamento e precauções dos ocitócicos Locais de administração de fármacos por via IM ou EV e indicações para administração EV	Manter a refrigeração dos fármacos Técnicas de administração de terapêutica IM e EV	Cuidado Precisão e delicadeza
5. Clampar e cortar o cordão umbilical (A)	Altura para clampagem do cordão	Técnica de corte do cordão	Rapidez e precisão
6. Posicionamento da mulher (A)	Fisiologia Preferências da mulher	Ajudar a mulher a adoptar a melhor posição	Cuidado Suavidade
7. Uso de técnica asséptica (A)	Perigo de infecção	Usar assépsia extrema	Exaustão (pormenorizar)
8. Assegurar que a bexiga está vazia (A)	Anatomia relativa da fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto	Cuidados à bexiga durante o parto	Exaustão (pormenorizar)
9. Permitir que o fármaco ocitócico actue (D)	Acção das drogas ocitócicas	Tempo de administração e tracção controlada do cordão	Paciência Cuidado Precisão

Tarefas	Conhecimentos	Competências	Atitudes
10. Assegurar que o útero está bem contraído (A)	Ação do fármaco ocitótico Consistência do útero contraído	Palpação do útero	Precisão Suavidade
11. Aplicação de contra-tracção com a mão esquerda (A)	Fisiologia da terceira etapa	Manipulação do útero e da placenta	Cuidado Suavidade
12. Aplicação de tracção controlada do cordão com a mão direita (A)	Fisiologia da terceira etapa	Manipulação do útero e da placenta	Cuidado Suavidade
13. Receber a placenta nas mãos quando se tornar visível (A)	Reconhecer os perigos da retenção de membranas se a placenta nascer muito depressa e com lacerações	Manipulação da placenta	Cuidado Suavidade
14. Movimento suave para cima e para baixo para fazer nascer as membranas (A)	Reconhecer a friabilidade das membranas	Manipulação da placenta e membranas	Cuidado Suavidade
15. Assegurar que o útero continua bem contraído (D)	Consistência do útero, contraído ou relaxado	Palpação do útero e massagem se não estiver bem contraído	Precisão Suavidade
16. Assegurar que a perda de sangue não é excessiva (D)	Perda normal de sangue	Observação e medição	Exaustão (pormenoriza)
17. Examinar quanto à presença de trauma (A)	Estrutura normal da genitália externa	Exame cuidadoso	Exaustão Suavidade
18. Exame da placenta e membranas (A)	Anatomia geral da placenta e membranas Problemas relacionados com a retenção de produtos	Observação e exame detalhado	Exaustão Precisão
19. Medição da perda de sangue (A)	Perda normal de sangue Definição de HPP	Observação e medição	Precisão
20. Identificar a necessidade de encaminhar qualquer anomalia (D)	Avaliação do traumatismo e/ou deterioração no estado	Reconhecer a necessidade de e a capacidade de organizar o encaminhamento	Precisão Rapidez
21. Relatar ao médico (A ²)		Comunicação profissional	Precisão Rapidez
22. Tomar as medidas iniciais para reanimar e manter o estado estável (A) ²	Sinais vitais normais e sinais de deterioração	Capacidade para preparar uma perfusão EV e monitorizar o estado	Precisão Rapidez
23. Registar os detalhes (A)	Importância dos registos	Comunicação escrita	Exaustão (pormenorizar) Precisão
24. Avaliar os cuidados prestados (D)	Relação entre o processo e o resultado	Prática reflexiva	Exaustão (pormenorizar) Objectividade

² Só é necessário quando surgem complicações.

LISTA DE VERIFICAÇÃO B

Tarefa: Tratamento fisiológico da terceira etapa do trabalho de parto

(A) = Acções

(D) = Decisões

(C) = Comunicações

Tarefas	Conhecimentos	Competências	Atitudes
1. Identificar qualquer risco elevado, por exemplo, anemia, elevada paridade (D)	Factores que aumentam o risco de HPP	Elaboração e revisão da história clínica. Reconhecimento dos sinais clínicos	Precisão Exaustão (pormenorizar)
2. Explicar à mulher (C)	Fisiologia e tratamento básicos da terceira etapa do trabalho de parto	Capacidade de explicar com clareza como e porquê, usando uma linguagem que a mulher perceba	Empatia Clareza
3. Posicionamento da mulher (A)	Fisiologia Preferências da mulher	Ajudar a mulher a adoptar a melhor posição	Cuidado Suavidade
4. Uso de técnica asséptica (A)	Perigo de infecção	Usar assépsia extrema	Exaustão (pormenorizar)
5. Assegurar que a bexiga está vazia (A)	Anatomia relativa da fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto	Cuidados à bexiga durante o parto	Exaustão (pormenorizar)
6. Verificar a presença de sinais de separação e descida da placenta (D)	Fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto	Observação	Paciência Cuidado Precisão
7. Assegurar que o útero está bem contraído (A)	Consistência do útero contraído	Palpação e massagem do útero para promover a contracção	Precisão Suavidade
8. Encorajar a mãe a fazer força (C)	Fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto	Observação	Paciência Encorajamento
9. Monitorização do estado geral: pulso	Frequência normal, ritmo e volume do pulso	Observação Palpação do pulso e interpretação	Exaustão (pormenorizar) Precisão
Tensão arterial (A) (D)	Tensão arterial normal	Uso do esfigmomanómetro	Precisão
10. Receber a placenta nas mãos quando se tornar visível (A)	Reconhecer os perigos da retenção de membranas se a placenta sair muito depressa e com lacerações	Manipulação da placenta	Cuidado Suavidade
11. Movimento suave para cima e para baixo para fazer sair as membranas (A)	Reconhecer a friabilidade das membranas	Manipulação da placenta e membranas	Cuidado Suavidade
12. Assegurar que o útero continua bem contraído (D)	Consistência do útero, contraído ou relaxado	Palpação do útero e massagem se não estiver bem contraído	Precisão e suavidade
13. Assegurar que a perda de sangue não é excessiva (D)	Perda normal de sangue	Observação e medição	Exaustão

Tarefas	Conhecimentos	Competências	Atitudes
14. Examinar quanto à presença de trauma (A)	Estrutura normal da genitália externa	Exame cuidadoso	Exaustão Gentileza
15. Exame da placenta e membranas (A)	Anatomia geral da placenta e membranas Problemas relacionados com a retenção de produtos	Observação e exame detalhado	Exaustão Precisão
16. Clampar e cortar o cordão umbilical (A)	Altura para clampagem do cordão	Técnica de corte do cordão	Rapidez e precisão
17. Medição da perda de sangue (A)	Perda normal de sangue Definição de HPP	Observação e medição	Precisão
18. Identificar a necessidade de encaminhar qualquer anomalia incluindo atraso na expulsão da placenta (D)	Avaliação do traumatismo e/ou deterioração no estado Duração da terceira etapa	Reconhecer a necessidade de e a capacidade de organizar o encaminhamento	Precisão Rapidez
19. Relatar ao médico (A ³)		Comunicação profissional	Precisão Rapidez
20. Tomar as medidas iniciais para reanimar e manter o estado estável (A) ³	Sinais vitais normais e sinais de deterioração	Capacidade para preparar uma perfusão EV e monitorizar o estado	Precisão Rapidez
21. Registrar os detalhes (A)	Importância dos registos	Comunicação escrita	Exaustão (pormenorizar) Precisão
22. Avaliar os cuidados prestados (D)	Relação entre o processo e o resultado	Prática reflexiva	Exaustão (pormenorizar) Objectividade

³ Só é necessário quando surgem complicações.

2. COMPREENDER A HEMORRAGIA PÓS-PARTO

SESSÃO 2

COMPREENDER A HEMORRAGIA PÓS-PARTO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem a importância do tratamento imediato e apropriado da hemorragia pós-parto (HPP) para salvar vidas.
- Capacitar os alunos para compreenderem as definições e descrições usadas relativamente à HPP.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 2, os alunos devem ser capazes de:

1. Definir HPP, HPP primária, HPP secundária e placenta encarcerada.
2. Definir hemorragia atónica e hemorragia traumática.
3. Enumerar as causas de HPP primária e identificar as que estão associadas a uma elevada incidência de morte materna.
4. Enumerar as causas de HPP secundária e identificar as que estão associadas a uma elevada incidência de morte materna.
5. Explicar os efeitos da perda abundante de sangue no organismo humano e de que forma é que tal pode pôr em risco a vida e a saúde.

PLANO

Trabalho de grupo.

Discussão.

Exposição.

Demonstração.

Carga horária: 2 horas.

RECURSOS

Equipamento para demonstração.

INTRODUÇÃO

Peça aos alunos para formarem grupos para definirem HPP, HPP primária, HPP secundária, placenta retida, hemorragia atônica e hemorragia traumática. Cada grupo deve relatar os resultados, apresentando as suas próprias definições enquanto que os outros grupos devem comentar se concordam ou se têm uma definição diferente. Os alunos devem compreender as seguintes definições:

DEFINIÇÕES

Hemorragia Pós-Parto (HPP)

É a perda de 500 ml de sangue ou mais, pelo tracto genital, após o parto.

Nota: É importante lembrar que, em determinadas circunstâncias, uma perda de sangue inferior pode levar a uma deterioração do estado da mulher. Tal inclui a presença de anemia ou outras condições médicas, por exemplo, doença cardíaca.

Hemorragia Pós-Parto primária é a hemorragia excessiva que ocorre nas 24 horas a seguir ao parto.

Hemorragia Pós-Parto secundária é a hemorragia excessiva que ocorre entre as 24 horas após o nascimento do bebé e as 6 semanas após o parto.

Placenta Encarcerada

Descreve a situação em que a placenta não é evacuada nos 30/60 minutos seguintes ao nascimento do bebé.

Hemorragia Atónica

Ocorre no local de inserção da placenta porque útero é incapaz de se contrair adequadamente, o que faz com que os vasos não sejam comprimidos e a hemorragia controlada. Qualquer condição que interfira com a contracção uterina, como retenção da placenta, membranas ou coágulos sanguíneos, predispõe à hemorragia atónica.

Hemorragia Traumática

Ocorre como resultado de lesões do tracto genital.

CAUSAS DE HPP PRIMÁRIA

Incluem:

- Útero atónico (devido a, por exemplo, retenção da placenta ou membranas).
- Traumatismo genital (inclui rotura espontânea ou causada por traumatismo iatrogénico como por exemplo, parto instrumental, episiotomia ou corte “gishiri”).
- Coagulopatia (raro)⁴.
- Inversão do útero (raro)⁴.

CAUSAS DE HPP SECUNDÁRIA

- Retenção de fragmentos da placenta ou das membranas.
- Descamação de tecido morto a seguir a PPTP (pode envolver o colo do útero, vagina, bexiga e recto).
- Abertura de ferida uterina (após cesariana ou rotura do útero).

EFEITOS DE HEMORRAGIAS GRAVES NO ORGANISMO

Ajude os alunos a compreenderem que, em consequência de uma HPP, a mulher pode sangrar rapidamente até à morte.

PI: Que quantidade de sangue pode uma mulher perder, por minuto, devido a HPP?

R: Entre 500 e 800 ml por minuto.

⁴ Associado com elevada incidência de morte.

P2: *Quantos litros de sangue tem uma mulher média em circulação?*

R: 5 litros.

P3: *Quanto tempo demora até uma mulher perder todo o seu sangue?*

R: entre 6 a 10 minutos.

Assim é fácil compreender que, em casos de HPP, a parteira devem agir rapidamente e eficientemente de modo a salvar vidas.

P4: *Que órgãos vitais param de funcionar quando a mulher está em choque grave?*

R: Os rins.

P5: *Porque é que tal é um risco associado à HPP?*

R: A perda grave de sangue causa hipovolémia (isto é, redução no volume de sangue circulante) o que irá conduzir a necrose ou morte, primeiro dos túbulos renais e depois do córtex renal. A necrose cortical não é reversível e causa a morte da mulher.

Peça aos alunos para pensarem sobre os efeitos da HPP nas mulheres que não estão de boa saúde (por exemplo, mulheres anémicas: irão ter menos eritrócitos para transportarem o oxigénio e irão colapsar mais rapidamente mesmo com perdas menores de sangue). Outras podem estar enfraquecidas devido a uma doença crónica. Muitas destas doenças estão, frequentemente, associadas com a anemia (por exemplo, malária, infecção por Ancylostoma, hemoglobinopatias, tuberculose, disenteria).

Realce o facto de que mesmo que a mulher não morra em resultado da HPP a sua saúde pode ser afectada de forma adversa. Peça aos alunos para formarem grupos e considerarem os efeitos que isto pode ter.

A anemia irá fazer com que a mulher se sinta cansada e menos capaz de:

- Cuidar de si própria.
- Amamentar e alimentar o seu bebé.
- Cuidar da sua família.

Tal irá afectar a saúde e a segurança de toda a família. Irá tornar a mulher mais susceptível à infecção e a outras doenças.

Numa gravidez futura pode vir a sofrer de:

- Aborto espontâneo.
- Hipoxia intra-uterina.
- Atraso do crescimento intra-uterino.
- HPP da qual pode morrer.

Uma consequência crónica de HPP grave e choque pode ser a síndrome de Sheehan. Esta pode ser originada por hipovolémia que causa necrose da hipófise. Tal afecta a função endócrina, com falência da lactação e envelhecimento precoce.

Assegure-se de que os alunos compreendem:

- *A importância do tratamento da HPP.*
- *Que o tratamento imediato e correcto pode salvar vidas.*
- *O significado de todas as definições desta sessão.*

DEMONSTRAÇÃO⁵

O pessoal de enfermagem obstétrica deve ser capaz de distinguir entre uma hemorragia normal após o parto e perda de sangue que põe em risco a saúde ou a vida de uma mulher. A perda de sangue, normalmente, é subestimada (ver “Estimar a perda de sangue” na Sessão 1).

*Ajuda se os alunos visualizarem a quantidade de sangue que é perigoso perder (**Figura 2.1**). Coloque 500 ml de água colorida a vermelho numa garrafa e mostre aos alunos. De modo a tornar a água mais grossa, para que se assemelhe ao sangue, misture gelatina vermelha na água, use sumo de tomate ou sangue de um animal morto recentemente (adicione oxalato de sódio para atrasar a coagulação). Entorne o líquido sobre roupas e lençóis. Pode espalhar 150 ml de líquido (quantidade média de sangue perdido durante uma terceira etapa do trabalho de parto normal) por cima de roupas e lençóis para comparação.*

Peça aos alunos para estimarem a perda de sangue. Este exercício irá ajudá-los a tomar consciência de quão incorrecta pode ser a estimativa das perdas de sangue.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

⁵ Adaptado de Werner D, Bower B. *Helping Health Workers Learn*. First Edition, The Hesperian Foundation, Berkeley, CA, 1982.

X

ESTE NÃO É UM MÉTODO
DE ENSINO EFICAZ

A perda de sangue
é grave se a mulher
perder mais de
500 ml

Uma perda de
sangue de
mais de 500 ml
é perigosa



MÉTODO DE ENSINO
AINDA MAIS CORRECTO

MÉTODO DE ENSINO
MAIS CORRECTO

Se a mulher perder mais
do que esta quantidade
de sangue está a perder
demasiado



Perder mais do que esta
quantidade de sangue é
um sinal de perigo



Figura 2.1: Ensinar a estimar a perda de sangue

3. FACTORES EVITÁVEIS

SESSÃO 3

FACTORES EVITÁVEIS

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para reconhecerem os factores que contribuem para a morte materna devido a hemorragia pós-parto (HPP).
- Capacitar os alunos para compreenderem que a maioria destes factores podem ser prevenidos.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 3, os alunos devem ser capazes de:

1. Definir factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta.
2. Listar os factores de risco de HPP e identificar os factores evitáveis.
3. Discutir os passos que devem ser tomados para prevenir a morte por factores evitáveis.

PLANO

Exposição (½ hora).

Trabalho de grupo (1 hora).

Feedback, discussão (1 ½ horas).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”.

Ficha de trabalho.

INTRODUÇÃO

Se já apresentou aos alunos o conceito de factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta noutro módulo técnico, faça uma revisão e depois avance para o restante da sessão.

DEFINIÇÕES

Assegure-se que os alunos compreendem as seguintes definições:

Factores Evitáveis

Factores que causam ou contribuem para a morte materna, através de desvios dos padrões de cuidados aceitáveis.

Factores de Risco

Factores que tornam uma condição mais provável ou grave.

É importante os alunos perceberem que:

Os factores de risco não devem ser utilizados para prever complicações. O sistema de categorias de risco, ou a abordagem baseada no risco, não é útil uma vez que a evidência mostra que muitas mulheres de “risco elevado” não têm uma complicação enquanto que as classificadas de “baixo risco” a têm. Assim, todas as mulheres grávidas devem ser consideradas em risco de desenvolver uma complicação.

Morte obstétrica directa

Morte resultante de complicações obstétricas da maternidade (gravidez, parto ou puerpério), desde intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou série de eventos resultantes dos já mencionados.

Morte obstétrica indirecta

Morte resultante de doença prévia ou desenvolvida durante a gravidez, sem etiologia obstétrica directa, complicada ou agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Peça aos alunos para darem exemplos de factores evitáveis e discuta-os, confirmando que são evitáveis. Por exemplo:

- *A anemia contribui para a morte por HPP uma vez que uma perda de sangue muito pequena pode ser fatal para a mulher (a anemia deve ser corrigida no período pré-natal).*

De modo a prevenir a morte materna, é necessário considerar não só as causas de morte mas, também os factores de risco:

- *A HPP pode ser uma causa de morte, a anemia é um factor de risco (contribui para o risco e torna o perigo maior).*

TRABALHO DE GRUPO

Divida os alunos em grupos e disponibilize as “Instruções para o trabalho de grupo” detalhadas no final desta sessão. Explique o que têm de fazer analisando os exemplos dados.

Os alunos devem concentrar-se nas duas principais causas de HPP: útero atónico e traumatismo genital e listar as causas ou factores de risco para estes dois tipos de HPP.

Feedback

Depois do trabalho de grupo, facilite o feedback permitindo que cada grupo apresente o seu trabalho detalhadamente. Utilize a lista de verificação como guia para os factores de risco que devem ser mencionados.

No caso de HPP devido a útero atónico, organize os factores mencionados pelos alunos sob os seguintes cabeçalhos:

- Interferência com a capacidade do útero em se contrair.
- Útero muito distendido.
- Exaustão do útero.
- Práticas erróneas.
- Factores médicos.
- Factores obstétricos não mencionados anteriormente.

Deve ficar com uma lista no quadro semelhante à da lista de verificação no final desta sessão. Use esta lista de verificação como guia para os factores que devem ser mencionados.

No caso de HPP devido a traumatismo do tracto genital, identifique os diferentes locais onde pode ocorrer traumatismo e discuta as causas ou factores de risco de traumatismo genital (ver a lista de verificação no final desta sessão).

Posteriormente enumere factores de risco comunitários e associados aos serviços de saúde e que tornam mais provável a morte por HPP (veja lista de verificação). Discuta em particular as crenças tradicionais sobre perda de sangue na terceira etapa do trabalho de parto. Em muitos países, as parteiras tradicionais e os familiares encaram a hemorragia a seguir ao parto como normal e boa e algumas encorajam a perda de “sangue mau” no período pós natal através da administração de remédios. Se uma mulher tiver uma HPP, os membros da família não estarão alertados para a gravidade da situação até que seja tarde demais.

Realce a importância do acesso às instituições de saúde e aos meios de transporte na prevenção das mortes por HPP. A morte por HPP pode acontecer muito mais rapidamente do que a morte por outras complicações maior. Como se realçou na Sessão 1, a HPP é frequentemente a causa mais comum de morte materna. Uma larga proporção das mulheres nos países em desenvolvimento vive em zonas rurais e dão à luz em casa pelo que, a não ser que haja fácil acesso a profissionais competentes e, quando necessário, a instituições de saúde adequadas, muitas mulheres irão morrer de HPP.

Assegure-se de que os alunos sabem porque é que cada factor causa ou torna a HPP mais provável ou mais perigosa. Discuta, em particular, o tratamento incorrecto da terceira etapa do trabalho de parto e as práticas tradicionais nocivas uma vez que constituem as causas de HPP mais controláveis. Um exemplo de tratamento incorrecto é permitir que a mulher entre na terceira etapa do trabalho de parto com a bexiga cheia. Tal afecta adversamente a acção uterina e, como resultado, torna a ocorrência de HPP mais provável. A massagem constante e o “espremer” do útero enquanto a placenta ainda não saiu pode causar a separação parcial da placenta e é outro exemplo de tratamento incorrecto.

Finalmente, ajude os alunos a estarem conscientes de que muitos casos de HPP podem ser prevenidos e que é fundamental lidar com os factores evitáveis de modo a que possam ser salvas vidas. Identifique os factores evitáveis e discuta os “passos para evitar que ocorram” que os grupos sugeriram no feedback.

Estes passos devem envolver a prevenção dos factores evitáveis durante:

- A gravidez.
- O parto (tratamento na 1ª, 2ª e 3ª etapa do trabalho de parto).
- Cuidados pós natais imediatos (primeiras 2 horas a seguir à expulsão da placenta).

Ajude os alunos a perceberem que os factores de risco comunitários de HPP podem ser influenciados pela educação da comunidade, no que a parteira tem um importante papel. Ela deve educar os membros da comunidade acerca dos perigos da HPP, factores de risco e importância dos cuidados pré-natais. A parteira deve também estar envolvida na montagem de planos de emergência, particularmente de transporte, para uma instituição, se necessário, juntamente com as parteiras tradicionais ou auxiliares, de modo a que estas possam encaminhar eficazmente em caso de HPP.

Faça um resumo da Sessão, realçando a importância da prevenção e esclareça as dúvidas que existirem.

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA HPP

Utilize esta lista de verificação como um guia para os factores que devem ser mencionados durante a discussão.

* = factores evitáveis.

++ = risco elevado, deve ser identificado no período pré-natal e referenciado em tempo útil.

+ = assegurar que não está associada a tratamento incorrecto.

1. Útero atónico

Factores de Risco

Interferência com a capacidade do útero em se contrair

Retenção da placenta +.

Retenção de tecido placentário ou membranas +.

Separação incompleta da placenta +.

Bexiga cheia + *.

Hemorragia antes do parto ++.

- Placenta prévia (menos fibras musculares oblíquas no segmento inferior do útero).
- Abrúptio placentário (fibras musculares estão danificadas devido a hemorragia uterina não visível).

Útero muito distendido

Paridade elevada (o útero perde elasticidade) *++.

Gravidez múltipla ++.

Hidrâmnio ++.

Bebé grande ++.

Fibróides * (vigilância de saúde entre gravidezes, tratamento quando diagnosticado e planeamento familiar em mulheres mais velhas).

Exaustão do útero

Trabalho de parto prolongado * (evitável pelo uso correcto do partograma e encaminhamento atempado para avaliação e, se não houver contra-indicação, aumento do trabalho de parto ou intervenção cirúrgica, se indicado).

Práticas erradas

Práticas tradicionais perniciosas *.

Remédios tradicionais perniciosos *.

Tratamento incorrecto da terceira etapa do trabalho de parto *.

Factores médicos

Anemia *.

Coagulopatia ++.

Hepatite ++ ou doença prévia, como por exemplo hemoglobinopatias, tuberculose e diabetes.

Factores obstétricos não mencionados anteriormente

Primípara.

Complicação prévia na terceira etapa do trabalho de parto ++ (retenção da placenta anterior, HPP anterior).

Morte intra-uterina do feto com retenção no útero durante 3-4 semanas ou mais ++.

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia grave ++.

Parto induzido ou aumentado.

Parto precipitado.

Cesariana.

Corionamnionite ou endometrite.

Fármacos tocolíticos que possam ter sido usados para prevenir o parto pré-termo.

2. Traumatismo Genital

- Périneo * (o traumatismo pode ser prevenido através do acompanhamento competente, em tempo útil e uso de episiotomia quando necessário, mas relembrar que a episiotomia por rotina não é necessária e deve ser evitada. A episiotomia também pode causar hemorragia).
- Paredes vaginais + (pode ser causado pelo uso inadequado dos fórceps).
- Colo do útero + (pode ser causado por a mulher fazer força antes da dilatação estar completamente feita e uso impróprio de fórceps se associado a rotura do útero- deve ser evitável)*.
- Útero * (evitar parto prolongado e PPTP).

Factores de risco

- Episiotomia realizada fora do tempo adequado.
- Parto induzido.
- Parto precipitado.
- Cesariana.
- Parto com fórceps +.
- Parto prolongado/ PPTP +.
- Cirurgia uterina anterior +.
- História anterior de parto prolongado/ PPTP
- Anemia *.

3. Factores de risco comunitários

- Crenças tradicionais acerca da terceira etapa do trabalho de parto.
- Falta de consciência acerca da gravidade da hemorragia excessiva.
- Grande distância entre a casa da mulher e a instituição de saúde.
- Problemas de transporte.
- Baixo estatuto socio-económico.
- Ignorância.
- Falta de confiança nos serviços de saúde formais.

4. Factores de risco dos serviços de saúde

(também discutidos na Sessão 8)

- Atrasos na remoção manual da placenta nos casos de retenção da placenta.
- Atrasos no início das medidas de reanimação apropriadas devido a uma variedade de factores, incluindo a falta de recursos.
- Técnica incorrecta durante a cesariana ou durante operações obstétricas vaginais.
- Sub-estimativa da perda de sangue e atraso na chamada de ajuda ou encaminhamento da mulher.
- Indisponibilidade de fármacos ocitócicos.
- Insuficiência de pessoal bem treinado.
- Falta de protocolos eficazes.
- Barreiras restritivas às parteiras e outro pessoal não médico na execução de procedimentos de emergência - suporte básico e avançado de vida.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

(Leiam, cuidadosamente, todas as instruções antes de começar).

1. Definam HPP.
2. Refiram as duas causas mais comuns desta enfermidade.
3. Enumerem os factores de risco de HPP atónica e de HPP traumática.
4. Expliquem porque é que cada factor torna a HPP mais provável ou mais grave.
5. Assinalem os factores de risco evitáveis (ou que podem ser prevenidos).
6. Refiram os passos que podem ser dados para prevenir estes factores.

São apresentados alguns exemplos em baixo. Usem as seguintes fichas de trabalho e trabalhem-nas de forma semelhante.

Têm uma hora.

Escolham um dinamizador e um relator para cada grupo.

Exemplos:

PREVENÇÃO DA HPP DEVIDO A ÚTERO ATÓNICO.

Factores de risco de útero atónico	Porque é que este factor torna a HPP mais provável ou perigosa?	É evitável?	Passos para evitar que ocorra
Anemia	Um perda muito menor de sangue pode ser fatal	Sim	Conselhos dietéticos e suplementos de ferro/ácido fólico durante a gravidez. Tratamento das situações que levaram a anemia, por exemplo, infestação, malária, etc.

PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS PARTO DEVIDO A TRAUMATISMO

Factores de risco de útero atónico	Porque é que este factor torna a HPP mais provável ou perigosa?	É evitável?	Passos para evitar que ocorra
Útero	PPTP	Sim	Usar o partograma. Nascimento com intervenção cirúrgica se o partograma não for normal (pode ser necessário encaminhar).

FICHA DE TRABALHO 1

PREVENÇÃO DA HPP DEVIDO A ÚTERO ATÓNICO			
Factores de risco de útero atónico	Porque é que este factor torna a HPP mais provável ou perigosa?	É evitável?	Passos para evitar que ocorra

FICHA DE TRABALHO 2

PREVENÇÃO DA HPP DEVIDO A TRAUMATISMO			
Factores de risco de útero atónico	Porque é que este factor torna a HPP mais provável ou perigosa?	É evitável?	Passos para evitar que ocorra

4. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

SESSÃO 4

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem a importância de identificar e definir o problema da hemorragia pós-parto (HPP) de modo a prestarem os cuidados adequados.
- Capacitar os alunos para adquirirem a arte do diagnóstico e do diagnóstico diferencial da HPP.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 4, os alunos devem ser capazes de:

1. Enumerar os passos envolvidos na prestação de cuidados eficazes.
2. Descrever como é que um diagnóstico e um diagnóstico diferencial são elaborados em relação à HPP primária e secundária.
3. Descrever os sinais de choque.

PLANO

Exposição, discussão (2 horas).

Teste opcional.

RECURSOS

Diagrama 1: HPP primária - identificação do problema.

INTRODUÇÃO

Explique quais são os seis passos de um tratamento eficaz.

1. *Identificar o problema.*
2. *Decidir o objectivo do tratamento.*
3. *Seleccionar o melhor tratamento.*
4. *Prestar cuidados, determinando as prioridades.*
5. *Avaliar os resultados.*
6. *Prestar mais cuidados, se necessário. Pode incluir o encaminhamento.*

Esta Sessão diz respeito ao passo 1. A identificação do problema implica fazer o diagnóstico correcto (isto é, decidir qual das duas ou mais condições podem ser a causa dos sinais e sintomas detectados).

Pode ajudar encarar o estabelecimento do diagnóstico como “um trabalho de detective”.

Peça aos alunos para formarem pequenos grupos para debaterem como é que é feito o diagnóstico.

Pergunte aos alunos:

- *Como é que um detective toma uma decisão em relação a um crime?*
- *O que é que faz o detective?*

As respostas devem referir que o detective:

- *Procura pistas.*
- *Observa cuidadosamente.*
- *Utiliza todos os sentidos (visão, audição, olfacto e tacto).*
- *Coloca questões.*
- *Considera todas as hipóteses.*

Relacione estes aspectos com as competências de diagnóstico.

Relembre aos alunos que, tal como o detective, eles têm de resolver problemas. As decisões que tomam são muito importantes.

Os alunos devem utilizar todos os sentidos e poderes de observação:

- *Olhar.*
- *Ouvir.*
- *Tocar.*
- *Pensar cuidadosamente e colocar a questão: Qual é o problema?*
- *Ter em conta toda a informação disponível.*

O detective não chega a uma conclusão através de uma só pista. Tem, sim, todas em consideração. Os alunos têm de aprender a fazer o mesmo.

Na identificação do problema – HPP – há que decidir primeiro se se trata de HPP primária ou secundária.

A questão essencial é “Quando ocorreu a hemorragia?”

Peça aos alunos para relembrares as definições de HPP primária e secundária. O tipo de HPP depende da hemorragia ter ocorrido:

- Nas 24 horas a seguir ao parto – HPP primária;
- Após as 24 horas e nas 6 semanas após o parto – HPP secundária.

DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hemorragia Pós-Parto Primária O Diagrama 1, no final da sessão resume as causas de hemorragia.
Dê esta informação aos alunos.

É muito importante identificar correctamente as causas de hemorragia uma vez que tal determinará o tratamento.

A hemorragia é atónica ou traumática? É essencial descobrir porque é que a mulher está a sangrar.

Hemorragia Atónica Pergunte aos alunos o que entendem por hemorragia atónica.

Os alunos devem compreender que a hemorragia atónica é a hemorragia do local de inserção da placenta devida à incapacidade do útero em se contrair adequadamente. (relembre os alunos da fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto. A contracção do miométrio é essencial para controlar a hemorragia).

Pergunte aos alunos:

- De quanto é a perda normal de sangue?
- Quanto é uma perda maciça de sangue?
- De quanto é a HPP?

Os alunos devem ser capazes de responder que quando há hemorragia vaginal:

- Perdas até 150 ml são normais.
- Perdas de 300 ml são maciças.
- HPP, consiste em perdas de pelo menos 500 ml.
- Qualquer perda de sangue é uma HPP se a condição da mulher se deteriorar (pode ocorrer especialmente quando a mulher está anémica).

Lembre os alunos que a investigação mostra que a perda de sangue é frequentemente subestimada, pelo que a observação cuidada e a medição das perdas de sangue são importantes.

Que pista mostra que a hemorragia é de origem atónica?

O útero não está bem contraído, está mole, distendido e com falta de tónus.

Se a hemorragia é atónica é importante saber se a placenta já saiu ou não. Quando a terceira etapa do parto é tratada activamente, a placenta sai, normalmente, nos 5-10 minutos a seguir ao nascimento do bebé. Demora mais tempo (20-30 minutos) a separar-se e a sair durante o tratamento fisiológico.

Os alunos devem lembrar-se que a placenta está retida se não sair dentro de 1 hora a seguir ao nascimento do bebé.

Se a placenta ainda não foi expulsa, há sempre hemorragia?

Pode não haver hemorragia se a placenta não se separou da parede uterina. É importante compreender que a hemorragia pode iniciar-se a qualquer altura e pode ser grave. Haverá hemorragia se a placenta estiver parcialmente separada. Lembre os alunos que, por vezes, o sangue

acumula-se no útero.

Se a placenta saiu, pergunte se parece estar completa.

Um exame rápido da placenta irá determinar se falta alguma parte. Relembre que um pequeno fragmento da placenta retido no útero pode causar hemorragia grave.

Existem outras pistas importantes (sinais) de hemorragia atónica?

Pergunte aos alunos:

- *Que outros factores podem causar relaxamento do útero?*
- *Que outros factores podem predispor a HPP atónica?*

Neste ponto será útil discutir algumas ideias. Como guia use a lista de verificação na Sessão 3 sobre as causas e factores de risco de HPP atónica.

Pergunte se existem dúvidas relacionadas com a HPP atónica.

Faça um resumo dos factos discutidos acerca da HPP atónica.

Os alunos devem ser capazes de identificar uma hemorragia traumática.

A hemorragia traumática é a hemorragia resultante de traumatismo ou ferimento do tracto genital.

Pergunte aos alunos:

- *Que pistas (sinais) indicam que a hemorragia é traumática?*

Os alunos devem ser capazes de responder que uma hemorragia é traumática quando há:

- *Hemorragia vaginal; e*
- *Quando o útero está bem contraído.*

É importante saber onde é o ponto de hemorragia.

Pergunte aos alunos de onde pode vir a hemorragia. Eles devem ser capazes de responder o seguinte:

- *Períneo – laceração ou resultante da episiotomia;*
- *Vulva – pode ocorrer rotura de varicosidades, lacerações ou hematoma (o hematoma pode não ser óbvio imediatamente após o parto mas pode causar dor grave e choque);*
- *Vagina – lacerações das paredes ou rotura de varicosidades;*
- *Colo do útero – podem ocorrer lacerações;*
- *Útero – pode também ocorrer rotura ou inversão do útero que são acompanhadas por dor forte e choque.*

O ponto de hemorragia pode ou não ser visível.

É possível encontrar rapidamente o ponto de hemorragia se esta provier do períneo, vulva ou parte inferior da vagina.

Se o ponto de hemorragia não é facilmente visível irá ser necessário:

- *Inserir um espéculo e observar a porção superior da vagina e colo do útero.*
- *Procurar sinais de rotura uterina.*

Hemorragia Traumática

Rotura do Útero

Pergunte aos alunos que pistas (sinais) os devem fazer suspeitar de rotura uterina.

Eles devem responder história prévia de:

- *Cicatriz uterina devida a cesariana.*
- *Desproporção cefalo-pélvica (DCP) (a cabeça do bebé é demasiado grande para a pélvis materna).*
- *Apresentação anormal, por exemplo, face, ombro ou face posterior.*
- *PPTP.*

Evidência de:

- *Choque grave (pulso rápido e fraco, tensão arterial baixa, palidez, sudorese, polipneia, ansiedade, confusão ou inconsciência, débito urinário diminuído).*
- *Colapso.*
- *Depressibilidade marcada do abdómen;*
- *Distensão abdominal;*
- *Contorno uterino anormal (durante o parto ou nascimento);*
- *Partes fetais facilmente palpáveis (durante o parto ou nascimento);*
- *Sons cardíacos fetais e movimentos ausentes (durante parto ou nascimento);*
- *Taquicárdia materna.*

Uma laceração vaginal pode-se estender ao segmento uterino inferior durante o nascimento.

Uma laceração vaginal pode-se estender ao colo e segmento uterino inferior durante o nascimento.

Pergunte se existem dúvidas.

Faça um resumo dos temas abordados.

Coagulopatia (alteração da coagulação) e Infecção

Existem dois outros factores que podem ocorrer, quer a hemorragia seja atónica ou traumática. Estes são:

- *Coagulopatia (alteração da coagulação);*
- *Infecção (sépsis puerperal).*

É sempre importante procurar indícios destes factores pois podem aumentar o perigo de HPP.

Relembre os alunos de como reconhecer uma deficiência na coagulação.

Normalmente, o sangue coagula em aproximadamente 5 minutos. Se não coagular em 7 minutos há um defeito de coagulação. A alteração da coagulação é causa e resultado de uma hemorragia obstétrica maciça. Pode ser despoletada por descolamento da placenta, morte fetal intra-uterina, choque séptico, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, embolia do líquido amniótico e outras causas. Deve-se suspeitar de coagulopatia quando há atraso no tempo de coagulação e a mulher com uma das condições mencionadas anteriormente começa a sangrar de vários locais (por exemplo, vagina, nariz, gengivas e pele).

Em casos de perdas de sangue maciças o desenvolvimento de coagulopatia pode ser prevenido se o volume sanguíneo for repostado prontamente através da administração de líquidos EV, quer soro fisiológico quer lactato de Ringer.

O tratamento da alteração da coagulação inclui o tratamento da causa da coagulopatia e administração de uma transfusão de sangue para repor os factores de coagulação e os eritrócitos. Se não houver disponibilidade de sangue seguro, deve usar-se um derivado adequado.

A sépsis puerperal (também conhecida por metrite) pode complicar a HPP. Normalmente ocorre 24 horas após o parto mas também pode surgir nas 24 horas imediatamente a seguir ou no período intra-parto (corionamnionite). Deve suspeitar-se de sépsis puerperal se a mulher tem febre, dor no abdómen inferior, lóquios purulentos e com cheiro fétido e útero dolorido. A mulher pode também desenvolver choque séptico.

É importante que os alunos compreendam como identificar o problema correctamente. A precisão diagnóstica é a base do tratamento eficaz.

Faça um resumo sobre a identificação da HPP primária. À medida que o faz ilustre utilizando o Diagrama 1.

Hemorragia Pós-Parto Secundária ou Tardia

Pergunte aos alunos:

O que pode causar a HPP secundária?

Devem ser capazes de responder o seguinte:

- *Retenção de produtos (membranas ou tecido placentário).*
- *Descamação de tecido necrosado a seguir a PPTP (pode envolver o colo do útero, vagina, bexiga e recto).*
- *Infecção.*
- *Deiscência de ferida uterina após cesariana ou rotura uterina.*

Pergunte aos alunos:

Como reconheceriam a HPP secundária?

Devem descrever o seguinte:

- *Há hemorragia do tracto genital para além dos lóquios normais, 24 horas após ou nas 6 semanas a seguir ao parto;*
- *O útero está aumentado de tamanho e mais mole do que o esperado para a altura do parto, isto é, subinvolução.*

Se houver infecção (sépsis puerperal) o seguinte pode ser notado:

- *Lóquios com cheiro fétido.*
- *Febre.*
- *Pulso rápido.*
- *Anemia.*

A sépsis puerperal aumenta o perigo de HPP.

Realce que a HPP secundária é muito perigosa porque:

- *Pode estar associada a episódios repetidos de hemorragia grave;*
- *Está frequentemente associada com a sépsis puerperal;*
- *Pode conduzir a morte materna.*

Choque

Quando uma mulher tem uma HPP pode sangrar muito rapidamente e entrar em choque devido a hipovolémia. Os alunos devem reconhecer os sinais de choque e ser capazes de avaliar a sua gravidade.

Pergunte aos alunos: Quais são os sinais de choque?

*Use o **Quadro 1** como guia.*

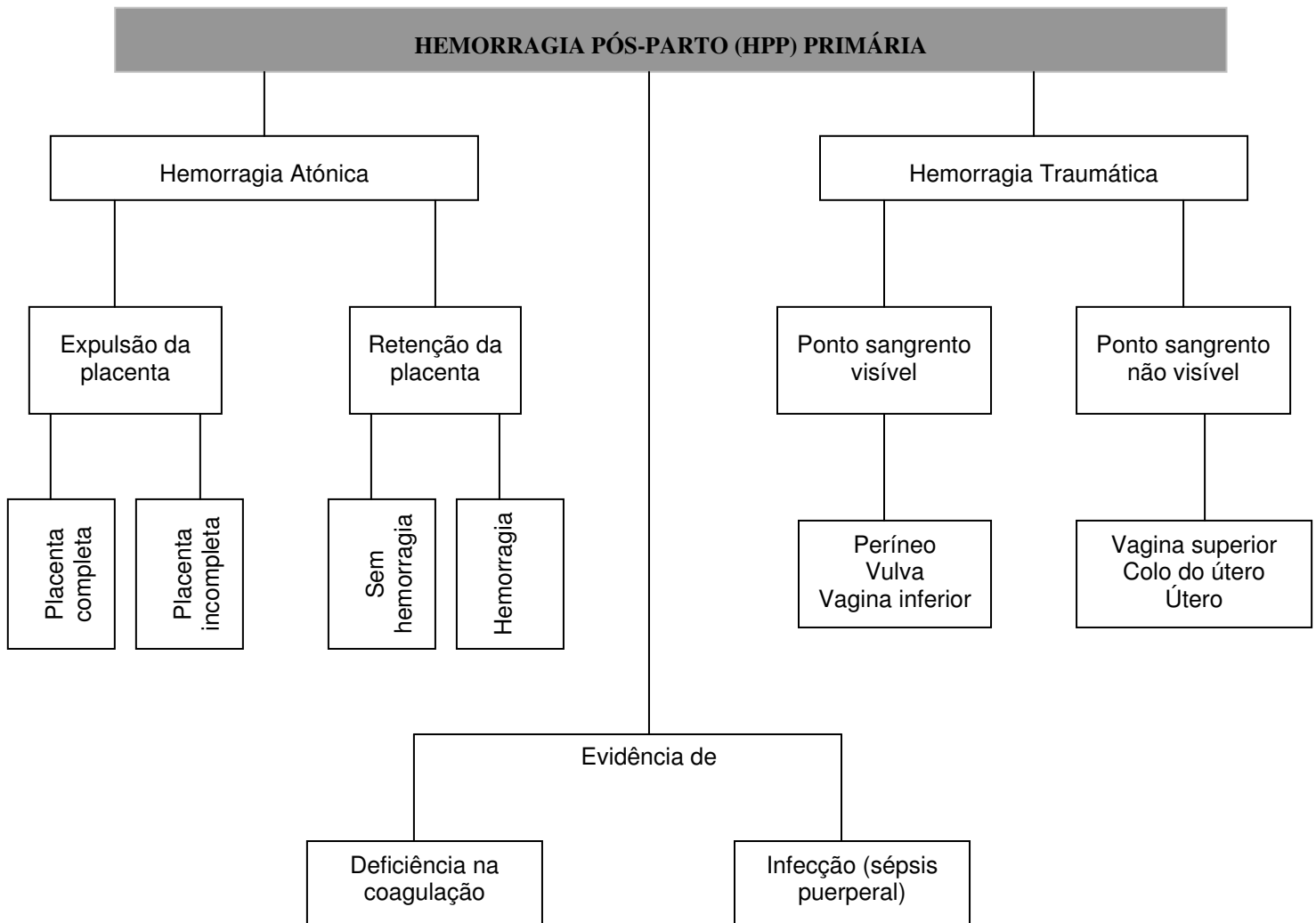
Quadro 1: Sinais de choque

Iniciais	Tardios
Acordada, atenta, ansiosa	Confusa ou inconsciente
Pulso acelerado	Pulso muito rápido e fraco com frequência de 110 ppm ou mais
Respiração ligeiramente mais rápida	Respiração rápida e superficial (frequência de 30 cpm ou mais)
Palidez	Palidez marcada especialmente nas mucosas oculares, palmas das mãos e peribucal.
Sudorese	Pele fria e viscosa
Tensão arterial baixa (sistólica <90 mm Hg)	Tensão arterial muito baixa
Débito urinário de 30ml por hora ou mais	Débito urinário de menos de 30ml por hora

*Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem. Aconselhe os alunos a aprenderem a informação fornecida no **Diagrama 1**.*

Pode testar os conhecimentos e compreensão dos alunos aplicando um teste sobre as sessões 2-4 deste módulo. Pode também incluir uma revisão da fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto e da sua gestão. É dado um exemplo do teste no final da Sessão 1.

Diagrama 1: HPP primária - identificação do problema



5. TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA

SESSÃO 5

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para tratarem a hemorragia pós-parto (HPP) primária de forma eficaz.
- Capacitar os alunos para compreenderem os passos imediatos para parar a hemorragia e reanimar a mulher e como e quando encaminhar a mulher e transferi-la.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 5, os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar a acção que a parteira deve tomar para parar uma perda de sangue associada a HPP primária.
2. Descrever o tratamento de HPP atónica quando a placenta já saiu.
3. Descrever o tratamento de HPP atónica quando a placenta está retida.
4. Descrever o tratamento da HPP traumática.
5. Explicar os cuidados necessários e os registos que devem ser feitos durante a transferência.

PLANO

Exposição (2 horas).

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

INTRODUÇÃO

Lembre os alunos dos seis passos do tratamento eficaz. Explique que esta sessão aborda o tratamento da HPP primária, quer atónica quer traumática.

Os princípios do tratamento da HPP são:

- Rapidez.
- Competências.
- Prioridades.

As prioridades do tratamento da HPP são:

- Chamar ajuda (para ajudar no controlo da hemorragia).
- Fazer uma avaliação rápida do estado da mulher.
- Encontrar a causa da hemorragia.
- Parar a hemorragia.
- Estabilizar ou reanimar a mulher.
- Prevenir hemorragias futuras.

Estas são as prioridades, o que significa que devem ser feitas em primeiro lugar e antes de qualquer outra acção.

De modo a realizar as acções que são importantes é muitas vezes necessário:

- Alterar a ordem do que é feito habitualmente (por exemplo, é habitual examinar a mulher da cabeça aos pés. Se já estiver com uma HPP quando a vai ver, necessita de avaliar rapidamente a coloração, pulso, tensão arterial e estado de consciência, quantidade de sangue perdido e palpação do útero para determinar se se trata de uma hemorragia atónica. Isto pode ser feito em poucos segundos. Um exame mais detalhado pode ser realizado mais tarde e uma perda de tempo, PODE SER FATAL, neste período inicial).
- Identificar o que pode ser feito para salvar a vida.

A mulher morrerá a não ser que:

- Se pare a hemorragia.
- Seja reanimada ou o seu estado estabilize o que envolve a manutenção do volume circulatório e tratamento do choque.

Lembre aos alunos a importância da identificação do problema.

P1: *O que é a HPP?*

R: É uma perda de sangue pelo tracto genital, após o parto, de 500 ml ou mais.

P2: *(Se a resposta não tiver sido incluída nas definições apresentadas) Quando é que se considera uma perda inferior a 500ml como HPP?*

R: Se a condição da mulher se deteriorar – por exemplo, em casos de anemia.

P3: *Como define HPP primária?*

R: Hemorragia que ocorre nas 24 horas após o parto.

TRATAMENTO DA HPP ATÓNICA

P1: *O que é a hemorragia atónica?*

R: Hemorragia do local da placenta devida à falta de tónus do útero.

P2: *Que pistas (sinais) indicam que a hemorragia é atónica?*

R: O útero não está bem contraído. Está mole, distendido e sem tónus.

Explique que o tratamento irá depender da placenta ter saído ou não.

HPP – com Expulsão da Placenta

Peça ajuda de outro profissional de saúde, se possível. Caso contrário peça a um membro culturalmente aceite pela comunidade e pela família para ajudar a parar a hemorragia. Uma terceira pessoa deve cuidar do recém-nascido.

Para parar a hemorragia é essencial fazer com que o útero se contraia e esvaziá-lo.

1. Massaje o útero para promover a contracção e expelir quaisquer coágulos uma vez que os coágulos retidos no útero inibem contracções uterinas efectivas.
2. Administre 10 UI IM de ocitocina.
3. Avalie o estado da mulher (pulso, tensão arterial, coloração, consciência, tónus uterino) e estime a quantidade de sangue já perdida.
4. Inicie uma perfusão EV. Uma vez inserida a cânula colha sangue para tipagem e hemoglobínemia e administre, rapidamente se a mulher estiver em choque (11 em 15 minutos), soro fisiológico ou lactato de Ringer até esta estabilizar⁶ (pode necessitar de administrar até 3 litros para corrigir o choque).
5. Esvazie a bexiga e mantenha-a vazia. Insira um cateter se a mulher não é capaz de urinar.
6. Verifique se a placenta e as membranas estão completas.
7. Examine o colo do útero, vagina e períneo quanto à presença de lacerações.

Se a hemorragia persistir:

8. De modo a manter o útero bem contraído adicione 20 unidades de ocitocina a 1l de solução EV e administre a 60 gotas por minuto. Pode ser necessária uma segunda via se a primeira estiver a correr demasiado depressa para tratamento do choque. Tente colocar o bebé a mamar ou use a estimulação do mamilo se o bebé não mamar.
9. Faça compressão bimanual do útero ou compressão da aorta para tentar controlar a hemorragia. Ver **Figura 7.6**, **Figura 7.7** e **Figura 7.8**, na Sessão 7.
10. Avalie o estado de coagulação. A não formação de um coágulo ao fim de 7 minutos ou a formação de um coágulo mole que se desfaz rapidamente são sugestivos de coagulopatia. Irá ser necessária transfusão de sangue ou derivados.
11. Se a transfusão de sangue não for possível localmente e não se conseguir controlar a hemorragia, referencie urgentemente a mulher para uma instituição de saúde mais especializada.
12. Mantenha registos correctos e precisos.

⁶ Os sinais de que a mulher está a estabilizar incluem uma subida na tensão arterial (estabeleça como objectivo uma tensão arterial sistólica de pelo menos 100 mm Hg) e estabilização da frequência cardíaca (estabeleça como objectivo um pulso abaixo das 90 ppm).

13. Encaminhe a mulher para um nível de cuidados mais elevado, acompanhada por familiares que possam ser dadores de sangue.

Se a hemorragia persistir:

14. Pode ser necessário realizar uma ligação das artérias uterina e utero-ovariana.
15. Se tal não controlar a hemorragia é necessário realizar uma histerectomia subtotal.

Tratamento Contínuo

Monitorize o estado da mulher nas 24-48 horas seguintes, o que inclui:

- Verificar se o útero está firme e bem contraído;
- Perdas de sangue (para estimar a hemorragia correctamente coloque um resguardo ou qualquer outro material limpo por baixo das nádegas da mulher e peça-lhe para que estique as pernas e as cruze aos nível dos tornozelos durante cerca de 20 a 30 minutos: o sangue ir-se-á acumular na área do triângulo púbico);
- Temperatura;
- Pulso;
- Respiração;
- Tensão arterial;
- Estado geral (por exemplo, coloração, estado de consciência);
- Administração de líquidos (depois da mulher estabilizar, a solução EV deve ser administrada a uma velocidade de 11 em 4 a 6 horas);
- Monitorização da transfusão de sangue e o volume transfundido registado como líquido administrado;
- Débito urinário;
- Manter registos correctos e precisos.

Antes da mulher ter alta, deve ser verificada a hemoglobinémi e, se necessário, receitado suplemento de ferro (porque a perda de sangue conduz a deplecção das reservas de ferro).

Onde a infecção por *Ancylostoma* for endémica administrar:

- Albendazol 400 mg PO uma vez ou
- Mebendazol 500 mg PO uma vez ou 100 mg duas vez por dia durante três dias.

A evitar

1. Não deixe a mulher sozinha até:
 - A hemorragia estar controlada; e
 - O seu estado geral ser bom.
2. Na HPP atónica nunca inserir um tampão vaginal.

Encaminhamento e transferência

Se está em casa ou num centro de saúde sem as competências e/ou instalações e equipamentos necessários deve transferir para o hospital se:

- A mulher estiver em choque;
- A hemorragia não estiver controlada;
- Suspeitar de coagulopatia;
- A mulher precisar de uma curetagem para evacuação dos produtos da concepção retidos no útero.

Use o meio de transporte mais rápido disponível.

Lembre que atrasos significam morte. Durante a transferência da mulher há aspectos essenciais a ter em conta (**Quadro 2**).

Quadro 2: Durante a transferência a mulher com HPP após o expulsão da placenta

Manter	Usar
Contracção do útero	Massagem do fundo do útero Compressão bimanual do útero e da aorta; repetir 10 UI IM de ocitocina se necessário.
Esvaziar a bexiga	Algália de duas vias
Volume sanguíneo	Líquidos EV
Observação do estado	Verificar coloração, pulso, tensão arterial, perdas de sangue, estado de consciência e tempo de coagulação.
Calor da doente	Cobertores
Registos precisos	Gráficos, notas
Os familiares dispostos a dar sangue devem acompanhar a doente.	

HPP com retenção da placenta

Os princípios do tratamento são os mesmos de quando há expulsão da placenta, mas esta deve sair o mais rápido possível de modo a possibilitar a contracção eficaz do útero.

1. Avalie o estado da mulher (pulso, tensão arterial, coloração, estado de consciência, tónus uterino) e estime qual a perda de sangue até ao momento.
2. Administre 10 UI IM de ocitocina.
3. Colha sangue para tipagem e hemoglobinéia e coloque em perfusão uma solução EV. Inicialmente, use soro fisiológico ou lactato de Ringer e se a mulher estiver em choque administre rapidamente (1l em 15 minutos) até que estabilize.⁷ (pode necessitar de infundir até 3 litros para corrigir o choque).
4. Esvazie a bexiga.
5. Quando o útero estiver bem contraído, faça sair a placenta através da tracção controlada do cordão.
6. Massage o útero para promover a contracção e expulsão de coágulos.
7. Examine a placenta e membranas para se assegurar que estão completas.
8. Adicione 20 UI de ocitocina a 1l de soro fisiológico ou lactato de Ringer e administre a 40 gotas por minuto. Em caso de choque pode ser necessária uma segunda via EV pode administrar líquidos mais rapidamente.
9. Se a tracção controlada do cordão não for suficiente para a expulsão da placenta, deve ser efectuado um exame vaginal cuidadosamente. Se se conseguir sentir a placenta protuberante no colo do útero, deve ser agarrada com os dedos e retirada firmemente do útero, o qual deve ser agarrado pela outra mão através da parede abdominal.

⁷ Os sinais de que a mulher está a estabilizar incluem uma subida na tensão arterial (estabeleça como objectivo uma tensão arterial sistólica de pelo menos 100 mm Hg) e estabilização da frequência cardíaca (estabeleça como objectivo um pulso abaixo das 90 ppm).

10. Se a placenta não puder ser expulsa deve ser feita a remoção manual da placenta. (ver Sessão 9).
11. Após a remoção manual da placenta ter sido realizada, continuar com a administração EV de ocitocina como no n.º 8.
12. Examine a vulva, vagina e colo do útero quanto à presença de lacerações.

Se a hemorragia persistir, continue com os números 8-12 da secção seguinte “expulsão da placenta”.

Tratamento contínuo

Os passos descritos na página 81 para o tratamento contínuo, também se aplicam neste caso.

Pergunte se existem dúvidas.

Faça um resumo sobre o ensino do tratamento de HPP atónica.

TRATAMENTO DA HPP TRAUMÁTICA

P1: *O que é a hemorragia traumática?*

R: Há hemorragia do tracto genital mas o útero está bem contraído.

P2: *De onde pode vir a hemorragia?*

R:

- Périneo – pode ocorrer laceração ou episiotomia;
- Vulva – rotura de varicosidades,
- Lacerações ou hematoma (o hematoma pode não ser óbvio imediatamente após o parto mas pode causar dor intensa e choque);
- Vagina – lacerações das paredes ou rotura de varicosidades;
- Colo do útero- podem ocorrer lacerações;
- Útero – pode também ocorrer rotura ou inversão do útero que são acompanhadas por dor acentuada e choque.

Os princípios de tratamento são:

1. Colha sangue para tipagem e hemoglobínemia.
2. Prepare uma perfusão EV; administre soro fisiológico ou lactato de Ringer.
3. Coloque a mulher na posição de litotomia e use um bom foco de luz.
4. Encontre o local de hemorragia, se visível, e clampe-o. Posteriormente suture a laceração se acessível, caso contrário, prepare a mulher para ser encaminhada para uma instituição de saúde mais especializada.
5. Estime e registre as perdas de sangue.
6. Verifique o pulso, tensão arterial, observe e registre o estado geral.

Se a hemorragia persistir:

7. Teste o tempo de coagulação. Se for igual ou superior a 7 minutos ou se os coágulos forem muito friáveis, é provável que haja alteração da coagulação. Referencie para uma instituição de saúde mais especializada para transfusão de sangue.
8. Faça compressão aórtica (**Figura 7.8** na Sessão 7).
9. Mantenha registos correctos e precisos.

6. TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO SECUNDÁRIA

SESSÃO 6

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO SECUNDÁRIA

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para tratarem a hemorragia pós-parto (HPP) secundária de forma eficaz.
- Capacitar os alunos para compreenderem os passos imediatos para salvar a vida da mulher e prevenir complicações futuras, incluindo a prevenção da infecção.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 6, os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as alterações dos lóquios.
2. Explicar que acções a parteira deve tomar para parar a hemorragia devida a HPP secundária.
3. Descrever o tratamento de HPP secundária.
4. Explicar as práticas clínicas de prevenção de infecção aplicáveis ao tratamento da HPP primária ou secundária.

PLANO

Exposição (1 ½ horas).

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

INTRODUÇÃO

A HPP secundária ou “tardia” inclui todos os casos de HPP entre as 24 horas após o nascimento do bebé e as 6 semanas a seguir ao parto.

Perguntas como as seguintes irão permitir verificar os conhecimentos dos alunos:

P1: *Como reconheceria a HPP secundária?*

R: Os alunos devem compreender que se trata de uma perda de sangue excessiva para além dos lóquios normais.

P2: *De que cor são os lóquios nos primeiros dias a seguir ao parto?*

R: Vermelhos.

P3: *Durante quanto tempo permanecem vermelhos?*

R: 3-4 dias.

P4: *Quando e como mudam os lóquios de cor?*

R: Em 5-9 dias, tornam-se rosados e nas 2-3 semanas seguintes amarelados ou esbranquiçados.

Os alunos devem conhecer as alterações normais dos lóquios (se a mulher tiver alta no dia a seguir ao parto e os alunos tiverem pouca ou nenhuma experiência de cuidados pós-natais em casa, não estarão familiarizados com as alterações fisiológicas normais. Se não tiverem a certeza acerca do que é normal terão muita dificuldade em reconhecer o que não é normal).

ALTERAÇÕES DOS LÓQUIOS NORMAIS

O cheiro dos lóquios deve ser forte mas não desagradável. Se os lóquios tiverem um cheiro desagradável é porque há infecção. A infecção pode levar a HPP secundária ou septicemia. Ambas podem causar morte materna.

Durante os primeiros dias, a quantidade normal de lóquios é semelhante a um período menstrual abundante, mas varia consoante a mulher. No entanto, não deve ser excessiva. Se os lóquios forem excessivos importa colocar duas questões:

1. Há perda excessiva de repente?
2. A uma perda excessiva persistente (por vezes referida como expulsão contínua de coágulos)?

A quantidade de lóquios deve diminuir progressivamente à medida que o puerpério avança.

Os alunos necessitam de ter muita experiência em observar mulheres com lóquios normais para quando virem lóquios anormais os saberem identificar.

Pergunte aos alunos:

- *Quais são as causas de HPP secundária? (Esta matéria foi leccionada na Sessão 2).*

Devem lembrar-se das causas:

- *Retenção de fragmentos da placenta ou membranas;*
- *Infecção;*
- *Descamação de tecido necrosado a seguir a PPTP (no colo do útero, vagina, bexiga e recto);*
- *Deiscência de ferida uterina (após cesariana ou rotura uterina).*

TRATAMENTO DA HPP SECUNDÁRIA

P: Qual é o objectivo?

R: Preservar a vida e saúde da mulher.

De modo a fazê-lo há que recorrer aos mesmos princípios de tratamento que foram referenciados para a HPP primária.

Peça aos alunos para os recordarem:

- *Rapidez.*
- *Competência.*
- *Prioridades.*

Prioridades no Tratamento da HPP Secundária

Estas são semelhantes às prioridades identificadas no tratamento da HPP primária.

1. Faça a admissão de emergência da mulher numa instituição de saúde mais especializada.
2. Provoque uma contracção massajando o útero se ainda estiver palpável.
3. Avalie o estado da mulher e, se estiver numa área remota, inicie, se possível, o tratamento antes da transferência.
4. Administre ocitocina 10 UI EV.
5. Obtenha sangue para hemoglobínemia, tipagem e compatibilidade.
6. Prepare uma infusão EV. Inicialmente, use soro fisiológico ou lactato de Ringer. Se a mulher estiver em choque, administre-o rapidamente (1 l em 15 minutos) até que a mulher estabilize (pode ter que administrar 3 l até corrigir o choque).
7. Se a hemorragia for grave, adicione 20 UI de ocitocina por litro à perfusão e administre a 40 gotas por minuto (pode ser necessário canalizar uma segunda via).
8. Se a anemia for grave, prepare uma transfusão de sangue.
9. Se houver sinais de infecção (febre, perdas vaginais de cheiro fétido) administre os antibióticos seguintes:
 - Ampicilina 2g EV de 6/6 horas e;
 - Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal a cada 24 horas e;
 - Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas.

Mantenha-os até a mulher estar sem febre há 48 horas.

10. Se o colo do útero estiver dilatado, explore o útero com a mão para remover os produtos retidos e os coágulos. Se o colo do útero não estiver dilatado prepare-se para fazer aspiração uterina para o esvaziar. Se as condições locais não o permitirem, referencie a mulher.
11. Faça profilaxia do tétano, se necessário.
12. Se não houver melhoria com o tratamento referido anteriormente, referencie, urgentemente, para avaliação e provável cirurgia.

Se houver sinais de peritonite generalizada, o médico irá fazer uma laparotomia para drenar o pús. Se o útero estiver necrosado e séptico será realizada uma histerectomia subtotal.

Exame

Monitorize o estado da mulher cuidadosamente, o que inclui:

- Temperatura;
- Pulso;
- Respiração;
- Tensão arterial;
- Perdas de sangue/lóquios incluindo quantidade (se existem coágulos, membranas, presença de tecidos), odor, consistência, evidência de pus;
- Estado geral (por exemplo, coloração, estado de consciência, náuseas, vômitos);
- Ingestão de líquidos e débito urinário;
- Dor, local e gravidade;
- Manter registos correctos e precisos.

Providencie cuidados obstétricos de qualidade, o que inclui:

- Higiene e conforto físico;
- Apoio emocional;
- Execução das instruções médicas;
- Relato das alterações ao médico.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

INFORMAÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO

Os procedimentos para prevenção da infecção são essenciais para o tratamento de qualquer complicação da gravidez ou do parto. No entanto, se esta secção tiver sido incluída recentemente num módulo técnico anterior, não é necessário rever esta informação.

As mulheres com HPP primária ou secundária têm um maior risco de infecção, uma vez que não só irão ser sujeitas a mais procedimentos que aumentam o risco mas a anemia e a perda de sangue são riscos adicionais. Peça aos alunos para elaborarem uma lista sobre a importância dos procedimentos de prevenção. Escreva as respostas no quadro ou flip chart, que devem incluir:

- *Diminuir a transmissão de patógenos sanguíneos como o VHB (vírus da hepatite B) e o VIH.*
- *Proteger os doentes.*
- *Proteger o pessoal.*
- *Proteger a comunidade.*

Peça, agora, aos alunos para enumerarem as cinco “Precauções Universais”. Escreva as respostas no quadro. Estas devem incluir:

- *Lavagem das mãos.*
- *Utilização de barreiras protectoras como luvas, batas, aventais de plástico e óculos para prevenir o contacto directo com sangue e outros fluidos corporais.*
- *Descontaminação segura dos instrumentos e outro material contaminado.*
- *Manipulação e eliminação segura dos materiais cortantes.*
- *Eliminação segura do lixo contaminado com sangue e outros fluidos corporais.*

Lembre que as “Precauções Universais” se baseiam no pressuposto que todo o sangue está potencialmente infectado, independentemente de ser de um doente ou de um profissional de saúde. As “Precauções Universais” têm como objectivo reduzir ao máximo a exposição acidental dos doentes e profissionais de saúde a sangue potencialmente infectado.

Continue, revendo com a turma, as seguintes práticas clínicas de prevenção de infecção., Dependendo das necessidades e capacidades dos alunos, pode demonstrar algumas destas práticas clínicas.

Lavagem das mãos

A lavagem das mãos é importante para reduzir a transmissão de infecções uma vez que a fricção mecânica da lavagem com água e sabão remove muitos dos patógenos responsáveis pela transmissão de doenças. Deve ser usada, preferencialmente, água corrente (se não houver água canalizada, deve ser utilizado um contentor limpo, reutilizável com uma torneira). Pode ser usado sabão normal ou anti-séptico. Para secar as mãos deve ser usada uma toalha limpa.

As mãos devem ser lavadas:

- **Antes** de fazer um exame físico ou pélvico ou qualquer outro procedimento;
- **Antes** de calçar luvas;
- **Após** manipular instrumentos sujos;
- **Após** tocar nas mucosas, tecidos, sangue ou outros fluidos corporais;
- **Após** descalçar as luvas;
- **Entre** contactos com doentes diferentes.

Utilização de luvas

Os profissionais devem usar luvas novas, ou que tenham sido desinfectadas em elevado grau, quando realizam exames pélvicos ou outros procedimentos, especialmente quando as mãos estão potencialmente expostas a sangue ou outros fluidos corporais. As luvas devem ser mudadas entre doentes e entre procedimentos.

Os profissionais de saúde que limpam ou manipulam instrumentos usados que podem ter tido contacto com sangue, devem usar luvas quando os limpam após um procedimento, quando deitam fora o lixo ou quando tratam de roupa suja. As luvas utilitárias (de cozinha), mais grossas, são preferíveis para estas actividades.

As luvas devem estar intactas (isto é, sem buracos, rasgões, fendas ou a pelar). Devem ser verificadas antes da utilização e inutilizadas se não estiverem intactas.

Utilização de avental, bata e óculos

Os aventais de plástico ou borracha devem ser utilizados como protecção durante os procedimentos em que se antecipam salpicos de sangue ou de outros fluidos corporais. Durante os procedimentos cirúrgicos, onde há uma grande probabilidade de haver salpicos de sangue, deve ser utilizada uma bata impermeável com um avental de plástico por baixo.

Descontaminação dos instrumentos

Os microrganismos que permanecem nas superfícies ou instrumentos em contacto com sangue ou outros fluidos corporais podem transmitir infecções ao pessoal de saúde e aos doentes. Os instrumentos e as superfícies devem ser tratados apropriadamente de modo a reduzir o risco de infecção.

O procedimento de limpeza de instrumentos reutilizáveis ou de superfícies irá depender da substância com que contactaram e que contactarão. Os instrumentos usados que possam ter entrado em contacto e sido contaminados por sangue ou outros fluidos corporais devem ser descontaminados com uma solução clorídrica a 0,5%, imediatamente após a sua utilização. A descontaminação torna os instrumentos e as superfícies mais seguras de manipular, ao matar a maior parte dos agentes patogénicos antes da limpeza, tornando-a, também, mais fácil.

Os instrumentos e as luvas que foram usados devem ser colocados, logo após o procedimento, numa solução clorídrica a 0,5% durante 10 minutos. Antes de colocar os instrumentos na solução clorídrica, devem limpar-se fisicamente de modo a eliminar todos os restos de tecidos corporais. Esta operação deve ser realizada com sabão e água corrente. A limpeza é essencial antes de qualquer outro procedimento uma vez que remove a matéria orgânica da superfície dos instrumentos, permitindo que a solução contacte com a superfície dos mesmos. A solução clorídrica pode ser corrosiva para o metal, pelo que os instrumentos devem ser removidos após estarem imersos durante 10 minutos.

- Os instrumentos e as luvas devem ser enxaguados após a descontaminação.
- As mesas de observação e as superfícies que possam ter sido contaminadas devem ser limpas com uma solução clorídrica.
- Nos tubos de sucção, utilizados nas bombas de aspiração eléctricas, deve-se aspirar água imediatamente após o uso para remover o sangue e o material orgânico.

Após a descontaminação, todos os instrumentos reutilizáveis necessitam de continuar a ser tratados. A escolha do procedimento irá depender das substâncias com que contactaram quando foram utilizados.

Limpeza

Após a descontaminação, todos os instrumentos devem ser lavados com água morna (não quente) e detergente. Quando se procede a uma desinfecção de alto nível, a limpeza é a última oportunidade para remover, fisicamente, os esporos bacterianos, que não são mortos por este tipo de desinfecção.

A água morna e o detergente são recomendados para a limpeza porque a água quente pode coagular as proteínas tornando mais difícil a sua remoção. O detergente é necessário porque, por si só, a água não remove as proteínas ou óleos e é preferível ao sabão, que pode deixar resíduos.

É importante lavar todas as superfícies dos instrumentos. Para escovar instrumentos como o espelho, fórceps, e porta agulhas, podem ser utilizadas pequenas escovas ou panos. Contudo, estes devem ser limpos após o uso e substituídos regularmente, uma vez que podem ser fonte de transmissão de infecções. Todas as superfícies dos instrumentos devem ser lavadas, prestando atenção às fissuras e junções onde se podem acumular sangue e tecidos.

Após a lavagem, os instrumentos devem ser enxaguados por dentro e por fora e secos com uma toalha limpa ou ao ar. Se os instrumentos forem fervidos não é necessário secá-los.

Para limpar o chão, camas, casas de banho, paredes e coberturas de cama impermeáveis, deve ser utilizada água morna e detergente. Toda a roupa suja deve ser manipulada o menos possível, ensacada no ponto de recolha e não escolhida ou enxaguada nos locais de prestação de cuidados aos doentes. Se tal não for possível, a roupa suja com grandes quantidades de sangue ou outros fluidos corporais deve ser transportada em sacos estanques. Se tal não for possível, a roupa deve ser colocada com as partes sujas para dentro e manipulada cuidadosamente com luvas.

Esterilização e desinfecção de elevado grau

Os instrumentos que possam ter estado em contacto com sangue, fluidos corporais ou tecidos, devem ser esterilizados. Se tal não for possível, a desinfecção de alto grau é a única alternativa aceitável. Os instrumentos nesta categoria incluem cânulas, curetas, dilatadores, seringas, agulhas e fórceps. Os processos de esterilização e desinfecção de alto grau incluem:

- Autoclave (vapor sobre pressão).
- Esterilização por gás (utilizando óxido de etileno).
- Fervura.
- Imersão em desinfetantes químicos.

O método apropriado de esterilização ou desinfecção de alto grau depende do tipo de instrumentos e dos recursos disponíveis nas instalações.

Quando a esterilização por vapor ou por calor seco não é possível, a fervura é o método mais simples e fiável para inactivar a maioria dos micróbios patogénicos, incluindo o vírus da hepatite B e o VIH.

A desinfecção de alto grau pode ser conseguida, mergulhando os instrumentos numa solução de hipoclorito [5 minutos de contacto, a 20-25° C, com hipoclorito tamponado (pH=7-8), com uma concentração de 5 000 ppm de cloro disponível] ou glutaraldeído fresco [5 horas de contacto, a 20-25°C, com formulação alcalina activada a 2% (pH=7,5-9)]. A desinfecção de alto grau destrói todos os microrganismos incluindo os vírus da hepatite B e VIH mas não mata todos os endosporos bacterianos. Com uso de fenol e anti-sépticos não se consegue o mesmo grau de desinfecção. Os instrumentos devem ser enxaguados com água esterilizada depois da desinfecção.

Desinfecção de médio grau

Nos instrumentos que não contactaram com sangue ou outros tecidos por baixo da pele, a descontaminação seguida de lavagem e desinfecção de médio grau é suficiente caso não seja possível a de alto grau. Por exemplo, as seringas podem ser desinfetadas por este processo através da imersão em álcool (solução a 70 ou 95%) ou numa solução iodada a 10%. Estes agentes são facilmente inactivados por material orgânico pelo que é importante mudar a solução se esta ficar turva. Mesmo que tal não aconteça, as soluções alcoólicas devem ser mudadas semanalmente ou diariamente se forem muito utilizadas; as soluções iodadas devem ser mudadas diariamente.

Armazenamento dos instrumentos

Os instrumentos devem ser armazenados de forma apropriada, de modo a manter a esterilidade/desinfecção de alto grau. Os instrumentos (por exemplo, cânulas) que são esterilizados por soluções químicas devem ser manipulados com pinças esterilizadas. Os instrumentos devem ser enxaguados em água ou solução salina esterilizada, secos ao ar e embrulhados em papel ou pano esterilizado sem tocar no instrumento ou no interior do embrulho. Os pacotes esterilizados devem ser datados, armazenados num espaço limpo e seco e utilizados dentro de uma semana, caso contrário, devem ser limpos e esterilizados novamente.

Em alternativa, os instrumentos esterilizados podem ser armazenados num contentor esterilizado e coberto. A técnica de esterilização deve ser mantida quando são removidos ou substituídos os instrumentos. O contentor deve ser datado e re-esterilizado semanalmente.

Manuseamento e eliminação de “cortantes”

As agulhas e os “cortantes” devem ser manipulados cuidadosamente durante a sua utilização e colocados num contentor próprio, imediatamente após o fim desta para serem, preferencialmente, incinerados.

O maior risco de transmissão do VIH nas instituições de saúde é através da picada com agulhas ou “cortantes” contaminados. A maior parte dos ferimentos com agulhas que envolvem transmissão do VIH devem-se a ferimentos com agulhas para punção profunda que, geralmente, ocorrem quando estas são recapsuladas, limpas ou eliminadas de forma inapropriada.

Os contentores (à prova de cortes e punção) devem estar disponíveis e acessíveis (isto é, no local de utilização) para a eliminação dos “cortantes”. Podem ser usados como contentores de cortantes latas ou garrafas de plástico com tampa amovível ou caixas de cartão ou plástico forte. É importante fechar e substituir os contentores quando estes estão a três quartos da sua capacidade. Quando se manipulam ou transportam estes contentores para a incineradora devem ser utilizadas luvas grossas.

Eliminação de resíduos

Os resíduos sólidos (como gaze, algodão, resíduos dos laboratórios e patologia) devem ser colocados em contentores estanques e adequadamente identificados ou em sacos de plástico para serem incinerados ou enterrados em aterros com aproximadamente 2,5 m de profundidade e a pelo menos 9,5 m de qualquer fonte de água.

Os resíduos líquidos (como sangue e tecidos, fezes e secreções) devem ser despejados num colector devidamente ligado a um sistema de tratamento de esgotos ou despejados numa fossa.

Lembre os alunos que estas práticas clínicas de prevenção de infecção aplicar-se-ão às competências clínicas na(s) secção(ões) que se seguem.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

7. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

SESSÃO 7

APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

FINALIDADE

Permitir que alunos adquiram competências clínicas essenciais ao tratamento da hemorragia pós-parto (HPP) e que se sintam proficientes e seguros na sua aplicação prática.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 7, os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar na prática os factores que colocam a mulher em maior risco de HPP. Explicar porque é que há risco e como é que este pode ser reduzido.
2. Proceder ao tratamento da terceira etapa do trabalho de parto, reconhecer os sinais de complicações e responder de forma consonante.
3. Examinar a placenta e as membranas e identificar a presença de anomalias. Estimar as perdas de sangue e manter registos precisos dos cuidados prestados durante a terceira etapa do parto.
4. Identificar os motivos para fazer cateterismo urinário durante o parto e discutir de que forma é que este pode ajudar a prevenir e a tratar a HPP.
5. Demonstrar a técnica do cateterismo urinário ilustrando a importância da técnica asséptica, manipulação cuidadosa e sensibilidade.
6. Realizar as observações que devem ser registadas de modo a monitorizar o estado da mulher no tratamento da HPP e interpretar o significado das observações.
7. Demonstrar a massagem uterina que pode ser usada para promover as contracções do útero e explicar as indicações e motivos para a realizar.
8. Demonstrar a punção venosa para colheita de amostra de sangue para análises laboratoriais, completando as respectivas requisições.
9. Preparar e administrar uma perfusão EV, indicando os motivos para o fazer, as precauções a tomar e os registos a realizar.
10. Identificar os líquidos EV apropriados a serem administrados de modo a repor os líquidos circulantes após HPP. Discuta o uso de cada um.
11. Discutir as indicações para transfusão sanguínea e demonstrar os cuidados durante a administração, ilustrando a importância da observação atenta.
12. Discutir o uso da compressão bimanual no controlo da HPP atónica e demonstrar a técnica.
13. Demonstrar a técnica da compressão manual da aorta (CMA).
14. Discutir os princípios gerais da reparação do períneo após o nascimento.
15. Demonstrar os procedimentos para reparar lacerações perineais.
16. Demonstrar o procedimento da episiotomia e sua reparação.
17. Explicar a prescrição, encomenda, armazenamento e administração dos fármacos e demonstrar capacidade para administrar os fármacos necessários.
18. Demonstrar capacidade para manter registos correctos e precisos.

PLANO

Exposição (2 horas).

Ensino clínico, e discussão (½ hora a 1 hora por grupo pequeno de alunos, e por competências, assim como um período de tempo realista para avaliar o desempenho em cada competência).

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

Equipamento de simulação.

Listas de verificação de competências.

INTRODUÇÃO

As competências clínicas desta secção constituem uma componente essencial do módulo. Para ensinar estas competências pode colaborar com outro professor de enfermagem obstétrica, parteira ou obstetra. Enquanto aprendem estas competências, os alunos devem estar sempre sob supervisão.

O ensino de cada competência contempla o **Método de Ensino**, os **Conteúdos** e a **Avaliação**. É importante que o professor utilize a informação contida em cada um destes pontos e é crucial que siga cuidadosamente as orientações para avaliar o desempenho do aluno em cada competência. Pode ser útil desenvolver uma lista de verificação a partir das orientações, que deve incluir, para cada uma das competências, espaço para comentários do aluno e do professor. Devem ser utilizadas cópias desta lista de verificação para a avaliação de cada um dos alunos. Um exemplo de lista de verificação de competência é incluído na Sessão 1 mas caso queira pode usar uma desenvolvida por si.

As competências para “Identificação de factores de risco”, “Tratamento da terceira etapa do parto” e “Exame da placenta e membranas” foram abordadas nas Sessões 1 e 2 e devem ser revistas, aqui, no contexto do tratamento da HPP.

Relembre aos alunos as práticas clínicas de prevenção de infecção descritas relativamente ao tratamento da HPP primária e secundária (Sessão 6) e realce que estas também se aplicam às competências incluídas neste capítulo.

COMPETÊNCIA: IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES QUE COLOCAM A MULHER EM MAIOR RISCO DE HPP

Método de Ensino

Realize o exame a uma puérpera em pequenos grupos. Antes de avançar para o ensino clínico, reveja a Sessão 3 com os alunos.

Conteúdos

1. Divida os alunos em grupos de dois ou três.
2. Leve-os para a área clínica que pode ser:
 - Uma clínica pré-natal;
 - Uma enfermaria pré-natal; ou
 - Um bloco de partos.
3. Dê as seguintes instruções:
 - Seleccionar uma mulher que ainda não tenha parido.
 - Obter autorização:
 - Da parteira/ enfermeira responsável pelos cuidados;
 - Da parturiente; e
 - Dos familiares, se se justificar.
 - Ler a história da mulher nas notas clínicas.
 - Falar com a mulher de modo a actualizar os dados dos registos.
 - Executar um exame clínico completo da mulher.
 - Identificar os factores de riscos que colocam ou não a mulher em maior risco de HPP.
4. Verificar as conclusões dos alunos.

Este exercício irá ajudar os alunos a identificarem os factores de risco de HPP anteriores à gravidez actual e da presente gravidez (**Quadro 4**).

Por vezes os factores de risco podem ser identificados através da elaboração cuidada da história e do exame físico. Os factores são importantes porque identificam as mulheres em risco elevado de HPP, permitindo tomar decisões que garantam que as mulheres irão parir em instituições capazes de tratar a hemorragia, se e quando ocorrer.

Infelizmente, o valor preditivo de alguns factores de risco pré-natais é baixo, especialmente se são muito comuns como a elevada paridade. Só uma minoria das mulheres com HPP tinham factores de risco identificáveis durante a gravidez. Em muitos casos na ausência de factores de risco identificáveis a mulher pode vir a sangrar profusamente.

Um factor que parece particularmente útil na identificação de mulheres com maior probabilidade de terem uma HPP é a história anterior de placenta encarcerada e/ ou de HPP.

Também é muito importante identificar os factores de risco que, tornam a HPP não mais provável mas mais perigosa. Estes factores incluem situações como infecção uterina (corionamnionite) e anemia.

Os alunos devem ter identificado os seguintes factores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrência de HPP ou a tornam mais perigosa.

Quadro 4 – Factores que aumentam o risco de HPP

Anteriores a esta gravidez	Nesta gravidez	Surgidos durante o parto.
Paridade elevada (5+)	Placenta prévia	Parto provocado
	Descolamento da placenta	Parto prolongado / PPTP
Fibróides	Hidrânio	Parto precipitado
História anterior de placenta encarcerada e HPP	Gravidez múltipla	Parto com fórceps
Cirurgia anterior ao útero incluindo cesariana	Morte intra-uterina	Cesariana
História anterior de parto prolongado / PPTP	Eclâmpsia	Anestesia geral/ epidural Corionamnionite
Problemas médicos, por exemplo, trombocitopenia idiopática	Uso de fármacos tocolíticos na gravidez para evitar parto pré-termo	Inversão do útero
Anemia	Qualquer estado associado com anemia (por exemplo, malária, ancylostoma)	Coagulopatia (alterações da coagulação)

Para verificar a compreensão do aluno, pergunte porque é que cada factor torna mais provável a HPP ou a tornam mais perigosa.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

1. O aluno é capaz de reconhecer os factores de risco?
 - Dos registos?
 - Da elaboração da história clínica?
 - Do exame clínico?
2. O aluno é capaz de explicar porque é que existe um risco aumentado de HPP?
3. O aluno sabe o que deve ser feito para evitar ou reduzir o risco?

COMPETÊNCIA: TRATAMENTO DA TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO

Método de Ensino	<i>Obviamente o ensino desta competência tem de ser feito durante os cuidados a uma mulher na terceira etapa do trabalho de parto. Idealmente o aluno deverá já ter cuidado de uma mulher na primeira e segunda etapa.</i> <i>É essencial incluir o tratamento activo da terceira etapa, uma vez que é o método preferido de tratamento, dado que a quantidade de sangue perdida é menor e a duração da terceira etapa é reduzida.</i>
Conteúdos	<i>Como guia para ensinar e avaliar os alunos use a lista de verificação do tratamento da terceira etapa do trabalho de parto na Sessão 1.</i>
Avaliação	<i>De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser sim.</i> <i>1. O aluno demonstra capacidade para completar as tarefas enumeradas na lista de verificação A ou B do final da Sessão 1?</i> <i>2. O aluno completa as tarefas:</i> <i>▪ De forma competente?</i> <i>▪ De forma gentil?</i> <i>▪ À velocidade apropriada?</i> <i>3. O aluno antecipa os problemas e toma os passos necessários para os minorar?</i>

COMPETÊNCIA: EXAME DA PLACENTA E MEMBRANAS E ESTIMATIVA DAS PERDAS DE SANGUE

Método de ensino e conteúdos	<i>O exame da placenta foi demonstrado na Sessão 1 (Figura 1.17). Se os alunos estão a ganhar experiência regularmente na condução do parto devem estar, por agora, bastante familiarizados com esta competência.</i> <i>A estimativa das perdas de sangue foram discutidas na Sessão 1.</i> <i>Será apropriado avaliar esta competência imediatamente após “Tratamento da terceira etapa do trabalho de parto”.</i>
Avaliação	<i>De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser sim:</i> <i>1. O aluno faz o exame da placenta de forma exaustiva e sistemática?</i> <i>2. O aluno sabe como reconhecer anomalias da placenta?</i> <i>3. O aluno sabe quais são as partes mais importantes do exame da placenta?</i> <i>4. O aluno é capaz de explicar porque é que o exame da placenta é importante?</i> <i>5. O aluno estima as perdas de sangue de forma precisa?</i> <i>6. Os registos do aluno reflectem as suas observações?</i>

COMPETÊNCIA: CATETERISMO URINÁRIO

Método de Ensino

O cateterismo urinário tem de ser feito durante a prestação de cuidados a uma mulher, embora o ensino e avaliação não necessitem de ser feitos a uma mulher em trabalho de parto se existirem outras oportunidades.

Deve ser realçado que uma mulher nunca deve ser algaliada com o objectivo de ensinar ou avaliar. O cateterismo deve ocorrer somente quando há uma necessidade clínica.

Conteúdos

Referências Anatômicas

*Se achar que os alunos necessitam de se familiarizarem de novo com as principais referências anatómicas dos órgãos genitais externos femininos, utilize a **Figura 7.1**.*

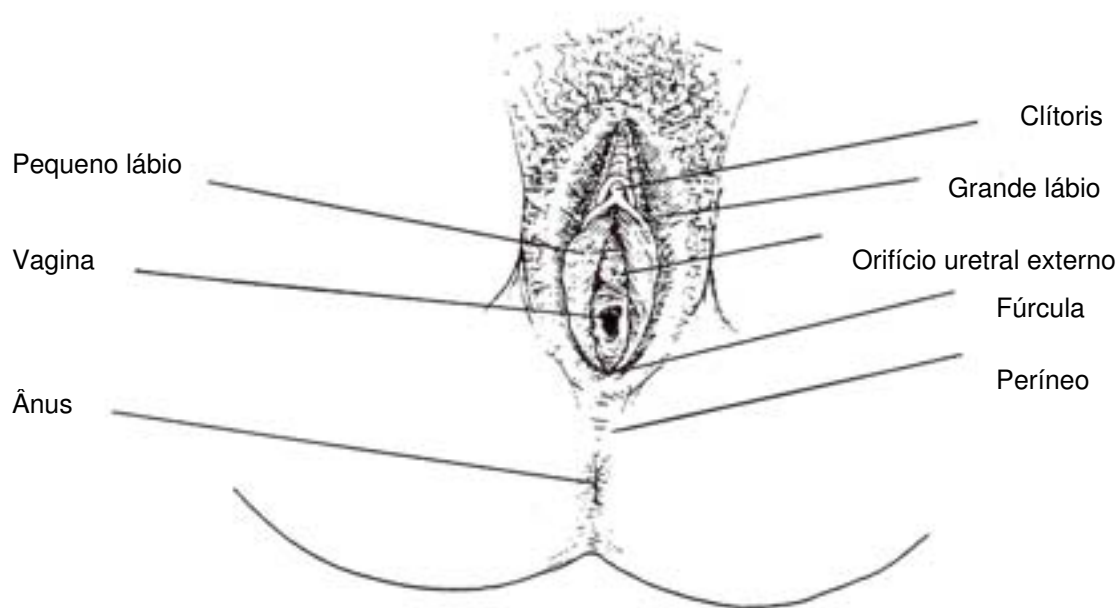


Figura 7.1: Órgãos genitais externos femininos

Procedimento

Limpe a área genital com uma solução anti-séptica. Lave e escove as mãos e calce luvas esterilizadas. Separe os lábios com os dedos da mão esquerda e insira o cateter no meato urinário (**Figura 7.2**). Se encontrar alguma resistência enquanto introduz o cateter, o dedo indicador da mão esquerda pode ser inserido na vagina e colocado na sua parede anterior. Assim, consegue sentir-se a ponta do cateter e se este estiver paralelo ao dedo entrará na bexiga sem causar danos na uretra.



Figura 7.2: Cateterismo urinário (separação dos pequenos e grandes lábios e introdução do cateter no meato urinário)

Realce a necessidade de:

- Uma técnica asséptica para evitar a infecção;
- Precisão e competência na realização do procedimento;
- Introdução cuidadosa do cateter para evitar danos na uretra;
- Uma abordagem suave;
- Uma bexiga vazia durante o parto, especialmente em relação à prevenção e tratamento da HPP;
- Explicação clara, à mulher, do que lhe está a ser feito.

Complicações

O cateterismo pode introduzir na bexiga as bactérias que se encontram na parte externa da uretra. Na bexiga estas bactérias encontram as condições ideais para se multiplicarem, especialmente durante o puerpério (a bexiga está, muitas vezes, traumatizada pelo parto e não se esvazia completamente ficando com urina residual). Assim, o cateterismo pode resultar em infecção do trato urinário incluindo pielonefrite, especialmente se o cateter é deixado por muitas horas.

Indicações

O cateterismo urinário deve ser feito apenas quando necessário, dado o risco de infecção que lhe está associado. O cateter deve ser removido assim que já não for necessário.

O cateterismo urinário é feito quando é importante manter a bexiga vazia e a mulher não a consegue esvaziar por si:

- Durante a primeira etapa do parto a bexiga cheia pode evitar que a cabeça entre no estreito pélvico superior, retardar a descida do feto e causar contracções uterinas fracas e resultar em lesão do tracto urinário.
- Durante a terceira etapa do parto a bexiga cheia pode impedir a separação adequada da placenta, interferir com a contracção do útero e causar HPP.
- Durante a gestão da HPP atónica, a bexiga deve estar e ser mantida vazia, utilizando um cateter para tal.
- Antes da realização de intervenções obstétricas instrumentais (por exemplo, fórceps, extracção por ventosa, sínfisiotomia) a bexiga tem de ser esvaziada.
- No tratamento da eclâmpsia, uma vez que é preciso vigiar a quantidade de urina eliminada.

Avaliação

Para confirmar que o aluno é competente, a resposta às seguintes questões deve ser afirmativa:

1. *O aluno justifica porque é que a cateterização é necessária para esta mulher?*
2. *O aluno executa o procedimento mostrando competências técnicas, especialmente:*
 - *Técnica asséptica?*
 - *Precisão na identificação do meato urinário?*
 - *Introdução cuidadosa?*
 - *Sensibilidade às necessidades da mulher?*
3. *O aluno drena a bexiga de forma adequada e explica porque decide remover o cateter ou deixá-lo introduzido?*
4. *O aluno mede e testa a urina e explica o significado das observações?*

COMPETÊNCIA: REALIZAR E REGISTAR OBSERVAÇÕES

Método de Ensino

Pequenos grupos em contexto clínico.

1. *Divida os alunos em grupos de dois ou três.*
2. *Leve-os para um contexto clínico, que pode ser:*
 - *Uma clínica pré-natal,*
 - *Uma enfermaria pré-natal, ou*
 - *Uma enfermaria pós-natal.*
3. *Demonstre as observações enumeradas a seguir.*
4. *Os alunos podem praticar algumas das observações uns nos outros antes de o fazerem nas parturientes.*
5. *Verifique as observações quanto à correcção.*
6. *Peça aos alunos para lhe dizerem:*
 - *Os valores normais da observação;*
 - *O significado das observações anormais no contexto da HPP.*

Nota: *se os alunos já são enfermeiros serão capazes de fazer algumas das observações mas irão precisar de compreender a sua importância nos cuidados obstétricos durante a terceira etapa do parto.*

É sempre melhor ensinar e avaliar numa situação concreta de prestação de cuidados do que numa situação artificial.

Passe algum tempo a observar os diagramas elaborados pelas parteiras.

Conteúdos

Peça aos alunos para registarem as suas observações nos diagramas apropriados e verifique-as. Eles devem justificar o significado das suas observações e quais os problemas que procurariam, o que deve incluir:

- **Temperatura:** um aumento pode indicar a presença de infecção;
- **Pulso:** um aumento da frequência da pulsação é um dos sinais de hemorragia; um pulso fraco e rápido indica choque por perda de sangue;
- **Respiração:** no choque, primeiro é rápida e superficial e mais tarde profunda e irregular;
- **Tensão arterial:** no início do choque a sistólica está abaixo dos 90 mm Hg; em choques muito graves não se consegue avaliar;

- **Estado geral:**
 - Coloração: pálida ou acizentada nos casos de choque,
 - Estado de consciência (pode ser avaliado falando com a mulher e ouvindo a sua resposta o que indica, rapidamente, se está ou não consciente);
- **Tónus do útero:** se está mole e distendido ou firme e bem contraído o que pode ser facilmente demonstrado com a cooperação de uma puérpera recente. A competência que se segue, “Massagem do útero para expelir coágulos”, pode ser demonstrada e avaliada nesta altura desde que o estado da mulher o permita.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

1. *O aluno é capaz de fazer as observações correctamente?*
2. *O aluno regista correctamente as observações?*
3. *Os seus registos são exaustivos?*
4. *O aluno sabe o que é normal / quais são os padrões normais para cada observação?*
5. *O aluno compreende o significado das observações que realizou?*
6. *O aluno dá exemplos do que não é normal e que problemas podem indicar na terceira etapa do parto?*
7. *O aluno sabe que observações deve usar, e com que regularidade, quando a mulher tem/ teve uma HPP?*

COMPETÊNCIA: MASSAGEM DO ÚTERO E EXPULSÃO DE COÁGULOS

Método de ensino e conteúdos

Esta competência deve, de preferência, ser ensinada durante a prestação de cuidados a uma parturiente.

1. *Divida os alunos em grupos de dois ou três.*
2. *Leve-os até uma puérpera recente que precise de ser observada e cuidada.*
3. *Demonstre de que forma o útero deve ser massajado gentil mas firmemente de modo a expelir quaisquer coágulos.*
4. *Assegure-se que os alunos sabem, por experiência, como é um útero bem contraído.*
5. *Instrua os alunos a sentirem suavemente o útero da mulher imediatamente a seguir à expulsão da placenta e verificarem a sua posição e firmeza.*
6. *Ajude os alunos a familiarizarem-se com a palpação de um útero bem contraído e também com um útero aumentado, mole, pouco contraído, a seguir ao parto.*
7. *Instrua os alunos na palpação suave do útero de uma puérpera quando tem a bexiga cheia e novamente quando a bexiga está vazia. Chame-lhes a atenção para a alteração na posição da altura do fundo do útero.*

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

- 1. O aluno é capaz de massajar o útero e provocar a expulsão de coágulos de forma suave e competente?*
- 2. O aluno sabe explicar a importância de massajar o útero?*
- 3. O aluno é capaz de distinguir entre um útero que está bem contraído e um que não o está e discutir, correctamente, as possíveis razões?*

COMPETÊNCIA: COLHEITA DE SANGUE PARA ANÁLISE

Método de Ensino

*O aluno deve estar familiarizado com a localização anatómica das veias do antebraço. Deve conseguir identificar as veias do sangradouro mais acessíveis para punção venosa – isto é, a veia cubital média e a veia cefálica (**Figura 7.3**).*

*Ajude os alunos a identificarem estas veias nos seus próprios antebraços o que será facilitado se for aplicado um garrote no braço (**Figura 7.4**).*

É preferível que os alunos colham sangue e administrem soluções EV a mulheres saudáveis antes de o tentarem fazer numa situação de emergência.

A utilização do garrote também pode ser ensinada em sala de aula antes dos alunos o fazerem em contexto clínico.

As análises incluídas nesta sessão compreendem a hemoglobínemia, a tipagem e a compatibilidade.

Deve também ser ensinado aos alunos quais os tubos necessários para transportar o sangue assim como as requisições laboratoriais e a forma de as preencher. Realce a importância de os rotular de forma clara e correcta.

Adicionalmente os alunos devem conhecer o procedimento correcto para obtenção de uma amostra para hemocultura. Por vezes é possível fazer boas culturas laboratoriais a partir de sangue coagulado mas é melhor injectar sangue num meio de cultura.

É sensato consultar o pessoal do laboratório acerca deste procedimento e fazer esforços no sentido de apoiarem o ensino e a demonstração prática.

Terá também necessidade de consultar os procedimentos de enfermagem ou protocolos existentes como referência.

Por fim, os alunos devem ser recordados da necessidade de proteger a mulher, a si próprio(a) e a qualquer assistente contra infecções acidentais por doenças hematogénicas, especialmente VIH, quando recolhem ou manuseiam amostras de sangue.

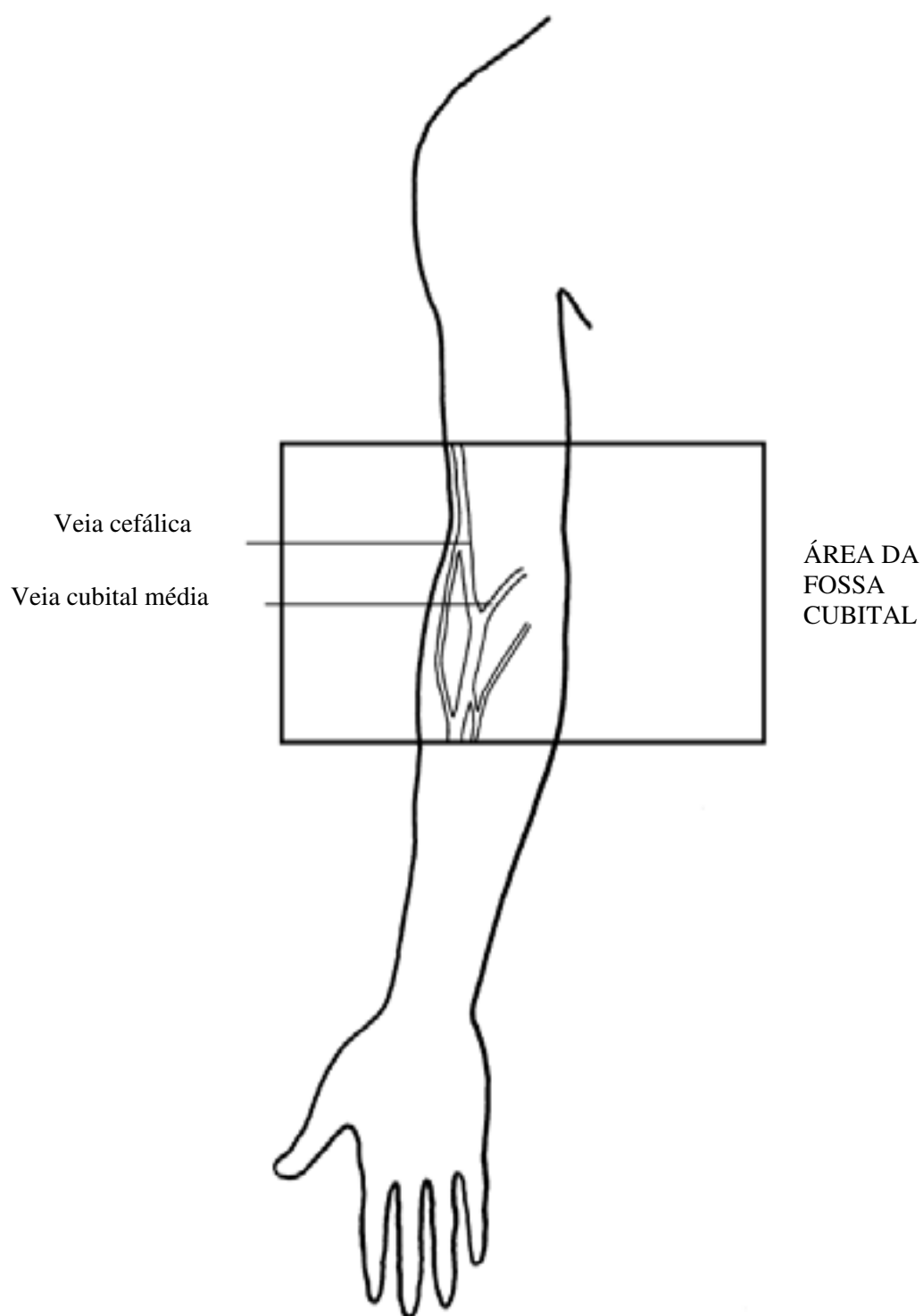


Figura 7.3: Veias importantes da fossa cubital (braço direito)

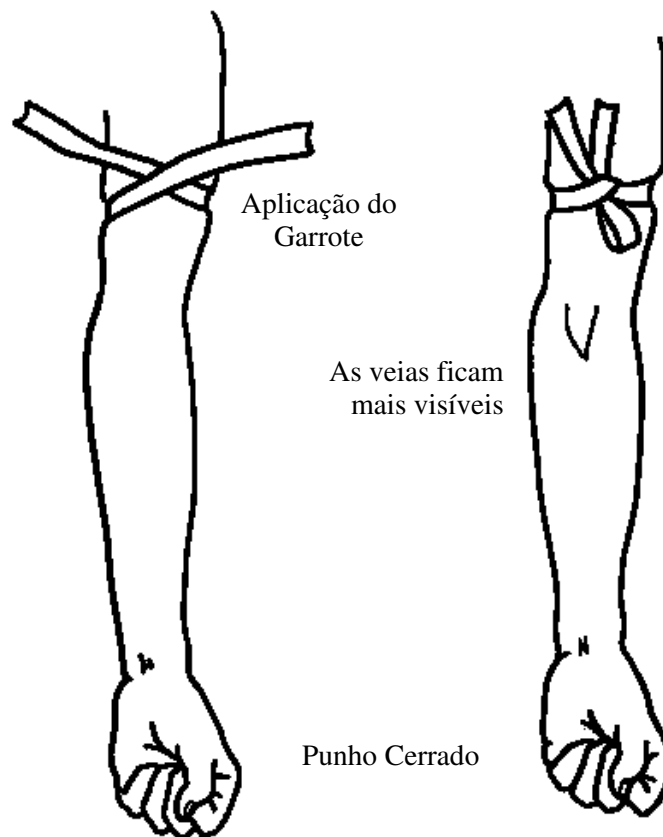


Figura 7.4: Aplicação do garrote para encontrar as veias

Conteúdos

O ensino deve cobrir os seguintes temas:

1. Compreensão das razões para a realização de análises sanguíneas.
2. Importância da colheita de amostras para tipagem/ compatibilidade quando se preparar uma perfusão EV.
3. Preparação de todo o equipamento, incluindo:
 - Seringa, agulhas e tubos de colheita para transportar as amostras.
 - Requisições laboratoriais correctamente preenchidas.
 - Garrote ou assistente para comprimir o braço ou antebraço.
4. Posição confortável da mulher com o membro superior em extensão e apoiado.
5. Explicação do procedimento à mulher.
6. Ao aplicar o garrote, realçar:
 - Aplicação do garrote a meio do bíceps, acima da articulação do cotovelo (**Figura 7.4**);
 - Aplicação da pressão correcta de modo a comprimir os vasos sanguíneos e a restringir a circulação sem causar dor ou danificar a pele.
7. Local correcto para fazer a punção venosa.

8. Técnica asséptica: limpar o local de punção com uma solução anti-séptica, usar agulha esterilizada.
9. Precauções contra ferimentos: uso de luvas se a mulher pertence a um grupo de elevado risco, isto é, infectada com o VIH, ou o vírus hepatite.

Avaliação

Para confirmar a competência de um aluno, a resposta a estas perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno colhe sangue sem causar danos desnecessários?*
2. *O aluno executa correctamente a técnica e de acordo com as prioridades?*
3. *O aluno protege a mulher, os outros e a si próprio de contaminação com sangue ou de uma possível infecção?*
4. *O aluno selecciona os tubos de colheita correctos para transporte para o laboratório e envia-os, sem atrasos, e com as requisições correctamente preenchidas?*
5. *O aluno regista o procedimento?*
6. *O aluno reconhece as suas limitações e pede ajuda, quando necessário?*
7. *O aluno elimina, correctamente, as seringas e as agulhas utilizadas?*

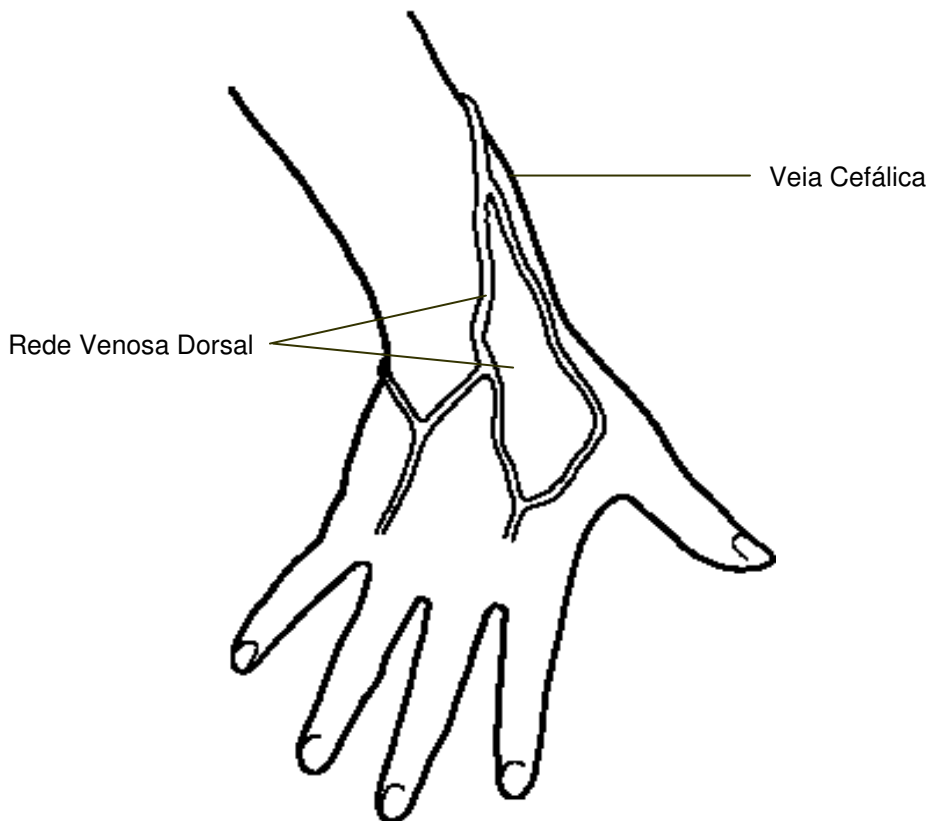


Figura 7.5: Veias importantes do antebraço e face posterior da mão

COMPETÊNCIA: PREPARAR E ADMINISTRAR UMA SOLUÇÃO ENDOVENOSA

Método

Os alunos devem estar familiarizados com a localização anatômica das veias do braço, utilizadas para administrar infusões EV. Evite utilizar veias perto de articulações. O braço e a face posterior da mão são os melhores locais (Figura 7.5).

Encoraje os alunos a procurarem as veias dos seus próprios braços o que pode ser facilitado aplicando pressão no antebraço em extensão de modo a restringir a circulação (Figura 7.4).

É essencial demonstrar esta técnica na prática. Pode ajudar pedir ao aluno para comprimir o braço acima do local a puncionar. Descreva, cuidadosamente, o que está a fazer. É preferível que os alunos aprendam esta técnica em contexto clínico não urgente.

Conteúdos

Seleção da solução ou fluido adequado:

Antes da transfusão de sangue, devem ser administradas soro fisiológico ou lactato de Ringer dado que podem sê-lo rapidamente e são também úteis para corrigir o volume de sangue e elevar rapidamente a tensão arterial. Podem ser administrados sem atrasos enquanto o sangue está a ser testado para compatibilidade.

O sangue é administrado em casos de choque grave a seguir a uma hemorragia com perda de um elevado volume de sangue durante uma operação obstétrica, para corrigir a alteração da coagulação e para tratar a anemia grave na gravidez avançada ou se acompanhada por insuficiência cardíaca. O sangue e os seus derivados são viscosos e não podem ser administrados rapidamente.

O ensino desta técnica deve de cobrir os seguintes aspectos:

1. Identificação da necessidade de administração de soluções EV: diminuição da volémia por hemorragia, infecção, desidratação ou choque.
2. Preparação do material, incluindo:
 - Sistema de administração de soros;
 - Seleção de agulha ou cateter EV n.º 18);
 - Seleção da solução apropriada;
 - Expurgar o sistema de administração assegurando que não há ar no sistema;
 - Adesivo, cortado em tiras;
 - Suporte de soros;
 - Garrote;
 - Tala de posicionamento com ligadura se a mulher está inconsciente ou esgotada;
 - Solução anti-séptica, algodão;
 - Luvas.
3. Assegurar que a mulher (e os familiares presentes) compreendem a necessidade de colocação de um cateter EV e explicar o procedimento. Assegurar que a mulher está numa posição confortável com o membro superior em extensão.
4. Verificar o local de punção: as veias da face posterior da mão e do braço são, normalmente, mais fáceis de observar. Não utilizar uma veia que passe numa articulação dado que a agulha se deslocará cada vez que a articulação se mover, podendo exteriorizar-se.
5. Técnica limpa: lavar as mãos com sabão e água, limpar o local de punção com uma solução anti-séptica (utilizar luvas para protecção se a mulher pertencer a um grupo de risco – isto é, infecção por VIH ou hepatite).

6. Se a parteira não conseguir colocar o cateter EV após duas, ou no máximo, três tentativas, deve chamar um colega mais experiente.
7. Fixar, firmemente, a agulha/cateter. Utilizar uma tala para imobilizar a articulação mais próxima.
8. Se a mulher está em choque, administre 1 l de soro fisiológico ou lactato de Ringer o mais depressa possível; repita 1 l a cada 15 minutos até haver sinais evidentes de melhoria (por exemplo, o pulso torna-se mais lento, a tensão arterial começa a subir) depois administre 1 l de 4/4 ou 6/6 horas.
9. Monitorize o balanço hidroelectrolítico, perdas de sangue, pulso, tensão arterial, respiração e débito urinário.
10. Estabeleça como objectivos:
 - Tensão arterial sistólica de pelo menos 100 mm Hg;
 - Frequência cardíaca abaixo de 90 ppm;
 - Débito urinário de pelo menos 100 ml em 4 horas.
11. Complicações da administração de soluções EV:

Problemas locais:

- Tromboflebite (infecção da veia) e seroma (devido ao extravasamento de fluidos para os tecidos). Se estes problemas surgirem, a agulha/ cateter deve ser removida e deve-se punccionar outro local.

Problemas generalizados:

- Septicemia (infecção do sangue); pode ser prevenida utilizando agulhas, sistemas e soluções esterilizadas.
- Hipervolemia: a administração de líquidos em excesso e rapidamente pode causar insuficiência cardíaca e edema agudo do pulmão. Esta situação pode ser prevenida administrando as soluções ao ritmo necessário. Quando se administrar líquidos rapidamente para corrigir o choque, a mulher deve ser vigiada, atentamente, tendo em atenção o aparecimento de edema palpebral (sinal de excesso de líquidos). A tensão arterial e pulso devem ser medidos de 5 em 5 minutos. Quando a mulher estabilizar, pode-se reduzir o ritmo de infusão - 1 l em 6 a 8 horas.

12. Para infundir líquidos a um ritmo apropriado, devem ser tidos em conta os seguintes pontos:
 - Quantidade a administrar;
 - Tempo de administração;
 - Tipo de sistema e de gota. Cada tipo de sistema tem um tamanho de gota diferente. Por exemplo, alguns sistemas têm 20 gotas por centímetro cúbico (cc) enquanto que outros têm apenas 10 gotas por cc.

O **Quadro 5** descreve as gotas por minuto que devem ser administradas de modo a perfazer a quantidade de líquido desejada num determinado período de tempo. Para utilizar este quadro é preciso saber o número de gotas por cc, o que dependerá do tipo de sistema utilizado.

Quadro 5: Ritmo das infusões EV

Quantidade	Tempo	Gotas por cc (tipo de sistema)	Gotas por minuto
1 litro	20 minutos	10	Demasiado rápido para contar
1 litro	20 minutos	20	Demasiado rápido para contar
1 litro	4 horas	12	40
1 litro	4 horas	20	80
1 litro	6 horas	10	28
1 litro	6 horas	20	56
1 litro	8 horas	10	20
1 litro	8 horas	20	40
Em geral, a fórmula para qualquer o ritmo de infusão de uma solução EV é: Quantidade a administrar (cc) x número de gotas por cc = N.º de gotas por minuto Tempo de administração (minutos) Para fazer a conversão de horas para minutos multiplique o número de horas por 60 o que dará o número de minutos de administração da solução EV.			

Avaliação

Para confirmar a competência de um aluno é necessário que a resposta às seguintes perguntas seja afirmativa:

1. *O aluno consegue preparar e administrar uma solução EV, seleccionando o local de punção correctamente e inserindo a agulha/cateter sem danos desnecessários?*
2. *O aluno executa a técnica de acordo com as prioridades?*
3. *O aluno protege da infecção a mulher, os outros e a si próprio?*
4. *O aluno escolhe a solução EV adequada e administra a quantidade correcta ao ritmo certo?*
5. *O aluno vigia o estado da parturiente e sabe interpretar correctamente os sinais de melhoria e deterioração do estado geral?*
6. *O aluno explica o procedimento à mulher e aos seus familiares?*
7. *O aluno faz os registos correctamente?*
8. *O aluno reconhece as suas próprias limitações e pede ajuda quando necessário?*

COMPETÊNCIA: MONITORIZAÇÃO DE UMA TRANSFUSÃO DE SANGUE

Método de ensino

Se os alunos não tiverem tido treino prévio, introduza os conteúdos teóricos em sala de aula e prossiga posteriormente com o ensino clínico prático. Utilize quaisquer doentes a receberem transfusão de sangue. Não precisam de ser puérperas, mas ensine os princípios da transfusão de sangue e aplique-os aos cuidados obstétricos.

Conteúdos

Os alunos devem estar familiarizados com o seguinte:

1. Indicações para transfusão de sangue:
 - Choque grave devido a HPP;
 - Perda de um grande volume de sangue durante uma intervenção cirúrgica;
 - Tratamento de coagulopatia;
 - Anemia grave na gravidez avançada ou se acompanhada por insuficiência cardíaca.
2. Riscos associados com a transfusão de sangue:
 - Possibilidade de transmissão de agentes infecciosos (por exemplo, VIH, hepatites B e C, sífilis, malária e doença de Chagas);
 - Incompatibilidade e reacções transfusionais hemolíticas sérias;
 - Qualquer produto derivado de sangue pode ficar contaminado com bactérias e é muito perigosos se fabricado ou armazenado incorrectamente.

A transfusão de plasma tem os mesmos riscos que a de sangue pelo que há poucas indicações para esta.

3. Segurança do sangue. Os riscos associados com a transfusão de sangue podem ser reduzidos através de:
 - Selecção eficaz de dadores de sangue incluindo deferimento e exclusão dos que não são adequados;
 - Rastreio de infecções na população de dadores;
 - Programas de garantia da qualidade em todas as áreas relacionadas com sangue e derivados de sangue para transfusão, por exemplo, selecção do dador, colheita de sangue, rastreio, tipagem e outros testes, armazenamento, transporte e administração do sangue e derivados;
 - Testes de tipagem e compatibilidade de elevada quantidade, separação de componentes e armazenamento e transporte do sangue e derivados;
 - Uso apropriado do sangue e derivados.
4. Rastreio de agentes infecciosos. Todo o sangue doado deve ser rastreado para as seguintes infecções que podem ser transmitidas pela transfusão:
 - VIH1 e VIH2;
 - Hepatite B;
 - *Treponema pallidum* (sífilis).

Onde for possível também devem ser rastreados:

- Hepatite C;
- Doença de Chagas, em países em que seja prevalente, por exemplo, América Central e do Sul. É causada por um parasita que se encontra nas fezes de insectos domésticos, principalmente em abrigos primitivos e em animais domésticos. A porta de entrada é, normalmente, a conjuntiva espalhando-se depois causando um estado febril generalizado, linfadenopatia, esplenomegália e envolvimento do sistema nervoso central. Pode conduzir à morte;
- Malária. Em áreas com elevada prevalência de malária a transfusão de sangue deve ser acompanhada de antimaláricos profiláticos.

Nenhum sangue ou derivado deve ser disponibilizada para transfusão até que todos os testes sejam negativos.

Os testes de compatibilidade devem ser realizados em todos os componentes mesmo se, em situações de risco de vida, sejam executados após terem sido administrados.

5. Os principais grupos sanguíneos e factor Rhesus:
 - Devem ser discutidos os principais quatro grupos sanguíneos, por exemplo, A, B, O e AB;
 - Adicionalmente deve ser compreendido o factor Rhesus.
6. As precauções essenciais são fundamentais para evitar administrar uma transfusão não compatível. É aconselhável rever as políticas ou protocolos da maternidade que especificam as regras de administração de sangue e evitam acidentes.
7. A monitorização cuidada durante a transfusão de sangue é essencial para detectar sinais e sintomas precoces de efeitos adversos. Deve ser realizada tendo em conta as seguintes etapas:
 - Antes do início da transfusão;
 - No início da transfusão;
 - 15 minutos após o início da transfusão;
 - Pelo menos de hora a hora durante a administração;
 - Em intervalos de 4 horas após o fim da transfusão.
8. Devem ser realizadas e registadas correctamente as observações durante a transfusão:
 - Aspecto geral;
 - Temperatura;
 - Pulso;
 - Tensão arterial;
 - Respiração;
 - Débito urinário;
 - Balanço hidroelectrolítico (ingestão oral e administração EV de líquidos e débito urinário);
 - Sinais e sintomas adversos, por exemplo, ardor ao longo do trajecto da veia por onde está a ser administrada a transfusão, congestão facial, arrepios e febre, cefaleias, dor lombar, exantema, urina avermelhada, respiração ruidosa e choque.
9. Responder a uma reacção transfusional:
 - Parar a transfusão imediatamente;
 - Manter acesso EV com soro fisiológico ou lactato de Ringer;
 - Procurar ajuda competente.

Se a reacção é ligeira, tratar com 10 mg de prometazina PO e observar atentamente.

Em casos de choque anafilático, deve ser administrado o seguinte tratamento:

- Tratar como qualquer outro estado de choque;
- Administrar lentamente 0,1 ml de solução de adrenalina 1:1000 em 10 ml de soro fisiológico EV;
- Administrar 10 mg prometazina EV;
- Administrar 1 g de hidrocortisona EV de 2 em 2 horas consoante necessidade;
- Tratar broncospasmo com aminofilina 250 mg em 10 ml de soro fisiológico administrada, lentamente, por via EV;

- Adicionalmente, podem ser realizadas medidas de reanimação conforme necessário;
 - Monitorizar as funções renal, pulmonar e cardiovascular;
 - Transferir para uma instituição mais especializada quando estável se ainda não estiver nessa instituição.
10. Documentar a reacção transfusional. Colha as seguintes amostras e envie-as, com as respectivas requisições, para o banco de sangue, para investigação laboratorial:
- Amostras de sangue imediatamente após a transfusão, uma coagulada e outra não: EDTA da veia oposta ao local de perfusão;
 - Hemocultura;
 - Unidade de sangue e sistema de administração (possuem resíduos de eritrócitos e de plasma do sangue transfundido);
 - A primeira amostra de urina depois da reacção.

Deve ser preenchida um formulário de reacção à transfusão.

Após as investigações iniciais à reacção transfusional, envie mais amostras para o banco de sangue para testes laboratoriais, consoante o necessário. Quer o responsável médico quer o responsável pelo banco de sangue que disponibilizou o sangue devem ser notificados imediatamente de qualquer reacção aguda à transfusão de sangue.

Registe a informação seguinte nos registos da mulher:

- Tipo de reacção transfusional;
- Tempo decorrido entre o início da transfusão e a reacção;
- Volume e tipo de produtos transfundidos;
- Números de lote de todos os produtos transfundidos.

Avaliação

Para confirmar a competência de um aluno, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

1. *O aluno sabe as indicações para uma transfusão de sangue?*
2. *O aluno sabe quais os riscos associados com a transfusão de sangue?*
3. *O aluno assegura-se de que o sangue a ser transfundido é o correcto para aquela mulher, antes de iniciar a transfusão?*
4. *O aluno monitoriza o estado da mulher com extremo cuidado, durante e após a transfusão, como indicado anteriormente?*
5. *O aluno descreve correctamente os sinais e sintomas que podem ocorrer numa mulher que tem uma reacção adversa a uma transfusão?*
6. *O aluno sabe como responder apropriadamente a uma reacção transfusional adversa?*
7. *O aluno sabe como documentar uma reacção adversa a uma transfusão?*
8. *O aluno mantém registos adequados?*
9. *O aluno guarda os sacos vazios sem os lavar e reenvia-os ao laboratório?*
10. *O aluno reconhece as limitações das suas capacidades e pede ajuda quando necessário?*

COMPETÊNCIA: COMPRESSÃO BIMANUAL DO ÚTERO

Método de Ensino *Relembre aos alunos que o controlo da hemorragia do local da placenta só é possível se o útero se contrair. Se tal não acontecer a seguir aos procedimentos habituais para esvaziar o útero e à administração de um fármaco ocitócico, a compressão bimanual pode ser muito útil. A compressão bimanual pode ser interna ou externa.*

Estes procedimentos podem ser ensinados em sala de aula. Use um pequeno saco cheio de feijões para representar o útero. O que permitirá aos alunos apreciarem a melhor forma de segurar o útero.

Descreva a técnica. Demonstre-a. Numa situação clínica é possível demonstrar a compressão bimanual externa numa mulher que a necessite por HPP.

Numa mulher que pariu recentemente, a demonstração é mais fácil se ela for uma múltipara com as paredes abdominais laxas. Neste caso a demonstração deve ser feita apenas para mostrar a posição das mãos e a direcção da pressão. Nunca submeta uma mulher a desconforto desnecessário apenas com o objectivo de ensinar.

Conteúdos

- Compressão Bimanual Externa**
1. Coloque a mão esquerda no fundo do útero e faça-a descer, por detrás do útero, o mais possível.
 2. Coloque a mão direita, aberta, no abdómen entre o umbigo e a sínfise púbica.
 3. Pressione ambas as mãos na direcção uma da outra para comprimir o útero e, consequentemente, os vasos sanguíneos no local da placenta (**Figura 7.6**).

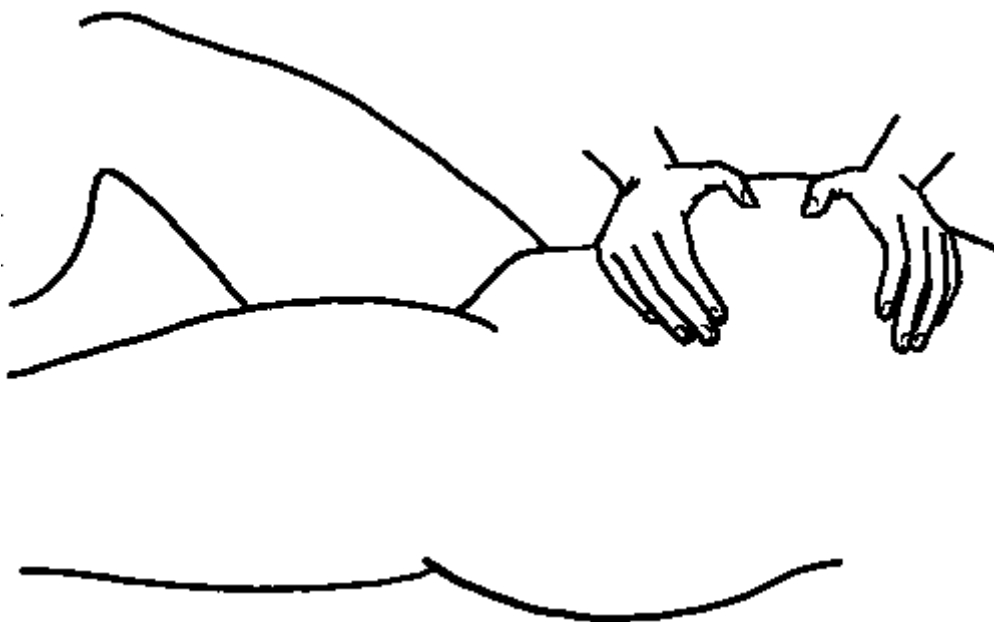


Figura 7.6: Posição das mãos na compressão externa do útero

Compressão Bimanual Interna

É mais eficaz do que a compressão externa (**Figura 7.7**).

1. Lave as mãos.
2. Calce luvas esterilizadas, de preferência luvas até ao cotovelo.
3. Insira uma das mãos na vagina e feche o punho no fórnix vaginal anterior. Aplique pressão contra a parede anterior do útero.
4. Ao mesmo tempo, com a outra mão comprima o abdômen, atrás do fundo do útero e aplique pressão contra a parede posterior do útero.
5. Mantenha a compressão até a hemorragia estar controlada e o útero contraído.

A compressão interna bimanual é aconselhada:

- Em casos de hemorragia grave se a compressão externa não for eficaz;
- Quando a mulher está anestesiada;
- Se a hemorragia persistir após a remoção manual da placenta.

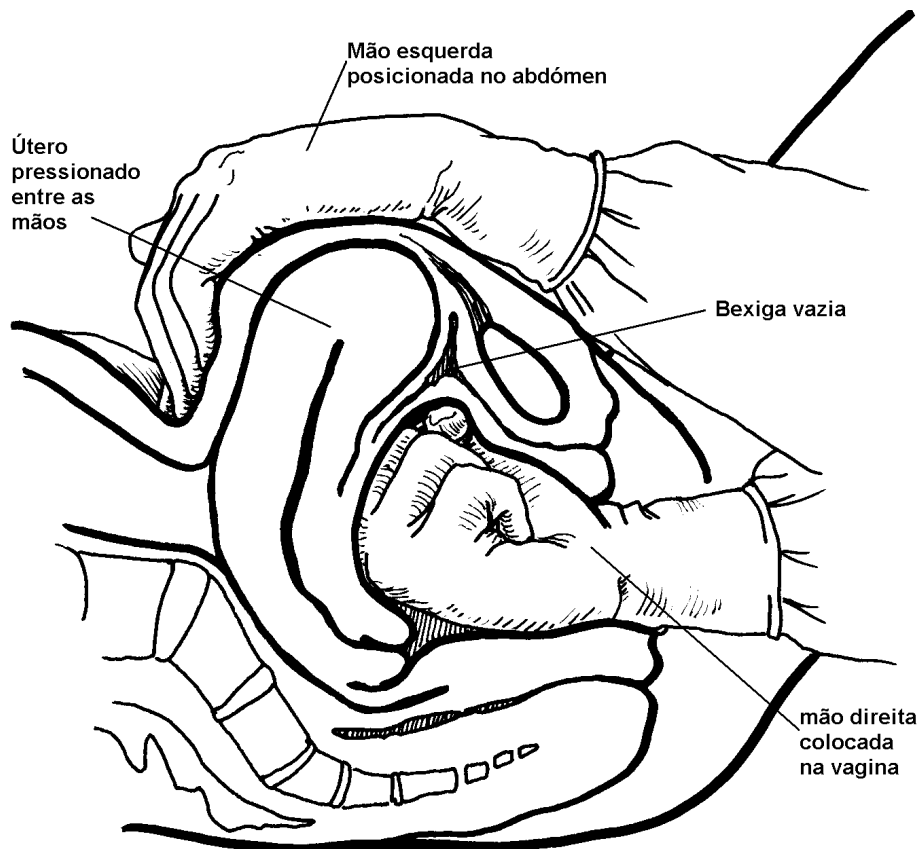


Figura 7.7: Compressão bimanual interna do útero

Avaliação

Para confirmar a competência de um aluno, a resposta às perguntas seguintes deve ser afirmativa.

1. O aluno compreende:
 - Quando deve usar a compressão bimanual externa?
 - Como usar a compressão bimanual externa?
 - Porque é que a compressão bimanual externa pode ser eficaz?
2. O aluno compreende:
 - Quando deve usar a compressão bimanual interna?
 - Como usar a compressão bimanual interna?
 - Porque é que a compressão bimanual interna pode ser eficaz?
3. Se a oportunidade surgir, o aluno comprime, adequadamente o útero de modo a controlar a hemorragia?

COMPETÊNCIA: COMPRESSÃO MANUAL DA AORTA (CMA)

Método de Ensino

Descreva a técnica. A demonstração pode ser feita num manequim ou numa mulher que tenha parido recentemente mas, neste caso, apenas para mostrar a posição das mãos e a direcção da pressão.

Conteúdos

A CMA pode ser usada em casos de hemorragia grave em vez da compressão bimanual do útero. É menos invasiva do que a compressão bimanual interna e é um tratamento eficaz. Também pode ser aplicada mais rapidamente uma vez que não há precauções assépticas a ter em conta (**Figura 7.8**).

O procedimento é realizado da seguinte forma:

- É aplicada pressão no sentido descendente na parede abdominal com o punho fechado colocado em cima da aorta abdominal; o ponto de compressão é logo acima do umbigo. Ligeiramente para a esquerda. No pós-parto imediato, as pulsações aórticas podem ser facilmente sentidas na parede abdominal.
- Com a outra mão, palpe o pulso femural para verificar a adequação da compressão. Se o pulso femural for palpável durante a compressão, esta não é eficaz. Verifique a posição do punho e exerça mais pressão até que o pulso femural deixe de ser palpável.
- Mantenha a compressão até a hemorragia estar controlada.

Avaliação

Para confirmar a competência de um aluno, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

1. O aluno compreende quando e como pode ser usada a CMA?
2. O aluno sabe porque razão se palpa o pulso femural e como se deve reagir se este for palpável?
3. O aluno demonstra a posição correcta do punho em cima da artéria aorta?
4. O aluno consegue demonstrar, num manequim, o procedimento correcto?

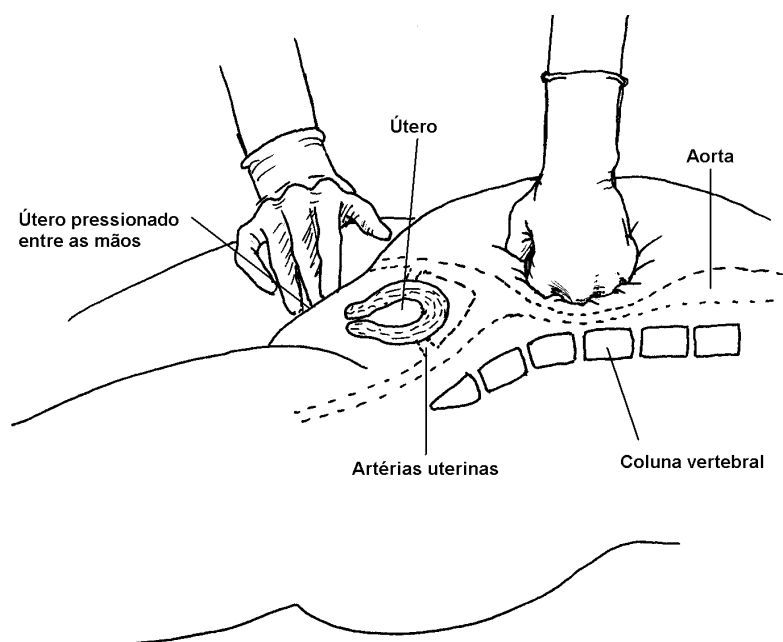


Figura 7.8: Compressão manual da aorta

COMPETÊNCIA: SUTURA DE LACERAÇÕES PERINEAIS

Método de Ensino

<i>TÓPICO</i>	<i>QUANDO?</i>	<i>COMO?</i>
1. Princípios gerais	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração
2. Classificação do traumatismo perineal	Sala de aula	Exposição
3. Escolha dos materiais de sutura	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração
4. Princípios da execução dos nós	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração
5. Equipamento necessário	Contexto clínico	Demonstração
6. Administração de anestesia local	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração
7. Técnica de reparação	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração
8. Cuidados pós-procedimento	Sala de aula Contexto clínico	Exposição Demonstração

Conteúdos

Lembre que se trata de uma mulher que está a sangrar e que irá necessitar de atenção imediata.

1. Princípios gerais

- Mulher na posição de litotomia;
- Usar um bom foco de luz;
- Boa exposição da anatomia e exame cuidadoso da vagina, períneo e, colo do útero para avaliar a extensão do traumatismo (**Figura 7.9**);
- Importância de uma resposta rápida quando há hemorragia;
- Técnica asséptica (lavagem das mãos, uso de luvas, técnica de limpeza da ferida correcta, de cima para baixo, usando uma única vez cada compressa, etc.);
- Manipulação suave;
- Uso cuidadoso das compressas para que nenhuma fique “perdida” na vagina;
- Uso de anestésico local injectado antecipadamente de modo a fazer efeito antes de começar a suturar, isto é, pelo menos 2 minutos;
- Explicação e abordagem solícita durante o procedimento;
- Importância do seguimento de modo a avaliar a técnica e a selecção de materiais.

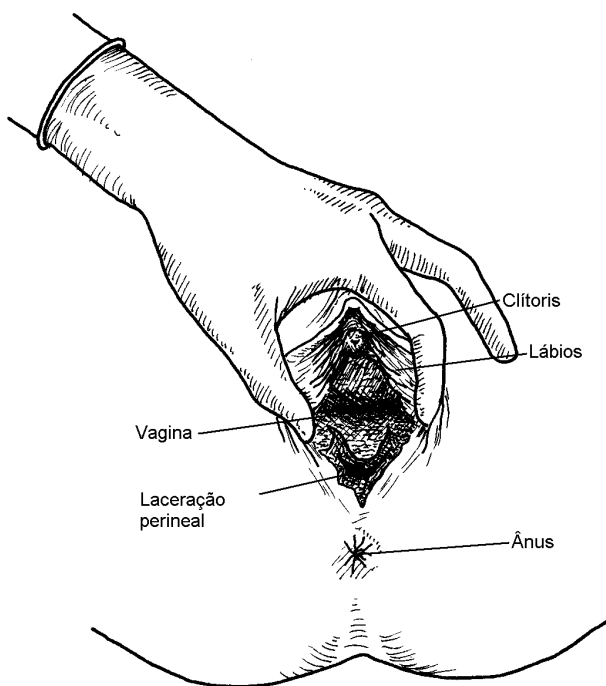


Figura 7.9: Exposição da anatomia feminina: exposição de laceração perineal

2. Classificação do traumatismo perineal

- Lacerações de primeiro grau.
- Lacerações de segundo grau.
- Lacerações de terceiro grau.
- Lacerações de quarto grau (use as **Figuras 7.10, 7.11, 7.12**).

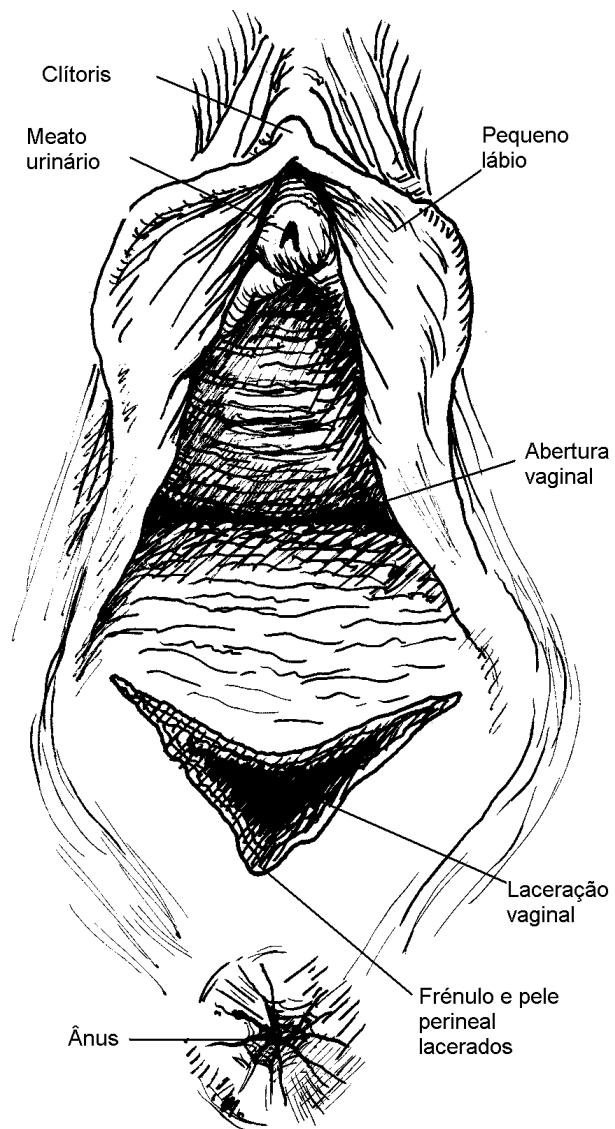


Figura 7.10: Laceração de primeiro grau (envolve somente o freio, pele vaginal e perineal rompidas, músculos intactos)



Figura 7.11: Laceração de segundo grau (envolve o freio e músculos perineais superficiais, a laceração vaginal estende-se, frequentemente, de um ao outro lado)

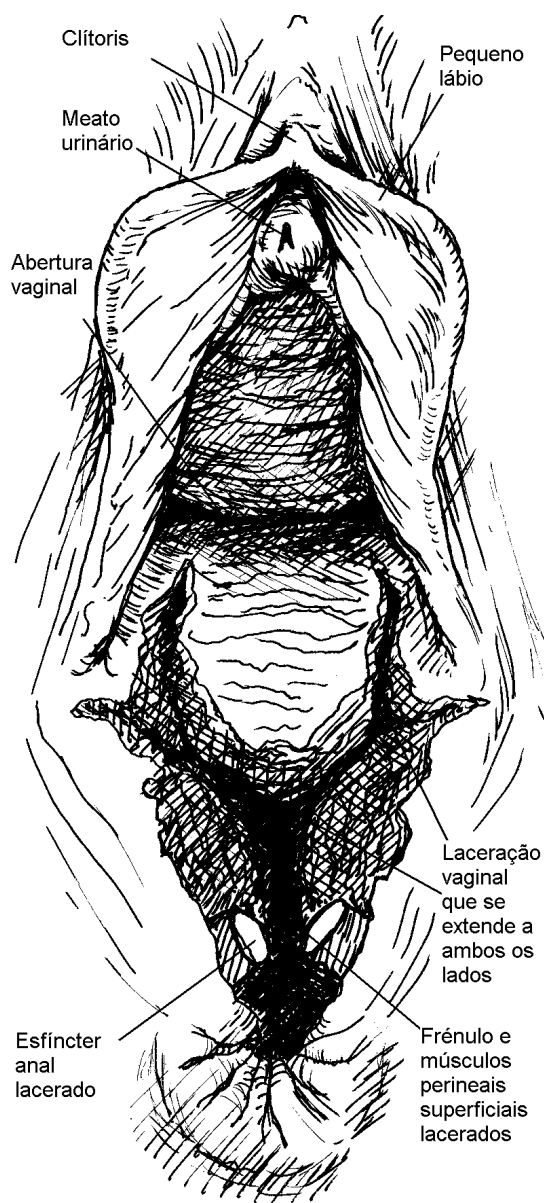


Figura 7.12: Laceração de terceiro grau (envolve o freio, os músculos perineais superficiais e o esfíncter anal); quando o dano se estende à mucosa rectal é denominada, por vezes, de laceração de quarto grau)

3. Materiais de sutura

Os fios de sutura absorvíveis devem ser utilizados para encerramento. Os fios de sutura poliglicólicos são preferíveis aos catgut crómico pela sua força tensil, propriedades anti-alérgicas, baixa probabilidade de complicações infecciosas, menos dor perineal no puerpério e baixa incidência de dispareunia mais tarde. O catgut crómico é uma alternativa aceitável mas não ideal.

Existem dois tipos de suturas: absorvíveis e não absorvíveis. As suturas absorvíveis, frequentemente chamadas de *catgut* simples, são feitas de tecido conjuntivo do intestino grosso dos carneiros. Dissolvem-se dentro de uma semana. No entanto, o *catgut* com baixo de óxido crómico resiste à absorção e mantém a sua força por 10-40 dias. É muitas vezes denominado de *catgut* crómico. Dada a sua força e baixa taxa de dissolução comparado com a *catgut* simples é a escolha a fazer se se tiver de usar *catgut*.

Os materiais de sutura absorvíveis sintéticos incluem as linhas de ácido poliglicólico como as de Vicryl ou Dexon. São completamente absorvidas em 60 a 90 dias mas, por vezes, é necessário cortar ou remover mais cedo suturas apertadas que causam irritação ou desconforto excessivo, normalmente ao fim de 10 dias.

Os fios de sutura não absorvíveis podem ser feitos de algodão, seda, tecidos vegetais, metais ou fibras sintéticas. Têm tendência a causar reacção tecidular (como inflamação com edema e rubor). Se não estiverem disponíveis fios de sutura absorvíveis use dos não absorvíveis.

Lembre-se que uma laceração não reparada pode conduzir a hemorragia, anemia e mesmo morte.

O material de sutura é graduado por tamanho – 3/0 significa 000. Quanto mais zeros no tamanho mais pequena é a espessura da linha. Assim 2/0 ou 3/0 é mais forte e adequado para reparar lacerações do tracto genital, 6/0 é bom para reparar feridas na face e 9/0 é muito bom para cirurgia do olho.

No entanto, se estiver numa situação em que não estiver disponível material de sutura poliglicólico, catgut ou outro, use o que estiver à mão, por exemplo, fio de algodão forte de um alfaiate e uma agulha de coser normal pode servir numa emergência. Lembre-se, a mulher pode morrer de uma perda grave de sangue de lacerações simples que não são identificadas ou reparadas.

4. Princípios para execução do nó⁸

Um nó, quando completo, deve estar firmemente atado de modo a não se desmanchar. Assim, é preferível usar os nós mais simples. Um nó deve ser o mais pequeno possível para prevenir uma reacção do tecido (inflamação). As pontas de um nó devem ser cortadas com aproximadamente 1,27 cm de comprimento.

Quando se dá um nó, deve evitar-se esfregar os dois fios (por vezes chamado serrar) o que pode enfraquecer a linha e fazer com que se rompa.

Tenha cuidado para não danificar a linha de sutura quando a manipula. Se a clampar com o porta-agulhas ou a pinça pode enfraquecê-la ou rompê-la.

Quando unir tecido com uma linha, tenha cuidado para não puxar muito, o que pode reduzir a circulação nos tecidos. Puxar demasiado pode também provocar a rotura da linha de sutura.

Os nós quadrados e os nós de cirurgia são os melhores tipos de nós. Ficam lisos, ocupam um espaço mínimo e aguentam-se bem. Os " nós de avozinha" nunca devem ser usados para a reparação de episiotomias ou lacerações.

5. Equipamento necessário

- Solução anti-séptica;
- Luvas;
- Porta-agulhas ou pinça de dentes de rato;
- 2 fórceps de esponja;
- Agulha e linha de sutura (ver página anterior);
- Pinça para tecidos;
- Anestésico local como lidocaína a 1%;
- Seringa de 20 cc;
- Agulha 22 G ou 1 ½” (ou 3 cm) é ideal mas use o que tiver;

⁸ Algum material extraído com permissão de *Live-saving skills manual for midwives, module 4: episiotomies and repair of lacerations; principles of knot tying*. 2nd ed. American College of Nurses-Midwives, DC, 1991.

- Compressas.

6. Administração do anestésico local:

- Selecção do fármaco (normalmente lidocaína);
- Quantidade de fármaco (20-30 ml);
- Verificar o fármaco (nome, concentração e dose antes da administração).

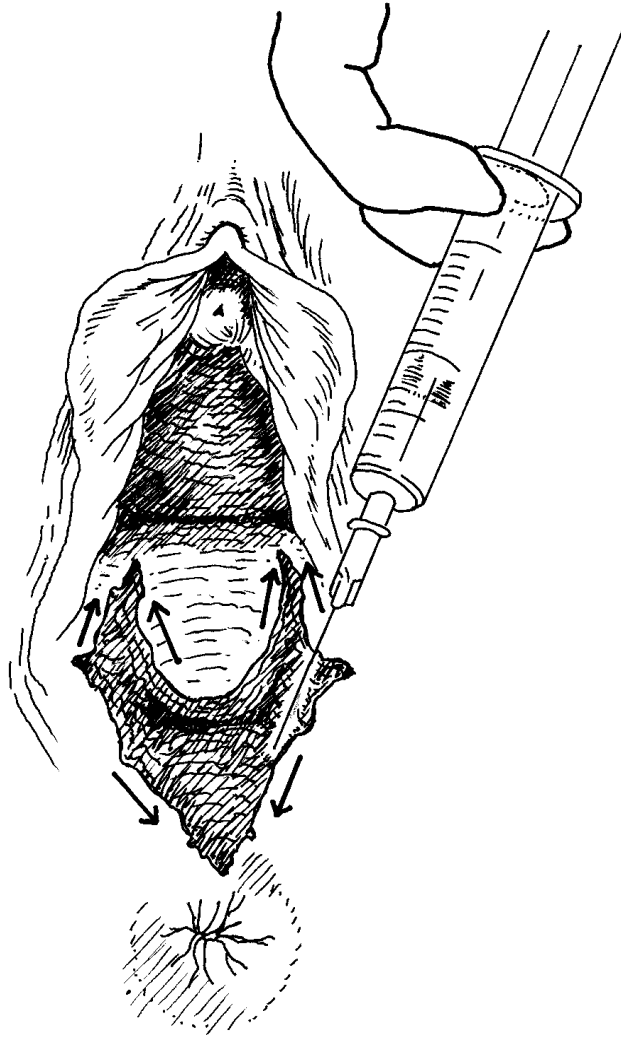


Figura 7.13: Técnica de infiltração do anestésico local antes da reparação de uma laceração

- Limpe a pele à volta da laceração com uma solução anti-séptica;
- Coloque a agulha 22 G ou 1 ½" (3cm) na seringa;
- Encha a seringa com lidocaína 0,5% ou 1%;
- Infiltre o anestésico local à volta da laceração por baixo da mucosa vaginal, por baixo da pele do períneo e profundamente no músculo perineal inserindo todo a agulha e injectando lentamente à medida que retira a agulha (se o anestésico local for injectado directamente num vaso sanguíneo pode causa irregularidade cardíaca, convulsões e morte). Normalmente são necessários 10 a 30ml de anestésico local (**Figura 7.13**);
- É necessário um conjunto de injeções na mucosa vaginal, por baixo da pele e profundamente no músculo perineal dos dois lados da laceração;

- No final das injeções, espere pelo menos dois minutos para que o anestésico local faça efeito. Para avaliar a eficácia do anestésico local belisque a área com a pinça. Se a mulher sentir espere mais dois minutos e volte a testar.

7. Técnica de reparação

- Controle a hemorragia clampando e atando os pontos sangrentos;
- Use compressas para expor a extensão do dano, expondo o limite superior da laceração;
- Identifique danos que necessitem de intervenção mais especializada (por exemplo, laceração de terceiro ou quarto grau, fístula vesico-vaginal ou presença de tecido necrosado);
- Junte os tecidos, as margens de laceração devem complementar-se;
- Suture a vagina primeiro usando uma sutura contínua com *catgut* crômico (**Figura 7.14**). Comece 1 cm acima do ápex da ferida e continue até ao nível da abertura da vagina;
- Na abertura da vagina, junte as margens cortadas da abertura da vagina;
- Passe a agulha por baixo da abertura da vagina até à laceração perineal e ate;
- Repare a camada de músculo perineal usando pontos interrompidos com suturas 2/0: se a laceração é profunda faça uma segunda camada de pontos para obliterar o espaço (**Figura 7.15**);
- Finalmente a pele perineal é suturada com material poliglicólico 2/0 usando suturas interrompidas (ou subcuticular), com início na abertura vaginal (**Figura 7.16**);
- Execute um exame rectal para se assegurar que não há pontos no recto; se houver, a sutura deve ser desmanchada e a laceração suturada novamente tendo cuidado para evitar pontos no recto.

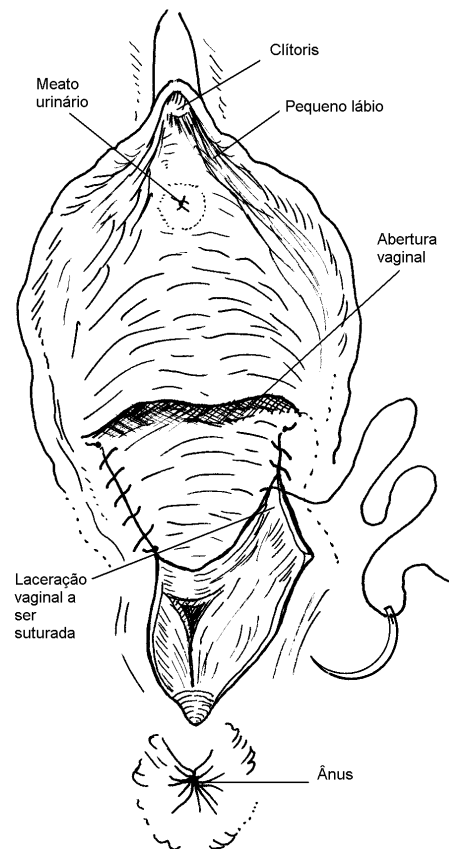


Figura 7.14: Reparação de uma laceração perineal (sutura da laceração vaginal)

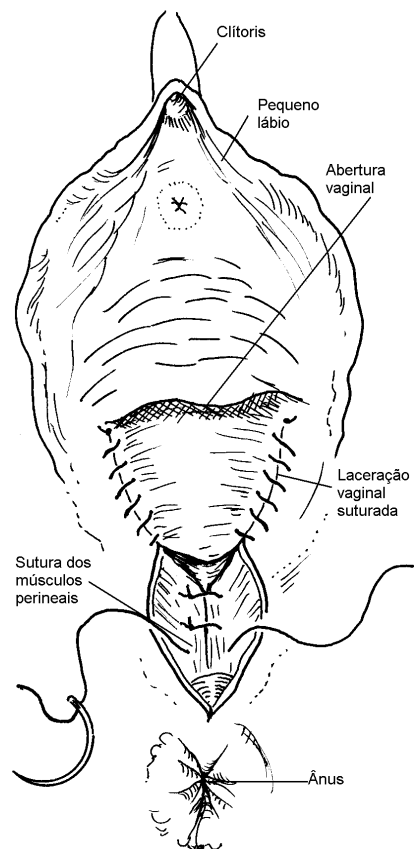


Figura 7.15: Sutura dos músculos perineais

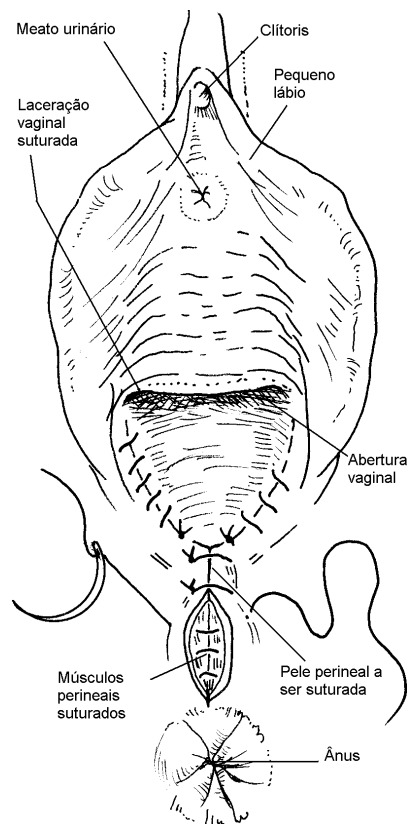


Figura 7.16: Sutura da pele

8. Cuidados após o procedimento

Aconselhe a mulher a limpar a área genital, incluindo a sutura com água limpa, duas vezes por dia e sempre após as defecções.

Examine o períneo suturado quanto à cicatrização e sinais de infecção, por exemplo, inflamação marcada, edema excessivo, pús.

Se a ferida ficar infectada, iniciar Ampicilina 500 mg PO 4 vezes por dia e Gentamicina 5mg/kg de 24/24 horas.

Nota: É muito importante que os alunos sejam ensinados e supervisionados por alguém competente quando realizam uma sutura. Pode ser uma parteira experiente ou um médico com competências obstétricas.

Avaliação

De modo a confirmar a competência do aluno, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

- 1. O aluno compreende os princípios da técnica? (ver princípios gerais)*
- 2. O aluno prepara correctamente o material necessário?*
- 3. O aluno infiltra, eficazmente, a área à volta da laceração com um anestésico local de modo a causar a menor dor possível?*
- 4. O aluno aspira com a seringa de modo a verificar a presença de sangue antes de injectar o anestésico local e sabe o motivo deste procedimento?*
- 5. O aluno identifica os pontos sangrentos rapidamente e controla a hemorragia?*
- 6. O aluno mantém condições assépticas durante o procedimento?*
- 7. O aluno identifica a extensão do dano e decide adequadamente se deve executar a reparação ou encaminhar para cirurgia mais especializada?*
- 8. O aluno selecciona o material de sutura apropriado?*
- 9. O aluno é gentil quando lida com a mulher e sensível na abordagem clínica?*
- 10. O aluno sutura a laceração correctamente, por camadas, usando os métodos de sutura apropriados a cada camada?*
- 11. O aluno prescreve/ providencia a prescrição e administração de antibióticos de largo espectro se a sutura do períneo ficar infectada?*

COMPETÊNCIA: EPISIOTOMIA E REPARAÇÃO⁹

Método de Ensino *Os métodos e tópicos de ensino são essencialmente os mesmos para a “Sutura de lacerações perineais” com excepção do ponto 2 que deve ser lido:*

Classificação da episiotomia.

Tipos de incisão:

- *Mediolateral (Figura 7.17).*
- *Mediana (Figura 7.18).*

⁹ Algum deste material foi extraído com autorização, de *Live-saving skills manual for midwives, module 4: episiotomies and repair of lacerations; principles of knot tying*. 2nd ed. American College of Nurses-Midwives, DC, 1991:3-5.

Os alunos devem saber as vantagens e desvantagens de cada tipo de incisão e serem competentes na realização das incisões bem como na sua reparação.

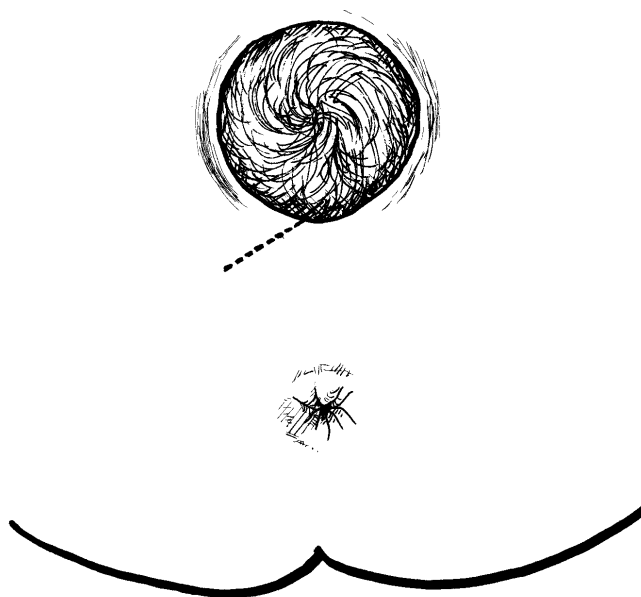


Figura 7.17: Episiotomia mediolateral

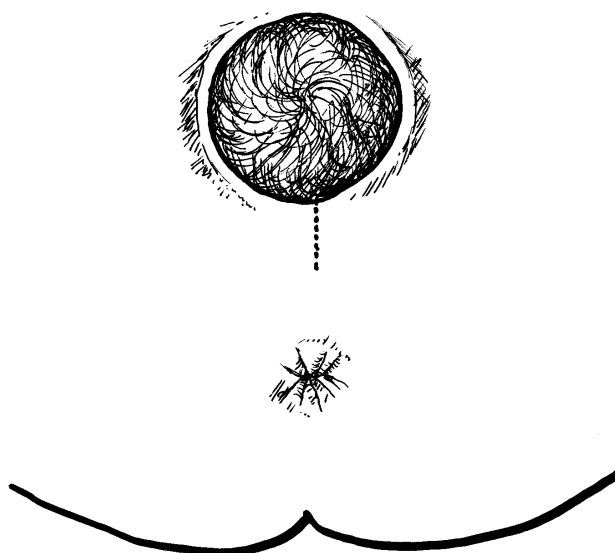


Figura 7.18: Episiotomia mediana

Conteúdos

Motivos para Realizar uma Episiotomia

As episiotomias não devem ser feitas por rotina. O procedimento deve ser realizado apenas quando existe pelo menos uma das indicações:

1. Sofrimento fetal na segunda etapa do trabalho de parto, para acelerar o nascimento do bebé.
2. História de laceração de terceiro ou quarto grau em partos anteriores.
3. Parto vaginal com complicações, por exemplo, apresentação do ombro, apresentação pélvica, parto com fórceps ou por ventosa.
4. Stress materno devido a exaustão ou insuficiência cardíaca.
5. Períneo apertado que evita o nascimento.

Incisão Mediolateral

Vantagens:

- Menor risco de extensão ao esfíncter anal;
- Evita dano da glândula de Bartholin;
- Fácil de fazer;
- De reparação razoavelmente fácil.

Desvantagens:

- Demora mais tempo a reparar;
- Cicatrização mais lenta;
- Maior perda de sangue;
- Mais dor pós-operatória.

Incisão Mediana

Vantagens:

- Processo de cicatrização mais rápido;
- Fácil de executar;
- Fácil de reparar;
- A linha média do períneo tem muito poucos vasos sanguíneos e sangra menos;
- Menos hematomas;
- Relações sexuais mais cedo do que para as mulheres que fizeram uma episiotomia mediolateral.

Desvantagens:

- Uma episiotomia mediolateral pode mais facilmente vir a envolver o esfíncter anal.

Altura de Execução da Episiotomia

A episiotomia não pode ser feita nem demasiado cedo nem demasiado tarde. Se for feita muito cedo, haverá hemorragia profusa. Se for feita demasiado tarde, é difícil de executar e não atingimos os objectivos desejados com a sua realização. É melhor fazer a episiotomia quando o períneo está fino e protuberante, e cerca de 3 a 4 cm da parte que se apresenta está visível.

Execução da Episiotomia (episiotomia mediolateral)

Administre o anestésico local:

- Adapte uma agulha 22 G 1 ½" (3 cm) a uma seringa de 20 cc.
- Encha a seringa com lidocaína.
- Proteja a cabeça do bebé colocando dois dedos entre a cabeça do bebé e o períneo. (a injeção de anestésico na cabeça do bebé pode causar morte).

- Insira todo o comprimento da agulha, por baixo da pele, num ângulo de 45°, desde o freio até ao períneo (**Figura 7.19**). Puxe o êmbolo da seringa e verifique se há sangue (se o anestésico local for injectado directamente num vaso sanguíneo pode causar arritmia cardíaca, convulsões e morte da parturiente). Injecte lentamente à medida que retira a seringa.
- Depois aponte a seringa para um dos lados do centro e repita o procedimento. Repita do outro lado. Nesta altura já deve ter injectado cerca de 10 cc de anestésico. Lembre-se de proteger a cabeça do bebé com os dois dedos ao longo do procedimento.
- Agarre numa tesoura de pontas redondas e afiada. Coloque dois dedos da outra mão na vagina entre a tesoura e a cabeça do bebé o que irá prevenir magoar acidentalmente o bebé. Comece no centro do períneo e coloque a tesoura num ângulo de 45°. Se for destro corte em direcção à nádega direita da mãe, se for canhoto corte em direcção à nádega esquerda (**Figura 7.20**).

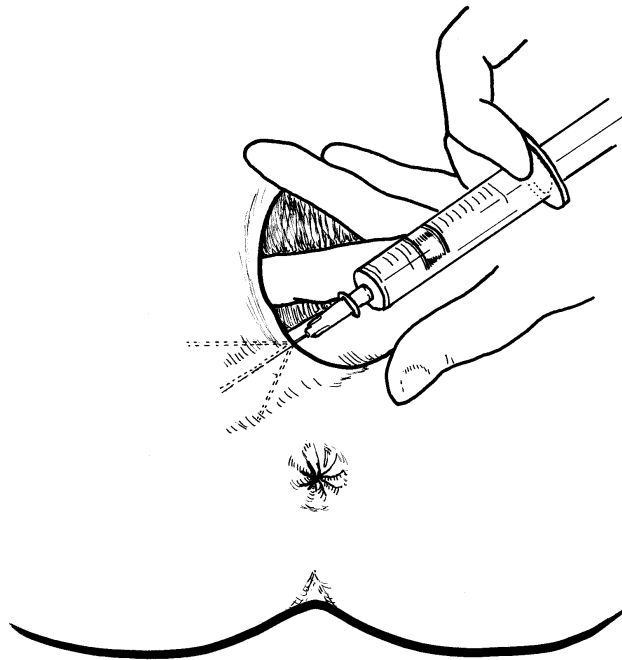


Figura 7.19: Infiltração dos tecidos com um anestésico local

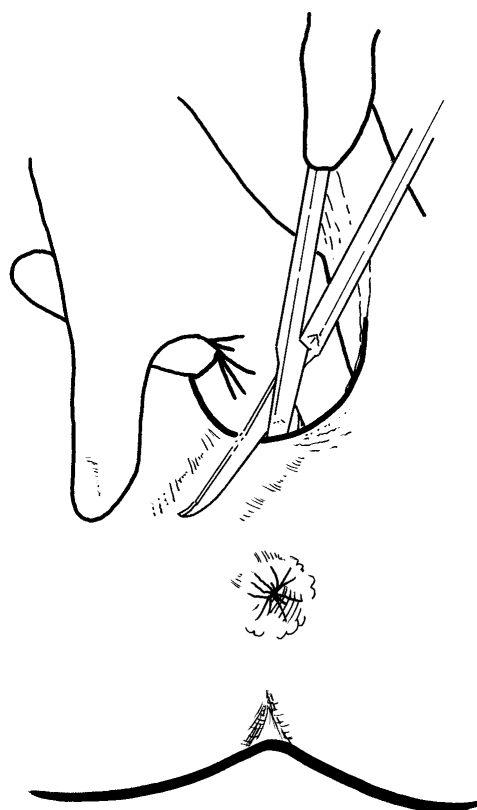


Figura 7.20: Execução da incisão enquanto se insere dois dedos para proteger a cabeça do bebê

Faça a episiotomia com uma única incisão grande. A execução de pequenos cortes pode fazer com que a margem seja irregular o que torna a reparação da ferida e a cicatrização mais difícil.

Controle a parte fetal que se apresenta imediatamente após ter feito a incisão, dado que devido ao diâmetro extra resultante existe o risco de ser expulso abruptamente, assegure-se de que os ombros rodaram para a linha média antes do nascimento para evitar uma extensão da episiotomia.

Se o bebê não nascer dentro de 1 ou 2 contracções após a execução da episiotomia aplique uma gaze esterilizada e pressione-a firmemente sobre o corte para reduzir a hemorragia.

Técnica de Reparação (episiotomia mediolateral)

Se disponível, use material de sutura poliglicólico, caso contrário use catgut crómico 2/0. Limpe a zona da ferida com uma solução anti-séptica.

Infiltre com lidocaína, se ainda não o tiver feito, inserindo uma agulha de ambos os lados na incisão vaginal e injectando à medida que a retira. Repita na região perineal.

Repare a mucosa vaginal com uma sutura contínua usando material de sutura 2/0 (**Figura 7.21**):

- Inicie a reparação a cerca de 1 cm acima do topo da ferida e continue até ao nível da abertura vaginal.
- Na abertura da vagina, aproxime as margens cortadas da abertura vaginal.

- Passe a agulha do interior da abertura vaginal para o exterior através da incisão e ate.
- Feche o músculo perineal usando suturas ininterruptas 2/0.
- Feche a pele usando suturas interruptas (ou subcutilares) 2/0 (**Figura 7.22 e Figura 7.23**).

Avaliação

De modo a confirmar a competência do aluno, a resposta a estas perguntas deve ser sim.

1. *O aluno verbaliza as indicações para episiotomia?*
2. *O aluno sabe as vantagens e desvantagens de cada tipo de incisão?*
3. *O aluno executa a episiotomia na altura certa?*
4. *O aluno infiltra o períneo com o anestésico local de forma eficaz?*
5. *O aluno verifica a presença de sangue na seringa antes de injectar o anestésico local e compreende a importância desta verificação?*
6. *O aluno faz as incisões de forma satisfatória?*
7. *O aluno repara a episiotomia correctamente?*
8. *O aluno mantém condições assépticas durante o procedimento?*
9. *O aluno aconselha, de forma correcta, a mulher após o procedimento?*

Nota:

- (a) *A episiotomia nunca deve ser realizada com o objectivo único de treinar um aluno.*
- (b) *O professor deve ensinar e avaliar os alunos na reparação de uma episiotomia antes de o fazer numa laceração. As episiotomias são, normalmente, mais fáceis de suturar.*

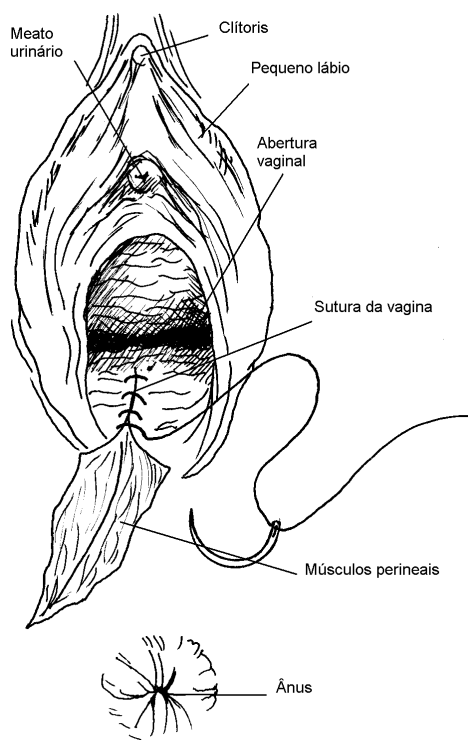


Figura 7.21: Reparação de uma episiotomia mediolateral (sutura da vagina)

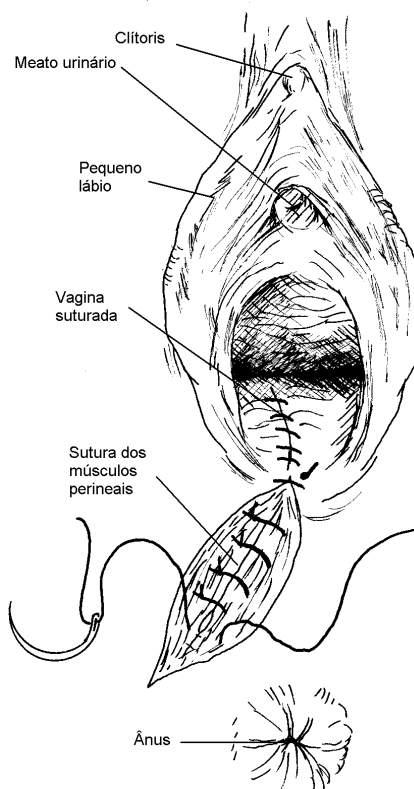


Figura 7.22: Reparação de uma episiotomia mediolateral (sutura dos músculos perineais)

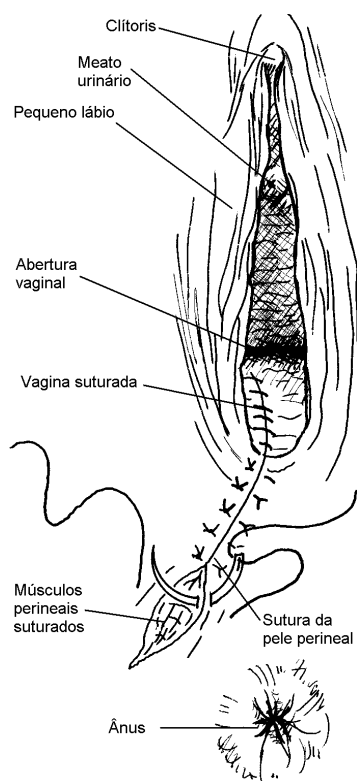


Figura 7.23: Reparação de uma episiotomia mediolateral (sutura da pele)

COMPETÊNCIA: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Método de Ensino *Na sala de aula, e posteriormente em contexto clínico, introduza o tema que deve incluir:*

- *Requisição e armazenamento dos fármacos;*
- *Demonstração e supervisão da punção venosa;*
- *Demonstração de administração de um fármaco por via EV;*
- *Supervisão do aluno na administração de um antibiótico EV (ou outro fármaco, de acordo com as necessidades).*

Conteúdos

Administração de Antibióticos

É importante ter em conta alguns aspectos gerais.

1. A infecção durante a gravidez e o puerpério pode estar associada a mais que um microorganismo.
2. Administre uma combinação de antibióticos para cobrir quer os bacilos ou cocos aeróbios e anaeróbios.
3. Para as infecções graves deve-se preferir a via EV porque ajuda a aumentar a velocidade a que o fármaco chega aos tecidos afectados.
4. Se for prescrita administração oral para as mulheres fazerem em casa, é importante realçar à mulher que deve completar a totalidade da medicação, mesmo que se sintam melhor antes de a terminar.

Prescrição

Os pontos seguintes devem ser respeitados na utilização de fármacos pelas parteiras:

1. Se as parteiras não têm apoio médico permanente, a utilização de fármacos e das respectivas dosagens deve ser acordada com o responsável médico.

Se existem directrizes legais que proíbem as parteiras de administrarem terapêutica na ausência do médico, a situação deve ser revista.

2. Assegurar que existem fármacos suficientes em stock e que estão sempre disponíveis.
3. Assegurar que os fármacos estão dentro do prazo de validade, armazenados correctamente e à temperatura apropriada.
4. Escrever de forma legível, na folha de prescrição:
 - Nome do fármaco;
 - Dose;
 - Via de administração;
 - Data e hora de cada dose;
 - Assinaturas do prescritor e do profissional que administrou.

Lembre-se de administrar:

- A dose correcta;
- Do fármaco correcto;
- À hora certa;
- Pela via correcta;
- Ao doente certo.

É boa prática pedir a outro profissional, sempre que possível, para verificar a prescrição antes da administração.

Fármacos Endovenosos As parteiras devem aprender uma série de regras sobre a administração EV de fármacos.

1. As parteiras devem ter experiência na administração de injecções EV-
2. O fármaco pode ser administrado através de uma cateter inserido numa veia.
3. É muito importante assegurar que:
 - As seringas e as agulhas utilizadas estão esterilizadas;
 - Não há ar na seringa;
 - A via está permeável;
 - A agulha/cateter está inserido na veia.
4. Estar atento ao aparecimento de reacções adversas. Se tal ocorrer, parar a administração do fármaco e encaminhar imediatamente para atenção médica.

Avaliação

De modo a confirmar as competências do aluno é necessário que a resposta às seguintes perguntas seja afirmativa:

1. *O aluno selecciona adequadamente a combinação de antibióticos a administrar?*
2. *O aluno conhece a dosagem correcta dos medicamentos que precisa de administrar, independentemente da via?*
3. *O aluno reconhece a necessidade de usar antipiréticos e analgésicos? Utiliza-os juntamente com outros métodos para reduzir a temperatura e aliviar a dor?*
4. *O aluno compreende a importância de verificar o prazo de validade dos fármacos e de não os usar para além dessa data?*
5. *O aluno compreende a importância de armazenar os fármacos adequadamente e de manter stocks adequados?*
6. *O aluno demonstra conhecimentos sobre a importância:*
 - *Da dose correcta?*
 - *Do medicamento correcto?*
 - *À hora certa?*
 - *Pela via correcta?*
 - *Ao doente correcto?*
7. *O aluno administra o medicamento com cuidado, correctamente e de forma segura?*
8. *O aluno elabora registos precisos e exaustivos?*

COMPETÊNCIA: ELABORAR REGISTOS

Método de ensino

Introduza ou reveja este assunto na sala de aula e depois faça-o no ensino clínico a grupos pequenos de alunos.

Peça aos alunos para partilharem, em pequenos grupos, os seus registos.

Ajude-os a identificarem, nos seus registos, problemas e defeitos.

Assegure-se que os alunos aprendem a criticar os seus próprios registos antes de criticarem os dos outros. Lembre-os que não irão ajudar os outros a melhorar os registos se o fizerem de uma forma agressiva.

Conteúdos

Os alunos podem já estar familiarizados com os princípios da elaboração de registos desde a sua formação de enfermagem. Será necessário reconhecerem os requisitos especiais da elaboração de registos obstétricos adaptados às necessidades da parturiente.

Recorde a importância dos registos. Realce que têm de ser:

- Claros.
- Legíveis.
- Precisos.

E devem incluir:

- Datas.
- Horas.
- Assinaturas.

Discuta a importância do equilíbrio dos registos. Uma parteira deve escrever:

- O suficiente para transmitir claramente o estado da mulher.
- Não demasiado, de modo a não conflitar com o tempo precioso de que precisa para cuidar da mulher.

Isto é muito importante.

Peça aos alunos para formarem grupos de discussão e debaterem a seguinte pergunta “Qual é o objectivo dos registos?”

Objectivos da Elaboração de Registos

Escreva os objectivos no quadro à medida que os alunos vão contribuindo com as suas ideias.

1. Rever o progresso ou falta de progresso na situação clínica.
2. Proporcionar os cuidados apropriados no tempo certo.
3. Garantir a continuação de cuidados entre pessoal diferente.
4. Garantir um registo para referência futura.
5. Para cumprir os regulamentos instituídos. (Refira as regras e orientações da enfermagem e da enfermagem obstétrica. Leia as secções relevantes e assegure-se que os alunos as compreendem. Faça isto pedindo-lhes que os reformulem nas suas próprias palavras.

Avaliação

Para confirmar a competência do aluno, a resposta a estas questões deve ser afirmativa:

1. O aluno compreende os princípios e objectivos dos registos?
2. Os registos do aluno são fáceis de compreender e utilizar? São claros, legíveis e com a dimensão certa?
3. O aluno compreende os requisitos legais/estatutários a serem observados pelos registos obstétricos?

8. REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DO COLO UTERINO E VAGINAIS ALTAS

SESSÃO 8

REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DO COLO UTERINO E VAGINAIS ALTAS

FINALIDADE

Capacitar os alunos para adquirirem competências necessárias para suturarem o colo do útero e repararem as lacerações vaginais altas.

Presume-se que os alunos nesta Sessão, atinjam os objectivos pedagógicos das Sessões 1 à 7.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 8, os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a natureza e as causas das lacerações do colo útero e vaginais altas.
2. Demonstrar o procedimento da inspecção vaginal e do colo uterino.
3. Descrever a preparação da mulher para a reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas e o material e equipamento necessários.
4. Demonstrar o procedimento de reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas.
5. Descrever o tratamento e cuidados após a reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas.

PLANO

Exposição, discussão, demonstração (1 hora).

Ensino clínico e supervisão (de acordo com as capacidades e necessidades dos alunos).

CARGA HORÁRIA

A sessão teórica irá precisar de pelo menos uma hora. No entanto, a componente clínica, que é a mais importante, irá demorar muito mais tempo e deve basear-se na necessidade de apoio clínico, supervisão e avaliação de cada um.

A carga horária irá variar de acordo com:

- A disponibilidade de casos clínicos relevantes – deve ser assegurado controlo estrito para efeitos de ensino, só devem ser usados os casos onde existe indicação clínica para a reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas.
- A disponibilidade de professores experientes nestas competências – os professores de enfermagem obstétrica também podem colaborar com obstetras no ensino de reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas.

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

INTRODUÇÃO

Quando ensinarem as competências desta Sessão, os formadores podem, se o desejarem, contar com a colaboração de outros professores e/ou clínicos competentes (por exemplo, parteiras experientes, obstetras).

As competências devem, em primeiro lugar, ser demonstradas pelo professor ou por um clínico competente. Deve seguir-se a prática simulada para dar aos alunos a oportunidade de prepararem e manusearem o equipamento e se familiarizarem com a sequência de passos do procedimento. Tal pode ser feito em sala de aula usando um modelo pélvico ou outro modelo apropriado para praticar a sutura de lacerações do colo do útero e vaginais altas. Finalmente, e onde for possível (a oportunidade dos alunos poderem praticar estas competências pode ser muito limitada), a prática clínica deve ocorrer sob supervisão directa e com feedback imediato para capacitar os alunos a serem competentes nestas áreas.

Lembre os alunos que as práticas de prevenção de infecção descritas anteriormente (Sessão 6) aplicam-se aos procedimentos desta sessão.

As lacerações do colo do útero ou vaginais altas não reparadas podem conduzir a perda maciça de sangue, cicatrização deficiente, relações sexuais dolorosas e morte, pelo que é importante que o pessoal obstétrico saiba como as suturar.

Normalmente, as lacerações do colo do útero ocorrem lateralmente, quer de um só lado ou de ambos. Uma laceração vaginal alta pode estender-se ao segmento uterino inferior resultando em rotura incompleta do útero. Uma laceração do colo do útero pode envolver porções da artéria uterina no colo do útero causando hemorragia extensa.

Quando a laceração ocorre nos dois terços superiores da vagina denomina-se de laceração vaginal alta. As lacerações vaginais do terço superior da vagina estão normalmente associadas a lacerações do colo do útero. Por vezes a camada superficial da vagina está intacta mas há um grande hematoma (deposição de sangue) na parede vaginal devido à rotura das veias da vagina.

As lacerações do colo do útero e vaginais altas podem dever-se a:

- Parto prolongado ou PPTP: quando o colo do útero fica entalado entre a cabeça do bebé e a sínfise púbica, o lábio anterior pode ficar edemaciado, não esticar bem e lacerar;
- Parto com fórceps, extracção por ventosa ou extracção pélvica antes do colo do útero estar totalmente dilatado;
- Parto precipitado (espontâneo ou provocado por administração de ocitócico);
- Incapacidade do colo do útero em se dilatar por anomalia congénita ou cicatrização de traumatismo anterior.

INSPECÇÃO DO COLO DO ÚTERO E DA VAGINA

O colo do útero e a vagina devem ser examinados por rotina, mesmo se não houver hemorragia, e especialmente depois de partos instrumentais, prolongados, PPTP e parto precipitado. As lacerações vaginais altas e do colo do útero, são diagnosticadas por exame vaginal cuidado, sob uma boa luz.

- Lave as mãos e calce luvas esterilizadas. Separe os lábios com uma mão.
- Peça a um assistente para apontar a luz para a vagina. Procure cuidadosamente qualquer laceração ou hematoma.
- Deprima firmemente a parede posterior da vagina com os dedos da outra mão e olhe para dentro da vagina. A hemorragia de lacerações vaginais e do colo uterino podem estar associadas a hemorragias lentas mas contínuas ou a esguichos de uma artéria.
- Pressionando os seus dedos lentamente contra a parede vaginal, mova-os até ao colo do

útero verificando a presença de pontos de hemorragia ou hematomas. Repita no outro lado da vagina.

- De seguida, peça ao assistente para pressionar firmemente para baixo o útero da mulher. Tal irá mover o colo do útero para baixo, na vagina, de modo a poder observá-lo mais facilmente.
- Insira dois espéculos, um posteriormente outro anteriormente, e peça a um assistente para os segurar (se estiver só, pode usar um espéculo com peso posterior como o da **Figura 8.1** para puxar a parede posterior da vagina para baixo). Se não tiver nenhum espéculo disponível pressione firmemente a parede posterior da vagina com uma mão de modo a expor melhor o colo do útero. Com a outra mão use uma pinça de esponja e feche-a no lábio anterior às 12 horas¹⁰. Feche outra pinça de esponja no colo do útero, às 3 horas, e examine a porção do colo do útero entre as pinças (**Figura 8.2**). Verifique a presença de hemorragia contínua lenta ou esguichos de sangue. Abra a pinça das 12 horas e feche-a às 6 horas. Examine agora a porção do colo do útero entre as 3 e as 6 horas (**Figura 8.3**). Abra a pinça das 3 horas e feche-a às 9 horas. Continue este procedimento no sentido dos pontos do relógio até ter examinado todo o colo do útero. Se existir excesso de sangue e for difícil visualizar de onde vem, use uma compressa esterilizada para o limpar.

É necessário reparar uma laceração se é grande e sangra persistentemente. Não é necessário reparar lacerações pequenas que não sangram. As lacerações ligeiras do colo do útero ocorrem na maioria dos partos mas cicatrizam rapidamente por si só. Durante a cicatrização alteram a aparência do colo do útero de uma abertura circular para uma abertura transversal (**Figura 8.4**). Se uma laceração do colo do útero se estender ao útero é necessária uma laparotomia para reparar essa laceração.

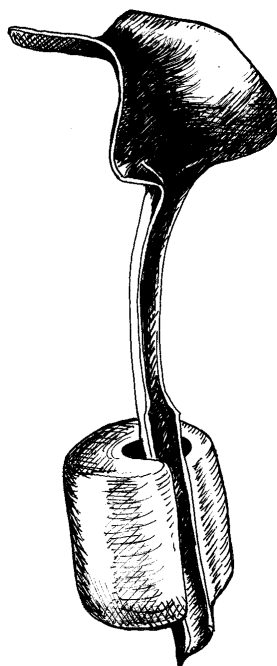


Figura 8.1: Espéculo com peso posterior

¹⁰ Explique aos alunos o objectivo desta referência, para não imaginarem que o colo do útero é um relógio.

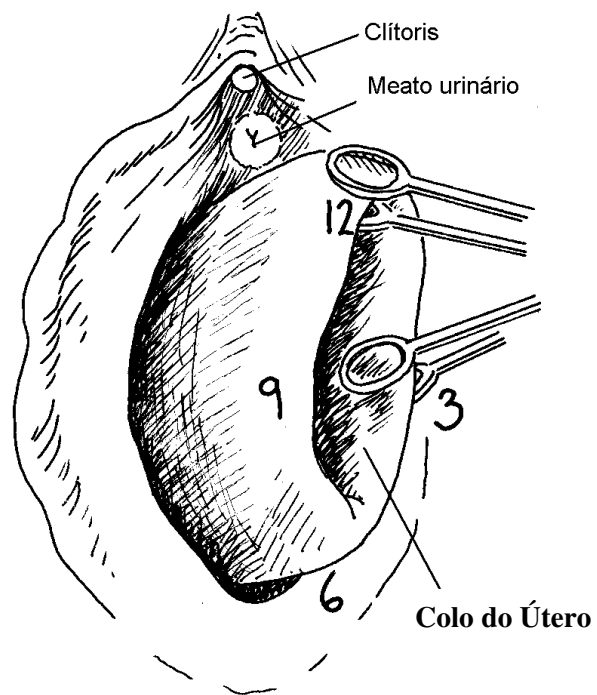


Figura 8.2: Inspeção do colo do útero para lacerações entre as 12 e as 3 horas

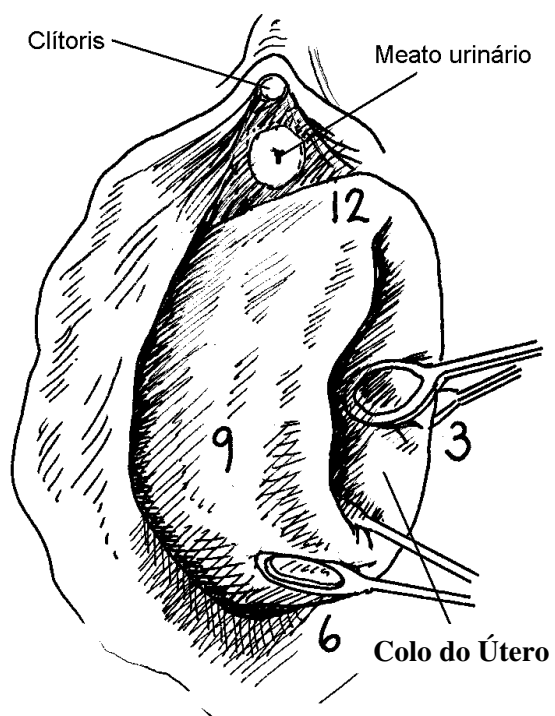


Figura 8.3: Inspeção do colo do útero para lacerações entre as 3 e as 6 horas

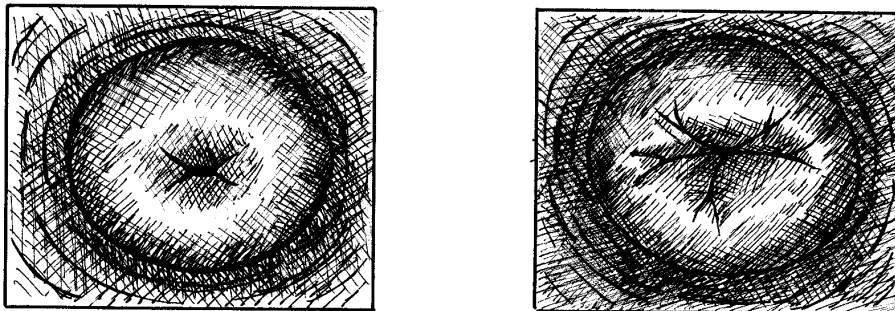


Figura 8.4: Aspecto do colo do útero numa nulípara (A) e numa múltipara (B)

A

B

REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DO COLO DO ÚTERO E VAGINAIS ALTAS

Preparação da doente

- Avalie o estado geral da doente, verifique os sinais vitais e estime quanto sangue foi perdido. Verifique se o útero está firme e bem contraído. Peça à mulher para urinar se for capaz.
- Explique o procedimento à mulher e conforte-a.
- Colha sangue para tipagem, compatibilidade e hemoglobinéemia se tal ainda não foi feito.
- Inicie uma solução EV de lactato de sódio ou soro fisiológico e administre rapidamente se houver necessidade de corrigir a hipovolémia. Administre sangue ou expansores do plasma se o choque for grave.

Material e equipamento necessário

- Boa fonte de luz.
- Solução anti-séptica.
- Luvas esterilizadas.
- Linha de sutura 2/0 e agulha.
- Porta-agulhas.
- Duas pinças de esponja.
- Anestésico local se necessário (como lidocaína 0,5% ou 1%), seringa e agulha.
- Compressas esterilizadas.
- Espéculo (anterior e posterior).

Em lacerações altas e extensas, administre petidina e diazepam EV lentamente. (não misture na mesma seringa).

Procedimento de reparação da laceração do colo do útero

1. Ajude a mulher a deitar-se de costas com os joelhos dobrados.
2. Limpe o períneo, vulva, e vagina com uma solução anti-séptica.
3. Lave as mãos e calce luvas esterilizadas. Se não existirem luvas esterilizadas use luvas limpas.
4. Cateterize a bexiga se estiver cheia e a mulher não a conseguir esvaziar.
5. Peça a um assistente para massajar o útero e fazer pressão no fundo.
6. Agarre gentilmente o colo do útero com uma esponja ou pinça de anel (ou de esponja). Fixe uma pinça de cada lado da laceração e puxe cuidadosamente em várias direcções para ver todo o colo do útero. Podem existir várias lacerações. (Atenção: uma pinça de dentes ou um clampe podem cortar o colo do útero e causar mais hemorragia ou podem, acidentalmente cortar uma porção do colo do útero).

7. Comece a suturar do apêx (topo) da laceração usando material poliglicólico e sutura contínua ou, se tal não se encontrar disponível, catgut crômico (**Figura 8.5** e **Figura 8.6**).
8. Se uma grande secção do colo do útero está lacerada, repare-a com uma sutura contínua.
9. Se achar difícil chegar ao topo, pode agarrá-lo com uma pinça arterial ou pinça de anel. Deixe as pinças no local durante 4 horas. Não faça tentativas para ligar os pontos sangrentos pois podem aumentar a hemorragia.
10. Após 4 horas, abra as pinças parcialmente mas não as remova. Após mais 4 horas, remova as pinças completamente.

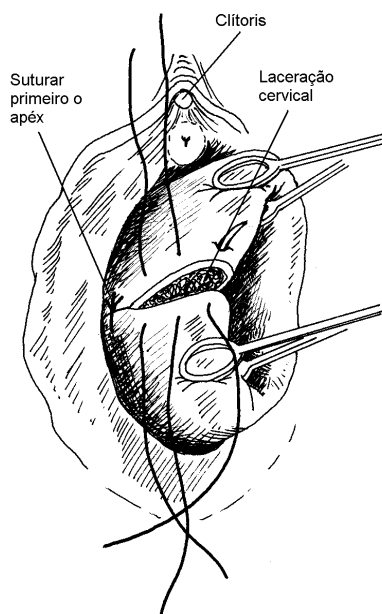


Figura 8.5: Segurando o colo do útero com as pinças para a reparação da laceração

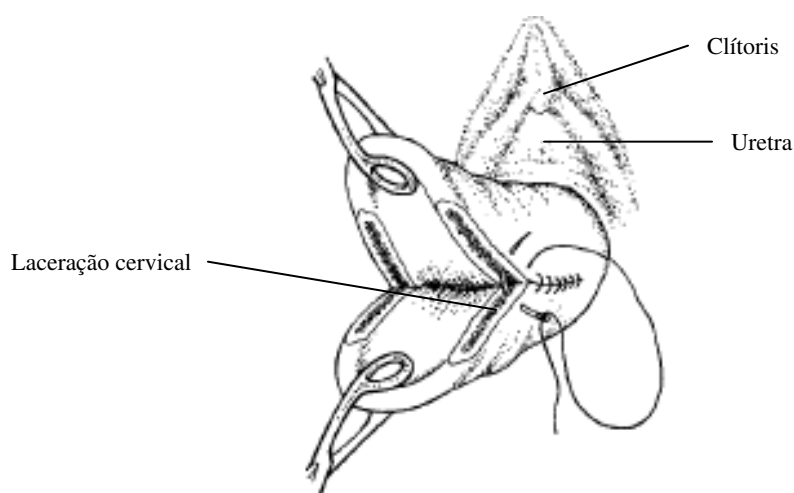


Figura 8.6: Suturas ininterruptas do colo do útero

Procedimento para Reparar Lacerações Vaginais Altas

Pode ser necessária uma laparotomia para reparar uma laceração do colo do útero que se estendeu para lá da abóbada da vagina.

1. Inicie de forma semelhante às lacerações do colo do útero (1,2,3).
2. Exponha a laceração na vagina.
3. Após fazer a infiltração de um anestésico local, suture a laceração com sutura contínua. Suture os tecidos profundos e não apenas a mucosa vaginal uma vez que as lacerações da vagina são frequentemente acompanhadas por lesão dos tecidos adjacentes. Se a laceração é no terço superior da vagina tenha em atenção que o uréter está 1,5 cm acima do fórnix lateral vaginal (**Figura 8.7**). Evite puncionar profundamente com a agulha neste local.
4. Aplique um penso esterilizado no períneo.

A hemorragia de uma laceração do colo do útero ou vaginal pode ser profusa e a mulher pode morrer, pelo que uma resposta rápida é essencial.

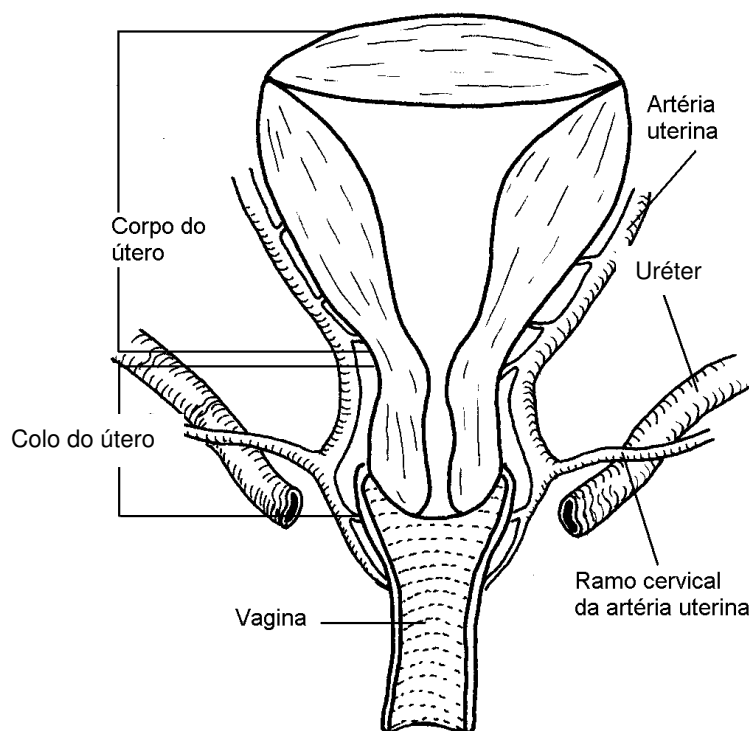


Figura 8.7: Relações entre os vasos sanguíneos e uréter do colo do útero e vagina

Cuidados Pós- Procedimento

- Verifique regularmente os sinais vitais da mulher;
- Esteja atenta ao aparecimento de hemorragia ou desenvolvimento de hematomas;
- Administre uma solução EV ou sangue de acordo com o estado da mulher;
- Ensine a mulher a lavar os genitais pelo menos duas vezes por dia e sempre depois de evacuar E A MUDAR O PENSO VAGINAL FREQUENTEMENTE;
- Observe a mulher dez dias após o parto e novamente 6 semanas mais tarde para verificar a evolução da cicatrização da ferida.

Complicações e seu Tratamento

- Complicações imediatas**
1. **Hemorragia:** pode ocorrer se os vasos sanguíneos não foram ligados de forma correcta. Previna ligando os pontos sangrentos quando sutura. Assegure-se que a hemorragia não provém de um útero atónico.
 2. **Hematoma:** um depósito de sangue na parede da vagina ocorre frequentemente a seguir a uma lesão vaginal. Pode estar presente quando há edema da vagina e vulva, dor intensa e retenção de urina. Previna-o ligando os pontos sangrentos quando está a suturar. Se o hematoma é grande e doloroso deve ser lancetado e drenado sob anestesia geral. Os pontos sangrentos devem ser unidos e, para serem fechados, devem ser suturados com suturas ininterruptas profundas.
 3. **Retenção de urina:** a mulher deve ser encorajada a urinar frequentemente. Se não o conseguir deve ser colocado um cateter para evitar retenção.
 4. **Infecção:** é uma complicação frequente e pode ser evitada administrando à mulher antibióticos profiláticos e usando técnica asséptica durante a reparação da laceração. Se se instalar uma infecção, as suturas podem ter que ser removidas e feitas novas suturas, se necessário, mas apenas depois da infecção ter sido debelada.

- Complicações tardias**
1. **Cicatrização e estenose vaginal:** pode ocorrer nas lacerações vaginais negligenciadas e pode causar dor durante o acto sexual e PPTP em partos futuros.
 2. **Cicatrização do colo do útero:** a cicatrização do colo do útero devida a lacerações não reparadas pode conduzir a parto prolongado nas gravidezes seguintes visto o colo do útero não se dilatar de forma apropriada.
 3. **Fístulas vesico-vaginais, vesico-cervicais e recto-vaginais:** podem ocorrer se as lacerações vaginais e do colo do útero se estenderem à bexiga ou ao recto.

Avaliação

A lista de verificação que se segue deve ser usada durante a observação directa do aluno enquanto repara uma laceração do colo do útero ou vaginal alta para avaliar o seu nível de competência neste procedimento.

O professor deve observar se o aluno completa cada um dos passos incluídos na lista de verificação. Assinale “sim” para cada passo completado correctamente, assinale “não” se o aluno falhou o passo ou se não o completou correctamente. Na coluna das observações devem ser identificados os aspectos positivos assim como as áreas problemáticas.

Para que um aluno seja considerado competente é necessário que cada passo do procedimento seja completado correctamente.

Para os alunos que não completarem correctamente cada passo devem ser tomadas providências para instrução adicional e prática supervisionada. O professor deve depois usar a lista de verificação adequada para avaliar novamente a competência dos alunos.

Lista de Verificação dos procedimentos para Reparação de Lacerações Vaginais Altas ✓

Passos	Sim	Não	Comentários
Instrumentos e materiais ▪ Prepara os instrumentos e os materiais			
Preparação da doente ▪ Transmite confiança e dá apoio emocional à mulher ▪ Colhe sangue para Hb, tipagem e compatibilidade ▪ Inicia perfusão EV de lactato de sódio ou soro fisiológico ▪ Se o choque for grave, administra expansores do plasma ou sangue (quando disponível) ▪ Verifica se o útero está firme e bem contraído ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga ▪ Explica o procedimento à mulher ▪ Limpa o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica			
Passos do procedimento ▪ Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas ▪ Expõe a laceração da vagina ▪ Faz infiltração de um anestésico local no local da laceração ▪ Sutura a laceração com sutura contínua ▪ Aplica um penso esterilizado no períneo ▪ Dá apoio emocional à mulher durante o procedimento usando competências de comunicação			
Cuidados imediatos após o procedimento ▪ Vigia os sinais vitais da mulher imediatamente e após o procedimento e regulamento ▪ Verifica a presença de hemorragia vaginal/ formação de hematomas ▪ Repõe os líquidos por via EV e inicia transfusão de sangue, se necessário ▪ Inicia um antibiótico de largo espectro (por exemplo, Ampicilina 1 g inicial e depois 500mg de 6 em 6 horas durante 5 dias) ▪ Administra um analgésico (por exemplo, paracetamol) para a dor, se necessário ▪ Assegura-se de que a mulher está confortável e a ser vigiada ou tem meios para chamar ajuda se recomeçar a sangrar ▪ Referencia para uma instituição mais especializada, se necessário ▪ Completa todos os registos necessários			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

Lista de Verificação dos Procedimentos para a Reparação de Lacerações do Colo Uterino ✓

Passos	Sim	Não	Comentários
Instrumentos e materiais ▪ Prepara os instrumentos e os materiais			
Preparação da doente ▪ Transmite confiança e dá apoio emocional à mulher ▪ Colhe sangue para Hb, tipagem e compatibilidade ▪ Inicia perfusão de lactato de sódio ou soro fisiológico ▪ Se o choque for grave, administra expansores do plasma ou sangue (quando disponível) ▪ Verifica se o útero está firme e bem contraído ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga ▪ Explica o procedimento à mulher ▪ Limpa o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica			
Passos do procedimento ▪ Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas ▪ Faz cateterismo urinário se a mulher não conseguir urinar ▪ Visualiza o colo do útero ▪ Coloca uma pinça de esponja de cada lado da laceração ▪ Segura ambas as pinças com uma mão puxando-as suavemente na sua direcção ▪ Começa a suturar a partir do topo da laceração ▪ Aplica suturas contínua em todo o comprimento da laceração com cerca de 1cm de separação, abrangendo toda a espessura de cada um dos lábios do colo do útero. ▪ Aplica um penso esterilizado no períneo ▪ Dá apoio emocional à mulher durante o procedimento usando competências de comunicação			
Cuidados imediatos após o procedimento ▪ Vigia os sinais vitais da mulher imediatamente e regularmente após o procedimento ▪ Verifica a presença de hemorragia vaginal/formação de hematomas ▪ Repõem os líquidos por via EV e inicia transfusão de sangue, se necessário ▪ Inicia um antibiótico de largo espectro (por exemplo, Ampicilina 1 g inicial e depois 500mg de 6 em 6 horas durante 5 dias) ▪ Administra um analgésico (por exemplo, paracetamol) para a dor, se necessário ▪ Assegura-se de que a mulher está confortável e a ser vigiada ou tem meios para chamar ajuda se a mulher começar a sangrar ▪ Referencia para uma instituição mais especializada, se necessário ▪ Completa todos os registos necessários			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

9. REMOÇÃO MANUAL DA PLACENTA

SESSÃO 9

REMOÇÃO MANUAL DA PLACENTA

FINALIDADES

Capacitar os alunos para adquirirem competências necessárias para executarem a remoção manual da placenta (RMP). Presume-se que os alunos, nesta sessão, já tenham atingido os objectivos pedagógicos das Sessões 1 e 3 deste módulo e sejam capazes de:

- Explicar a fisiologia da terceira etapa do trabalho de parto com referência à anatomia mais significativa (Sessão 1).
- Descrever de que forma o conhecimento da parteira acerca da fisiologia e tratamento da terceira etapa do trabalho de parto pode influenciar o resultado (Sessão 1).
- Realizar o tratamento activo e fisiológico da terceira etapa do trabalho de parto sob supervisão (Sessão 1).
- Enumerar as causas e os factores de risco de hemorragia pós-parto (HPP) e identificar os factores evitáveis (Sessão 3).
- Discutir os passos a dar de modo a evitar a morte pelos factores evitáveis identificados (Sessão 3).

Adicionalmente, os alunos deverão ter completado com sucesso todas as outras sessões deste módulo.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 8, os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a preparação da mulher para a RMP e o material e equipamento necessários.
2. Demonstrar o procedimento da RMP.
3. Descrever o tratamento e cuidados à mulher após a RMP.
4. Explicar os perigos associados com a retenção da placenta e com a sua remoção manual.

PLANO

Exposição, discussão e demonstração, ensino clínico e supervisão (3 horas).

CARGA HORÁRIA

A sessão teórica irá precisar de pelo menos uma hora. No entanto, a componente clínica, que é a mais importante, irá demorar muito mais tempo e deve basear-se na necessidade de apoio clínico da supervisão e de avaliação de cada aluno.

A carga horária também irá variar de acordo com:

- A disponibilidade de casos clínicos relevantes – deve ser assegurado que para efeitos de ensino; só devem ser usados os casos onde existe uma indicação clínica para RMP.
- A disponibilidade de professores experientes nestas competências – os professores de enfermagem obstétrica achem desejável ou necessário trabalhar em conjunto com obstetras ou parteiras seniores no ensino da RMP.

RECURSOS

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva. World Health Organization, 2003 (WHO/RHR/00.7).

INTRODUÇÃO

Ao ensinar as competências contempladas nesta Sessão, os professores de enfermagem obstétrica podem achar desejável ou necessário colaborar com outros professores e/ou clínicos competentes nesta área (por exemplo, parteiras experientes e obstetras).

As competências devem ser, em primeiro lugar, demonstradas pelo professor ou por um clínico competente. Devem criar simulações, usando um modelo pélvico e um modelo apropriado da placenta, que dêem aos alunos a oportunidade de se familiarizarem com a sequência de passos do procedimento. Finalmente, e onde possível (porque as oportunidades para os alunos praticarem em situações reais podem ser muito limitadas) a prática clínica deve ocorrer sob supervisão directa e com feedback imediato para capacitar os alunos a desenvolverem esta competência.

Lembre aos alunos que as práticas clínicas de prevenção de infecção descritas relativamente ao tratamento da HPP primária e secundária (Sessão 6) também se aplicam às competências nesta Sessão.

É muito importante para as parteiras, assim como para outros profissionais competentes que prestam cuidados durante o parto, serem eficientes nos procedimentos para a RMP.

Pergunte aos alunos: Porque é que a RMP é importante?

1. *Quanto mais tempo a placenta ficar retida, maiores são os riscos devido a:*

- Choque;
- Hemorragia; e
- Infecção.

Por esta razão:

2. *Se houver hemorragia por retenção da placenta, a remoção manual desta deve ser feita sem demora.*

Os alunos devem saber o seguinte no que respeita à RMP:

Indicação: parar ou prevenir a HPP.

Antes de aprender a executar a RMP o prestador de cuidados deve ser capaz de:

- Prestar cuidados durante o parto (primeira, segunda e terceira etapas) incluindo;
- Realizar um exame pélvico; e
- Preparar e administrar de uma perfusão EV.

Explique que vai ensinar a competência na RMP na teoria e na prática. Lembre os alunos a importância de serem capazes de identificar as prioridades à medida que prestam cuidados (isto é, fazer as coisas mais importantes primeiro).

REMOÇÃO MANUAL DA PLACENTA (RMP)

Preparação da doente

1. Explique a intervenção à mulher e transmita-lhe confiança;
2. Colha sangue para tipagem, compatibilidade e hemoglobínemia se ainda não tiver sido feito;
3. Inicie uma perfusão EV, se esta ainda não tiver sido iniciada e administre lactato de Ringer ou soro fisiológico. Administre rapidamente se a hipovolémia ainda não foi

corrigida, Pode ser necessária transfusão de sangue se a hemorragia for grave.

4. Administre uma dose profilática de antibióticos:

- Ampicilina 2g EV e,
- Metronidazol 500 mg EV ou,
- Cefazolina 1g EV e metronidazol 500mg EV.

Equipamento e materiais necessários

1. Solução anti-séptica.
2. Luvas esterilizadas.
3. Uma luva esterilizada comprida.
4. Penso vulvar esterilizado.
5. Clampe, por exemplo, com pinça (fórceps) de esponja.
6. Receptáculo para a placenta.
7. Fármacos:
 - Analgésicos.
 - Ergometrina.
 - Ocitocina.
 - Antibióticos.
8. Seringas e agulhas.

Analgesia

Use um analgésico como a petidina 25 mg EV e um sedativo como o diazepam 10 mg EV.

Se a petidina e o diazepam não estiverem disponíveis, use outro analgésico e/ou sedativo apropriado, e continue, suavemente, com a remoção da placenta, pois trata-se de uma procedimento para salvar a vida.

Procedimento

1. Providencie apoio emocional à mulher, durante o procedimento.
2. Ajude a mulher a deitar-se de costas com os joelhos dobrados. Se não for capaz de urinar, cateterize-a e esvazie a bexiga. Uma bexiga cheia pode evitar a expulsão da placenta.
3. Administre um analgésico.
4. Lave as mãos até aos cotovelos.
5. Limpe a área perineal e à volta da vagina com uma solução anti-séptica.
6. Calce primeiro as luvas esterilizadas curtas. Separe os lábios e limpe o vestíbulo, isto é, a área entre os pequenos lábios. Depois, na mão que será inserida na vagina, calce a luva esterilizada comprida por cima da outra, o que irá prevenir a contaminação por bactérias na pele do braço.
7. Segure o cordão umbilical com um clampe e puxe-o suavemente até estar bem tenso e paralelo ao chão.
8. Introduza a mão com a luva comprida na vagina com os dedos esticados juntos em “cone” e siga o cordão usando um movimento de rotação suave para ir do orifício do colo do útero para a cavidade uterina (**Figura 9.1**). Siga o cordão até encontrar a placenta. (Uma vez colocada a mão no útero não retire a mão até ter separado a placenta

e a ter trazido para fora do útero. Não entre e saia do útero pois aumenta o risco de infecção).

9. Liberte o cordão com a mão exterior e agarre o fundo do útero através do abdómen. Isto fixa o útero e ajuda a garantir a sua contracção durante a remoção manual para prevenir a inversão do útero (**Figura 9.2**).
10. Alcance a placenta e encontre o seu rebordo. Coloque os seus dedos entre o rebordo da placenta e a parede uterina. Com a palma da mão para a placenta e os dedos bem juntos, use movimentos laterais de corte para, suavemente, destacar a placenta. Percorra todo o local de inserção da placenta até esta se destacar da parede uterina.
11. Quando toda a placenta estiver separada e na palma da sua mão (**Figura 9.3**) retire suavemente a placenta do útero. Não puxe apenas uma porção da placenta pois pode separar-se do resto. As membranas seguirão a placenta à medida que esta é removida. Puxe-as lenta e cuidadosamente, pois podem rasgar-se e ficarem no útero, originando hemorragia ou infecção.
12. Com a outra mão continue a fazer contra-tracção no útero para prevenir inversão uterina.
13. Insira novamente a sua mão para palpar a cavidade uterina para verificar a existência de algum resto de tecido placentário.
14. Adicione ocitocina 20 UI a 1 l de solução EV (lactato de Ringer ou soro fisiológico) e administre. Administre rapidamente se houver hemorragia.
15. Peça a um assistente para continuar a massajar o útero para encorajar a sua contracção.
16. Se houver uma hemorragia maciça contínua, administre 0,2mg de ergometrina IM para ajudar o útero a contrair ou prostaglandinas dependendo das recomendações nacionais (as prostaglandinas não devem ser administradas por via endovenosa porque podem ser fatais).
17. Examine a placenta e verifique se está completa (**Figura 9.4**).
18. Verifique se existem lacerações no canal de parto e repare-se necessário.

Problemas na remoção da placenta.

- Se a placenta não se separar da parede uterina com os movimentos laterais das pontas dos dedos nos rebordos, suspeite de placenta acreta e referencie a mulher para uma instituição mais especializada para laparotomia e possível histerectomia subtotal. Não haverá hemorragia da parede uterina se a placenta estiver fixa, apenas das áreas onde a placenta se separou.
- Se a placenta ficou retida devido a um anel de constrição ou se passaram horas ou dias após o nascimento do bebé, pode não ser possível inserir toda a mão no útero. Remova a placenta em fragmentos usando dois dedos, pinças (fórceps) ovais ou uma cureta larga e não cortante. Pode ser necessário o encaminhamento para exploração do útero sob anestesia devido ao perigo de retenção de tecido placentário.
- Se uma HPP ocorrer antes, durante ou após uma remoção manual, siga o tratamento descrito na Sessão 5.

Pontos importantes:

- Use, o mais possível, precauções anti-sépticas durante o procedimento.
- Todas as manipulações intra-uterinas devem ser realizadas lenta e suavemente.
- É muito fácil perfurar o segmento uterino inferior se a mão for forçada através do orifício.
- Também é fácil perfurar a parede uterina se forem feitos movimentos forçados de escavação e abrasão.

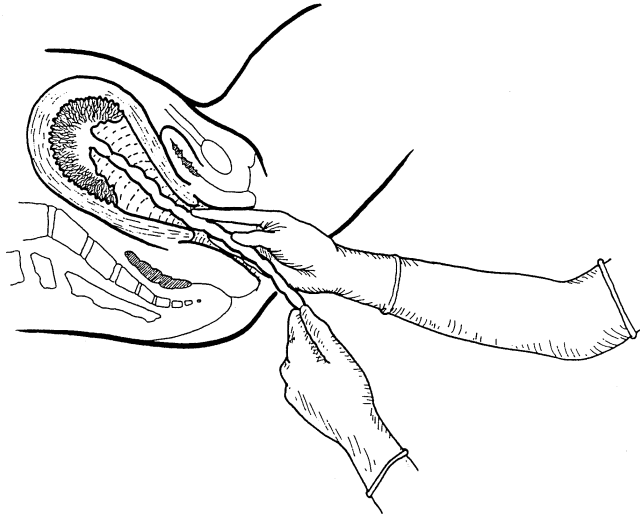


Figura 9.1: RMP: introdução de uma mão na vagina ao longo do cordão umbilical

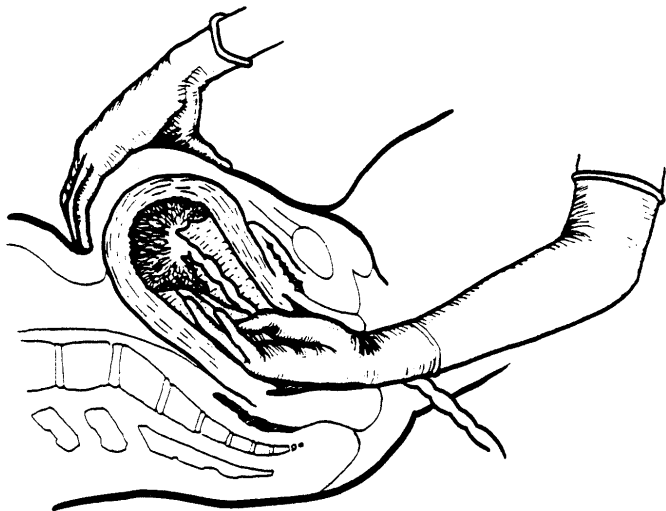


Figura 9.2: RMP: agarrar o fundo com a outra mão enquanto se destaca a placenta por movimentos laterais dos dedos

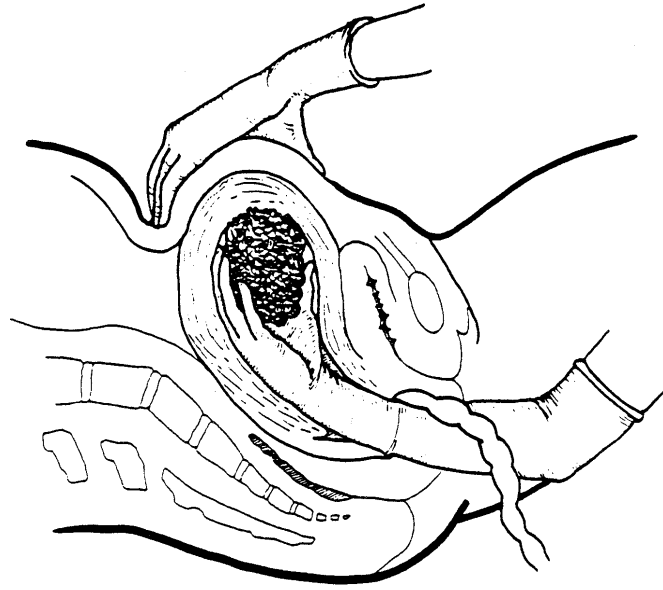


Figura 9.3: RMP: placenta na palma da mão

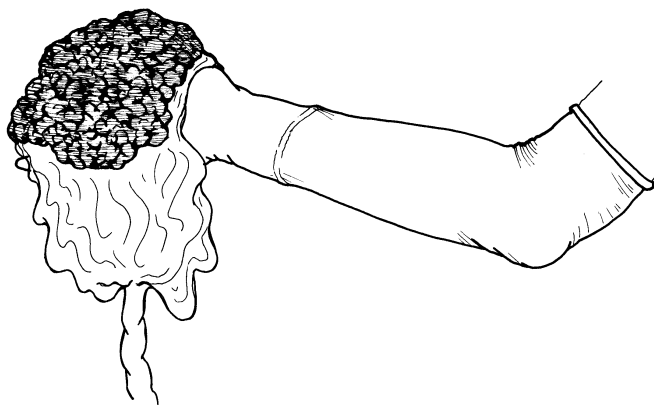


Figura 9.4: RMP: exame da placenta quanto à sua integridade

Cuidados após a remoção manual da placenta

1. Monitorize os sinais vitais da mulher, isto é, pulso, tensão arterial e respiração de 30 em 30 minutos nas 6 horas seguintes ou até a situação estar estabilizada.
2. Vigie de perto a mulher até os efeitos da sedação EV terem desaparecido.
3. Apalpe o fundo do útero e massage-o se não estiver bem contraído.
4. Verifique o penso perineal para observar a quantidade de perda de sangue.
5. Mantenha uma perfusão EV com ocitocina.
6. Se a mulher estiver a sangrar profundamente e/ou em choque estabilize-a e prepare-a para transfusão de sangue ou referencie se não for possível a transfusão localmente.

Complicações e seu tratamento

As três principais complicações a seguir à RMP são:

1. Hemorragia e choque.
2. Infecção e choque séptico.
3. Traumatismo ou rotura do útero.

1. Tratamento da hemorragia

Identifique a causa da hemorragia (laceração vaginal/do colo do útero, fragmentos de placenta retidos, rotura do útero).

Se se tratar de uma laceração, repare-a. Se a hemorragia for proveniente de uma vaso danificado, clampe-o e ate-o. Em casos de hemorragia atónica massage o útero para o fazer contrair e administre ocitocina 10 UI IM ou ergometrina 0,2 mg EV de início seguida por uma infusão de soro fisiológico ou lactato de Ringer com 20 UI de ocitocina adicionadas.

Em casos de rotura uterina, é necessária uma laparotomia para reparar o útero ou pode ser necessária uma histerectomia: providencie o encaminhamento urgente se a cirurgia não for possível localmente.

Administre uma transfusão de sangue se necessário. Se não for possível localmente, referencie para uma instituição de saúde mais especializada onde possa ser administrada.

Em todos os casos, vigie frequentemente o pulso, tensão arterial, fundo do útero e perdas vaginais.

2. Tratamento da infecção

Qualquer subida na temperatura ou arrepios devem constituir um sinal de alerta para a possibilidade de infecção. Se suspeitar de infecção faça uma zaragatoa vaginal e envie-a para o laboratório para cultura e sensibilidade.

Inicie a seguinte combinação de antibióticos:

- Ampicilina 2 g EV de 6/6 horas e,
- Gentamicina 5 mg/ Kg EV por dia e,
- Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas.

Mantenha os antibióticos até a mulher não ter febre durante 48 horas. Se a febre ainda estiver presente ao fim de 72 horas referencie para reavaliação e tratamento apropriado.

3. Rotura do útero

As mulheres com retenção da placenta após um parto em casa têm maior probabilidade de traumatismo do útero devido a tentativa(s) infrutífera(s) de remoção da placenta.

O traumatismo do útero pode ser causado por manipulação pouco cuidada do útero durante a RMP. Se a mulher teve, em partos anteriores, uma curetagem, uma cesariana ou uma operação uterina, podem existir áreas enfraquecidas da parede uterina tornando-a mais susceptível à rotura.

A rotura do útero requer laparotomia imediata com possível histerectomia ou reparação da laceração. Trate o choque e referencie urgentemente.

Avaliação

A lista de verificação seguinte deve ser usada durante a observação directa do aluno a executar a RMP, para avaliar a sua competência na execução do procedimento.

O professor deve observar se o aluno completa os passos indicados na lista de verificação. Assinale “sim” para cada passo completado correctamente, assinale “não” se o passo não for executado ou completado correctamente. Na coluna das observações, devem ser registadas também as observações positivas, com as áreas problemáticas.

Para que o aluno seja considerado competente cada passo do procedimento deve ser completado correctamente.

Para os alunos que não completem cada passo do procedimento correctamente, devem ser tomadas providências para instrução adicional e prática sob supervisão. Posteriormente o professor deve usar, novamente, a lista para observar e avaliar a competência do aluno.

Lista de Verificação para a RMP✓			
Passos	Sim	Não	Comentários
Instrumentos e materiais Prepara os instrumentos e os materiais			
Preparação da doente - Transmite confiança e dá apoio emocional à mulher - Colhe sangue para Hb, tipagem e compatibilidade - Inicia perfusão de lactato de sódio ou soro fisiológico - Se o choque for grave, administra expansores do plasma ou sangue (quando disponível) - Verifica se o útero está firme e bem contraído - Pede à mulher para esvaziar a bexiga - Explica o procedimento à mulher - Limpa o períneo e vagina com uma solução anti-séptica			
Passos do procedimento - Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas - Limpa os lábios vaginais - Calça a luva esterilizada comprida - Insere suavemente a mão com a luva comprida na vagina enquanto agarra o cordão umbilical com a outra. - Retira a mão, mantendo a placenta na palma da mão e a mão exterior no fundo do útero mantendo a contra-tracção do útero. - Verifica a integridade da placenta (se não tem a certeza de que está completa, insere novamente a mão para verificar se a cavidade uterina está completa) - Observa a vagina e o colo do útero quanto à presença de lacerações - Aplica um penso esterilizado no períneo - Administra um fármaco ocitócico e verifica se o útero está bem contraído - Dá apoio emocional à mulher durante o procedimento usando competências de comunicação interpessoal			
Cuidados imediatos após o procedimento - Vigia os sinais vitais da mulher e verifica se há hemorragia vaginal e se o útero se mantém firme e contraído imediatamente após o procedimento e de 30 em 30 minutos nas 6 horas seguintes ou até o estado da mulher estabilizar. - Repõem os líquidos por via EV e inicia transfusão de sangue, se necessário - Administra um analgésico (por exemplo, paracetamol) para a dor, se necessário - Assegura-se de que a mulher está confortável e a ser vigiada ou se tem meios para pedir ajuda se começar a sangrar - Referencia para uma instituição mais especializada, se necessário - Completa todos os registos necessários			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

10. ESTUDOS DE CASO

SESSÃO 10

ESTUDOS DE CASO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para reflectirem sobre a sua prática clínica e para compreenderem a importante ligação entre o processo e o resultado no que diz respeito à prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto (HPP).
- Capacitar os alunos para fazerem recomendações práticas que melhorarão os resultados do tratamento da HPP.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 10, os alunos devem ser capazes de:

1. Apresentar um estudo de caso e discutir as questões importantes relacionadas com este.
2. Identificar o processo que levou ao resultado dos casos estudados, realçando os pontos importantes da prática clínica relativa à prevenção e tratamento da HPP.
3. Discutir como é que outras mulheres podem também beneficiar de aspectos dos cuidados que contribuíram para um resultado seguro, ou das lições aprendidas com a reflexão sobre maus resultados.
4. Discutir como é que a melhoria dos cuidados maternos pode influenciar os resultados da terceira etapa do trabalho de parto e o tratamento da HPP, dando exemplos da sua experiência pessoal.
5. Explicar a importância da reflexão sobre a prática clínica, de modo a avaliar e a melhorar os cuidados.

PLANO

Estudos de casos, discussão, trabalho de grupo, feedback (3 horas).
Tutoria opcional (1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”: orientações para os estudos de casos.
“Instruções para o trabalho de grupo”.

INTRODUÇÃO

Se os alunos são muito inexperientes, é aconselhável fazer tutorias individuais ou a pequenos grupos para explicar como fazer um estudo de caso. Use registos clínicos. Estas tutorias precisam de ser realizadas antes da Sessão 10 e devem contemplar o ensino em contexto clínico.

Divida os alunos em pequenos grupos: cada grupo irá preparar e apresentar um estudo de caso. Dê aos alunos as Orientações para o Estudo de Caso, detalhadas no final desta Sessão. Para obterem as informações necessárias os alunos devem usar registos clínicos, previamente seleccionados pelo professor.

Sugerem-se, para esta sessão, três estudos de caso. O professor pode decidir usar apenas dois como parte de uma sessão mais pequena e, posteriormente, repetir a sessão.

Seria apropriado, se possível, usar pelo menos um caso em que o resultado tenha sido bom e outro em que tenha sido menos bom. Discuta os motivos dos resultados observados.

ESTRUTURA DA SESSÃO

1. *Introdução à sessão. Relembre os alunos:*
 - *O que foi aprendido, anteriormente, através dos estudos de caso;*
 - *Que é importante reflectir sobre a prática clínica e aprender com a experiência;*
 - *Que existe uma relação entre processo e resultado e que se pode influenciá-los de modo a promover uma maternidade segura.*

Apresente, agora, os alunos que irão apresentar os estudos de caso.

2. *Apresentação do estudo de caso 1.*
3. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 1.*
4. *Apresentação do estudo de caso 2.*
5. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 2.*
6. *Apresentação do estudo de caso 3.*
7. *Oportunidade para colocar questões e responder a dúvidas sobre o estudo de caso 3.*
8. *Sumário das apresentações. Aqui é muito importante:*
 - *Associar o processo com o resultado observado;*
 - *Que os alunos reconheçam que podem influenciar esta associação.*
9. *Elogie os alunos que apresentaram os estudos de caso, especialmente se demonstraram capacidade de:*
 - *Reflectir sobre a sua prática clínica;*
 - *Criticar, de forma construtiva, a prática clínica de terceiros.*

Isto contribuirá para o seu desenvolvimento pessoal como profissionais competentes.

10. *Discuta:*
 - *Como é que as mulheres podem beneficiar de cuidados que contribuam para um resultado seguro;*
 - *Se a mulher morreu, quais eram os factores evitáveis.*

Criticar a sua própria prática clínica pode ser um ótimo exemplo para os alunos. Transforme esta auto-crítica numa discussão positiva de que todos possam beneficiar.

A revisão do caso de uma mulher que tenha sofrido HPP pode levantar questões sobre a qualidade dos cuidados prestados. Para garantir um debate adequado destas questões, divida os alunos em grupos e entregue-lhes as Instruções para Trabalho de Grupo e atribua a cada grupo a Secção A ou a B ou C para cada grupo discutir.

Feedback

No final do trabalho de grupo, a turma deve de ter originado uma lista de pontos sobre boas práticas clínicas. Realce que estas são importantes para salvar vidas e, dessa forma, promover uma maternidade segura. Discuta de que forma as boas práticas clínicas podem ser mais desenvolvidas/ encorajadas e como podem ser evitadas as más práticas clínicas.

A turma deve também ter apresentado mais recomendações sobre as práticas clínicas que precisam de ser melhoradas. Estas devem incluir:

- **O QUE** tem que acontecer?
- **COMO** pode acontecer?
- **QUEM** irá assumir a responsabilidade?
- **QUEM** irá ajudar?
- **ONDE** é que terá lugar?
- **QUANDO** terá lugar?
- **QUANDO** será avaliado?

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” - Orientações para o estudo de caso

O seu estudo de caso deve ter em conta algum aspecto da gestão da paragem na progressão do HPP. Deve incluir:

Número do caso: (permitirá, se necessário, consultar os registos mantendo o anonimato da mulher)

Idade:	
Paridade:	
Data do primeiro dia da última menstruação (DUM):	
Data provável do parto (DPP):	
História social:	
História obstétrica:	
História médica e cirúrgica relevante:	
História e evolução da gravidez actual, parto e, se relevante, puerpério:	

RESUMO DOS CUIDADOS E TRATAMENTOS ATÉ À DATA

Ser-lhe-á pedido que discuta os seguintes aspectos.

1. O que aconteceu? Inclui quantidade mínima de sangue perdido após o parto.	Refere-se ao resultado
2. Quais os factores de risco de HPP que estiveram presentes e de que forma foram geridos para evitar a HPP.	Refere-se ao processo
3. Como foi gerida a terceira etapa do trabalho de parto?	
4. Resuma os aspectos principais dos cuidados obstétricos, realçando os aspectos dos cuidados preventivos.	Considera a relação entre processo e resultado
5. Perdeu-se alguma oportunidade? Factores que possam ter sido esquecidos que, noutra mulher podiam ter resultado em HPP.	Demonstra o que pode ser aprendido com a experiência

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” - Orientações para o estudo de caso

O seu estudo de caso deve ter em conta algum aspecto da gestão da paragem na progressão do HPP. Deve de incluir:

Número do caso: (permitirá, se necessário, consultar os registos mantendo o anonimato da mulher)

Idade:	
Paridade:	
Data do primeiro dia da última menstruação (UM):	
Data provável do parto (DPP):	
História social:	
História obstétrica:	
História médica e cirúrgica relevante:	
História e evolução da gravidez actual, parto e, se relevante, puerpério:	
RESUMO DOS CUIDADOS E TRATAMENTOS ATÉ À DATA Ser-lhe-á pedido que discuta os seguintes aspectos.	
1. O que aconteceu? Inclui detalhes sobre a HPP e o estado da mulher no final do trabalho de parto.	Refere-se ao resultado
2. Quais os factores de risco de HPP que estiveram presentes (por exemplo, história anterior de HPP, anemia ou outro factor de risco)	Refere-se ao processo
3. Como foram geridos a gravidez e a primeira, segunda e terceira etapa do trabalho de parto?	
4. Resuma os aspectos principais dos cuidados obstétricos, realçando a forma como o caso foi gerido.	Considera a relação entre processo e resultado
5. Perdeu-se alguma oportunidade? Factores que possam ter sido esquecidos que, noutra mulher podiam ter resultado em morte para a mãe. Em casos de morte, questione: Era evitável?	Demonstra o que pode ser aprendido com a experiência

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Discutam a Secção A ou B (o professor aconselhá-los-á sobre a secção a escolher) e a Secção C.

Discussão dos Estudos de Caso sobre Gestão da PPTP

A. Nos casos em que a mulher sobreviveu:

1. Quais as intervenções que salvaram a vida da mulher?
2. O que tornou possível essas intervenções?
3. Houve algum aspecto da gestão ou da situação clínica que podia ser melhorado de modo a reduzir o risco para as outras mulheres?

B. Nos casos em que a mulher morreu:

1. Qual foi a causa de morte e quais os factores predisponentes?
2. Quais os problemas na prestação de cuidados que salvam a vida?
3. O que é preciso ser feito de modo a evitar esses problemas no futuro?

C. Reflectindo sobre a prática clínica:

1. Listem os detalhes da prática clínica que aprenderam durante os estudos de caso.
2. Façam recomendações que considerem que podem ajudar na gestão mais segura do HPP no vosso local de prática clínica.

Designem um relator.

11. SABIA QUE?

SESSÃO 11

SABIA QUE?

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para aprenderem os factos essenciais necessários para prevenir e tratar a hemorragia pós-parto (HPP).
- Capacitar os alunos para apreciarem os factores positivos e negativos que podem influenciar o processo e afectar o resultado e compreenderem como é que eles próprios podem influenciar esses factores.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 11, os alunos devem ser capazes de:

1. Relembrar os aspectos básicos do tratamento da terceira etapa do trabalho de parto e tratamento e prevenção da HPP.
2. Discutir os aspectos da prática clínica que ajudam a preservar a vida e saúde da mulher que sofre de HPP.
3. Discuta os aspectos da prática clínica que podem ser perigosos para uma mulher com HPP.

Se se recorrer a tutorias, os seguintes objectivos devem também ser contemplados:

1. Discutir como implementar boas práticas clínicas no seu local de trabalho.
2. Discutir como evitar más práticas clínicas no seu local de trabalho.
3. Identificar os factores que podem interferir com as boas práticas clínicas e decidir sobre as formas de os corrigir.

PLANO

Jogo didáctico (1 hora a 1 ½ horas).

Tutoria opcional (1 hora por aluno ou grupo pequeno de alunos).

RECURSOS

Jogo didáctico – Sabia que...

INTRODUÇÃO

Esta Sessão dá aos alunos a oportunidade de reverem os factos sobre a gestão da terceira etapa do trabalho de parto e a prevenção e tratamento da HPP.

Está também feita para ilustrar aos alunos alguns aspectos de boas e más práticas clínicas. É muito importante que os alunos compreendam como:

- *O processo afecta o resultado e,*
- *De que forma podem influenciar esta relação.*

Por agora esta ideia deve-lhes ser familiar e deve ser, novamente, reforçada.

JOGO DIDÁCTICO

A não ser que tenha várias cópias do jogo, terá de organizar vários grupos para jogar em alturas diferentes.

Assegure-se de que está disponível em casos de desacordo em relação à resposta. Não se espera que os alunos dêem a resposta tal e qual está escrito no cartão, mas é importante que o sentido da resposta seja o correcto. É aqui que será necessário a sua intervenção, especialmente se os alunos estão a jogar este jogo pela primeira vez.

Será útil dar aos alunos a oportunidade para jogarem o jogo várias vezes durante este módulo. Podem usá-lo para aprenderem e reverem factos. O uso repetitivo influenciará profundamente as boas e más práticas e capacitá-los-á para melhorarem a sua prática clínica.

No final do jogo, discuta a experiência com os alunos. Existirão áreas onde eles necessitarão de mais explicações de modo a aprenderem e compreenderem o tema em debate. Cria-se assim, uma boa oportunidade para ensinar quando os alunos estão mais motivados para aprender.

TUTORIAS OPCIONAIS

Tutorias a pequenos grupos

Pode considerar apropriado arranjar uma tutoria com o grupo de alunos com quem jogou o jogo. Primeiro introduza os objectivos 4, 5 e 6 aos alunos.

A tutoria irá ajudar os alunos a:

- *Discutirem dificuldades que surjam durante o jogo.*
- *Receberem explicações adicionais caso necessitem.*
- *Aplicar na prática as lições que aprenderam.*

Use cada cartão de “boa prática” e coloque questões como:

- *Porque é uma boa prática?*
- *O que poderia ter acontecido se não tivesse sido feita?*
- *Há alguns problemas em fazê-lo no vosso local de trabalho?*
- *Se sim, como podem ser ultrapassados de modo a promover uma prática clínica segura?*

Use cada cartão de “má prática” e coloque questões como:

- *Porque é considerada uma má prática? Que problemas causou?*
- *O que deve fazer a parteira nesta situação?*
- *Quais os obstáculos à concretização boas práticas?*
- *Como podem ser ultrapassados?*

Tutorias individuais

Se um aluno tem dificuldade em responder às perguntas do jogo será bom ajudá-lo através de uma tutoria individual. Tal consome tempo, mas pode ser extremamente valioso na ajuda a alunos com dificuldades de aprendizagem. Tenha tacto ao sugerir a tutoria pois é importante que os alunos mantenham a auto-estima e o respeito dos colegas.

Alguns alunos que são mais lentos no princípio podem ter um problema com a linguagem e não com a matéria e podem desenvolver-se e virem a tornar-se excelentes profissionais.

Alguns alunos que colocam muitas questões podem não memorizar as respostas palavra por palavra mas irão pensar sobre elas e responder com palavras próprias. Nestes casos os pontos atribuídos devem ser pelas respostas com o significado correcto.

O OBJECTIVO DESTE JOGO DIDÁCTICO É:

Ajudar os alunos a reverem os factos essenciais necessários à prevenção e tratamento da HPP.

Ajudá-los a apreciarem os factores negativos e positivos que podem influenciar o processo e afectar o resultado.

Ajudá-los a compreender de que forma eles próprios podem influenciar estes factores.

REGRAS DO JOGO

Vai ser distribuído:

Um tabuleiro.

Um conjunto de cartões.

Irá também precisar:

De uma mesa pequena que dê acesso de todos os jogadores ao tabuleiro.

De um dado.

De um peão colorido diferente para cada jogador.

Podem jogar 2 a 6 pessoas.

PREPARAÇÃO DO JOGO

1. Coloque o tabuleiro no centro da mesa.
2. Peça a alguém que não esteja a jogar para baralhar todas cartas, incluindo as cartas de possibilidade.
3. Coloque as cartas em dois montes em locais opostos do tabuleiro, de modo a que todos os jogadores possam alcançar um dos montes. As cartas devem ser colocadas com a face para baixo.
4. Cada jogador escolhe um peão diferente que devem colocar à sua frente, em cima da mesa.

JOGAR

1. Cada jogador deve atirar o dado. O objectivo é obter um 6. Nenhum jogador coloca o peão no tabuleiro sem lhe ter saído um 6. Sair um 6 significa que “está na terceira etapa do trabalho de parto” pelo que o jogador coloca o peão na primeira casa.
2. O jogador que obteve um 6 joga novamente. Depois move o peão o mesmo número de casas que o resultado do lançamento do dado.
3. Os jogadores movem os peões ao longo do percurso em espiral, aproximando-se gradualmente do centro do tabuleiro.
4. Se um jogador calhar num quadrado marcado com um ponto de interrogação, o jogador à sua direita retira uma carta de um dos montes de cartas e lê a perguntas escrita (mas não a resposta). O jogador que calhou no “quadrado da pergunta” deve então tentar responder à pergunta.
5. A resposta deve estar exactamente correcta o que significa que a resposta dada pelo jogador deve relacionar-se com o que está escrito no cartão. No entanto, podem, como é óbvio, usar palavras diferentes para explicar o significado.
6. Se o jogador der a resposta correcta, fica com o cartão. O cartão vale 2, 3, 4 ou 5 pontos que irão somar no final do jogo.
7. O passo seguinte tem duas opções:
 - a) Se o jogador der uma resposta errada, o jogador que fez a pergunta deve ler alto as respostas e colocar a carta por baixo do monte de cartas.
 - b) Se o jogador interrogado não sabe a resposta, a pergunta é colocada ao jogador à sua esquerda. Se este responder correctamente fica com a carta. Se não souber a resposta, a pergunta pode ser colocada ao jogador seguinte até

que todos os jogadores (excepto o que faz a pergunta) tenham a oportunidade de responder. Depois devem colocar a carta por baixo do monte.

8. Estão também incluídas algumas cartas de possibilidade. Estas não colocam perguntas mas fazem afirmações. Estas afirmações aplicam-se à prática clínica obstétrica:

- Afirmações que descrevem boas práticas dão ao jogador pontos adicionais que irão somar à sua pontuação.
- Afirmações que descrevem más práticas subtraem pontos à pontuação total do jogador.

9. O próximo jogador lança o dado e o jogo continua.

10. Quando um jogador chega ao centro do tabuleiro o professor pode decidir que o jogo terminou para aquele jogador o que é útil se houver pouco tempo para jogar. Caso contrário, o professor pode permitir que o jogador comece novamente até que todas as cartas tenham saído. Sugere-se que seja este o método a usar, sempre que o tempo o permita.

11. No final do jogo, todos os jogadores somam os pontos das cartas que têm. Devem subtrair a esta soma os pontos das cartas de “más práticas” em sua posse.

12. O vencedor é o jogador com maior pontuação.

Existem vários motivos para que o vencedor não seja, necessariamente, o jogador que mais sabe, e o vencido o que menos sabe. Em primeiro lugar, alguns jogadores irão calhar em mais casas de perguntas do que outros e irão ter oportunidade para responder mais. Em segundo lugar, as cartas de possibilidade darão aos jogadores pontos adicionais podendo perder também alguns dos que já ganharam. De facto os jogadores podem terminar com uma pontuação negativa se lhes calharem muitas cartas de possibilidade de “más práticas”.

O jogo deve permitir que toda as pessoas se divirtam sem se sentirem ameaçadas, o que é útil quando se está a estudar. Todos devem aprender factos novos sobre a HPP e relembrar que os pontos de boa e má prática podem ser a diferença entre a vida e a morte. Aprendê-los será importante para promover uma maternidade segura.

APROVEITE O JOGO PARA APRENDER.

JOGO DIDÁTICO: SABIA QUE?

2 Pontos

SABIA QUE...

P: O que é a HPP ATÓNICA?

R: Hemorragia do local de inserção da placenta porque o útero não está contraído.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Qual a quantidade de ocitocina que deve adicionar a 1l de solução salina normal para administração EV, para manter a contracção uterina durante a transferência?

R: 20 unidades.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Qual o perigo de massajar em exagero e apertar o fundo do útero em caso de retenção da placenta?

R: A placenta pode separar-se parcialmente resultando em hemorragia grave.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Quanto tempo leva a ergometrina a fazer efeito se for administrada por via EV?

R: Irá actuar em 45 minutos.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: O que diz a investigação sobre as estimativas das perdas de sangue?

R: As perdas de sangue são, frequentemente, subestimadas.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Quanto tempo demora a ocitocina fazer a efeito se for administrada IM?

R: 2 ½ minutos.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Duas coisas que nunca deve fazer em casos de HPP.

R: Nunca deixar a mulher e nunca inserir um tampão vaginal.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: O que pode causar a HPP secundária?

R: Fragmentos da placenta e membranas retidos.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Onde devem ser guardadas as ampolas dos fármacos ocitócicos?

R: Num frigorífico.

2 Pontos

SABIA QUE...

P: Que tipo de HPP ocorre nas 24 horas a seguir ao parto?

R: HPP primária.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais os sinais de choque?

R: Pulso rápido e fraco, tensão arterial baixa, palidez, sudorese, respiração acelerada, ansiedade, confusão ou inconsciência, baixo débito urinário.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais são as formas de ajudar o útero a contrair?

R: Massagem do útero, administração de um fármaco ocitócico, pôr o bebé a mamar, compressão bimanual ou aórtica.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Qual é a média de litros de sangue em circulação numa mulher?

R: 5 litros.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Quanto sangue pode a mulher perder por minuto devido a HPP?

R: Até 500 ml por minuto.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que método do tratamento da terceira etapa escolheria para diminuir a duração e minimizar a perda de sangue?

R: Tratamento activo.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Porque é que a retenção da placenta causa HPP?

R: Evita que o útero se contraia. A placenta deve estar completa ou parcialmente separada para ocorrer hemorragia.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Como diagnosticaria a HPP traumática?

R: Há perda massiva de sangue pela vagina após o nascimento mas o útero está bem contraído.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Como diagnosticaria a HPP atónica?

R: Há perda massiva de sangue por via vaginal após o nascimento e o útero não está bem contraído.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Porque é que um útero sobre-distendido predispõe à HPP?

R: As fibras musculares não se contraem bem e não comprimem os vasos sanguíneos de forma efectiva.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Quanto tempo demora a ergometrina a actuar e quanto tempo dura o efeito se administrado por via IM?

R: Actuará em 6-7 minutos e durará 2-4 horas.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Como sabe quando começar a controlar a tracção do cordão para a expulsão da placenta?

R: O útero irá estar muito duro. Tal ocorre 2-3 minutos após a administração IM de ocitocina.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que 3 condições devem ser satisfeitas antes de uma parteira reparar um traumatismo que causa hemorragia?

R: Foi treinada para o fazer, a laceração é visível, há condições para suturar.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais os três factores que irão causar sobre-distensão do útero e aumentar a probabilidade de HPP?

R: (aceite quaisquer três respostas correctas) gravidez múltipla, bebé grande, polihidrânio, paridade elevada.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que factores interferem com a capacidade de contracção do útero?

R: (aceite quaisquer três respostas correctas) placenta ou tecido placentário retido, bexiga cheia, hemorragia pré-parto, fibróides.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que órgãos vitais irão deixar de funcionar devido à tensão arterial muito baixa?

R: Os rins.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: 2 factores médicos que tornam a HPP mais perigosa.

R: (Aceite quaisquer duas respostas correctas). Anemia, falência da coagulação, doença pré-existente (por exemplo, diabetes, doença cardíaca).

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Se “atraso significa morte” o que pode salvar a vida?

R: A rapidez.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Porque é que uma bexiga cheia é perigosa na terceira etapa?

R: Impede que o útero se contraia e pode causar retenção da placenta.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Qual o aspecto mais importante a ter em conta quando se examinam a placenta e as membranas?

R: Se estão completas.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Como é que permitir que o bebé mame ajuda a prevenir ou controlar a HPP?

R: A sucção estimula a produção natural de ocitocina que ajuda o útero a contrair.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Diga duas causas comuns de HPP primária?

R: Útero atónico e traumatismo genital.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais os 4 factores obstétricos que podem tornar a HPP mais comum?

R: (Aceite quaisquer 4 respostas correctas). Multiparidade elevada, complicação anterior na terceira etapa, morte intra-uterina, eclâmpsia, parto induzido ou precipitado, intervenção obstétrica, corionamnionite, coagulopatia.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais são os 5 locais de HPP traumática?

R: Períneo, vulva, vagina, colo do útero, corpo do útero.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que dois factores devem descrever o transporte para transferir a mulher com HPP?

R: O mais rápido que estiver disponível e fiável.

4 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais os princípios do tratamento da HPP?

R: Rapidez, competência e prioridades.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que 3 factores irão tornar o útero “cansado” e aumentar a probabilidade de HPP?

R: Parto prolongado, anestesia, analgésicos narcóticos.

5 Pontos

SABIA QUE...

P: O que o faria suspeitar de coagulopatia (falência da coagulação)?

R: Hemorragia persistente e sangue que não coagula após 7 minutos ou formação de um coágulo que se desfaz com facilidade.

5 Pontos

SABIA QUE...

P: Diga duas intervenções que devem ser feitas para salvar a vida em caso de HPP.

R: Parar a hemorragia, ressuscitar a mulher.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Verificou que a sala de partos estava abastecida com fármacos e equipamento essencial.

5 pontos grátis.

3 Pontos

POSSIBILIDADE

Armazenou as ampolas de ergometrina no frigorífico.

3 pontos grátis.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Preparou uma perfusão EV prontamente e manteve o volume sanguíneo.

5 pontos grátis.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Controlou a hemorragia após a expulsão da placenta com compressão bimanual ou aórtica do útero.

5 pontos grátis.

5 Pontos

SABIA QUE...

P: O que é a hipovolémia?

R: Redução no volume de sangue em circulação.

5 Pontos

SABIA QUE...

P: Quais os 6 passos do tratamento da HPP?

R: Pedir ajuda, avaliar o estado da doente, encontrar a causa da hemorragia, parar a hemorragia, ressuscitar, prevenir hemorragias futuras.

5 Pontos

SABIA QUE...

P: Que líquidos endovenosos devem ser administrados para corrigir a hipovolémia?

R: Lactato de Ringer ou solução salina normal.

3 Pontos

SABIA QUE...

P: Que três acções devem ser realizadas de modo a parar a hemorragia na HPP?

R: Massajar o útero, administrar um ocitócico e esvaziar o útero.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Foi muito lento. A mulher morreu.

Subtraia 5 pontos.

3 Pontos

SABIA QUE:

P: Porque é que a solução salina normal e o lactato de Ringer são soluções EV efectivas?

R: Porque podem ser administradas rapidamente, mantêm o volume sanguíneo, tensão arterial e circulação.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Assegurou-se que a mulher entrou na terceira etapa do trabalho de parto com a bexiga vazia e preveniu a HPP.

5 pontos grátis.

3 Pontos

POSSIBILIDADE

Chamou o médico mandando uma mensagem clara e urgente.

3 pontos grátis.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Ressuscitou a mulher e providenciou transferência imediata.

5 pontos grátis.

4 Pontos

POSSIBILIDADE

Colheu sangue para hemoglobinémia e tipagem quando colocou a solução EV em perfusão.

4 pontos grátis.

5 Pontos

POSSIBILIDADE

Actuou rapidamente e de forma correcta num caso de HPP e salvou uma vida.

5 pontos grátis.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Não notou que o sangue da mulher não estava a coagular. A mulher morreu devido a coagulopatia (falência na coagulação).

Subtraia 5 pontos.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Não enviou uma parteira para acompanhar a mulher que transferiu para o hospital. Ela morreu na viagem.

Subtraia 5 pontos.

3 Pontos

POSSIBILIDADE

Administrou um fármaco ocitócico que estava fora do prazo de validade – não fez efeito. A mulher morreu devido a HPP massiva.

Subtraia 5 pontos.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Não verificou o equipamento e não consegue encontrar a seringa. A mulher morreu enquanto estava à procura.

Subtraia 5 pontos.

Perde 3 Pontos

POSSIBILIDADE

Foi muito brusca ao examinar a mulher o que aumentou o trauma e o choque.

Subtraia 3 pontos.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Foi muito lenta. A mulher morreu.

Subtraia 5 pontos.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Foi muito lenta. A mulher morreu.

Subtraia 5 pontos.

Perde 5 Pontos

POSSIBILIDADE

Administrou a quantidade insuficiente de líquidos endovenosos. A mulher morreu.

Subtraia 3 pontos.

Perde 3 Pontos

POSSIBILIDADE

Permitiu que a mulher entrasse na terceira etapa com a bexiga cheia. A mulher teve uma HPP grave.

Subtraia 3 pontos.

2 Pontos

SABIA QUE:

P: O que é a HPP primária?

R: HPP que ocorre nas 24 horas a seguir ao nascimento do bebé.

2 Pontos

SABIA QUE:

P: O que é a HPP traumática?

R: Hemorragia devida a lesão do tracto genital.

GLOSSÁRIO

A

Abcesso	Colecção de pus em qualquer local do corpo em resultado de uma infecção.
Aborto	O termo refere-se ao término da gravidez, independentemente da causa, antes do feto poder sobreviver à vida extra-uterina. Aborto completo - expulsão do útero de todos os produtos da concepção, o que é mais provável acontecer antes da oitava semana de gestação. Aborto incompleto - expulsão parcial dos produtos da concepção. Parte ou toda a placenta pode ficar retida o que resulta em hemorragia profusa. Normalmente ocorre no segundo trimestre de gravidez. À maioria das mulheres que procura cuidados pós-aborto é diagnosticado aborto incompleto. Aborto induzido - interrupção da gravidez através de uma intervenção deliberada para terminar a gravidez. O aborto induzido pode ocorrer num serviço de saúde seguro, e de acordo com a lei e as orientações da política de saúde, ou fora do sistema de saúde e do que está legislado. Aborto inevitável - envolve hemorragia vaginal, dores abdominais e dilatação progressiva do colo do útero, com ou sem rotura das membranas. É impossível a continuação da gravidez e irá ocorrer expulsão dos produtos da concepção. Aborto retido – ocorre quando o feto morre e fica retido no útero. O feto será eventualmente expulso embora possam surgir problemas na coagulação se o aborto retido persistir durante 6 a 8 semanas. Aborto séptico - Aborto seguido de infecção do útero (e com possibilidade de extensão ao tracto genital) que provoca febre e arrepios, corrimento vaginal fétido, dor pélvica e septicemia. O aborto séptico ocorre frequentemente em locais onde as instalações e os cuidados são pobres. Aborto espontâneo – refere-se ao fim da gravidez em que não foram feitas intervenções para acabar com esta. O aborto espontâneo afecta, aproximadamente 10 a 15% de todos os casos de presumível gravidez. Ameaça de aborto – envolve hemorragia vaginal com ou sem dilatação cervical. Os sintomas podem desaparecer e a gravidez continuar. Se os sintomas persistirem, a gravidez resultará, inevitavelmente, em aborto completo ou incompleto. Aborto inseguro – refere-se à interrupção da gravidez por pessoas sem as competências necessárias ou num ambiente sem os mínimos requisitos ou ambos.
Agente tocolítico	Um agente que pára as contracções uterinas, por exemplo, ritrodina, hidrocloroeto, salbutamol.
Âmnios	A mais interna das membranas que envolvem o bebé no útero e que contém o líquido amniótico.
Amniotomia	Rotura cirúrgica das membranas de modo a induzir o parto.
Analgésico	Droga administrada para aliviar a dor.

Anca	Região coxo-femural.
Andar de pato	Andar com uma elevação excessiva das ancas.
Anel de Bandl	Área entre o segmento superior e inferior do útero que se torna visível e/ou palpável durante a paragem na progressão do trabalho de parto. É causado pelo espessamento excessivo da parede do segmento superior do útero e pela distensão do segmento inferior. É um sinal de rotura iminente do útero.
Anemia	Redução no número de glóbulos vermelhos ou na quantidade de hemoglobina. Pode ser causada por perda excessiva de sangue ou por deficiente ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico. Outras causas de anemia são a destruição excessiva dos glóbulos vermelhos (por exemplo, malária) ou deficiência no seu fabrico.
Anemia crónica por deficiência de ferro	Anemia de longa duração que resulta da não ingestão de alimentos ricos em ferro ou da infestação por parasitas.
Anemia hemolítica	Anemia causada pela destruição dos glóbulos vermelhos, como na malária. A doença hemolítica do recém-nascido pode ocorrer em resultado de incompatibilidade Rh (Rhesus). Estes bebés podem exigir transfusão sanguínea total após o nascimento.
Aneurisma	Dilatação sacolar da parede de uma artéria.
Anoxia	Estado em que há privação de oxigénio.
Anterior	Situado à frente ou em frente de uma estrutura.
Antero-posterior	Da frente para trás.
Antibiótico	Fármaco que deriva de microrganismos vivos que destroem ou inibem o crescimento de bactérias patogénicas. É administrado para tratar a infeção ou como profilaxia da mesma.
Antibiótico de largo espectro	Um antibiótico que é eficaz contra uma série de bactérias.
Anticorpo	Proteína produzida pelo corpo para combater os microrganismos ou substâncias estranhas que entrem em circulação. Na gravidez, os anticorpos maternos para determinadas doenças são transferidos para o feto, através da placenta. Tal dá ao bebé, nos primeiros meses de vida, uma imunidade passiva para algumas doenças.
Anticonvulsivo	Fármaco para controlar as convulsões.
Antihipertensivo	Droga administrada para reduzir a pressão arterial.
Antipirético	Droga administrada para reduzir a temperatura.
Anti-séptico	Substância que previne a infeção destruindo determinadas bactérias na pele ou tecidos corporais. Os anti-sépticos incluem clorohexidina, soluções de iodo e outros.
Anúria	Não há produção de urina pelos rins. Trata-se de uma situação de risco de vida que pode estar associada com emergências obstétricas como hemorragia grave, eclâmpsia ou choque séptico.
Ápex	O topo ou ponto mais alto.
Apneia	Ausência de respiração.
Apresentação cefálica	A cabeça do feto encontra-se no polo inferior do útero.

Apoios de litotomia	Apoios especiais colocados de cada um dos lados da mesa de operações ou mesa de partos. Possuem estribos e braçadeiras para colocar as pernas durante a realização de procedimentos na zona genital, por exemplo, extracção por ventosa ou sutura perineal.
Arco púbico	Estrutura óssea curva na parte da frente da pélvis.
Asfixia	Condição que resulta da falta de oxigénio no sangue e um aumento do dióxido de carbono. Se o bebé não respirar ao nascer, está a sofrer de asfixia e precisa de ser ressuscitado urgentemente.
Assepsia ou técnica asséptica	A técnica asséptica refere-se a precauções especiais tomadas para conseguir um ambiente sem microorganismos, por exemplo, no parto ou em operações cirúrgicas. As precauções incluem a lavagem correcta das mãos, o uso correcto dos instrumentos e panos esterilizados, a utilização da roupa apropriada pelo pessoal (bata, touca e luvas).
Assimétrico	Diferente forma ou tamanho de duas estruturas normalmente idênticas. A pélvis pode ser assimétrica se estiver distorcida por doença, traumatismo ou malformação congénita.
Atónico	Falta do tónus ou força normal.
Atraso no crescimento intra-uterino	Crescimento pobre do feto no útero. A razão nem sempre é conhecida mas é mais comum em casos de má nutrição, anemia, pré-eclâmpsia, malária, tuberculose e em mulheres fumadoras.
Atraso mental	Atraso no desenvolvimento mental.
Auditoria médica	Exame oficial dos registos médicos.
Avaliação pélvica	Avaliação do tamanho da pélvis para verificar se é suficientemente grande em comparação com a cabeça do feto de modo a permitir um parto por via vaginal.
Axila	Pequena concavidade por baixo do antebraço onde se dá a junção do ombro com o tronco.

B

Bactéria	Microrganismo microscópico e unicelular que, se patogénico, pode causar doença. Reproduce-se muito rapidamente pelo que se pode multiplicar rapidamente no corpo.
Bactéria resistente	Bactéria que não é destruída pela droga que normalmente a mata.
Bacteriúria	Presença de bactérias na urina.
Banho de assento	Mergulhar a zona genital num recipiente de água limpa e morna. Pode ser feito no pós-parto para diminuir a dor resultante de uma episiotomia ou de rotura do períneo. Termos equivalentes: <i>Banho semi-cúpios</i> , <i>Banho de bidé</i> .
Banho semi-cúpios	Ver <i>Banho de assento</i> .
Banho de bidé	Ver <i>Banho de assento</i> .
Bebé pré-termo	Bebé nascido antes da 37ª semana de gravidez.
Bebé de termo	Bebé que nasceu após as semanas de gravidez requeridas (entre a 37ª semana e a 41ª semana + 6 dias).
Bíceps médio	A meio dos bíceps (músculo na parte interna do braço).

Bolsa de águas	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero.
Bólus	Uma dose de droga endovenosa administrada rapidamente, de uma só vez.
C	
Canal cervical	Canal entre o colo do útero e o útero.
Caput succedaneum	Edema do couro cabeludo do feto normalmente por pressão do colo do útero. O edema pode ser exagerado na PPTP.
Cateter urinário com balão (algália de Foley)	Um cateter que é deixado na bexiga e uretra.
Cavidade	Um local profundo ou espaço no corpo.
Cavidade peritoneal	Espaço que contém os órgãos internos do abdómen.
Cetoacidose	Estado de desequilíbrio electrolítico com cetose e pH sanguíneo baixo. Pode ocorrer durante o trabalho de parto se a mulher ficar desidratada e cetónica. A mulher com cetose tem um hálito doce e frutado. O tratamento consiste na hidratação da mulher através da administração de líquidos e de hidratos de carbono.
Cetonúria	Presença de corpos cetónicos na urina.
Choque	Condição que ameaça a vida, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório para manter o débito normal nos órgãos (por exemplo, rins, coração e cérebro). <i>Choque hemorrágico</i> – resulta do baixo volume de sangue provocado pela perda excessiva deste. <i>Choque séptico</i> – resulta de uma infecção e é provocado pela acção de bactérias no sistema vascular.
Choque séptico	Infecção muito séria do sangue que provoca febre alta, hipotensão, pulso rápido e respiração rápida. O não tratamento deste problema leva a coma e morte.
Cianose	Coloração azulada da pele e mucosas devido à falta de oxigenação.
Cifose	Aumento da convexidade na curvatura na coluna vertebral torácica.
Cistite	Infecção da bexiga.
Coagulação	Agregação do sangue.
Coagulação intravascular disseminada	Perturbação na coagulação que resulta na formação disseminada de coágulos, muito deles nos capilares. Eventualmente a hemorragia ocorre dada a depleção de todos os factores da coagulação. Estes acontecimentos resultam em danos isquémicos nos órgãos e, a menos que seja instituído tratamento urgente, em morte. É despoletado por determinados estados que introduzem factores de coagulação na circulação, por exemplo, placenta abrupta, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, feto morto retido por várias semanas, embolia por líquido amniótico e algumas infecções graves.
Cóccix	Pequeno osso no fim do sacro formado por quatro vértebras fundidas. Forma uma articulação móvel com o sacro e move-se para trás durante o parto por via vaginal, aumentando o tamanho do estreito pélvico inferior.

Coma	Estado de inconsciência do qual a pessoa não pode sair. Diz-se que a pessoa está em coma ou num estado comatoso.
Compressão bimanual do útero	Manobra efectuada para parar a hemorragia pós parto grave após a expulsão da placenta e quando o útero está atónico. A mão direita é inserida na vagina e fechada e colocada no fundo de saco vaginal anterior. A mão esquerda é fortemente pressionada contra o abdómen, por detrás do útero, de modo a aplicar pressão contra a parede posterior deste. É mantida esta pressão até a hemorragia estar controlada. Equivalente a massagem bimanual do útero.
Contração (da pélvis)	Redução de tamanho.
Contração tetânica (do útero)	Contração permanente do útero sem períodos de relaxamento.
Cordão umbilical	Cordão que liga o feto à placenta. Os nutrientes e o oxigénio passam através da veia umbilical da placenta para o feto. Os produtos a eliminar passam do feto para a placenta através de duas artérias umbilicais.
Corionamnionite	Infecção das membranas que envolvem o feto no útero.
Córion	A membrana externa que envolve o bebé no útero.
Coroamento	Momento do nascimento em que o maior diâmetro do crânio do feto distende o orifício vaginal e a cabeça não retrocede durante as contracções vaginais.
Corte gishiri	Prática tradicional da etnia Hausa da Nigéria em que a vagina é cortada de modo a facilitar o parto quando este está retido.
Crepitações	Sucessão de pequenos ruídos finos e secos, por vezes também perceptíveis ao toque.
Crepitações (rales)	Som semelhante ao que se ouve quando os pulmões estão afectados.
Crónico	Prolongado ou permanente.
D	
Decídua	O endométrio (camada mais interior) do útero grávido. A parte da decidua que está por baixo da placenta é a <u>decídua basal</u> . A parte que cobre o restante útero é a <u>decídua vera ou parietal</u> .
Decidua capsular	A parte de decidua que envolve o embrião em desenvolvimento durante as 12 primeiras semanas de gravidez.
Decúbito lateral	Deitado de lado.
Decúbito dorsal	Deitado de costas.
Deficiência	Falta.
Deficiência física	Defeito no corpo que limita a capacidade da pessoa para levar uma vida normal.
Deflexão	Quando a cabeça está direita. Ocorre em posições occipito posteriores e pode causar parto prolongado dado que os diâmetros maiores da cabeça do feto têm de passar pela pélvis.
Deformidade	Distorção de qualquer parte do corpo. Malformação.

Delírio	Estado de consciência alterado com discurso incoerente, alucinações e excitação. Ocorre, frequentemente, quando há febre elevada.
Descolamento da placenta	Separação prematura da placenta normalmente inserida (no segmento superior do útero) que ocorre após a 22ª semana de gravidez. Nestes casos pode estar presente dor abdominal e hemorragia. Se a hemorragia é oculta, isto é, por detrás da placenta, o abdómen apresentar-se-á duro e muito doloroso. O choque é grave e o sofrimento fetal comum.
Desidratação	Condição causada pela perda excessiva de fluidos corporais ou por ingestão insuficiente de líquidos. Os sinais de desidratação incluem boca seca, sede, olhos encovados, persistência da prega cutânea e diminuição do débito urinário.
Desproporção cefalo-pélvica	Incompatibilidade entre a cabeça do feto e a pélvis por onde esta tem de passar. Pode ser devida a uma pélvis pequena ou com um formato anormal ou por um bebé grande ou com anomalias.
Diagnóstico diferencial	Decidir qual de duas ou mais condições pode ser a causa dos sinais e sintomas apresentados.
Diâmetro	Linha recta que passa no centro de uma circunferência ou de uma esfera. São descritos, e dadas as medidas, de uma série de diâmetros da pélvis e do crânio do feto.
Diâmetro antero-posterior (da pélvis)	Da frente para trás. A medida do promontório sagrado à sínfise púbica.
Diâmetro mento-vertical (da cabeça)	Distância entre o queixo e o vértex da cabeça.
Diâmetro occipito-frontal (da cabeça)	Distância entre a pirâmide nasal e a protuberância occipital (proeminência que pode ser palpada no occipital na face posterior da cabeça). É o diâmetro de apresentação quando a cabeça não está flectida e mede 11,5 cm.
Diâmetro suboccipito-bregmático (da cabeça)	Distância entre a parte inferior do occipito à fontanela anterior.
Disenteria	Infecção dos intestinos devida a bactérias ou parasitas que causa dor abdominal e dejectões frequentes com sangue e muco.
Distendido	Esticado.
Diurese aumentada	Eliminação aumentada de urina.
Diurético	Droga administrada para aumentar a produção de urina.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Infecção dos órgãos reprodutivos (útero, trompas de falópio, ovários, paramétrio). A infecção pode seguir-se ao parto ou aborto, ser secundária a outras infecções do trato genital ou abdómen ou ter origem numa infecção sanguínea (por exemplo, tuberculose). Os sintomas incluem dor na região inferior do abdómen, febre e corrimento vaginal. A menos que seja tratada precocemente e de forma efectiva com antibióticos, pode causar bloqueio das trompas de falópio e originar infertilidade secundária. Pode-se tornar crónica.

E

Eclâmpsia	Condição peculiar da grávida ou puérpera caracterizada por perda de consciência, convulsões seguida de coma mais ou menos prolongado. A mulher normalmente tem proteinúria e hipertensão. As convulsões podem surgir nos períodos pré, intra ou pós-parto.
------------------	--

Ecografia	Técnica de diagnóstico médico que utiliza a reflexão (eco) de ultra-sons. Termos equivalentes: ultra-sonografia, eco, sonar.
Edema	Acumulação excessiva de líquidos nos tecidos do corpo. Causa ganho excessivo de peso e inchaço que forma depressões quando pressionado. Comum na gravidez, afecta, principalmente os pés e maléolos podendo estar também presente nas mãos, face ou ser generalizado. Já não é considerado um sinal significativo de pré-eclâmpsia dado ser comum em muitas gravidezes.
Edema pulmonar	Acumulação de líquidos no pulmão.
Embolia pulmonar	Quando a circulação pulmonar é bloqueada por um êmbolo (coágulo de sangue).
Embolia por líquido amniótico	Esta condição rara mas fatal é provocada pela entrada de líquido amniótico no aparelho circulatório da mãe através das vilosidades uterinas da placenta. Ocorre com maior frequência no parto ou no pós-parto imediato, a seguir a contracções muito fortes. Os sinais e sintomas incluem cianose, dor no peito, dispneia, hemorragia generalizada, expectoração espumosa, convulsões e colapso.
Empatia	Consciência e compreensão intelectual e emocional dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro mesmo quando estes são de sofrimento ou perturbadores. Saber colocar-se no lugar do outro.
Endocardite	Inflamação da membrana que envolve as cavidades do coração.
Endométrio	Camada interna do útero.
Endometrite	Infecção do endométrio (camada interna do útero).
Enfarte	Área de necrose (tecido morto) de um órgão, causada por isquémia local (isto é, por suprimento sanguíneo pobre). Os enfartes da placenta podem ser observados, especialmente em casos de hipertensão na gravidez.
Epigastro	A região superior média do abdómen.
Episiotomia	Corte feito no períneo antes do coroamento da cabeça do bebé para facilitar o nascimento. Não deve ser feito por rotina mas apenas quando há sofrimento fetal, de modo a acelerar o nascimento antes de partos vaginais complicados, por exemplo, apresentação pélvica, distocia do ombro e para bebés pré-termo de modo a aliviar a pressão no crânio mole (para prevenir lesões cerebrais).
Escoliose	Desvio lateral na coluna vertebral que normalmente é vertical e recta.
Esfregaço	Amostra de células superficiais, por exemplo, do colo do útero ou vagina, que pode ser examinada microscopicamente e que dá informação sobre o nível de hormonas e doença maligna num estado precoce.
Espasmos	Contracções musculares repentinas, fortes e involuntárias.
Espécimen	Amostra ou parte de algo retirado para determinar o carácter do todo (por exemplo, espécimen de urina).
Espinhas isquiáticas	Duas protuberâncias da pélvis que se projectam na cavidade pélvica e podem ser palpadas lateralmente no exame vaginal. <i>Termo equivalente: Tuberosidades Isquiáticas.</i>
Espumar	Formação de pequenas bolhas formadas por agitação dos líquidos. Espuma na boca: ocorre durante um ataque devido às bolhas de saliva e de muco.

Estase (da urina)	Fica parada, não flui adequadamente.
Estatística	Colecção de factos numéricos.
Estenose (da vagina)	Estreitamento da vagina que, habitualmente, se deve à cicatrização causada pela mutilação genital ou por lacerações não reparadas.
Estreito pélvico inferior	Estreito ósseo da pélvis em forma de diamante pelo qual passa o feto ao nascer.
Estreito pélvico superior	Primeira porção da pélvis verdadeira pela qual o feto tem de passar. Regra geral, se o feto conseguir entrar no estreito pélvico superior deverá ser capaz de passar pelo resto da pélvis.
Exoftalmia	Protuberância ocular.
Expectoração	Matéria expelida pelos pulmões, brônquios e traqueia, através da boca.
Expansores do plasma	Soluções que contêm um substituto do plasma que, quando administrado por via endovenosa, fica nos vasos sanguíneos e atrai fluidos dos tecidos.
Extensão (cabeça)	Quando a cabeça está para trás.
Extensão	Alongamento. Oposto da flexão. Utilizada para descrever o mecanismo pelo qual a cabeça nasce, isto é, após a flexão há extensão da cabeça para permitir o nascimento da testa, face e queixo.
Extracção por vácuo	Procedimento no qual uma ventosa de metal ou plástico é aplicada na cabeça do bebé através da formação de vácuo. Ao puxar cuidadosamente a corrente ligada à ventosa durante as contracções, a cabeça do bebé desce suavemente através do canal de parto. É importante verificar que não há desproporção cefalo-pélvica antes de tentar fazer uma extracção por vácuo.

F

Factor de risco	Factor que torna uma condição mais provável de acontecer ou mais perigosa.
Factores evitáveis	Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando existe um desvio dos cuidados gerais e aceites.
Factor Rhesu	Antigénio presente nas células vermelhas da maioria das pessoas. Os que possuem este antigénio são “rhesus positivo” os que não o têm são “rhesus negativo”. A incompatibilidade rhesus ocorre quando a mãe é “rhesus negativo” e o feto “rhesus po”.
Fatal	Que acaositivba em morte.
Fétido	Que cheira muito mal.
Feto-morto	Nascimento de um bebé morto (após as 22 semanas de gravidez)
Fibróide	Tumor benigno do miométrio (músculo do útero).
Fístula	Passagem anormal, ou comunicação, entre dois órgãos como, por exemplo, a bexiga e a vagina (fístula vesicovaginal,) ou a vagina e o recto (fístula rectovaginal). É uma complicação grave da paragem na progressão do trabalho de parto e resulta em incontinência vesical ou urinária. Normalmente é necessária reparação cirúrgica.

Flectido	Dobrado para a frente.
Flexão (da cabeça do feto)	Quando a cabeça está dobrada para a frente.
Flexível	Dobra-se facilmente sem partir.
Flutuante	Que dá a sensação de ondulação à palpação por conter líquido (por exemplo, pus num abscesso).
Fontanela	Pontos moles da cabeça do bebé. A fontanela anterior, com a forma de um losango, é um espaço membranoso na parte da frente da cabeça no local de convergência das quatro suturas. A fontanela posterior é um espaço membranoso em forma de triângulo na parte de trás da cabeça no local de convergência de três suturas.
Fossa cubital	Depressão no membro superior em frente ao cotovelo.
Fotofobia	Intolerância à luz.
Fundos de saco vaginais	Espaço entre a parede vaginal e a porção vaginal do colo do útero. Existem quatro fórnix: anterior, posterior e dois laterais.
Fundo de saco anterior	Espaço em forma de saco entre o útero e a bexiga. Termo equivalente: <i>saco uretro-vesical</i> .
Fundo de saco posterior	Espaço em forma de saco entre o recto e o útero. Termo equivalente: <i>Saco de Douglas</i> .
Fundo	Parte superior, arredondada do útero, acima da inserção das trompas de falópio.

G

Glândulas de Bartholin	Duas glândulas pequenas, produtoras de muco, uma de cada lado do orifício vaginal.
Grande mal epiléptico	Crise convulsiva epiléptica seguida de perda de consciência.
Grande multiparidade	Ter parido seis ou mais crianças.
Gravidade específica	Peso relativo de qualquer matéria (por exemplo, urina) expressa pela razão entre o peso dessa matéria e o peso do mesmo volume de água. A gravidade específica da água é 1.
Gravidez múltipla	Gravidez de mais de um feto, como no caso dos gémeos.

H

Hematémese	Vómito de sangue.
Hematócrito	Percentagem do volume das células vermelhas numa amostra de sangue. A sua quantificação obtém-se por centrifugação (girar muito depressa) da amostra. É o teste de rastreio para a anemia.
Hematoma	Colecção de sangue num órgão ou tecido devido à rotura de um vaso sanguíneo.
Hemiplegia	Paralisia de uma parte do corpo.
Hemoglobina	Substância das células vermelhas que transporta oxigénio dos pulmões para os tecidos.

Hemoglobinopatias	Alterações no sangue causadas por formas anormais de hemoglobina (por exemplo, doença das células faciformes, talassemia). Nestes casos há anemia grave.
Hemorragia pós-parto por atonia uterina	Ocorre no local da placenta uma vez que o útero não se consegue contrair adequadamente, os vasos não são comprimidos e a hemorragia não é controlada. Qualquer condição que interfere com a contracção uterina, como seja a retenção da placenta, predispõe a hemorragia atónica.
Hemorragia	Perda excessiva de sangue dos vasos sanguíneos danificados. Pode ser externa ou interna.
Hemorragia cerebral	Sangramento no cérebro por rotura de um vaso sanguíneo.
Hemorragia pré-parto	Hemorragia do tracto genital a qualquer altura depois das 22 semanas de gestação e antes do nascimento do bebé. São duas as causas principais de hemorragia pré-parto: placenta prévia e placenta abrupta.
Hemorragia pós-parto	Perda de 500 ml ou mais de sangue do tracto genital, após o parto. A causa mais comum é a atonia (tónus muscular fraco) do útero. Pode também ser causada por trauma do trato genital, por exemplo, lacerações da vagina, colo do útero ou segmento inferior do útero. A hemorragia pós parto é a causa mais frequente de morte materna.
Hemorragia pós-parto precoce	Inclui todas as ocorrências de hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto. A quantidade de sangue é 500 ml ou mais.
Hemorragia pós-parto tardia	Inclui todos os casos de HPP que ocorrem entre as 24 horas e as 6 semanas após o parto.
Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia entre as membranas que envolvem o cérebro devido à rotura de um vaso sanguíneo.
Hemorragia traumática	Em obstetrícia ocorre em consequência de traumatismo do tracto genital.
Hipertensão essencial	Tensão arterial elevada cuja causa não se conhece.
Hidratação	Absorção de, ou combinação com, água.
Hidrocefalia	Condição caracterizada pela acumulação de líquido cefalorraquidiano no crânio. O bebé com hidrocefalia tem uma cabeça aumentada e uma testa proeminente. Os casos graves são incompatíveis com a vida mas os ligeiros podem ser tratados através de uma intervenção que desvia o excesso de líquido do cérebro para a corrente sanguínea.
Hiperémese gravídica	Vómitos excessivos durante a gravidez. É um problema grave que causa desidratação e cetose e, caso não seja tratada, piora o estado da mulher. Podem ocorrer danos renais e hepáticos que conduzem a coma e morte.
Hiperhidratação	Ver <i>Intoxicação hídrica</i>
Hipertensão	Tensão arterial elevada.
Hipertónico	Com tónus excessivo. As contracções uterinas hipertónicas são anormais, extremamente dolorosas e com um pequeno intervalo entre elas. Normalmente resultam em sofrimento fetal e podem causar rotura do útero. Muitas vezes associadas ao parto prolongado e difícil, uso excessivo de fármacos tocolíticos para aumentar ou induzir o trabalho de parto.
Hiponatremia	Quando não existe sódio suficiente (sal) no sangue.
Hipovolemia	Diminuição anormal da quantidade de sangue no corpo. Pode acontecer devido a perdas excessivas de sangue (por exemplo, hemorragia pós-parto).

Hipoxia	Quando não existe oxigénio suficiente para suprimir as necessidades dos tecidos.
I	
Idiopática	Que se desconhece a causa.
Iminente	Que acontecerá brevemente.
Incisão	Corte cirúrgico.
Infertilidade	Incapacidade ou dificuldade em conceber.
Infiltração (do anestésico local)	Método de injeção de um anestésico local que é feito em diferentes planos a partir de um ponto central de modo a anestesiar a área desejada.
Intermédio	No meio.
Interno	Na parte de dentro.
Intoxicação hídrica	Condição resultante por excesso de líquidos em circulação e insuficiência de sódio. Pode ser causada por transfusão excessiva e pode conduzir a náuseas, vômitos e, em casos graves, convulsões, coma e morte. Termo equivalente: <i>Hiperhidratação</i> .
Intraparto	Durante o parto.
Intraperitoneal	Na cavidade peritoneal.
Inventário	Lista detalhada.
Inversão uterina	O fundo do útero é forçado para o colo do útero e prolapsa para o interior ou exterior da vagina. É uma emergência obstétrica grave que conduz a choque grave. O útero deve ser reposicionado o mais depressa possível.
Involução do útero	Retorno do útero ao tamanho normal, após o parto. A involução ocorre por autólise (destruição) e isquémia (diminuição do suprimento sanguíneo) do excesso de fibras musculares. Começa logo após o nascimento e termina ao fim de seis semanas.
Istmo	A ligação entre o corpo do útero e o colo do útero.

J

Joelho em extensão	Esticar a perna.
---------------------------	------------------

L

Lactato de sódio	Solução de lactato de sódio, cloreto de sódio, cloreto de potássio e cloreto de cálcio que pode ser administrada por via endovenosa.
Laparotomia	Operação em que o abdómen é aberto.
Lateralmente	De um dos lados.
Leucopenia	Diminuição anormal do número de células brancas, células estas que combatem a infecção.

Ligamento largo	Duas membranas do peritoneu que cobrem o útero e que se estendem à parede pélvica ajudando a fixá-lo. Contêm as trompas de falópio, paramétrio, vasos sanguíneo e nervos.
Líquido amniótico	Líquido produzido e contido no âmnios. Durante a última metade da gravidez também contém líquido dos pulmões e rins do feto. Este líquido cria o espaço para o crescimento do feto e, na gravidez avançada e parto, equilibra a pressão exercida pelas contracções, temperatura e fornece substâncias nutritivas ao feto.
Líquido cefalorraquidiano	Líquido que se encontra no cérebro e na medula espinal.
Liquor	Outra designação para líquido céfalorraquidiano.
Lóquios	Excreção vaginal após o parto. É composta por sangue, muco, restos de decídua e outros produtos da descamação do útero. Durante os primeiros 2 a 3 dias são compostos principalmente de sangue. Posteriormente assumem uma coloração rosada/ acastanhada que contém mais líquido seroso e, finalmente uma coloração branca composta por células sanguíneas da série branca e muco. Os lóquios duram entre 2 a 3 semanas após o nascimento. Lóquios vermelhos profusos e persistentes podem estar associados com retenção de produtos da concepção. Lóquios com cheiro fétido são sinal de infecção.
M	
Malares	Ossos das bochechas.
Mamas engorgitadas	Acumulação dolorosa de secreções nas mamas, muitas vezes acompanhada de estase venosa e linfática e edema, no início do aleitamento. A amamentação frequente e o posicionamento correcto do bebé na mama ajuda a aliviar este estado.
Malnutrição	Nutrição inadequada que resulta de uma dieta pobre ou de um defeito no metabolismo que impede que o organismo utilize, de forma efectiva, os alimentos. Os sintomas de malnutrição são fraqueza física, letargia e sensação de alheamento da realidade. Na fome pode estar presente edema, distensão abdominal e perda excessiva de peso. Adicionalmente podem estar presentes sinais de deficiência de várias vitaminas.
Marginal	No limite.
Mastite	Infecção da mama. Uma zona da mama fica dolorosa, ruborizada e quente e a mulher, geralmente, não se sente bem. A infecção responde bem ao tratamento com antibióticos. Se não for tratada pode originar abscesso mamário.
Mastoidite	Infecção do osso por de trás da orelha. Pode ser uma complicação da otite média (infecção do ouvido médio).
Mecónio	Substância verde escura presente no intestino do feto de termo. É composta por pigmentos e sais biliares, muco, células epiteliais e, por vezes, líquido amniótico. É a primeira dejectação do bebé e mantém-se durante 1 a 2 dias. Ocasionalmente pode ser eliminado no útero constituindo um sinal de sofrimento fetal.
Mediano	Situada na linha média do corpo ou de uma estrutura.
Meningite	Infecção das membranas que envolvem o cérebro.
Miométrio	Camada muscular do útero.
Moldagem (da cabeça do feto)	Sobreposição dos ossos do crânio do feto nas suturas e fontanelas de modo a permitir a adaptação dos ossos à pélvis pela qual tem de passar. O diâmetro de apresentação diminui e o diâmetro dos ângulos direitos aumenta. Se a moldagem for excessiva (por exemplo,

paragem na progressão do trabalho de parto) na posição errada, como acontece nas más posições e apresentações, ou for demasiado rápida, há o perigo de hemorragia intracraniana.

Mola hidatiforme	Gravidez anormal que resulta da degeneração do ovo e cujo aspecto se assemelha a um cacho de uvas. É necessário terminar a gravidez e essencial continuar o seguimento dado o risco de desenvolvimento de coriocarcinoma.
Monoplegia	Paralisia de um membro (superior ou inferior).
Morte intra-uterina	Quando o bebé morre ainda no útero.
Morte obstétrica directa	Morte por complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério resultantes de intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou combinação de todas as anteriores.
Morte obstétrica indirecta	Morte que resulta de uma doença existente previamente ou que se desenvolveu durante a gravidez e que não tem causas obstétricas mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
Múltipara	Uma mulher que pariu duas ou mais crianças.
Mutilação genital	Prática cirúrgica tradicional em que se corta parcial, ou totalmente, os órgãos genitais externos da mulher. Na sua forma mais extrema, chamada de infibulação, os dois lados da vulva são unidos e suturados de modo a deixar uma abertura muito pequena.

N

Nado morto	Bebé que nasce morto (após as 22 semanas de gravidez).
Necrose	Morte dos tecidos.
Necrose cortical	Morte do tecido que compõe a parte externa de um órgão (por exemplo, um rim).
Nuca	Parte de trás do pescoço.
Nulípara	Mulher que nunca pariu.
Nanismo nutricional	Quando a pessoa é baixa, frequentemente, devido a uma ingestão alimentar insuficiente durante a infância.

O

Obesidade	Acumulação excessiva de gordura no corpo. O aumento de peso é superior ao considerado desejável relativamente à idade, altura e estrutura óssea. Na gravidez, as mulheres obesas estão em maior risco de complicações (como hipertensão).
Oblíquo	Inclinado, diagonal.
Occipício	Área da cabeça que fica abaixo da fontanela posterior, na junção com o pescoço. Tremo equivalente: <i>occiput</i> .
Occiput	Ver <i>occipício</i> .
Occipício posterior persistente	O feto tem o occipício (parte posterior da cabeça) directamente virada para a parte posterior da pélvis da mãe. Habitualmente a cabeça flexa e roda para uma posição anterior. Na posição occipício posterior persistente não há rotação e o bebé nasce com a face para o púbis. Normalmente o parto é mais difícil dado que os diâmetros da cabeça do feto que têm de passar no canal de parto são maiores, as contracções podem ser menos

efectivas, a dilatação cervical mais lenta, a descida do feto atrasada e os traumatismos da mãe e da criança mais frequentes.

Oligúria	Produção diminuta de urina. Pode estar associada com comprometimento da função renal após complicações graves como hemorragia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e choque séptico.
Orifício	Abertura.
Osteomalacia	Raquitismo do adulto. É causada por deficiência grave de vitamina D que resulta no amolecimento doloroso dos ossos.
Ostício	Abertura. Osso.
Orifício cervical	O orifício interno é a abertura interna entre o colo do útero e o corpo do útero e o externo é a abertura entre o colo do útero e a vagina. Após o apagamento do colo do útero no trabalho de parto, apenas há um orifício que fica entre o segmento inferior do útero e a vagina.
Otite média	Infecção do ouvido médio. Normalmente surge como complicação de uma infecção do tracto respiratório superior. Os sintomas incluem dor e febre.
Oxigénio	Gás incolor e inodoro essencial à vida. Constitui 21% da atmosfera e entra nos pulmões através do processo de respiração. Circula no sangue para oxigenar todos os tecidos do corpo. A falta de oxigénio (hipoxia) causa cianose (coloração azulada da pele e mucosas). A anóxia (sem oxigénio) conduz à morte e é uma causa comum de morte perinatal.
Ocitócico	Termo que se aplica a drogas que estimulam as contracções do útero de modo a induzir ou acelerar o parto, ou para prevenir ou tratar a hemorragia pós parto.

P

Paramétrio	Tecido conectivo que envolve a porção inferior do útero. Ocupa os espaços entre o útero e os órgãos com ele relacionados.
Parametrite	Infecção do paramétrio.
Paridade	Número de crianças paridas pela mulher.
Parteira tradicional	Nome dado às parteiras que, tradicionalmente, assistem as mulheres ao nível comunitário. A maioria é analfabeta e torna-se parteira sem formação. Estão a ser feitos esforços para lhes dar treino básico durante algumas semanas e para as encorajar a usar os kits de parto básicos mas essenciais.
Partograma	Registo de todas as observações feitas à mulher no parto, na qual o principal destaque é o registo gráfico da dilatação cervical avaliada por exame vaginal e da descida da cabeça do feto. Inclui uma linha de acção e uma linha de alerta que, caso sejam ultrapassadas durante o registo da dilatação cervical, indicam que o parto está a progredir mais lentamente que o normal e é necessário intervir.
Parto precipitado	Parto que decorre muito rapidamente e que se caracteriza por contracções fortes e dolorosas.
Patogénico	Agente ou microrganismo que causa doença, por exemplo, bactéria patogénica.
Parto induzido	Parto que tem início artificialmente por administração endovenosa de oxitocina ou por rotura das membranas.
Parto prolongado	Trabalho de parto que excede as 12 horas.
Pé boto	Pé malformado. Anomalia congénita em que o pé se desenvolve num ângulo anormal relativamente à perna.

Pericardite	Inflamação do saco que contém o coração.
Perimétrio	Camada mais externa do útero. Cobre o útero como uma folha e estende-se às paredes laterais da pélvis formando os ligamentos largos.
Perinatal	Período imediatamente antes e depois do parto.
Períneo	Área compreendida entre o arco púbico e o cóccix. Em obstetrícia o corpo perineal é constituído, anteriormente, pela pirâmide fibro-muscular entre o terço inferior da vagina e lateralmente pelas espinhas isquiáticas. Na segunda etapa do parto torna-se mais fino e estica durante o nascimento do bebé, sendo que em alguns casos, se rompe.
Peritoneu	Membrana que cobre os órgãos internos do abdómen e que “forra” a cavidade abdominal e pélvica.
Peritoneu parietal	Peritoneu que forra a cavidade pélvica e abdominal.
Peritoneu visceral	Cobre os órgãos abdominais, segurando-os na sua posição.
Peritonite	Infecção do peritoneu.
Pista	Facto que guia ou sugere uma linha de inquérito numa investigação.
Placenta encarcerada	Descreve a situação em que a placenta não foi expulsa nos 30/60 minutos após o nascimento do bebé.
Placenta prévia	Placenta anormalmente situada no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno (abertura entre o útero e o colo do útero). A distensão do segmento inferior do útero durante o último trimestre de gravidez causa separação da placenta da parede uterina. Como resultado podem ocorrer episódios de hemorragia vaginal, habitualmente indolor. O perigo é a ocorrência de uma hemorragia catastrófica no último trimestre de gravidez.
Placenta sucenturiada	Placenta que na sua constituição tem um lóbulo extra de tecido placentário situado na membrana do saco fetal.
Pleuresia	Infecção da membrana que cobre os pulmões e a parede do tórax (pleura).
Pielonefrite	Infecção dos rins geralmente devido à subida de bactérias provenientes da bexiga.
Polidrâmnio	Excesso de líquido amniótico. Está associada principalmente com a gravidez múltipla, anomalias do feto, diabetes e hidrósia fetal, um estado raro caracterizado por doença hemolítica severa.
Poliúria	Excessiva produção de urina.
Posição de litotomia	A mulher está deitada em decúbito dorsal com os membros inferiores afastados e suportados pelos estribos e braçadeiras das pernas.
Pós-parto	Depois do parto.
Posterior	Situada na parte de trás do corpo ou de uma estrutura.
Potência	Poder de um agente medicinal para produzir efeito.
Pré-eclâmpsia	Condição específica da gravidez que surge após a 20ª semana de gestação e que se caracteriza por hipertensão e proteinúria. Podem estar presentes edemas no entanto estes não são sinal cardinal dado que estão presentes na maioria das gravidezes. Se não for controlada, a pré-eclâmpsia pode conduzir a eclâmpsia que se caracteriza por ataques convulsivos, seguidos de coma e tem uma elevada taxa de mortalidade.

Pré-parto	Antes do nascimento.
Primípara	Mulher que só pariu uma criança viva.
Primigrávida	Mulher grávida pela primeira vez.
Proeminência cefálica	A parte da frente da cabeça.
Profilático	Que previne a doença.
Promontório do sacro	Parte da primeira vértebra do sacro que se projecta para dentro do estreito pélvico superior.
Prostrado	Meio a dormir, sonolento. Pouco reactivo.
Proteinúria	Presença de proteínas na urina. As causas são a contaminação por corrimento vaginal, infecção ou pré-eclâmpsia. Deve ser sempre investigada dado que se for devida a pré-eclâmpsia é um sinal grave. Se for causada por infecção é necessário o tratamento com antibióticos.
Puerpério	Período de 42 dias a seguir ao parto. O mesmo que período pós-parto.
Punção lombar	Procedimento em que é introduzido um cateter no espaço subaracnoideu entre a terceira e quarta vértebras lombares para obter uma amostra do líquido cefalo-raquidiano para análise e medir a pressão do líquido. Pode também ser realizada para raqui-anestesia.
Punção venosa	Punção de uma veia de modo a obter uma amostra de sangue ou a administrar uma solução endovenosa.
Púrpura	Pequena hemorragia da pele.
Púrpura trombocitopénica idiopática	Condição de causa desconhecida caracterizada por diminuição das plaquetas levando a que o sangue não coagule normalmente.

R

Rácio de Mortalidade Materna	Rácio que estima o risco de morrer por causas associadas com a gravidez, parto e puerpério, em que o numerador é o número total de mulheres com mortes atribuídas à gravidez, parto e puerpério, e o denominador o número de nados-vivos ocorridos na população em estudo e no mesmo período de tempo que o denominador (geralmente um ano).
Raquitismo	Amolecimento dos ossos devido à deficiência de vitamina D durante a infância.
Reclinado	De costas com a cabeça e os ombros levantados.
Repugnante (cheiro)	Que cheira muito mal.
Reanimação	Recuperar a vida ou a consciência de uma pessoa que aparentemente está morta. Ressuscitar.
Retracção	Puxado para trás.
Retroplacentária	Atrás ou por baixo da placenta.
Reversível	Que volta ao normal.

Reversão	Mudança ou mudança na direcção oposta.
Rotação (da cabeça do feto)	O movimento da cabeça do feto à medida que este desce pelo canal de parto.
Rótula	Osso situado na parte da frente do joelho e que forma a cápsula rotular.
Rotura	Rebentamento de uma estrutura, por exemplo, rotura do útero a seguir à PPTP.
Rotura do útero	Rebentamento ou laceração do útero devido à PPTP.
Rotura prolongada das membranas	Rotura das membranas por mais de 12 horas/18 horas independentemente do início ou não do parto.
S	
Saco de Douglas	Ver: <i>Fundo de saco posterior, Fundos de saco vaginais</i> .
Saco fetal	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero – “Bolsa de águas”.
Saco uretro-vesical	Ver: <i>Fundo de saco anterior, Fundos de saco vaginais</i>
Sacro	Parte mais inferior da coluna vertebral, formada por cinco vértebras sagradas.
Saneamento	Estabelecimento de condições favoráveis à saúde. Inclui a eliminação segura das fezes usando latrinas adequadas de modo a evitar a transmissão de doenças.
Segmento	Secção ou parte de algo.
Septicemia	Presença e multiplicação no sangue de bactérias nocivas que causa febre elevada e arrepios. Quando não tratada a septicemia pode levar a choque e morte.
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
Sincipúcio	Parte superior da cabeça. Termo equivalente: <i>Sinciput</i> .
Sinciput	Ver <i>Sincipúcio</i> .
Sinfisiotomia	Incisão cirúrgica na sínfise púbica para aumentar o diâmetro pélvico inferior quando há desproporção cefalo-pélvica. É um procedimento de emergência alternativo quando não há condições para a realização segura de cesariana.
Sínfise púbica	Área cartilaginosa onde se juntam os dois ossos pélvicos, situada na parte da frente da pélvis.
Sinusite	Infecção das cavidades dos ossos cranianos de cada um dos lados do nariz e acima dos olhos.
Sépsis puerperal	Infecção do tracto genital que se desenvolve a qualquer altura entre a rotura das membranas ou parto e o 42º dia após o nascimento ou aborto.
Sobrecarga circulatória	Sobrecarga da circulação. Pode ocorrer em casos de administração excessiva de líquidos endovenosos. Conduz a problemas respiratórios, devido à acumulação de líquidos nos pulmões, e a falência cardíaca.
Soro fisiológico	Solução de 0,9% de cloreto de sódio (sal) que pode ser administrada por via endovenosa.
Subinvolução (do útero)	O útero não reduz o tamanho normalmente (involve lentamente), no pós-parto imediato.

Sulco nadegueiro	Linha de clivagem entre as nádegas na qual se encontra o ânus.
Sutura sagital	Linha membranosa entre os ossos da cabeça do feto que vai da fontanela posterior à fontanela anterior.
Status	Posição social, importância relativa de uma pessoa.
T	
Tala	Tira de material rijo (como, por exemplo, madeira) utilizada para imobilizar uma parte móvel do corpo.
Taxa de Mortalidade Materna	Taxa que estima o risco de morte materna utilizando como numerador as mortes maternas atribuídas à gravidez e/ou puerpério e como denominador o número total de mulheres expostas a estes riscos. Como é impossível conhecer exactamente o número total de mulheres expostas a estes riscos, recorre-se ao <i>rácio de mortalidade materna</i> .
Tétano	Doença causada por microrganismos que se encontram no solo e pó e que é espalhada pelas fezes animais e humanas. Os microrganismos entram no corpo através de uma solução de continuidade na pele e provocam um estado grave de espasmos musculares e convulsões que conduzem à morte. Dado que a rigidez do maxilar é, frequentemente o primeiro sinal, é também conhecido por trismo. Esta doença grave pode ser prevenida através da imunização adequada com o toxóide tetânico.
Testículos	Duas glândulas do escroto que produzem os espermatozóides e as hormonas sexuais masculinas.
Tipagem	Determinação do grupo sanguíneo (A, B, O, AB, Rh).
Tórax	Peito.
Trabalho de parto falso	Contracções uterinas dolorosas não acompanhadas de apagamento do colo do útero ou dilatação. São, habitualmente irregulares e cessam, espontaneamente, ao fim de algumas horas.
Tracto genital	O percurso formado pelos órgãos genitais, incluindo o útero, colo do útero, vagina e vulva.
Transfusão feto-materna	Passagem de sangue fetal para a circulação sanguínea materna, através da placenta.
Tratamento profilático com antibiótico	Administração de antibióticos para prevenir a infecção.
Trauma	Agressão. Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior.
Traumático	Devido a agressão. Relativo a um trauma ou a um traumatismo.
Tremores	Contracções involuntárias, pequenas e repentinas.
Tromboflebite	Inflamação de uma veia superficial, acompanhada pela formação de um coágulo. Nestes casos, o coágulo raramente se separa da parede da veia pelo que o risco de embolismo é pequeno.
Trombose	Formação de um coágulo de sangue. Ocorre em veias profundas e se houver destacamento do coágulo da parede do vaso, há um risco sério de embolismo e morte.

Trombose venosa profunda Formação de um trombo (coágulo) numa veia profunda (mais frequente na perna ou pélvis). Causa dor e edema ao andar. Se o coágulo se destaca da parede da veia pode ser levada, pela corrente sanguínea para o coração ou pulmões causando colapso e, caso a reanimação imediata não seja feita com sucesso, morte.

Transitório Temporário, que não dura muito tempo.

Tuberosidade Isquiática *Ver* Espinhas Isquiáticas.

Tumor Crescimento de tecido novo que pode ser benigno ou canceroso.

U

Ultra-som Som em frequências superiores ao limite normal de audição utilizadas em obstetrícia (e noutros ramos da medicina) na ecografia (ultra sonografia). É utilizado para avaliar a maturidade e tamanho do feto, localizar o sítio da placenta, diagnosticar anomalias fetais e tumores pélvicos.

Úmero Osso que vai do ombro ao cotovelo.

Uremia Excesso de ureia no sangue. Normalmente revela falência renal.

Útero em involução Útero que regressa ao tamanho normal após o parto.

V

Valor preditivo Os valores preditivos de alguns factores de risco são baixos. Isto quer dizer que a probabilidade de a doença ou enfermidade estar presente quando o factor de risco está presente, é baixa.

Veia cubital média Veia situada na linha média da fossa cubital.

Veias varicosas Veias anormalmente tortuosas e distendidas. Se se tornarem dolorosas durante a gravidez, a mulher deve ser aconselhada a usar meias de suporte (que devem ser calçadas antes desta se levantar de manhã) e a repousar com os membros inferiores elevados ao nível do coração. Termo equivalente: *varizes*.

Varizes *Ver* *Veias varicosas*.

Vértex Área da cabeça entre a fontanela anterior e posterior e as duas proeminências parietais (alto de cada lado da parte superior da cabeça). No parto normal, quando a cabeça está bem flectida, o vértex é a parte que se apresenta.

VIH Vírus da Imunodeficiência Humana.

Vírus Pequeno agente infeccioso que cresce e se reproduz nas células vivas. As viroses podem atravessar a placenta e causar anomalias no feto, especialmente no primeiro trimestre.

Virilha Depressão na transição do abdómen e a coxa.

Virulento Que causa doença severa.

Vitaminas Nutrientes essenciais. As vitaminas A, todo o complexo B, C, D, E e K são essenciais à nutrição e à saúde. A sua deficiência causa uma série de problemas de saúde.

Vitamina D Vitamina necessária para o desenvolvimento normal do osso.

Z

Zona lombar Parte das costas entre o tórax e a pélvis.

ANEXO: PERGUNTAS PARA O PRÉ TESTE E TESTE FINAL

As perguntas (e respostas que se seguem são dadas como exemplos e não esgotam todas as que podem ser incluídas no pré-teste e teste final, se os escolher como um dos métodos para avaliar os alunos. Pode utilizar estas perguntas juntamente com outras relevantes para o conteúdo deste módulo de modo a estabelecer uma base para os conhecimentos teóricos dos alunos. As questões utilizadas no pré-teste devem voltar a ser utilizadas no teste final de modo a avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos.

De cada vez que leccionar o módulo sobre a hemorragia pós-parto é aconselhável mudar pelo menos algumas das perguntas dos testes. Tal torna-se particularmente relevante, por exemplo, nas escolas obstétricas e de enfermagem onde os alunos trocam impressões sobre os conteúdos das provas de avaliação.

Os pré-teste e teste final não devem excluir a utilização de outros métodos de avaliação dos alunos. É indispensável usar pelo menos um, se não todos os outros, em intervalos definidos ao longo dos módulos, de modo a avaliar o progresso dos alunos. Para além disso, é preciso não esquecer que a avaliação das competências clínicas constitui a maior componente da avaliação do aluno tanto neste como nos restantes módulos técnicos.

- P1** *Que fibras do miométrio são importantes no controlo da hemorragia na terceira etapa do trabalho de parto?*
R As fibras oblíquas que formam a camada média (também conhecidas por “cruzadas”).
- P2** *Como é que a hemorragia é controlada após a terceira etapa do trabalho de parto?*
R Após a expulsão da placenta, as fibras musculares oblíquas do miométrio contraem-se fortemente para comprimir os vasos sanguíneos e formam-se coágulos à volta dos vasos sanguíneos.
- P3** *Quais são os dois factores que interferem com o controlo da hemorragia?*
R Placenta ou membranas ou partes destas retidas e bexiga cheia.
- P4** *Como é definida a hemorragia pós-parto?*
R Hemorragia excessiva do tracto genital após o nascimento do bebé (isto é, 500 ml ou mais, ou qualquer quantidade menor que cause deterioração no estado de saúde da mulher).
- P5** *Quais são as duas causas mais comuns de hemorragia pós-parto primária?*
R Útero atónico e traumatismo do tracto genital.
- P6** *Quais são os factores de risco de hemorragia pós-parto (que surgem durante a gravidez)?*
R Quaisquer quatro dos seguintes: placenta prévia, placenta abrupta, hidrâmnio, gravidez múltipla, morte intra-uterina e qualquer doença associada a anemia.
- P7** *Quais são as causas de hemorragia pós-parto secundária?*
R Retenção de fragmentos da placenta ou membranas, descamação de tecido morto a seguir a paragem na progressão do trabalho de parto.
- P8** *Quais são os princípios do tratamento da hemorragia pós-parto?*
R Rapidez, competência e prioridades.
- P9** *No tratamento do útero atónico após a placenta ter sido expulsa, qual é a primeira coisa a ser feita?*
R Massajar para provocar uma contracção e expelir qualquer coágulo do útero.
- P10** *Quando é que é apropriado usar a compressão manual da aorta no tratamento da hemorragia pós-parto?*
R Deve ser usada numa emergência, para controlar uma hemorragia torrencial se a mulher ainda continua a sangrar após o tratamento inicial da hemorragia pós-parto ter sido efectuado (isto é, massagem do útero, expulsão de coágulos, administração de 10 UI de ocitocina IM, iniciar uma perfusão EV e administrar fluidos, adicionar 20 IU de ocitocina à solução EV, esvaziar a bexiga e examinar o tracto genital quanto à presença de lacerações).

