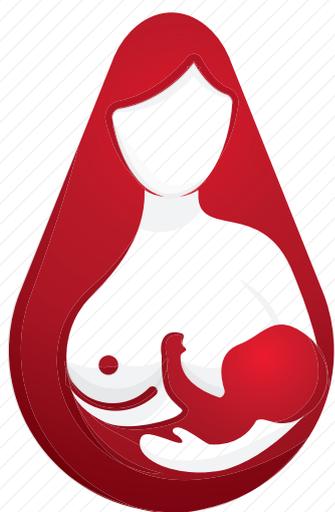


MANUAL DE

ORIENTAÇÃO PARA O CURSO DE PREVENÇÃO E MANEJO OBSTÉTRICO DA HEMORRAGIA:

ZERO MORTE MATERNA POR HEMORRAGIA

2017



ØMMxH

ESTRATÉGIA **ZERO MORTE** MATERNA
POR **HEMORRAGIA** PÓS-PARTO

MANUAL DE

**ORIENTAÇÃO PARA O CURSO DE PREVENÇÃO
E MANEJO OBSTÉTRICO DA HEMORRAGIA:**

ZERO MORTE MATERNA
POR HEMORRAGIA



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ORGANISMO REGIONAL PARA AS Américas



CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA
SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA
CLAP/SMR

Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia.

ISBN: 978-85-7967-125-8

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2018**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em sua página web (www.paho.org/bra). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir alguma de suas publicações, integralmente ou em parte, deverão ser feitas ao Programa de Publicações por meio da página web: www.paho.org/permissions.

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

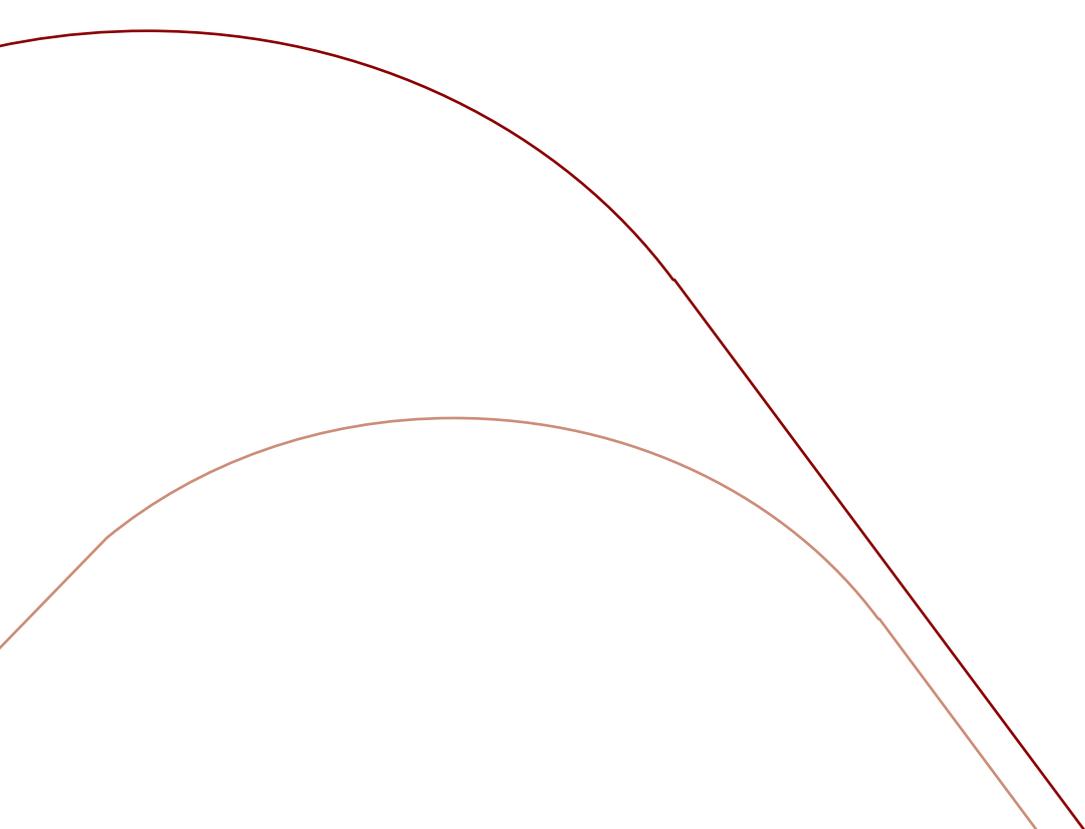
Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - O PROJETO “CERO MUERTES MATERNAS” NAS AMÉRICAS E CARIBE	9
CAPÍTULO 2 - A ESTRATÉGIA ZERO MORTE MATERNA E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL	13
CAPÍTULO 3 - CARACTERIZAÇÃO DO CURSO DA ESTRATÉGIA OMMXH	17
3.1 DELINEAMENTO GERAL DO CURSO	17
3.2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO CURSO	19
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA.....	21
4.1 PALESTRAS.....	22
4.1.1 Contexto e panorama da morte materna no Brasil e Estratégia OMMxH.....	23
4.1.2 Panorama da mortalidade materna no estado.....	23
4.1.3 Hemorragia pós-parto: relevância e desafios	24
4.1.4 Prevenção da hemorragia pós-parto	24
4.1.5 Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para hemorragia pós-parto e estratégias de trabalho em equipe	24
4.1.6 Diagnóstico e estimativa da perda volêmica na hemorragia pós-parto	25
4.1.7 Manejo medicamentoso da hemorragia pós-parto	25
4.1.8 Manejo não cirúrgico da hemorragia pós-parto	25
4.1.9 Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto	26
4.1.10 Ressuscitação hemostática	26
4.1.11 Sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto.....	26
4.2 ESTAÇÕES DE TREINAMENTO DE HABILIDADES E SIMULAÇÃO	27
4.2.1 Estação prática: Balão de tamponamento intrauterino.....	28
4.2.2 Estação prática: Traje antichoque não pneumático	30
4.2.3 Estação prática: Suturas hemostáticas.....	31
4.2.4 Estação prática: Código Vermelho obstétrico.....	32
4.2.5 Estação prática: Cirurgia de controle de danos	37
4.2.6 Discussão sobre o acretismo placentário.....	38

CAPÍTULO 5 - DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS DO CURSO	39
5.1 TERMOS DE CONSENTIMENTO	39
5.2 AVALIAÇÕES	40
5.2.1 Avaliação de qualidade do curso: pesquisa de satisfação	40
5.2.2 Avaliação de conhecimento dos participantes: pré-teste e pós-teste	40
TRAJE ANTICHOQUE NÃO PNEUMÁTICO (TAN)	41
6.1 TAN PARA O CUIDADO A MULHERES COM HEMORRAGIA PÓS-PARTO	41
6.2 O QUE É O TAN?	42
6.3 MONITORAMENTO DOS CASOS, CUIDADO EM REDE E ESTRATÉGIA DE DISTRIBUIÇÃO DO TAN NOS ESTADOS	43
6.4 HIGIENIZAÇÃO DO TAN	44
6.4.1 Instruções para a desinfecção e limpeza do Lifewrap NASG® – TAN	44
6.4.2 Observações	47
ANEXOS	49
ANEXO 1 – PRANCHAS ESQUEMÁTICAS DE SUTURAS COMPRESSIVAS	49
ANEXO 2 – FLUXOGRAMA – SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO HPP	52
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	54
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO PRÉ E PÓS-TESTE	55
ANEXO 5 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES	56
ANEXO 6 – PESQUISA DE OPINIÃO DOS INSTRUTORES	58
ANEXO 7 – PRÉ-TESTE	59
ANEXO 8 – PÓS-TESTE	63
ANEXO 9 – GABARITO DO PRÉ E PÓS-TESTE	67
ANEXO 10 – DOCUMENTO DE MONITORAMENTO DOS CASOS DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	68
AUTORES	70

APRESENTAÇÃO

O 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio mostrou que o Brasil atingiu a meta da Organização das Nações Unidas (ONU) e reduziu em dois terços os indicadores de mortalidade infantil, em crianças de até 5 anos. O mesmo relatório expõe um lado negativo para o país, o de que a redução da mortalidade materna não teve o mesmo sucesso.

A Razão de Morte Materna - RMM global diminuiu cerca de 44% nos últimos 25 anos: saindo de uma RMM de 385 por 100 000 nascidos vivos em 1990 a uma RMM de 216 por 100.000 nascidos vivos em 2015. O Brasil não cumpriu o compromisso de chegar em 2015 com no máximo 35 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos.

A mortalidade materna é um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população e a quase totalidade das mortes, cerca de 99%, ocorre em países em desenvolvimento. A falta de educação, alimentação adequada, suporte social e assistência sanitária associam-se fortemente à mortalidade materna, sendo um indicador de iniquidade entre os ricos e os pobres. A mortalidade materna ainda evidencia as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação, à nutrição, quanto no acesso à saúde e seu caráter prevenível, considerando a importância de se estabelecer ações intersetoriais que garantam a qualidade do acesso à saúde a toda população. Diante deste cenário, foi restabelecida a redução da mortalidade materna como uma das prioridades descritas como uma meta mundial nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A maioria das mortes é devida à hemorragia no pós-parto e nos abortamentos, aos transtornos hipertensivos associados à gravidez e à infecção puerperal.

A redução da morbimortalidade materna tem sido largamente buscada, mas apesar dos esforços envidados, os resultados seguem sendo insuficientes.

Neste sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), apresenta a estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH) como um esforço coletivo de gestores e profissionais de saúde para a prevenção e o manejo da hemorragia obstétrica.

Este manual tem como objetivo definir uma proposta metodológica para as oficinas vinculadas a esta estratégia, descrevendo a infraestrutura e os recursos sugeridos para as atividades teóricas e de treinamento de habilidades e simulação prática. Além disso, apresenta recomendações para inserção do traje antichoque não pneumático (TAN) nas rotinas dos serviços de saúde. O TAN é uma nova tecnologia de tratamento da hemorragia obstétrica que vem sendo introduzido no país pelo MS em cooperação com a OPAS/OMS, que permite um controle transitório do sangramento, ampliando a sobrevivência das mulheres enquanto se aguarda um procedimento ou a transferência a uma unidade de referência.

Com este manual, a organização convida gestores e equipes multiprofissionais de saúde, para juntos intensificarem as ações de prevenção e manejo das hemorragias obstétricas, contribuindo, assim, para a redução da mortalidade materna no Brasil e nas Américas e a meta de não deixar ninguém para trás.

Joaquín Molina

Representante da OPAS/OMS no Brasil

APRESENTAÇÃO

Em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha para reduzir a morbimortalidade materna no país, e desde então tem encontrado parceiros que potencializam as ações de apoio e fortalecimento à saúde das mulheres.

Em 2013, a taxa de brasileiras que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi equivalente a 69 a cada 100 mil nascimentos. Isso representa quase o dobro da meta assumida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), que era de chegar a 2015 com, no máximo, 35 mortes a cada 100 mil nascimentos. Um número expressivo dessas mortes poderia ser evitado por ações dos serviços de saúde, a partir de atenção adequada ao pré-natal, ao parto, ao abortamento.

O ano de 2015 marcou a transição dos ODMs aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mantendo a redução da mortalidade materna no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento mundial e também no Brasil.

As recomendações de organismos internacionais e também as políticas nacionais enfatizam que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos, afirmando que o parto é um evento fisiológico que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Entretanto, nos sistemas de saúde ocidentais, ainda prevalece o denominado modelo biomédico de atenção. O modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimado na maioria dos países ocidentais entende o nascimento como uma questão médica, considerando todas as gestações como potencialmente patológicas e o corpo da mulher como uma máquina imperfeita que necessita de tecnologias para funcionar.

Inserido nesse contexto, o Brasil encontra-se em um cenário de intensa medicalização do processo do nascimento, com 98% dos partos realizados em hospitais e com boa cobertura do pré-natal, ao mesmo tempo persistindo taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil.

O Ministério da Saúde (MS) acredita que a incorporação de estratégias de capacitação de profissionais para a prevenção e o manejo das principais afecções que causam a morte das mulheres brasileiras no ciclo gravídico-puerperal, como também o cuidado baseado nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, no curto e médio prazos, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no Sistema Único de Saúde (SUS).



CAPÍTULO 1

O PROJETO “*CERO MUERTES MATERNAS*” NAS AMÉRICAS E CARIBE

O projeto “*Cero Muertes Maternas*” por Hemorragia é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e seu Centro Latino-Americano para Perinatologia – Saúde das Mulheres e Reprodutiva (CLAP/SMR) dedicada à prevenção da mortalidade materna por hemorragia pós-parto.

A iniciativa mobiliza governos, sociedade civil e comunidades, em lugares nos quais a hemorragia obstétrica é a principal causa das mortes maternas, principalmente na Bolívia, na Guatemala, no Haiti, no Peru e na República Dominicana.

A iniciativa procura salvar vidas de mães, beneficiando também suas famílias e o desenvolvimento de seus países. Para atingir esse objetivo, os seguintes fatores-chave devem ser levados em consideração: fortalecimento dos serviços de saúde, eliminação das barreiras ao acesso, treinamento de pessoal para lidar com a hemorragia obstétrica e garantia de disponibilidade de medicamentos essenciais e sangue seguro para transfusões.

O projeto “*Cero Muertes Maternas*” por Hemorragia também opera no sentido de dar maior poder de decisão às mulheres, para que seus direitos e suas preferências sejam respeitados, além de serem incentivadas a buscar atenção médica capacitada oportunamente. Também trata da

dinâmica mãe-bebê, com início antes da concepção. Promove o planejamento familiar, assim como medidas para assegurar que os bebês recém-nascidos tenham um começo de vida ótimo, como o pinçamento oportuno do cordão umbilical e a promoção da amamentação.

O "*Cero Muertes Maternas*" por Hemorragia vem sendo implementado na região das Américas e Caribe desde 2014.

Como primeiro passo do projeto, realizamos uma análise para compreender as principais barreiras que mulheres grávidas enfrentam no acesso aos serviços de saúde. Identificamos debilidades, brechas e necessidades nos serviços que repercutem na mortalidade materna, particularmente pela hemorragia pós-parto.

A análise leva em consideração: a eficiência dos serviços visitados pelas mulheres grávidas; a disponibilidade de sangue e componentes seguros; o acesso à cirurgia em caso de emergência obstétrica; a legislação nacional e local em direitos reprodutivos e maternidade saudável; a participação comunitária na saúde materna e as barreiras socioculturais relacionadas ao gênero e à etnia no país.

A informação obtida a partir do diagnóstico foi a chave para projetar intervenções precisas para responder e contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade materna.

Preparamos propostas para responder às barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Essas propostas incluídas centraram em políticas, na legislação e na organização da rede de serviço, com participação comunitária e setores de fora do setor da saúde.

Outros objetivos relacionados ao projeto que visam acelerar a redução da mortalidade materna vinculada à hemorragia obstétrica centram-se em:

- Treinamento de profissionais da área de saúde e parteiras para prevenir, controlar e tratar a hemorragia obstétrica;
- Estabelecimento de redes de parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetras em um âmbito rural para detectar rapidamente casos de hemorragia e encaminhar mulheres para um hospital de referência, se necessário;
- Fortalecimento dos sistemas de saúde para assegurar que serviços de saúde sejam prestados com sangue seguro e medicamentos essenciais;
- Lançamento de uma campanha de comunicação para aumentar a conscientização sobre hemorragia pós-parto e o que fazer para preveni-la:
 - » Mulheres grávidas devem comparecer aos seus exames pré-natais e reconhecer sinais de aviso de hemorragia;
 - » Profissionais da saúde devem proporcionar atendimento de qualidade e evitar cesarianas desnecessárias;
 - » Comunidades devem apoiar mulheres grávidas para que elas tenham mais probabilidade de passar por uma gravidez sem risco;
 - » Tomadores de decisões devem propor políticas e regulamentação a favor da saúde materna, com fundos dedicados à melhoria da saúde.

Um dos eixos principais do projeto é fortalecer as capacidades dos profissionais da área da saúde no uso de equipamentos que interrompam o sangramento, assim como em outras habilidades para controle das emergências obstétricas.

Oferecemos treinamento ao pessoal da área da saúde, técnico e de apoio, em vários países da região, em como reduzir o número de hemorragias e em como tratá-las corretamente em tempo útil. Estas capacitações envolvem todos os membros da equipe multiprofissional de saúde, que atuam na assistência ao parto, independente de sua formação profissional, fortalecendo as habilidades para o trabalho compartilhado.

Por sua vez, espera-se que os profissionais treinados treinem outros em seus países ou em países vizinhos mobilizados pela OPAS/OMS. Queremos que o conhecimento e as técnicas que previnem mortes maternas difundam-se por toda a região.

Nos seminários de treinamento, os participantes aprenderam a interromper o sangramento intenso usando diferentes simuladores, como a vestimenta não pneumática antichoque (NASG, em inglês), que pode ser colocada ao redor da parte inferior do corpo da mulher com sangramento; e o balão intrauterino, que pode ser inserido no útero para reduzir ou deter a perda sanguínea.

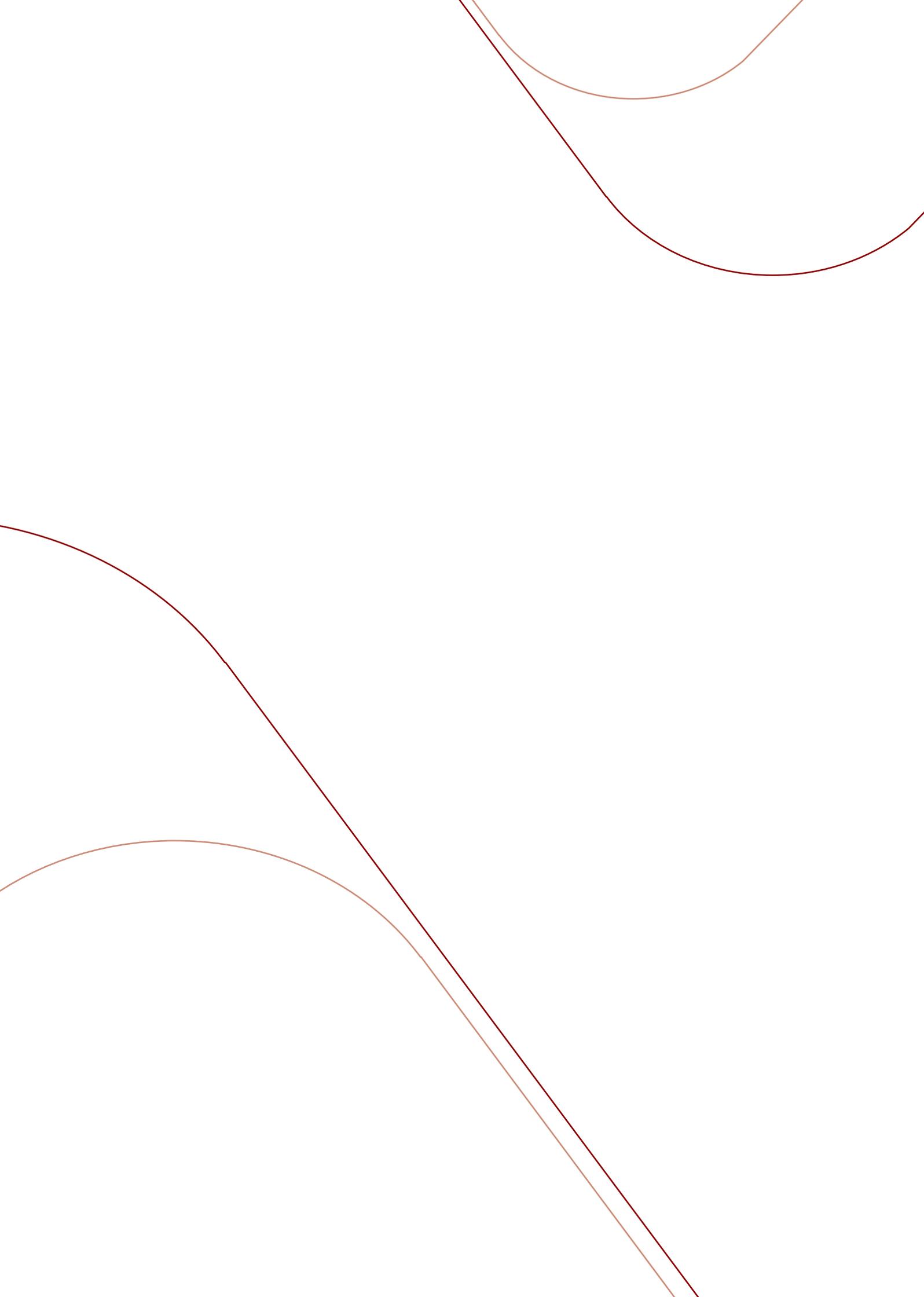
Os participantes também são treinados na administração da ferramenta de emergência para sangramento conhecido como “Código Vermelho”, e na prática de cirurgias conservadoras de resgate.

Além disso, o treinamento visou ajudar o pessoal da saúde a compreender aspectos importantes relacionados à etnia, ao gênero e aos direitos humanos. Algumas oficinas incluíram módulos em saúde neonatal e planejamento familiar.

Saber onde e por que as mães morrem é a chave para evitar mortes por hemorragia. Por este motivo, estamos fortalecendo os sistemas de informação e vigilância nas áreas em que o projeto está sendo implementado para identificar iniquidades no acesso à saúde reprodutiva e materna, e para aprender mais sobre o estado de saúde de mães—particularmente em casos de hemorragia obstétrica.

Nas áreas em que o projeto está sendo executado, assim como em toda a região das Américas, a mortalidade materna é muito comum entre mulheres indígenas, rurais e pobres.

Houve cinco países que desenvolveram propostas para participar no projeto e receberam apoio financeiro direto: Bolívia, Guatemala, Haiti, Peru e República Dominicana. Outros cinco países desenvolveram propostas em um segundo momento: Guiana, Honduras, México, Suriname e Paraguai. Por fim, dois países desenvolveram *workshops* adaptando o projeto às suas realidades: Nicarágua e Brasil.





CAPÍTULO 2

A ESTRATÉGIA ZERO MORTE MATERNA E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL

O projeto “*Cero Muertes Maternas*” tem como meta de impacto contribuir em 5% (2014 a 2015) na redução da mortalidade materna por hemorragia nas áreas de intervenção. A escolha dos países participantes está baseada em um estudo que avaliou a viabilidade de impacto e apontou que é possível em populações com:

- Razão de Morte Materna > 70 x 100.000 nascidos vivos;
- Proporção de mortes por hemorragia > 30%;
- 10.000 nascimentos no ano na área de intervenção.

O Brasil foi escolhido como país no qual há viabilidade de desenvolvimento para o projeto, caracterizando-se como uma área de intervenção factível. As informações abaixo foram usadas para definição da incorporação do Brasil no escopo de países que recebiam o projeto em 2015:

- A hemorragia pós-parto (HPP) constitui-se na segunda principal causa de morte materna no país;
- O Brasil, apesar da melhoria significativa das taxas de mortalidade materna no últimos anos, ainda tem regiões com a inaceitável ocorrência de 300 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos.

A partir das prerrogativas deste exitoso projeto, conduzido pelo CLAP/SMR, foi especialmente desenvolvida para o Brasil a **Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH)**, uma iniciativa da OPAS/OMS e Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil (MS) dedicada ao fortalecimento das ações já desempenhadas no âmbito das políticas nacionais para o desafio da redução da morbimortalidade materna grave.

Com base nas diretrizes do projeto “*Cero Muertes Maternas*”, foi feita uma série de reflexões sobre aspectos da prevenção e manejo da HPP, sobre a necessidade de inserção de novas tecnologias de tratamento da hemorragia no Brasil e sobre a adequação dos fluxos assistenciais atuais dos nossos serviços de saúde às necessidades da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal.

Desta forma, acreditando fortemente nas capacitações para profissionais de saúde voltadas para a qualificação de suas habilidades técnicas para o enfrentamento às urgências e emergências obstétricas hemorrágicas e na capacidade de apoiar as gestões estaduais e municipais, é que o MS, por meio da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (GCSM/DAPES/SAS), em parceria com o Escritório Regional da OPAS/OMS no Brasil, desenvolveram a **Estratégia OMMxH**.

A análise técnica das causas e da razão de morte nos estados brasileiros de 2010 a 2014, realizada pela CGSM/DAPES, com apoio técnico da Unidade Técnica de Saúde Família Genero e Curso de Vida/OPAS/OMS, definiu oito estados prioritários em termos de RMM para receberem a transferência de tecnologia nesta primeira etapa de implementação da OMMxH no Brasil. São eles: Piauí, Maranhão, Pará, Tocantins, Bahia, Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Assim, a primeira etapa de implementação da Estratégia OMMxH teve início no Brasil, pela realização de um *workshop* que capacitou cerca de 80 profissionais de saúde, divididos em duas turmas, das oito regiões prioritárias, em termos de morte materna por causas hemorrágicas. Esses profissionais participantes são os multiplicadores das tecnologias para prevenção e manejo das hemorragias obstétricas, auxiliando os gestores estaduais na busca pela redução da mortalidade materna.



Foto: Turma de profissionais capacitados em 2015.

Com a participação dos 80 profissionais capacitados, ainda em meados de 2015, o MS realizou, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, as Oficinas de Planejamento, com objetivo principal de reunir gestores municipais, estaduais e profissionais da assistência obstétrica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), hemocentros coordenadores para a confecção dos Planos de Ação Estaduais, voltados para o enfrentamento e a diminuição da mortalidade materna por hemorragias obstétricas.

Os objetivos específicos das Oficinas de Planejamento Estaduais envolveram:

- A promoção da análise e discussão das principais barreiras locais que impedem o acesso das mulheres aos serviços de saúde;
- O funcionamento dos serviços de forma integrada em redes de atenção;
- A adequação cultural apropriada para a assistência com qualidade, e enfoque nas questões que abordam direitos humanos, igualdade de gênero e interculturalidade;
- Ações de capacitação para acelerar a redução da morbimortalidade materna por hemorragia obstétrica de acordo as especificidades de cada área de intervenção;
- O fortalecimento dos sistemas de investigação, informação e vigilância em saúde da mulher.

Contudo, em função das especificidades assistenciais e regionais do Brasil, a OPAS/OMS Representação Brasil, apoiada tecnicamente pelo CLAP/SMR sugeriu ao MS adaptar as capacitações para aplicação no território nacional, a fim de melhor atender às características dos profissionais brasileiros. Assim, em 2016, uma equipe multidisciplinar, coordenada tecnicamente pela OPAS/OMS construiu um Plano de Trabalho e um cronograma de atividades a serem realizadas.

A primeira etapa desse Plano de Trabalho constitui-se na realização de um evento-piloto, em setembro de 2016, na cidade de Fortaleza/Ceará, realizado em parceria com o MS e a

Secretaria Estadual. Este evento técnico foi baseado nas características da oficina original do CLAP/SMR. Durante o evento, estudou-se a logística de trabalho, a metodologia de ensino, as dificuldades mais comuns e as preferências dos profissionais participantes, por meio de uma observação direta da evolução do evento e de uma pesquisa de opinião sobre as atividades realizadas na oficina.

O compilado dos achados da oficina-piloto no Ceará foram, imediatamente, analisados, estudados e discutidos pela equipe de planejamento em Brasília, ainda nesse mesmo mês. Durante esse momento, foi possível realizar propostas das novas características do curso nacional. A equipe foi unânime em considerar essencial a manutenção dos conceitos considerados básicos da oficina original do CLAP/SMR e garantir a padronização do novo curso que estava sendo construído para o Brasil.

Uma vez delineada a nova formatação do curso da Estratégia OMMxH para o Brasil, deu-se início à fase de construção e produção do novo material didático a ser utilizado nas aulas teóricas, nas estações de treinamento de habilidades e simulação, assim como a definição da metodologia de trabalho a ser adotada.

Esse material produzido foi então submetido a duas auditorias técnicas: uma interna, realizada por profissionais médicos e enfermeiros, da própria OPAS/OMS em sua Representação Brasil, e outra auditoria externa, realizada por representantes regionais da OPAS/OMS e do CLAP/SMR. Os assessores técnicos são os responsáveis pela oficina internacional do CLAP/SMR e como avaliadores deste processo, garantiram que o novo curso estivesse alinhado com os objetivos propostos pelo projeto “*Cero Muertes Maternas*” e que estariam preservados os conceitos considerados essenciais da oficina original. O material didático que estava sendo produzido para o Brasil foi exaustivamente discutido e analisado durante as auditorias. O resultado final deu origem a uma versão validada e padronizada deste curso de capacitação de profissionais no âmbito da Estratégia OMMxH no Brasil.

Por fim, de acordo com o Plano de Trabalho inicial, restava ainda uma última etapa para a conclusão dos trabalhos de customização: a apresentação do novo curso para profissionais brasileiros. Foram reunidos, em Brasília, em novembro de 2016, profissionais enfermeiros e médicos, participantes do treinamento inicial de 2015. Juntaram-se a estes, outros profissionais-chave para conhecerem a proposta, analisarem e apoiarem na composição do grupo de instrutores nacionais MS OPAS/OMS para a Estratégia OMMxH no Brasil. Assim, estes 20 profissionais médicos e enfermeiros, de diferentes estados do país, apoiaram na finalização da adaptação da oficina, do ponto de vista técnico e metodológico.

Diante desse cenário, a equipe de trabalho conjunto considerou que a iniciativa para customização do curso brasileiro da Estratégia OMMxH havia atingido os objetivos iniciais, precisamente na construção de um treinamento multidisciplinar na prevenção e no manejo da HPP, sistematizado, de qualidade, e que conseguisse preservar os conceitos e as diretrizes essenciais estabelecidos pelos padrões internacionais acompanhados pelo CLAP.



CAPÍTULO 3

CARACTERIZAÇÃO DO CURSO DA ESTRATÉGIA OMMXH

3.1 DELINEAMENTO GERAL DO CURSO

Este manual auxiliará gestores e profissionais organizadores de treinamentos estaduais e municipais em como devem ser realizadas as atividades propostas neste curso da Estratégia OMMxH. A padronização dessa atividade garante uma discussão alinhada e homogênea sobre o tema HPP, independentemente do local em que ocorra ou do instrutor que a ministre.

O documento também aborda a metodologia de trabalho, assim como o cronograma de atividades e documentos utilizados no curso. Ele ainda descreve a infraestrutura e os insumos sugeridos para cada uma das atividades teóricas e treinamento de habilidades e de simulação do curso.

Outras informações contidas neste manual são recomendações nacionais para inserção do traje antichoque não pneumático (TAN) nas rotinas dos serviços de saúde. O TAN é uma nova tecnologia de tratamento do choque hipovolêmico que vem sendo introduzido no país pelo MS em parceria com a OPAS/OMS. Este dispositivo permite um controle transitório do sangramento, oferecendo um aumento da volemia, por redirecionamento do fluxo de sangue contido nos membros inferiores. Considerando as grandes dimensões do território nacional e as distâncias a serem percorridas por muitas pacientes até o serviço de saúde mais

próximo, o TAN pode contribuir significativamente ao combate à morte materna por HPP. Contudo, o seu sucesso está vinculado à presença de um protocolo assistencial adequado. Assim, a inserção do TAN, vinculada às habilidades trabalhadas neste curso, convertem-se em uma oportunidade de se rever protocolos e de se garantir melhores fluxos assistenciais, centrados nas necessidades das gestantes e puérperas brasileiras.

NOME: CURSO DE PREVENÇÃO E MANEJO OBSTÉTRICO DA HEMORRAGIA

CARGA HORÁRIA: 16 horas

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 30 a 36 alunos

OBJETIVOS:

- Capacitar profissionais de saúde na prevenção e abordagem da hemorragia pós-parto (HPP);
- Formar instrutores regionais para repasse e disseminação do conteúdo do curso;
- Estimular a formação de equipes multidisciplinares, qualificadas e organizadas para o manejo da HPP (médicos obstetras, não obstetras e residentes; enfermagem obstétrica e generalista; técnicos de enfermagem; Samu/equipes de transporte e gestores);
- Incentivar a adoção de protocolos para a HPP a serem utilizados na assistência obstétrica;
- Motivar mudanças nos processos de trabalho e fluxos assistenciais no manejo da HPP nas instituições;
- Discutir a inserção de novas tecnologias e metodologias de trabalho no tratamento da HPP (TAN, balões de tamponamento intrauterino, suturas hemostáticas e Código Vermelho);
- Discutir a situação da hemorragia obstétrica e da organização da rede materno-infantil em cada estado.

METODOLOGIA:

- Palestras;
- Estações práticas: treinamento de habilidades e simulação;
- Discussões multidisciplinares sobre o tema HPP.

PÚBLICO-ALVO:

- Profissionais de saúde envolvidos no atendimento de parturientes e gestantes: médicos (obstetras, não obstetras e residentes), equipe de enfermagem (enfermeiros obstetras e generalistas, técnicos de enfermagem), profissionais do Samu/equipes de transporte e gestores (locais, municipais e estaduais), de acordo com as suas competências legais.

INSTRUTORES:

- Mínimo: três instrutores médicos e um profissional da enfermagem;
- Palestras: médicos e enfermeiros (de acordo com o tema).

ESTRUTURA:

- Uma sala adequada para palestras (com projetor, áudio, computador e cadeiras);
- Três salas para estações práticas (com projetor, áudio, computador, cadeiras e mesas para a simulação/treinamento de habilidades).

ORGANIZAÇÃO:

- Apoiadores administrativos (recepção/entrega de material e certificados).

AVALIAÇÕES DO CURSO PELOS PARTICIPANTES:

- Avaliação de satisfação: questionário de opinião sobre o curso e seus instrutores;
- Avaliação de conhecimento: realização de pré-teste e pós-teste.

AVALIAÇÃO DO CURSO PELOS INSTRUTORES:

- Pesquisa de opinião: identificação de pontos positivos e negativos sobre o curso realizado.

3.2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO CURSO

HORÁRIO	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES: 1º DIA DE CURSO	RESPONSÁVEL
07:30	Reunião dos instrutores/conferência do material Disponibilizado/definição de funções e alinhamentos	Núcleo organizador
07:45	Recepção dos participantes/entrega do material Distribuição dos participantes nos grupos de simulação	Secretaria de Saúde (SES)
08:00	MESA DE ABERTURA/PACTUAÇÃO DAS ATIVIDADES	
08:15	APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE	Instrutores
08:30	Palestra 1: Contexto e panorama da morte materna no Brasil e Estratégia OMMxH	Instrutores
08:45	Palestra 2: Panorama da mortalidade materna no estado	Representante local
09:00	Palestra 3: Hemorragia pós-parto: relevância e desafios	Instrutores
09:30	MESA REDONDA: DISCUSSÃO DOS TEMAS 1, 2 E 3	
09:45	INTERVALO	
10:00	Palestra 4: Prevenção da hemorragia pós-parto	Instrutores
10:30	Palestra 5: Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para HPP e estratégias de trabalho em equipe	Instrutores
11:10	Palestra 6: Diagnóstico da HPP e estimativa da perda volêmica	Instrutores
12:40	MESA REDONDA: DISCUSSÃO DOS TEMAS 4, 5 E 6	
13:00	INTERVALO PARA ALMOÇO	
14:30	Palestra 7: Manejo medicamentoso da HPP	Instrutores
15:00	Palestra 8: Manejo não cirúrgico da HPP	Instrutores
15:30	Palestra 9: Manejo cirúrgico da HPP	Instrutores
16:00	MESA REDONDA: DISCUSSÃO DOS TEMAS 7, 8 E 9	
16:15	INTERVALO	
16:30	Estação prática 1: Balão de tamponamento intrauterino	Instrutores
17:20	Estação prática 2: Traje antichoque não pneumático	Instrutores
18:00	Estação prática 3: Suturas hemostáticas (compressivas e vasculares)	Instrutores
18:50	DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DO DIA	
19:00	ENCERRAMENTO DO 1º DIA DO CURSO	

HORÁRIO	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES: 2º DIA DE CURSO	RESPONSÁVEL
08:00	Recepção e pactuação das atividades do dia	Instrutores
08:10	Palestra 10: Ressuscitação hemostática	Instrutores
08:45	Palestra 11: Sequenciamento do atendimento da HPP	Instrutores
09:15	MESA REDONDA: DISCUSSÃO TEMAS 10 E 11	Instrutores
09:30	INTERVALO	
10:00	Estação prática 4: Código Vermelho obstétrico	Instrutores
10:50	Estação prática 5: Cirurgia de controle de danos	Instrutores
11:40	Estação prática 6: Discussão sobre acretismo placentário	Instrutores
12:30	APLICAÇÃO DO PÓS-TESTE	Instrutores
12:45	APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO CURSO	Instrutores
13:00	ENCERRAMENTO DO CURSO	Secretaria Estadual/ instrutores



CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

O curso Prevenção e Manejo Obstétrico da Hemorragia da Estratégia OMMxH no Brasil é um evento sistematizado, multidisciplinar, que alterna atividades teóricas com atividades de treinamento de habilidades e simulação, e que apresenta intencionalidades bem definidas para cada uma das suas ações.

O curso deve ser conduzido por instrutores devidamente capacitados e deve seguir o cronograma de atividades proposto. Recomenda-se um número mínimo de quatro instrutores por evento, sendo três médicos(as) e um(a) enfermeiro(a). Será um instrutor para cada estação de simulação com 12 participantes e um instrutor de apoio circulando as três estações simultaneamente.

Existe um material didático produzido especialmente para o curso, que deve, obrigatoriamente, ser utilizado pelos instrutores, a fim de garantir a homogeneidade do conteúdo transmitido nos cursos brasileiros, independentemente do local em que eles ocorram.

O curso deve ocorrer em locais com estrutura física adequada para garantir a acomodação de todos os participantes durante as palestras e as estações práticas. Nos itens 4.1 e 4.2 são apresentados, além dos objetivos e das recomendações para cada uma das palestras e estações práticas, as sugestões de estruturas físicas e a descrição dos insumos mínimos necessários para cada momento do curso. Recomenda-se à equipe organizadora do evento atentar para tais orientações. Sugere-se ainda que os instrutores verifiquem o espaço físico e a presença de materiais necessários antes do início do curso. Deve-se realizar adequações, caso necessário e possível.

É importante garantir, em todos os cursos, que ocorra um processo de avaliação das suas atividades. Para tal, está incluído no cronograma a realização de um pré-teste e um pós-teste de uma pesquisa de satisfação dos participantes e de uma pesquisa de opiniões dos próprios instrutores. Tais documentos estão disponíveis nos capítulos 5 e 6 deste tutorial e deverão ser encaminhados à OPAS/OMS – Brasil (para garantir a monitorização e a auditoria contínua dos cursos da Estratégia 0MMxH).

O processo de treinamento dos instrutores da Estratégia 0MMxH é essencial para garantir a qualidade do curso e sua padronização. Recomenda-se que os instrutores que participarão de um curso reúnam-se logo antes do início das atividades para um *briefing*, ou seja, uma reunião de planejamento e repasse das funções/atividades de cada um durante o evento. Sugere-se uma nova reunião ao final do primeiro dia do evento, a fim de se discutir as possíveis dificuldades e oportunidades para o restante do curso. Tal reunião pode também ser um espaço para a realização de alinhamentos e ajustes da estratégia de ensino para o segundo dia de trabalho. Por fim, recomenda-se fortemente que os instrutores também realizem um *debriefing* ao final do curso, para que sejam discutidos os pontos fortes e fracos do evento, assim como propor possíveis pontos prioritários de intervenção para as fases subsequentes da Estratégia 0MMxH naquela região. Deve-se produzir um documento dessa última reunião, a ser repassado à OPAS/OMS.

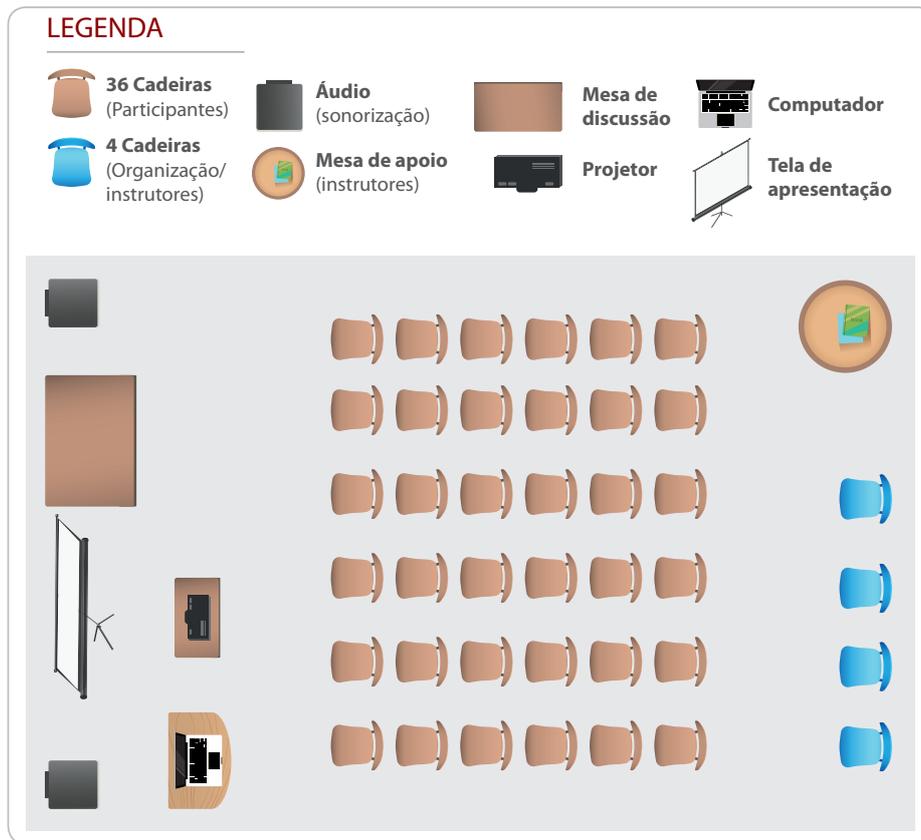
4.1 PALESTRAS

Existe um material específico e padronizado para as aulas a serem ministradas no evento. Deve-se destacar que a única palestra que difere, em conteúdo, de um curso para outro, é aquela intitulada “Panorama da mortalidade materna no estado”, uma vez que sua produção e apresentação são de responsabilidade da Secretaria de Saúde de cada estado, com o cenário mais recente da mortalidade materna da região. Todas as outras aulas mantêm o mesmo conteúdo.

Sugere-se aos instrutores verificar o funcionamento dos vídeos das palestras já no computador de onde serão projetadas. Deve-se ainda conferir a presença de sonorização na sala de palestras, a fim de garantir que todos os filmes estejam audíveis.

A seguir apresenta-se uma sugestão de estrutura física para a sala das palestras (figura 1).

Figura 1 – Modelo de estrutura física sugerida para sala de palestras do curso



A partir de agora serão apresentados, de forma sucinta, os objetivos/mensagens-chave de cada uma das palestras, assim como o tempo destinado para elas.

4.1.1 Contexto e panorama da morte materna no Brasil e Estratégia OMMxH

Duração: 15 minutos	Palestra 1 Contexto e panorama da morte materna no Brasil e Estratégia OMMxH
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Contextualizar a relevância da morte materna por hemorragia pós-parto (HPP) no Brasil; Destacar os esforços do MS, apoiado pela OPAS/OMS para combater as mortes evitáveis por HPP, por meio da Estratégia OMMxH.

4.1.2 Panorama da mortalidade materna no estado

Duração: 15 minutos	Palestra 2 Panorama da mortalidade materna no estado
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none"> Contextualizar a morte materna do estado, destacando o cenário atual e as dificuldades de enfrentamento da HPP na região, como, por exemplo, a disponibilidade de sangue, protocolo de HPP e geografia da infraestrutura de saúde.

4.1.3 Hemorragia pós-parto: relevância e desafios

Duração: 30 minutos	Palestra 3 Hemorragia pós-parto: relevância e desafios
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Contextualizar a HPP no mundo, destacando sua relevância e os principais desafios e oportunidades no contexto da Estratégia OMMxH;• Destacar o conceito da Hora de Ouro em HPP;• Apresentar a importância da estratificação de risco para a HPP, e da necessidade de sua realização contínua durante todo o processo de cuidado da parturiente;• Exemplificar cuidados específicos para pacientes de riscos diferentes;• Destacar os problemas mais comuns presentes nos casos graves da HPP;• Destacar a necessidade de todas as equipes que atuam em maternidades estarem preparadas para atender a um quadro de HPP (haja vista que a maioria dos casos de HPP ocorre em pacientes sem fatores de risco evidentes).

4.1.4 Prevenção da hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 4 Prevenção da hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Reforçar o manejo ativo do 3º período de trabalho de parto de rotina;• Ressaltar que a ocitocina é o principal componente das medidas de prevenção da HPP;• Destacar a necessidade do uso rotineiro da ocitocina logo após todos os partos. Ressaltar o esquema de 10 UI intramuscular;• Clampeamento oportuno de cordão umbilical (>1 minuto) após o nascimento. Destacar os benefícios para o recém-nascido e a ausência de evidência que demonstre risco aumentado de HPP quando comparado ao clampeamento precoce (<1 minuto);• Tração controlada de cordão. Apresentar a técnica e ressaltar que deve ser realizada apenas por profissional treinado;• Massagem uterina gentil a cada 15 minutos, após dequitação placentária, durante as primeiras 2 horas pós-parto, com intuito de monitoramento da HPP;• Contato pele a pele entre mãe e filho logo após o nascimento. Pontuar que essa é uma estratégia de saúde pública que aumenta o vínculo da mãe e do filho, além de interferir positivamente na microbiota do recém-nascido. Estimular seu uso, apesar de ausência de efeito comprovado na redução da HPP.

4.1.5 Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para hemorragia pós-parto e estratégias de trabalho em equipe

Duração: 40 minutos	Palestra 5 Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para hemorragia pós-parto e estratégias de trabalho em equipe
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar componentes importantes de um SOAR para HPP;• Ressaltar a importância de organização do ambiente de trabalho;• Ressaltar a necessidade de adoção de protocolos para HPP;• Destacar o uso de <i>kits</i> de emergência para HPP;• Conceituar trabalho em equipe;• Apresentar e discutir competências de uma equipe efetiva: time estruturado, liderança, comunicação adequada, suporte mútuo e monitoramento contínuo;• Motivar o desenvolvimento de SOAR para HPP.

4.1.6 Diagnóstico e estimativa da perda volêmica na hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 6 Diagnóstico e estimativa da perda volêmica na hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar estratégias de diagnóstico e estimativa de perda volêmica (estimativa visual, pesagem de compressas, dispositivos coletores, sinais clínicos), destacando a aplicabilidade, a importância e as limitações dos métodos abordados;• Destacar, em especial, o índice de choque na HPP (cálculo e significado clínico);• Ressaltar a necessidade de reconhecimento e tratamento oportuno da HPP, por meio de uma monitoração adequada das puérperas;• Pontuar a importância da avaliação imediata de pacientes com suspeita de HPP;• Reforçar o conceito da necessidade de tratamento imediatamente nos casos suspeitos de sangramento aumentado (estimado por qualquer um dos métodos apresentados);• Ressaltar que não se devem aguardar sinais de instabilidade hemodinâmica para iniciar o tratamento de um quadro suspeito de HPP.

4.1.7 Manejo medicamentoso da hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 7 Manejo medicamentoso da hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar as opções de tratamento medicamentoso disponíveis no país: ocitocina, derivados do ergot, misoprostol e ácido tranexâmico;• Apresentar as doses, a farmacodinâmica e os efeitos colaterais de cada um dos medicamentos;• Destacar a ocitocina como medicamento de primeira escolha no tratamento da HPP, sendo a via endovenosa a mais adequada e recomendada (no tratamento);• Pontuar a possibilidade de dessensibilização de receptores de ocitocina após um trabalho de parto prolongado ou indução de parto. Desta forma, destacar a importância do uso racional da ocitocina na assistência ao trabalho de parto;• Destacar o uso atual do ácido tranexâmico como importante adjuvante no tratamento da hemorragia pós-parto.

4.1.8 Manejo não cirúrgico da hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 8 Manejo não cirúrgico da hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Ressaltar a relevância e as indicações da abordagem não cirúrgica (de forma objetiva);• Destacar a massagem uterina bimanual como primeira manobra na atonia uterina. Apresentar a sua técnica e o seu valor terapêutico;• Apresentar o balão de tamponamento intrauterino como importante terapêutica na atonia uterina. Pontuar indicações e contraindicações, mecanismo de ação e importância do seu uso;• Apresentar o traje antichoque não pneumático (TAN) como método transitório de controle da HPP. Pontuar indicações, mecanismos de ação e possíveis benefícios do seu uso;• Reforçar que informações adicionais dos temas serão apresentadas nas estações práticas.

4.1.9 Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 9 Manejo cirúrgico da hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar a “anatomia cirúrgica” baseada na irrigação uterina (setor 1 e setor 2), e sua aplicabilidade (escolha do procedimento de acordo com a área do sangramento);• Apresentar os procedimentos cirúrgicos mais comuns;• Ligaduras vasculares: art. uterinas, ovarianas e hipogástricas (importância e cuidados);• Suturas hemostáticas: B-Lynch, Cho e Hayman (importância e cuidados);• Embolização seletiva de vasos pélvicos: indicação, importância e limitações;• Histerectomia: indicação, melhor momento e tipo de histerectomia;• Cirurgia de controle de danos – indicações e objetivos. Destacar o empacotamento pélvico pela técnica do curativo a vácuo (<i>vacuum pack technique</i>);• Destacar que detalhes das técnicas serão apresentadas nas estações práticas.

4.1.10 Ressuscitação hemostática

Duração: 30 minutos	Palestra 10 Ressuscitação hemostática
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Apresentar os novos conceitos de uso racional de fluidos (cristaloides) e uso precoce de hemotransusão na HPP;• Pontuar que não mais se repõe cristaloides na proporção de 3:1;• Ressaltar a importância da infusão de soro aquecido para se evitar a hipotermia;• Apresentar parâmetros de resposta à infusão de cristaloides;• Destacar os aspectos da hemoterapia na HPP;• Ressaltar que a indicação de hemotransusão é clínica;• Escolha dos hemocomponentes: indicações e efeito clínico;• Apresentação de alguns protocolos de transfusão maciça;• Ressaltar o uso de transfusão emergencial, sem prova cruzada;• Destacar as metas transfusionais;• Destacar a importância da adoção de protocolos de transfusão maciça;• Destacar a necessidade de organização de fluxos especiais para viabilizar a transfusão oportuna, nos casos de HPP maciça.

4.1.11 Sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto

Duração: 30 minutos	Palestra 11 Sequenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto
	Mensagem/objetivo: <ul style="list-style-type: none">• Relembrar a importância do trabalho em equipe organizado e da Hora de Ouro;• Relembrar a tríade letal da HPP: acidose, hipotermia e coagulopatia;• Apresentar sequência do atendimento da HPP/<i>checklist</i> e fluxograma;• Apresentar fluxograma resumido do manejo da HPP de acordo com a etiologia.

4.2 ESTAÇÕES DE TREINAMENTO DE HABILIDADES E SIMULAÇÃO

As estações de treinamento de habilidades e simulação, assim como as palestras, apresentam atividades e materiais de apoio padronizados. Em algumas estações, tais como a de confecção de balão artesanal e suturas hemostáticas, foi feita opção por realizar treinamento das principais técnicas escolhidas pela OPAS/OMS, por questões didáticas. Não seria possível, pelo tempo e pela diversidade de técnicas, apresentar todas os tipos de procedimentos disponíveis.

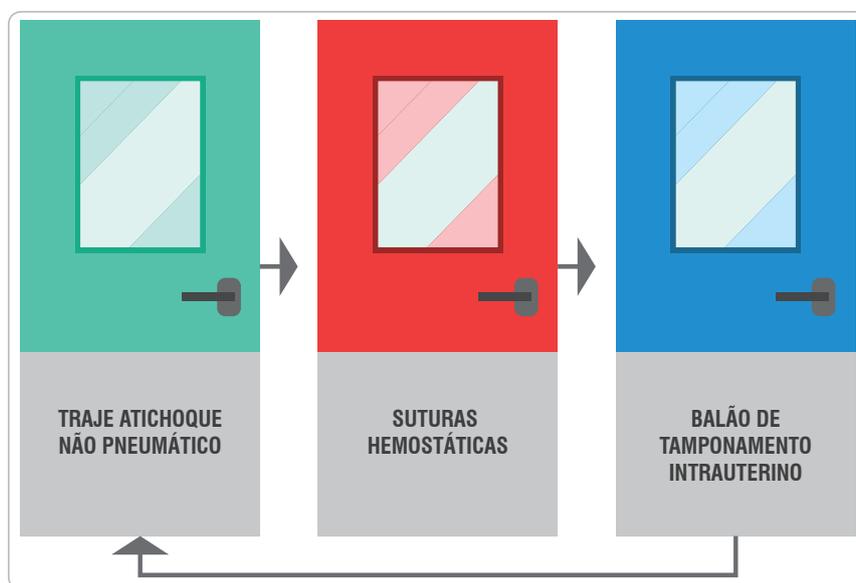
A dinâmica de realização das estações de treinamento de habilidades e simulação do curso prevê a realização três estações práticas simultâneas no 1º dia e no 2º dia do evento. Por isso, são necessárias três salas para tal momento do curso.

Para facilitar a mobilização dos participantes entre as estações, deve-se preferir a realização dos cursos em espaços físicos, em que as salas sejam próximas e localizem-se no mesmo pavimento. A presença de salas em andares diferentes não inviabiliza o evento, mas exige uma estratégia especial para o deslocamento dos participantes entre as estações.

Recomenda-se destacar um instrutor responsável (ou membro da organização) para o controle do tempo e agilização dessas trocas de salas. Sugere-se ainda que os participantes sejam divididos em três grupos de atividades práticas, logo no início do curso (exemplo: grupos de cores, números ou letras diferentes), e que tal informação esteja anotada/destacada nos seus crachás. Evitar concentrar profissionais de um mesmo serviço em um mesmo grupo para integrar participantes de instituições diferentes.

É importante afixar o nome da estação na porta das salas de práticas e orientar todos os participantes sobre o plano de rodízio, antes do início das atividades, para facilitar a sua orientação durante as atividades práticas (vide figura 2). Cada estação terá 50 minutos de duração.

Figura 2 – Modelo de estratégia de rodízio entre as estações práticas



Nesse exemplo da figura 2, os participantes foram divididos em grupos verde, vermelho e azul no 1º dia do curso (o que foi anotado no crachá). Em seguida foram orientados a iniciar suas atividades na sala, cuja cor da prancheta afixada na porta correspondesse à cor do seu grupo. Definiu-se que o rodízio seria feito no sentido horário. As pranchetas continham o nome da estação para facilitar a orientação dos alunos. No 2º dia de curso repetiu-se a mesma estratégia de rodízio, modificando apenas os nomes das estações.

4.2.1 Estação prática: Balão de tamponamento intrauterino

ESTAÇÃO PRÁTICA: BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRAUTERINO
DURAÇÃO: 50 MINUTOS **NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12**

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Reconhecer as indicações e contraindicações do balão de tamponamento intrauterino;
- Ter conhecimento da técnica de inserção do balão de tamponamento intrauterino;
- Ter conhecimento dos cuidados durante o uso e a retirada do balão de tamponamento intrauterino;
- Ter conhecimento de algumas técnicas de confecção de modelo de balão artesanal.

METODOLOGIA:

Aula breve do balão de tamponamento

- Apresentar o passo a passo da inserção do balão de tamponamento intrauterino;
- Apresentar cuidados no seu uso: evitar infusão de líquidos frios (risco de hipotermia), realizar antibioticoprofilaxia (risco de infecção) e utilizar uterotônicos;
- Apresentar o conceito do “teste do tamponamento”;
- Ressaltar a importância do balão de tamponamento intrauterino, especialmente nos serviços de baixa complexidade (por viabilizar transferências e reduzir necessidade de cirurgias);
- Apresentar cuidados durante a retirada do balão de tamponamento intrauterino;
- Apresentar a técnica sanduíche: balão de tamponamento com suturas compressivas e/ou com o TAN.

Vídeo balão e posição (opcional)

Conhecer o balão de tamponamento intrauterino de referência disponível

- Apresentar o balão de tamponamento intrauterino e o seu funcionamento.

Treinar a confecção de modelos de balões artesanais com preservativo

- Apresentar o material necessário para a confecção de um balão artesanal;
- Confeccionar o balão artesanal explicando o passo a passo da sua construção:
 - » Demonstrar a técnica da confecção com sonda de Foley;
 - » Demonstrar a técnica da confecção com equipo de soro;
 - » Apresentar o modelo do balão de Honduras e demonstrar a sua confecção.

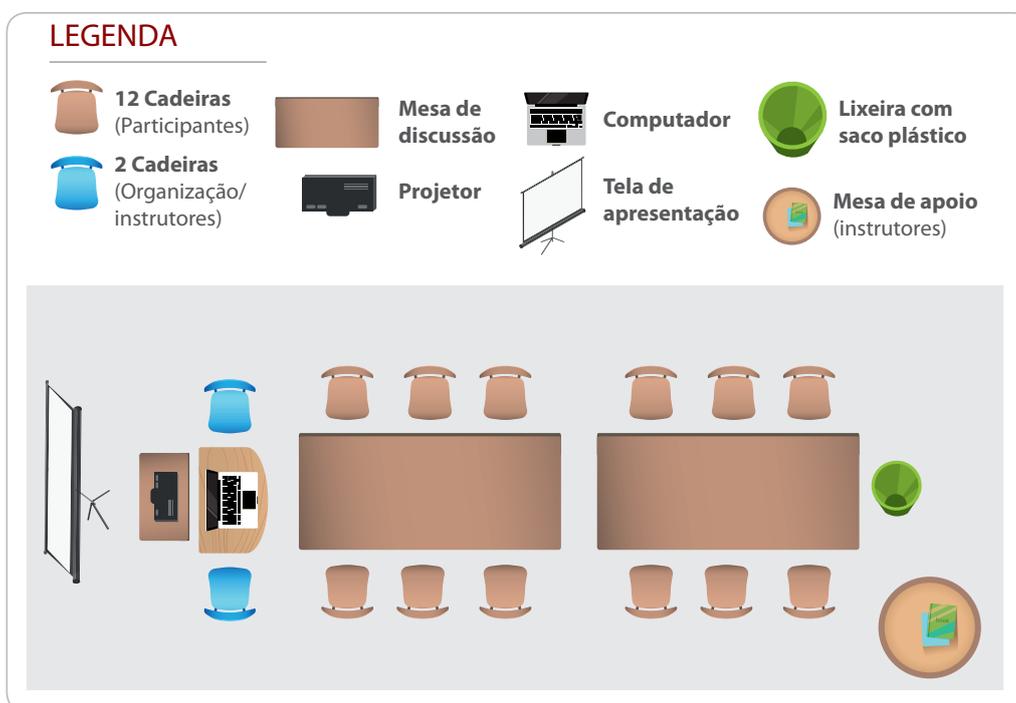
Obs.: 1. Por questões didáticas, deve-se focar, durante o treinamento, nas técnicas de confecção de balão artesanal escolhidas para o curso. Recomenda-se não treinar outras técnicas para não comprometer o tempo da estação.
2. Contextualizar toda a equipe multidisciplinar no processo de confecção do balão e cuidado da paciente. Se disponível, utilizar simulador Mama-U® para demonstrar o efeito do balão de tamponamento intrauterino.

MATERIAL:

- Sala com computador, áudio e 15 cadeiras (para a aula teórica);
- Duas mesas de $\pm 1,5$ metro ou uma mesa de ± 3 metros para realização da prática;
- Três unidades: balão de tamponamento intrauterino de referência (Bakri ou similares);
- Um simulador uterino do modelo Mama-U®;
- Material para confecção do balão artesanal com preservativos:
 - » Uma caixa de preservativos sem lubrificantes (uma a duas unidades/aluno);
 - » Dez sondas de Foley (n°s 18 a 22);
 - » Dez equipos de soro;
 - » Cinco frascos de soro fisiológico de 500 ml;
 - » Quatro pacotes de fio cirúrgico “Seda 2-0” pré-cortado, não agulhado (ou material similar);
 - » Cinco pinças hemostáticas retas (tipo Kelly, inox, ± 14 cm ou semelhante);
 - » Cinco seringas de 60 ml com bico de cateter;
 - » Cinco seringas de 20 ml com bico Slip (para construção do balão de Honduras);
 - » Cinco recipientes para água (cuba rim ou mesmo jarra);
 - » Cinco garrafas plásticas transparentes vazias de 500 ml;
 - » Duas tesouras retas rombas (± 15 cm);
 - » Um plástico para recobrir as mesas (pois se utiliza água nessa simulação);
 - » Cinco compressas (ou panos) para secagem das mesas ao final de cada estação (se possível, disponibilizar material para limpeza do chão entre as estações).

Obs.: Sugere-se agrupar os participantes em grupos de dois a três alunos, para a confecção dos balões artesanais.

Figura 3 – Exemplo de infraestrutura para a estação prática do balão de tamponamento intrauterino



Obs.: É necessário mesa de apoio para colocar material de reposição a cada troca de turma. Nessa estação utiliza-se água; portanto, recomenda-se cobrir as mesas com plástico. Preferir local com piso lavável.

ESTAÇÃO PRÁTICA: TRAJE ANTICHOQUE NÃO PNEUMÁTICO
DURAÇÃO: 50 MINUTOS **NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12**

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Conhecer o traje antichoque não pneumático (TAN);
- Reconhecer indicações e contraindicações para o uso do TAN;
- Ter conhecimento da técnica de posicionamento correto do TAN;
- Reconhecer os critérios e a técnica de retirada segura do TAN;
- Ter conhecimento dos potenciais benefícios do TAN.

METODOLOGIA:

Aula breve do TAN

- Apresentar as características do TAN (tipo do material, segmentos);
- Destacar o TAN como tecnologia de hemostasia transitória;
- Apresentar indicações e contraindicações do TAN (FIGO);
- Destacar o custo-benefício do TAN;
- Destacar os potenciais benefícios do uso do TAN;
- Destacar a possibilidade de abordagem da região perineal durante o uso do TAN;
- Apresentar a técnica de colocação e retirada do TAN;
- Apresentar os critérios de retirada segura do TAN;
- Apresentar a “Regra dos 20” na remoção do TAN;
- Ressaltar cuidados durante o uso do TAN (incluindo nas transferências de pacientes).

Importante: Reforçar que o TAN pode ser colocado por médico, equipe de enfermagem ou profissional treinado.

Vídeo do TAN (opcional)

Treinamento na colocação e retirada do TAN

- Estimular os participantes a posicionarem e experimentarem o traje;
- Treinamento na retirada do TAN. Arguir sobre os critérios de retirada segura;
- Treinamento de como dobrar o TAN para guardá-lo.

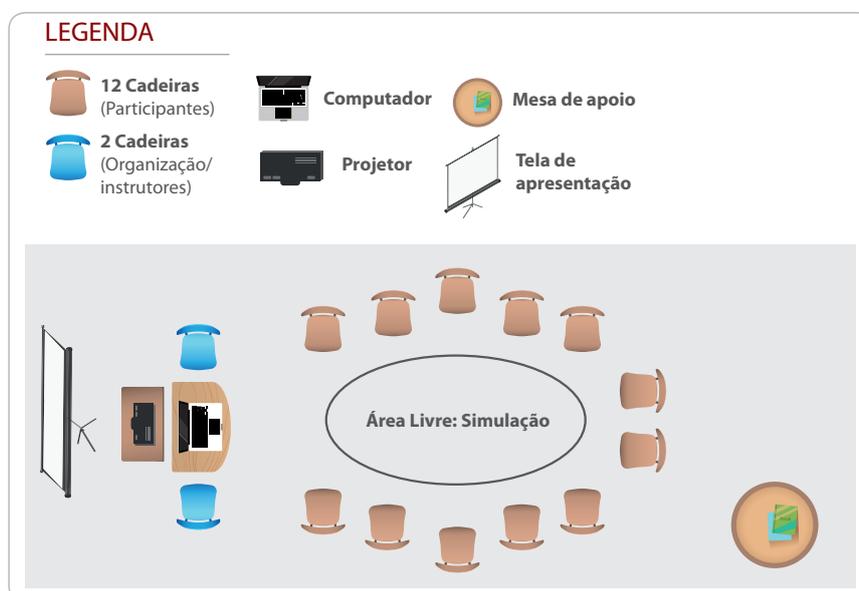
Obs.: Reforçar a importância de todos os membros da equipe multidisciplinar no manejo da HPP. Não posicionar o TAN em participantes que apresentem contraindicações ao seu uso.

MATERIAL:

- Sala + computador com áudio + 15 cadeiras (para a aula);
- Duas unidades do TAN.

4.2.2 Estação prática: Traje antichoque não pneumático

Figura 4 – Exemplo de infraestrutura para estação prática do TAN: área livre necessária para treinamento/simulação com o TAN



4.2.3 Estação prática: Suturas hemostáticas

ESTAÇÃO PRÁTICA: SUTURAS HEMOSTÁTICAS
DURAÇÃO: 50 MINUTOS **NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12**

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Reconhecer as indicações para ligaduras vasculares e suturas compressivas;
- Ter conhecimento das técnicas de suturas compressivas: B-Lynch, Cho e Hayman;
- Ter conhecimento das técnicas de ligaduras vasculares: artéria uterina, ovariana e hipogástricas;
- Reconhecer a anatomia cirúrgica do útero.

METODOLOGIA:

Aula breve sobre ligaduras vasculares e suturas compressivas

- Relembrar anatomia cirúrgica: setores uterinos S1 e S2 têm vascularização diferentes;
- Destacar que as técnicas de B-Lynch e Hayman são excelentes para atonia (S1);
- Destacar que a técnica de Cho é útil nos setores S1 e S2, especialmente em sangramentos focais;
- Apresentar o passo a passo da realização da sutura de B-Lynch, Hayman e Cho;
- Destacar a necessidade de compressão uterina antes da realização da sutura para definir se o procedimento será eficaz ou não no tratamento da HPP;
- Destacar a necessidade de verificar o sangramento também após a realização da sutura compressiva. Tal verificação permite conferir se o procedimento foi eficaz ou não;
- Apresentar a técnica das ligaduras vasculares mais comuns: uterinas, ovarianas e hipogástricas;
- Destacar a associação frequente de suturas compressivas à ligadura de artérias uterinas.

Video de realização de suturas vasculares (opcional) e uso das pranchas esquemáticas

Treinar a realização das suturas compressivas e ligaduras vasculares nos úteros de pano

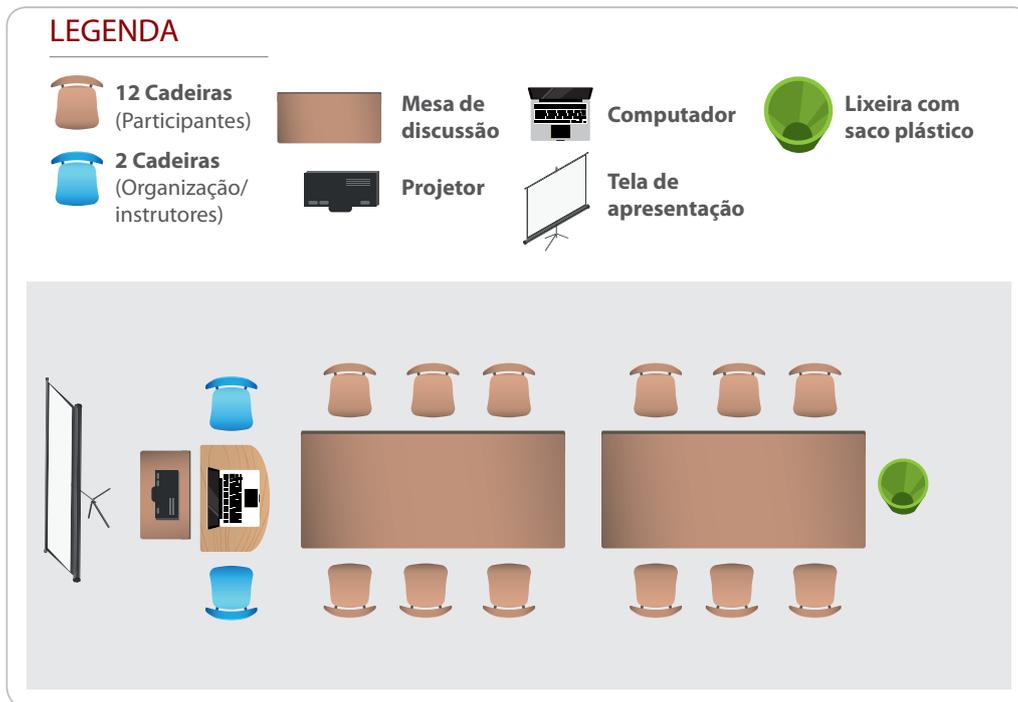
- B-Lynch, Cho e Hayman;
- Destacar a importância da compressão manual pelo auxiliar no momento de realização dos nós com o intuito de se evitar lacerações do útero pelo fio;
- Treinar ligadura de artéria uterina e ovariana;
- Incentivar a realização concomitante da ligadura de artéria uterina e as suturas compressivas.

Obs.: 1. Por questões didáticas, deve-se focar, durante o treinamento, nas técnicas de suturas escolhidas para o curso. Recomenda-se não treinar outras técnicas para não comprometer o tempo da estação.
2. É importante destacar a importância de todos os profissionais da equipe multidisciplinar nesse momento de abordagem da HPP. Inclua todos nesse processo de cuidado. Ressalte as funções de cada um e capacite-os de acordo com as suas competências legais.

MATERIAL:

- Sala + computador com áudio + cadeiras (para aula e vídeo);
- Duas mesas de 1,5 metro ou uma mesa de 2 a 3 metros para realização da prática;
- Pranchas esquemáticas das suturas compressivas plastificadas em papel A3 (Anexo 1);
- Pranchetas com prendedor (para fixar os úteros) é opcional;
- Cinco unidades de útero de pano (sugere-se um útero para cada dois a três alunos);
- Um fio de sutura para cada dois alunos, do tipo Vicryl 1 ou equivalente (com agulha ½ círculo, cilíndrica, 48 mm ou características aproximadas);
- Cinco portas agulhas (± 16 cm);
- Cinco pinças anatômicas de dissecação ou dente de rato (± 15 cm);
- Duas tesouras rombas (± 15 cm).

Figura 5 – Exemplo infraestrutura para a estação prática de suturas hemostáticas



4.2.4 Estação prática: Código Vermelho obstétrico

ESTAÇÃO PRÁTICA 4: CÓDIGO VERMELHO OBSTÉTRICO
DURAÇÃO: 50 MINUTOS **NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12**

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Reconhecer a importância das medidas preventivas contra HPP;
- Desenvolver habilidades de trabalho em equipe multidisciplinar;
- Trabalhar com o uso de protocolo (*checklist*) e *kit* de emergência para HPP;
- Reconhecer a necessidade de organizar os fluxos assistenciais nas instituições para manejar a HPP;
- Motivar o desenvolvimento de um Sistema Obstétrico de Alerta e Resposta (SOAR) para HPP;
- Identificar e desenvolver lideranças durante o manejo da HPP;
- Ter habilidade para realizar um *debriefing* após casos de HPP.

METODOLOGIA:

A dinâmica dessa atividade deverá seguir a seguinte ordem:

- Apresentação do *kit* de hemorragia obstétrica com *checklist*;
- Simulação com caso clínico;
- Apresentação do vídeo: Código Vermelho;
- *Debriefing* (motivando a formação de equipes multidisciplinares de resposta à HPP).

DINÂMICA DA SIMULAÇÃO COM CASO CLÍNICO:

Explique a dinâmica da atividade de simulação a todos os participantes

O instrutor será o narrador do caso clínico, sendo o responsável por informar os dados da paciente

- Escolha quatro participantes para formar uma “equipe assistencial” que simulará o atendimento;
- Distribua os crachás de identificação para os membros da equipe de acordo com funções estabelecidas;
- Solicite aos membros da “equipe assistencial” que aguardem do lado de fora da sala de simulação;
- Entre os alunos que permaneceram na sala, escolha um participante para vestir a **Mama Natalie® Birthing Simulator**, um para simular o acompanhante e outro para ser responsável pela verificação das atividades, por meio de um *checklist* de HPP proposto pela OPAS/OMS Brasil;
- Apresente o caso clínico a ser simulado ao grupo que permaneceu na sala e defina a evolução do quadro de HPP (exemplo: se serão ou não necessárias abordagens cirúrgicas ou hemotransfusões). Sugere-se que a paciente sobreviva ao evento;
- Repasse as coordenadas de comportamentos esperados para a parturiente e seu acompanhante;
- Inicie a simulação. Chame o profissional responsável pelo início das ações e permita que ele ative ou não o restante dos membros do seu time de resposta à HPP;
- Após finalizada a simulação: apresente o vídeo do Código Vermelho;
- Após o vídeo, os instrutores deverão conduzir um *debriefing*.

Obs.: 1. A real profissão/especialidade do voluntário não precisa corresponder à sua função na equipe de simulação.

2. Sugere-se, ao final das atividades, discutir com os participantes como poderia ser uma estratégia de abordagem da HPP em cenários com poucos profissionais disponíveis.

SUGESTÕES/EXEMPLOS DE CENÁRIOS CLÍNICOS E DINÂMICAS A SEREM UTILIZADAS:

CENÁRIO 1: HPP pós-parto vaginal por atonia uterina

Adolescente, 17 anos, primigesta, pré-natal de risco habitual evolui para parto vaginal a termo sem intercorrências. Nasce criança pesando 4050 g, em boas condições, Apgar 8/10. No pós-parto imediato a paciente apresenta quadro de HPP grave por atonia. A puérpera então apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica. Para sobreviver ao evento hemorrágico, ela necessitará de controle cirúrgico do foco do sangramento e de hemotransfusões.

EQUIPE NECESSÁRIA: um pediatra, um coordenador e dois assistentes (total: quatro membros)

- Chame um dos membros da “equipe assistencial” para realizar o parto vaginal da paciente;
- O parto ocorrerá inicialmente sem intercorrências;
- Observe se o profissional realiza o manejo ativo do 3º período;
- Após o nascimento, informe-o que a paciente está evoluindo com sangramento aumentado;
- Observe se ele ativa imediatamente a sua equipe de resposta à HPP;
- Deixe-os manejar o caso sem interferência inicialmente;
- **Disponibilize o kit de hemorragia para uso, mas aguarde que seja solicitado;**
- **Se a equipe assistencial solicitar o *checklist*, entregue;**
- **Observe as sequências de ações realizadas, assim como a organização do trabalho da equipe;**
- **Exercitar um *debriefing* ao final da simulação.**

Outras orientações gerais para a simulação do caso clínico 1

- Forneça os dados da paciente apenas se a equipe solicitar (história clínica, dados vitais, resultados de exames). Os dados vitais poderão ser apresentados de forma verbal ou em pranchetas;
- Se perguntarem sobre o resultado de exames, relate um valor de hemoglobina não muito alterado (exemplo: concentração de hemoglobina de 10 g/dl) e ausência laboratorial de coagulopatia. Observe se esses resultados interferem ou não na decisão de transfundir a paciente.

Ao término da simulação

- Apresentar o vídeo do Código Vermelho (objetivo: participantes refletirem sobre a simulação que realizam e incentivar o aprendizado antes da intervenção dos instrutores);
- Após o vídeo, o instrutor conduzirá um *debriefing*, que deverá contemplar contribuições: do responsável pelo *checklist*; dos membros da equipe de simulação, dos participantes observadores; e do instrutor;
- O instrutor-narrador finalizará o *debriefing* abordando, de forma positiva, a importância do trabalho em equipe (ressaltando a importância de cada um dos membros da equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, banco de sangue, outros); de se ter um protocolo de HPP e de transfusão maciça; e da necessidade de organizar as suas instituições.

Obs.: O *debriefing* deve apontar as dificuldades e oportunidades. Discuta como poderia ser realizada tal abordagem em locais com poucos profissionais disponíveis.

CENÁRIO 2: HPP pós-parto cesariana por atonia uterina

Puérpera, 25 anos, G4P5, evolui com sangramento aumentado e instabilidade hemodinâmica, na enfermaria, 1 hora após uma cesariana intraparto complicada por sangramento aumentado. À chegada da equipe assistencial na enfermaria a paciente já apresenta sinais de choque hipovolêmico grave. O quadro relaciona-se a uma de atonia uterina. Tenha em mente que o caso terminará com a necessidade de transfusão sanguínea para salvar a paciente.

EQUIPE NECESSÁRIA: um anestesista, um coordenador e dois assistentes (total: quatro membros)

- Solicite ao acompanhante que chame a equipe, alegando que a paciente está no leito de enfermaria passando muito mal, sudorética e agitada;
- **Deixe-os manejar o caso sem interferência inicialmente;**
- Se perguntarem sobre os dados vitais nesse momento, informe pressão arterial de 90x50 mmHg e frequência cardíaca materna de 130 bpm;
- Disponibilize o **kit** de hemorragia para uso, mas aguarde que seja solicitado;
- Se a equipe de simulação solicitar o *checklist*, entregue;
- Observe as sequências de ações realizadas, assim como a organização do trabalho em equipe;
- A paciente manterá instabilidade hemodinâmica mesmo após medidas iniciais e farmacológicas.
- Exercitar um **debriefing** ao final da simulação.

Outras orientações gerais para a simulação do caso clínico 2

- Forneça os dados da paciente apenas se a equipe solicitar (história clínica, dados vitais, resultados de exames). Os dados vitais poderão ser apresentados de forma verbal ou em pranchetas;
- Se perguntarem sobre o resultado de exames, relate valor de hemoglobina de 10 g/dl e ausência laboratorial de coagulopatia. Observe se esses resultados interferem ou não na decisão de transfundir a paciente;

Ao término da simulação

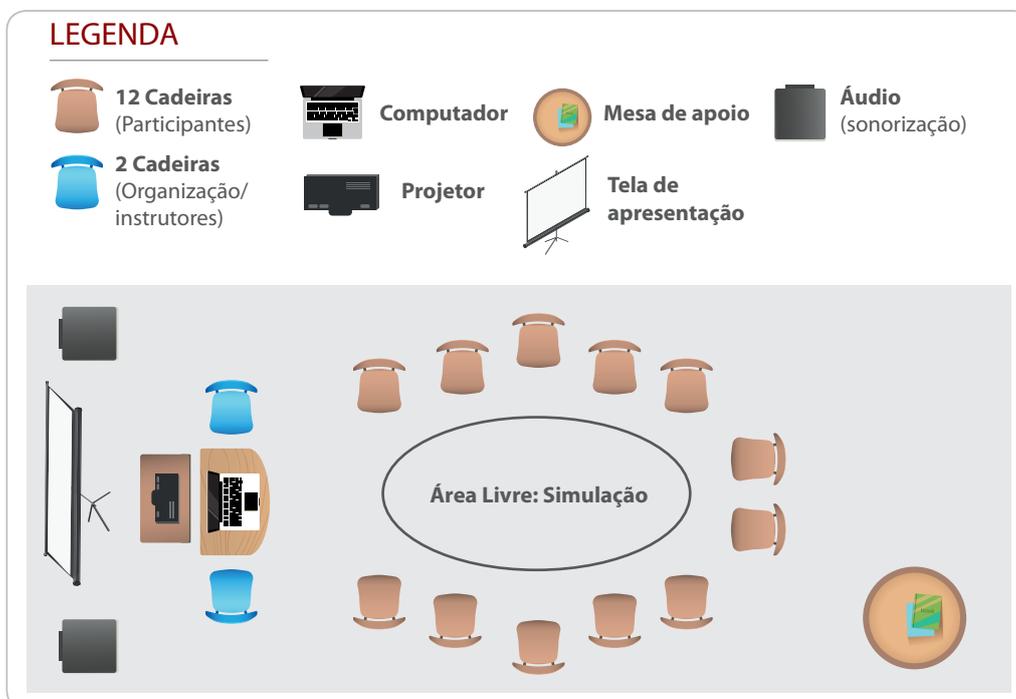
- Apresentar o vídeo do Código Vermelho (objetivo: participantes refletirem sobre a simulação que realizaram e incentivar o aprendizado antes da intervenção dos instrutores);
- Após o vídeo, o instrutor conduzirá um *debriefing*, que deverá contemplar contribuições: do responsável pelo *checklist*; dos membros da equipe de simulação; dos participantes observadores; e do instrutor;
- O instrutor narrador finalizará o *debriefing* abordando de forma positiva a importância do trabalho em equipe (ressaltando a importância de cada um dos membros da equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, banco de sangue, outros); de se ter um protocolo de HPP e de transfusão maciça; e da necessidade de organizar as suas instituições;
- Além disso, ressaltar os riscos de se encaminhar precocemente uma paciente de pós-parto complicado para locais com vigilância habitual (no caso a enfermaria) e os benefícios de se incluir os acompanhantes no processo de monitoramento da HPP.

Obs.: O *debriefing* deve apontar as dificuldades e oportunidades. Discuta como poderia ser realizada tal abordagem em locais com poucos profissionais disponíveis.

MATERIAL:

- Sala + computador com áudio + cadeiras (para o vídeo) + uma mesa de 1 metro para colocar o **kit**;
- Um Mama Natalie® Birthing Simulator + material líquido para simulação (sangue de simulação);
- Uma caixa plástica tipo *tupperware* para colocar o material do **kit** de hemorragia;
- Crachás: coordenador, assistentes, acompanhante, anestesista, pediatra;
- Material para sutura hemostática (um útero de pano, porta-agulha, pinça, sutura e tesoura);
- Material para se montar um **kit** de hemorragia para a simulação:
 - » Um fluxograma com *checklist* plastificado em uma mesma folha A4 (frente e verso). Vide Anexo 2;
 - » Um pincel para quadro branco (para anotar no *checklist*/fluxograma plastificado);
 - » Dois frascos vazios de soro fisiológico;
 - » Duas bolsas de sangue vazias ou frascos de soro fisiológico identificados como sangue;
 - » Dois equipos de soro;
 - » Jelco 18, 16 e 14;
 - » Duas seringas de 10 ml;
 - » Uma máscara facial de oxigênio;
 - » Uma sonda vesical de demora com coletor;
 - » Um termômetro digital;
 - » Uma manta térmica (aluminizada ou mantas térmicas elétricas de corpo todo para adultos);
 - » Dois tubos para coleta de sangue a vácuo de tampa: vermelha (soro), roxa (EDTA), cinza (fluoreto), azul (citrato) + uma seringa de gasometria;
 - » Seis ampolas plásticas de água bidestiladas de 10 ml vazias (ou seringas de 10 ml vazias identificadas como contendo medicamentos (ocitocina, metilergometrina, ácido tranexâmico);
 - » Quatro embalagens de misoprostol vazias (para simulação do seu uso);
 - » Um balão de tamponamento intrauterino ou um **kit** para se montar um balão de tamponamento artesanal (exemplo: um preservativo, fio seda 2-0 ou similar, sonda de Foley 18).

Figura 6 – Exemplo de infraestrutura para a estação do Código Vermelho: área livre para realização da simulação e mesas de apoio.



4.2.5 Estação prática: Cirurgia de controle de danos

ESTAÇÃO PRÁTICA 5: CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS DURAÇÃO: 50 MINUTOS NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Reconhecer as indicações para realização da cirurgia de controle de danos;
- Ter conhecimento da técnica do empacotamento pélvico (curativo a vácuo fechado);
- Ter conhecimento da indicação e da técnica de compressão externa e interna da artéria aorta;
- Reforçar a importância da cirurgia de controle de danos nos casos de coagulopatias estabelecidas.

METODOLOGIA:

Aula breve do controle de danos

- Relembrar indicações do empacotamento abdominal e pélvico;
- Técnica da realização do curativo a vácuo fechado (vacuum pack technique);
- Apresentar a técnica da compressão da aorta.

Vídeo da técnica de compressão da aorta, se tempo disponível

Praticar o empacotamento pélvico

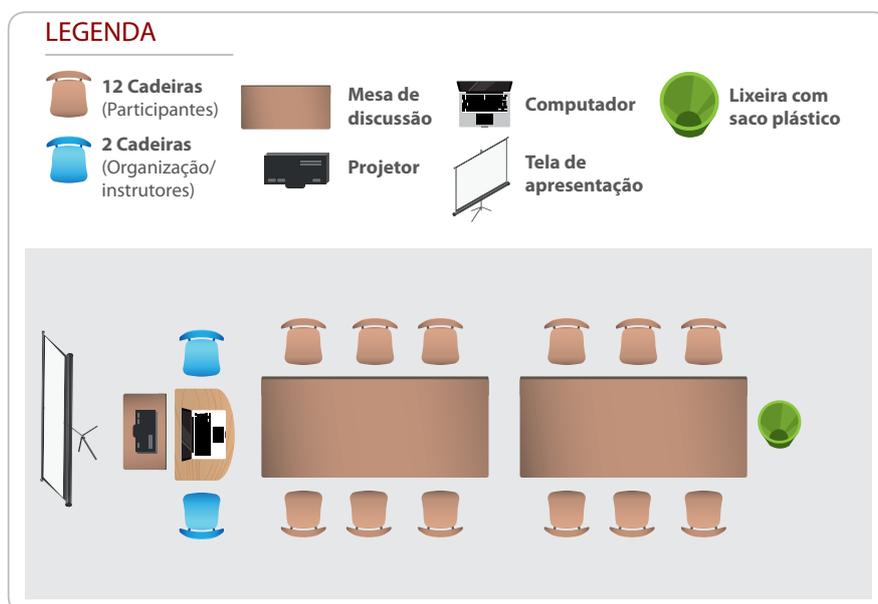
- Instrutor deve realizar demonstração de como se realiza o empacotamento pélvico;
- Estimular os participantes médicos a realizarem o empacotamento e os outros membros da equipe multidisciplinar a viabilizarem o procedimento.

Obs.: Contextualizar a função de todos, de acordo com suas competências legais. Ressalte a importância de cada um dos membros da equipe nesse momento crítico (exemplo: execução do empacotamento, monitoramento do paciente, preparação dos insumos, pesagem de compressas para estimativa de perda volêmica, liberação de medicação da farmácia, disponibilização de exames laboratoriais e/ou sangue em tempo hábil, entre outros).

MATERIAL:

- Sala + computador com áudio + cadeiras para a aula;
- Duas pelvis simulação (para realizar o empacotamento abdominal com compressas);
- 30 unidades de compressas cirúrgicas não estéreis;
- Duas pinças anatômicas de dissecação (± 15 cm);
- Duas folhas de plástico "fino" (não rígida) de aproximadamente 60 x 60 cm (tamanho aproximado);
- Dois drenos rígidos de sucção ± 1 cm diâmetro (ou similares);
- Quatro folhas de papel "contact" de 100 cm por 100 cm (em substituição aos curativos autoaderentes. Cortá-los de acordo com o tamanho da cavidade pélvica).

Figura 7 – Exemplo de infraestrutura para a estação prática de cirurgia de controle de danos



4.2.6 Discussão sobre o acretismo placentário

ESTAÇÃO 6: DISCUSSÃO SOBRE O ACRETISMO PLACENTÁRIO
DURAÇÃO: 50 MINUTOS **NÚMERO DE PARTICIPANTES: 12**

HABILIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- Reconhecer fatores de risco do acretismo placentário;
- Ter conhecimento dos métodos diagnóstico por imagem;
- Ter conhecimento do planejamento para uma abordagem eletiva;
- Ter conhecimento das opções de manejo nos casos de suspeita intraparto de acretismo.

METODOLOGIA:

Discussão interativa de acretismo placentário, no formato de casos clínicos abordando:

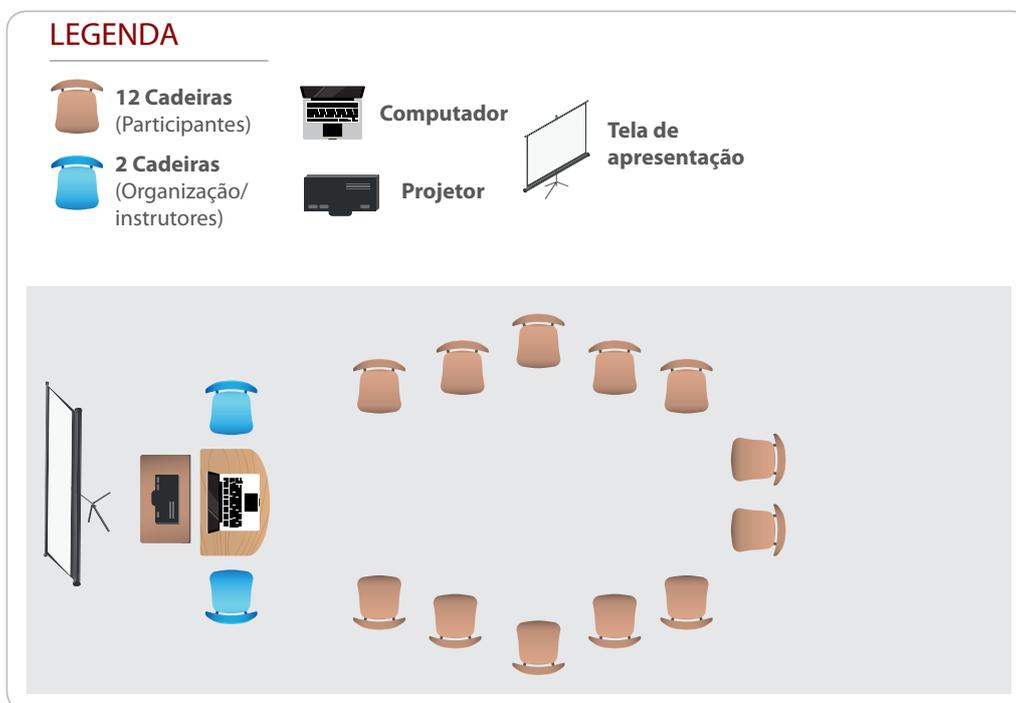
- Fatores de risco, em especial placenta prévia e cesarianas anteriores;
- Suspeita antenatal: suspeita, diagnóstico e conduta no pré-natal;
- Suspeita intraoperatória: suspeita, diagnóstico e conduta intraoperatória em vários cenários;
- Possibilidades de manejo e programação dos partos nos casos de acretismo placentário.

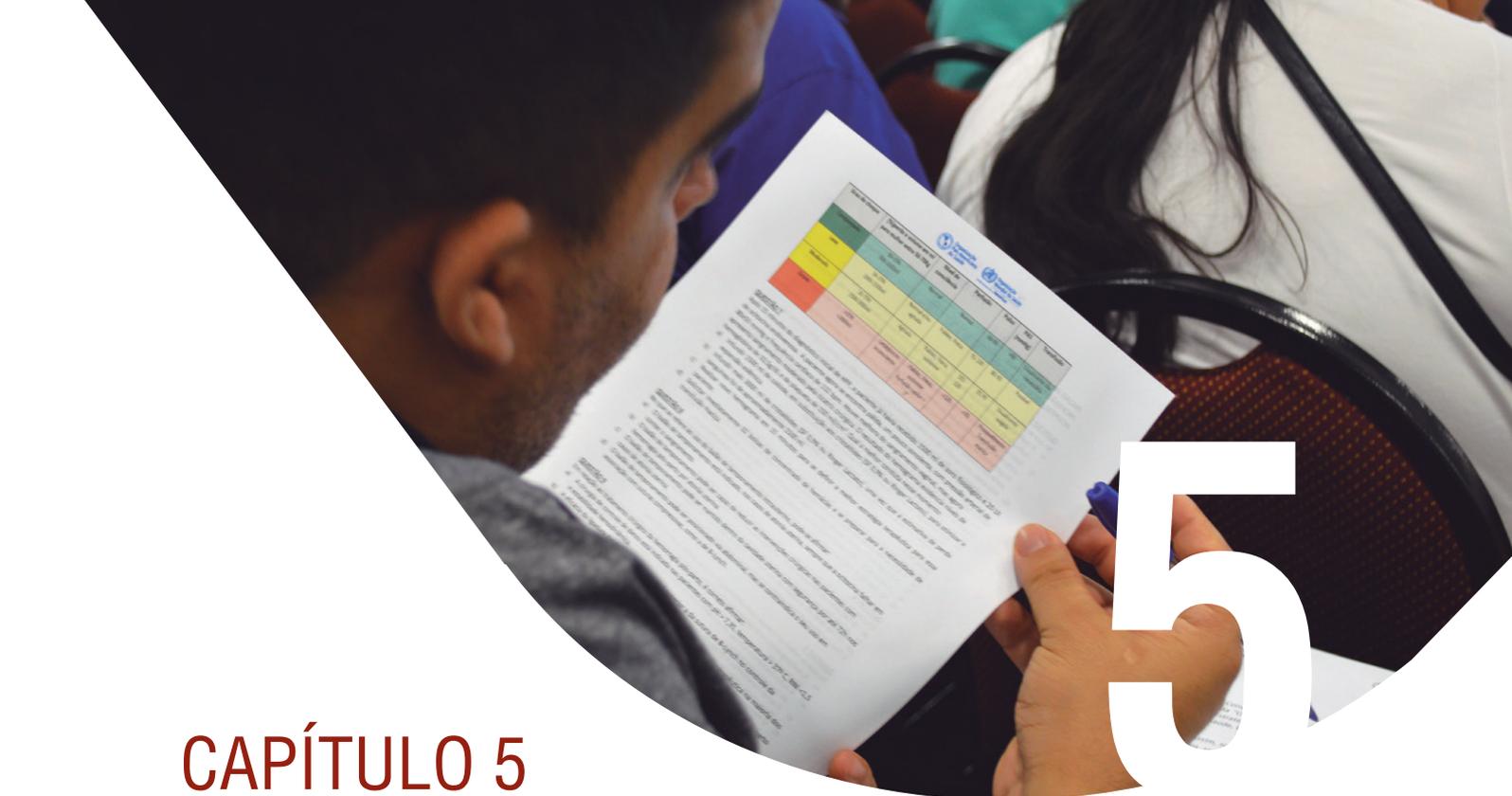
Obs.: A discussão deve envolver os participantes durante toda a aula, por meio de perguntas sobre o tema e sobre experiências pessoais de cada participante. É importante contextualizar cada um dos profissionais no atendimento dessa intercorrência tão complexa, ressaltando a importância da organização dos fluxos assistenciais e até mesmo na suspeita e no auxílio diagnóstico durante o pré-natal.

MATERIAL:

- Sala + computador com áudio + cadeiras para a aula.

Figura 8 – Exemplo de infraestrutura para discussão de acretismo placentário





CAPÍTULO 5

DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS DO CURSO

39

Em todas os cursos, deve-se entregar, aos participantes e instrutores, os termos de consentimento e as avaliações do curso. Tais documentos têm por objetivos permitir a divulgação da Estratégia OMMxH e permitir a avaliação/auditoria contínua do próprio evento.

Os termos de consentimento de uso de dados e de imagem, assim como as avaliações do curso, deverão ser encaminhados à OPAS/OMS Brasil após cada curso ou entregue ao instrutor nacional responsável por ela.

5.1 TERMOS DE CONSENTIMENTO

Deve-se ser entregar aos participantes os termos de autorização de uso de dados do pré e pós-teste e imagens dos participantes. Tais termos de consentimento deverão ser entregues e recolhidos juntos ao pré-teste no início do curso. Sugestões de modelos nos Anexos 3 e 4 (que devem estar adequados às legislações locais).

5.2 AVALIAÇÕES

5.2.1 Avaliação de qualidade do curso: pesquisa de satisfação

Os cursos da Estratégia 0MMxH deverão ser avaliados pelos seus participantes e seus instrutores (Anexos 5 e 6). A pesquisa deverá ser realizada ao final das atividades e não necessita de identificação. O seu objetivo é manter uma avaliação contínua da qualidade do curso e de seus instrutores.

Ao final dos trabalhos, sugere-se que a equipe organizadora, além de encaminhar os documentos à OPAS/OMS Brasil, construa um banco de dados eletrônico em Excel, com os resultados da avaliação, para apresentar um panorama da qualidade e da satisfação de cada curso. Tais dados devem ser enviados à OPAS para permitir análise contínua da qualidade dos cursos.

5.2.2 Avaliação de conhecimento dos participantes: pré-teste e pós-teste

O uso de pré e pós-testes é uma estratégia a ser utilizada no curso para se tentar mensurar o conhecimento adquirido pelos participantes sobre o tema e auxiliar na identificação dos pontos de maior dificuldade na abordagem da HPP.

O pré e o pós-teste serão idênticos e compostos por dez questões de múltipla escolha (Anexos 7 e 8). Eles serão aplicados antes do início do curso e ao seu final. O aluno terá 15 minutos para realizar cada um deles. Os participantes não devem ser informados que o pós-teste é semelhante ao pré-teste. O Anexo 9 apresenta o gabarito do teste para que os instrutores possam corrigi-lo.

Lembrar aos participantes de identificar seu pré e pós-teste com uma mesma sigla (ou símbolos, ou iniciais do nome ou nome fictício) para viabilizar a comparação entre suas provas. Além disso, solicitar aos alunos que insiram sua área de atuação profissional (exemplo: médico obstetra, enfermagem obstétrica, residentes etc.) e o local em que atuam (exemplo: maternidade, hospital geral etc.).

Ao final dos trabalhos, sugere-se que a equipe de instrutores construa um banco de dados eletrônico em Excel, com os resultados dos testes, para se comparar os resultados do pré e pós-curso e permitir análise contínua pela OPAS/OMS Brasil.



CAPÍTULO 6

TRAJE ANTICHOQUE NÃO PNEUMÁTICO (TAN)

6.1 TAN PARA O CUIDADO A MULHERES COM HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A HPP constitui-se em uma situação dramática, pois as medidas de contenção e suporte ou tratamento devem ser realizadas em tempo oportuno, por meio da gestão adequada em tempo hábil. A perda de sangue não controlada pode levar à situação irreversível. As longas distâncias até o cuidado efetivo presentes no Brasil impõem a construção de estratégias que visem superar esses desafios.

Sendo assim, o MS, em parceria com a OPAS/OMS, introduziu, no Brasil, o uso do TAN como tecnologia de estabilização de mulheres em condições hemorrágicas e hemodinamicamente instáveis (choque hemorrágico). Investiu na qualificação de profissionais médicos e de enfermagem que atuam em hospitais de referência e atendem mulheres que vivem em áreas remotas (campo, floresta, águas e indígenas) para o manejo adequado em casos de HPP como medida temporária até que seja disponibilizada a atenção adequada, incluindo a colocação do TAN.

Em 2012 a OMS e a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetrícia incluíram oficialmente o uso do TAN em suas diretrizes sobre da HPP. Em 2015, o Brasil iniciou a

implementação dessa tecnologia em oito estados da Federação que apresentavam os maiores índices de mortalidade materna por HPP. Esta tecnologia já é utilizada em vários países, como Bolívia, Guatemala, Haiti, Peru, República Dominicana, Guiana, Honduras, México, Suriname, Paraguai e Nicarágua.

6.2 O QUE É O TAN?

- O TAN é um equipamento de compressão corporal utilizado em casos de HPP, com o intuito de redirecionar o sangue da região sangrante (exemplo: útero), para áreas supradiafragmáticas nobres (exemplo: cérebro, coração e pulmão). Isso pode permitir a redução do sangramento local e uma facilidade maior para a manutenção das funções. Existem vários outros benefícios relacionados TAN, que serão apresentados e discutidos no curso;
- O TAN é leve (1.5 kg), lavável e reutilizável, feito de neoprene, preso com velcro sobre uma bola de espuma compressora;
- Existem técnicas padronizadas de colocação e retirada do TAN, assim como indicações e contraindicações, que devem ser seguidas obrigatoriamente e que serão treinadas e discutidas exaustivamente durante o curso;
- O tempo de capacitação em relação ao uso do TAN é relativamente pequeno, com curva de aprendizado rápida. O curso demonstrará os principais aspectos de como se utilizar na prática clínica o TAN;
- O TAN, na HPP, está indicado nas seguintes situações:
 - » Sangramentos associados à instabilidade hemodinâmica;
 - » Sangramento vultoso com iminência de choque hipovolêmico.

Figura 9 – Traje antichoque não pneumático



6.3 MONITORAMENTO DOS CASOS, CUIDADO EM REDE E ESTRATÉGIA DE DISTRIBUIÇÃO DO TAN NOS ESTADOS

O TAN é uma ferramenta dentro de um cuidado em rede, não sendo uma tecnologia isolada. Ele deve estar presente em áreas remotas de cuidado, nos serviços de transporte e nos hospitais que receberão tais pacientes (sempre vinculado a um protocolo de cuidado para HPP).

Por ser uma vestimenta reutilizável, recomenda-se fortemente que toda unidade de saúde que receber uma paciente utilizando um TAN deverá entregar uma outra unidade do TAN ao serviço de transporte (para reposição). Está proibida a retirada do TAN durante o transporte ou mesmo antes de uma avaliação médica criteriosa quando a paciente chegar no hospital. A retirada inoportuna do TAN nessas situações já demonstrou ser capaz de precipitar um choque hipovolêmico letal.

A Estratégia OMMxH no Brasil tem sugerido que, assim, a distribuição dos trajes ocorra de forma planejada, após os treinamentos dos profissionais no uso do TAN (cursos) e após a apresentação de um protocolo de HPP pelas instituições que o receberão. Se o TAN não se apresentar vinculado a fluxos assistenciais bem definidos (abordagem, rede de transferência, transporte, ambiente adequados) ele poderá ter impacto reduzido na mortalidade materna por HPP, pois se trata de tecnologia de controle temporário do choque hipovolêmico.

Nas regiões remotas, em que há limitações adjuvante de profissionais de saúde e/ou ocorram muitos partos em ambientes não hospitalares, seja por dificuldades de acesso ao sistema de saúde, seja por questões socioculturais (como ocorre nas populações indígenas), sugere-se a criação de um plano de cuidado em rede que inclua o uso do TAN, medidas de interrupção de sangramento uterino, protocolos de transferência e estabilização das pacientes. Tais fluxos assistenciais devem ser construídos com o apoio da Secretarias Estaduais de Saúde (SES), profissionais locais, população e serviços de transporte/Samu, e devem ser implementados o mais rápido possível.

Além disso, a Estratégia OMMxH prevê o monitoramento do uso do TAN pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, deve-se notificar à SES todo os eventos que necessitaram do uso do TAN. Tal atividade visa: verificar qual o impacto do uso do TAN nessas regiões; permitir monitoramento dos casos de hemorragia pós-parto em nosso país.

No Anexo 10 apresenta-se o modelo e o documento de monitoramento proposto pelo MS, com as informações para monitoração do uso do TAN. Alguns estados têm acrescentados outros dados para poder realizar também um monitoramento concomitante dos casos e gravidades das HPP.

6.4 HIGIENIZAÇÃO DO TAN

Nesse item será apresentado o processo de higienização baseado nas recomendações da higienização do TAN em outros países, incluindo a do fabricante do produto Lifewrap NASG® – TAN. O procedimento de higienização nacional foi adaptado e elaborado pelo MS e avaliado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

6.4.1 Instruções para a desinfecção e limpeza do Lifewrap NASG® – TAN

- Esse processo deve ser realizado em local apropriado;
- Após o uso, transportar o TAN em um recipiente rígido e fechado.

Figura 10 – Transportar o TAN em recipiente rígido e fechado. Retirá-lo no momento da sua higienização



Foto: Suellen Miller 2013. safermotherwhods.ucf.edu

6.4.1.1 Pré-limpeza/pré-lavagem

A pré-limpeza consiste na remoção da sujeira visível presente no produto.

Se o produto apresentar sujeira visível (sangue e secreções), realizar o mais rápido possível a pré-limpeza, que consiste em retirar o excesso de sujeira. Para isso, orienta-se o uso de

água corrente ou colocá-lo em um recipiente com água fria, para evitar que o sangue seque e fique mais difícil a sua remoção. Neste momento pode ser usado uma escova, principalmente para as áreas com velcro. Também, orienta-se o enxágue com água abundante, a fim de remover o máximo possível os resíduos de sangue e secreções.

Figura 11 – Retirar a sujidade visível em recipiente com água fria e com o auxílio de uma escova



Foto: Suellen Miller 2013. safermotherwhods.ucf.edu

6.4.1.2 Limpeza/lavagem

A limpeza consiste na remoção de sujidades orgânicas e inorgânicas, redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, utilizando água, detergentes, produtos e acessórios de limpeza, por meio de ação mecânica (manual ou automatizada), atuando em superfícies internas (lúmen) e externas, de forma a tornar o produto seguro para manuseio e preparado para desinfecção ou esterilização.

Portanto, após a pré-limpeza ou após o uso do TAN, caso não seja necessária a pré-limpeza, proceder à limpeza do produto com o uso de detergente, escovas e esponjas, e posteriormente o enxágue. A limpeza pode ser feita manualmente ou em máquina de lavar. Realizar o enxágue.

Figura 12 – Lave o TAN com detergente/sabão e água fria, à mão ou em uma máquina de lavar em ciclo curto



6.4.1.3 Desinfecção

Após a limpeza, proceder à desinfecção do produto. Neste caso, recomenda-se imergir o produto em uma solução de hipoclorito a 0,1% por 30 minutos, proceder ao enxague abundante e colocar para secar. São necessários 30 L da solução para cobrir um TAN.

É importante ressaltar que, para a desinfecção, é necessário que o produto esteja limpo, uma vez que a matéria orgânica protege os micro-organismos do agente desinfetante, impedindo que o processo de desinfecção ocorra de forma efetiva.

Talvez seja necessária a utilização de um peso para manter o TAN submerso na solução. Este deve ser de material rígido, liso, não poroso ou que não seja de fácil corrosão ou absorção do produto. Não pode ser de alumínio, pois pode sofrer corrosão pelo hipoclorito.

Figura 13 – Desinfecção do TAN com ele submerso na solução de hipoclorito por 30 minutos



Foto: Modificada de Suellen Miller 2013. safermotherwhods.ucf.edu

Pendurar para secar, não colocar em uma máquina de secagem. A secagem após o uso ou após a lavagem deve ser natural e não pode ser forçada. Não use chamas e nem outras fontes de calor/vapor diretamente.

Figura 14 – Pendurar o TAN para secar preferencialmente em ambiente interno. Se deixá-lo secar ao ar livre, deixe longe de plantas que possam aderir ao material

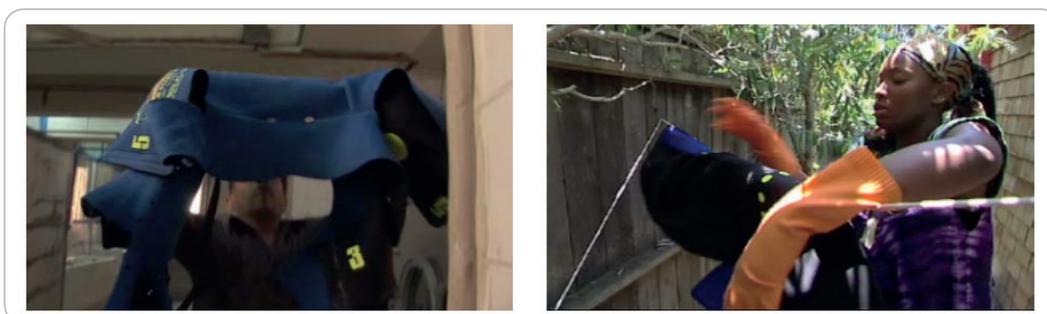


Foto: Suellen Miller 2013. safermotherwhods.ucf.edu

Após seco, dobrar corretamente (com o velcro em todos os segmentos dobrados para dentro). Após completamente seco, armazenar em um lugar limpo e seco e manter dentro de um recipiente com tampa (um recipiente plástico, por exemplo), ou um saco plástico transparente.

Figura 15 – TAN devidamente dobrado e armazenado

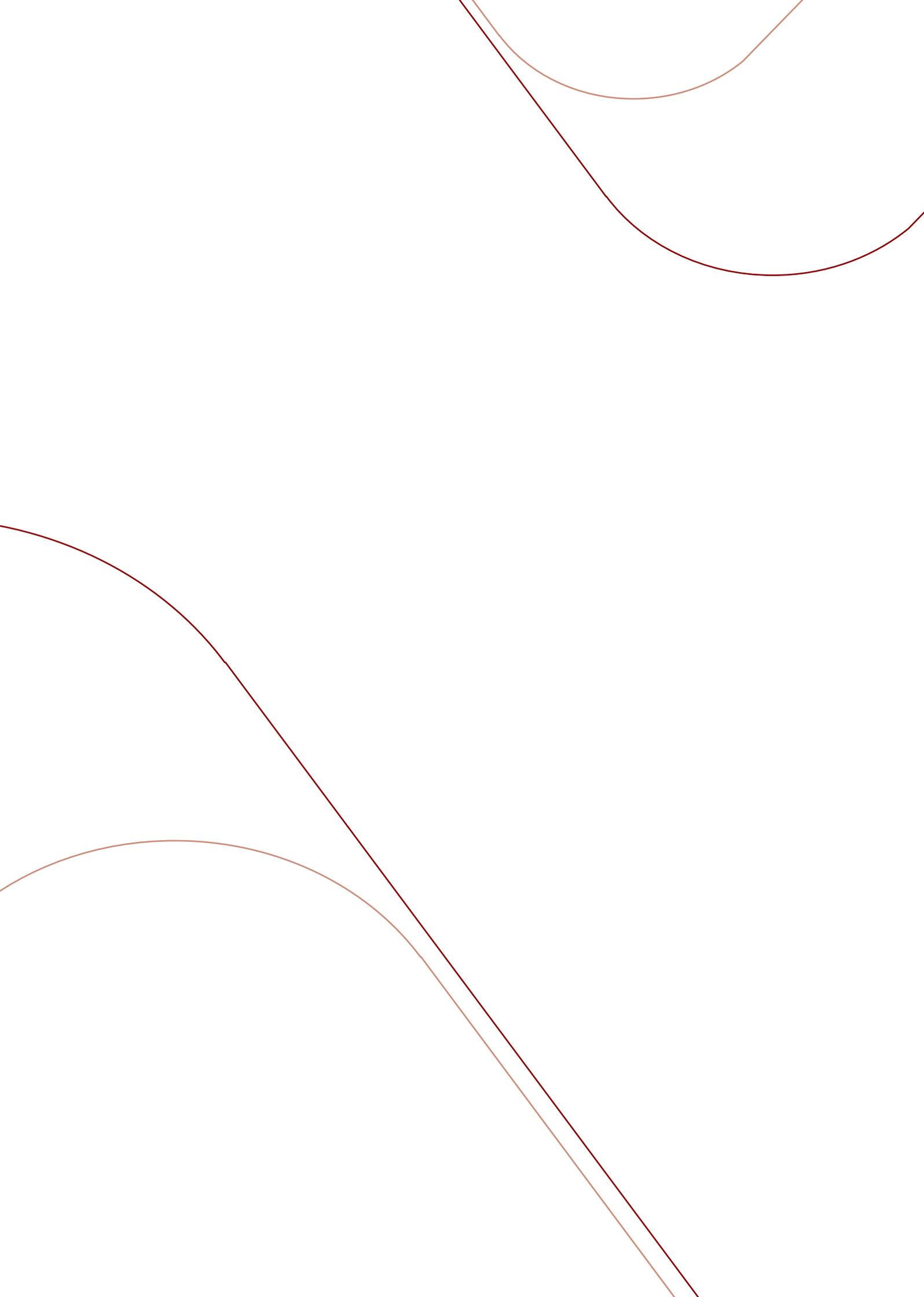


Foto: Suellen Miller 2013. safermotherwhods.ucf.edu

6.4.2 Observações

Importante:

- O operador deverá observar as normas de biossegurança, com uso correto de Equipamento de Proteção Individual (EPI), tais como avental impermeável de mangas longas (ou avental de mangas longas + avental impermeável), luvas de borracha de cano longo, máscaras, protetor ocular e calçado fechado e antiderrapante durante os procedimentos de pré-limpeza, limpeza e desinfecção;
- Proceder à limpeza e desinfecção das áreas utilizadas após o processo. Proceder à higienização dos EPIs que não são descartáveis. Proceder à higienização das mãos após a conclusão de todo o processo;
- No Brasil a RDC nº 109/20164 determina que o teor mínimo de cloro ativo de produtos saneantes à base de hipoclorito de sódio ou hipoclorito de cálcio deve ser de 2,0% p/p e máximo de 2,5% p/p; para os produtos concentrados, o teor mínimo de cloro ativo deve ser de 3,9% p/p e máximo de 5,6% p/p.



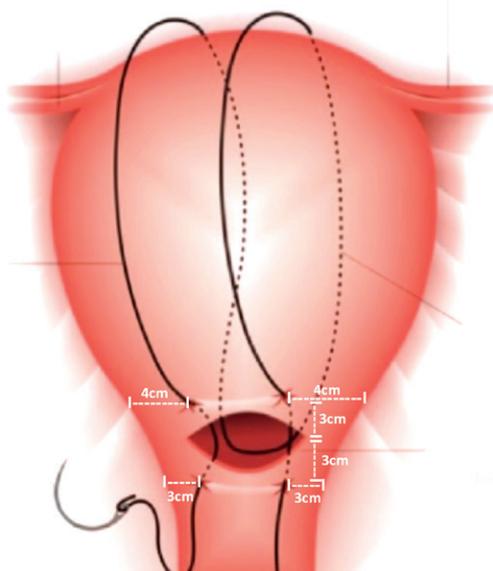
CAPÍTULO 7

ANEXOS

ANEXO 1 – PRANCHAS ESQUEMÁTICAS DE SUTURAS COMPRESSIVAS

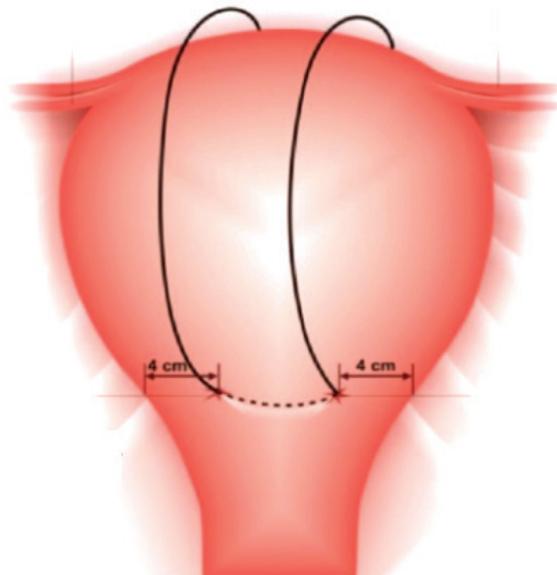
SUTURA COMPRESSIVA DE B-LYNCH

Visão anterior - Sutura passando sobre a superfície uterina anterior



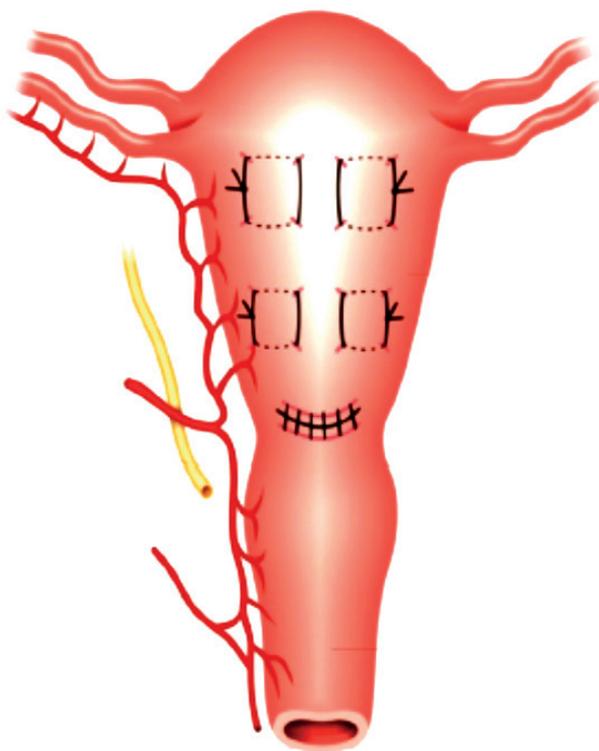
SUTURA COMPRESSIVA DE B-LYNCH

Visão posterior - Sutura passando sobre a superfície uterina posterior



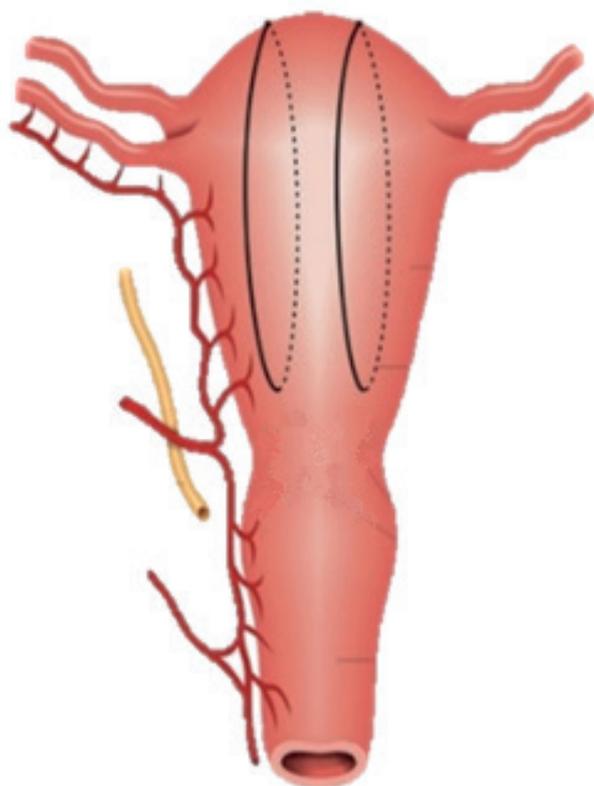
Fonte: Adaptado a partir de ALVES, A. L. L. *et al.* **Femina**, v. 42, n. 6, p. 265-276, 2014.

SUTURA COMPRESSIVA DE CHO



Fonte: Adaptado a partir de ALVES, A. L. L. *et al.* **Femina**, v. 42, n. 6, p. 265-276, 2014.

SUTURA COMPRESSIVA DE HAYMAN



Fonte: Adaptado a partir de ALVES, A. L. L. *et al.* **Femina**, v. 42, n. 6, p. 265-276, 2014.

ANEXO 2 – FLUXOGRAMA – SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO HPP

HEMORRAGIA PÓS-PARTO "hora de ouro"

AJUDA

- Chamar obstetra de plantão imediatamente;
- Chamar equipe multidisciplinar (anestesiata/enfermeiro/técnicos enfermagem);
- Comunicar paciente.

COLETAR EXAMES

- Hemograma/prova cruzada/coagulograma fibrinogênio/ ionograma.
- Obs.: Lactato e gasometria nos casos graves.

DETERMINAR CAUSA DA HEMORRAGIA

- 4T (tônus/trauma/tecido/trombina). Tratamento específico.

MANTER OXIGENAÇÃO/ PERFUSÃO TECIDUAL

- **Dois acessos venosos calibrosos: 16 gauge;**
- **Elevação de membros inferiores** (Trendelenburg);
- **Infundir soro fisiológico ou ringer lactato aquecido** (avaliar resposta materna a cada 250 a 500 ml infundido. Após 1500 ml avaliar transfusão).
- **Oxigênio a 8 a 10 l/min. em máscara facial;**
- **Esvaziar a bexiga;**
- **Sonda vesical de demora** (monitorar diurese);
- **Prevenir a hipotermia** (manta térmica – tax: 15'/15').

AVALIAR GRAVIDADE DA PERDA VOLÊMICA

- Sinais clínicos (PA, FC, Sat O₂, consciência, sangramento etc.);
- Índice de choque: $\geq 0,9$ significa risco de transfusão maciça.

TÔNUS*

(TRATAMENTO DA ATONIA)

COMPRESSÃO UTERINA BIMANUAL (imediato)

+ OCITOCINA

5 UI EV lento (3 min.) seguido de SF0,9% - 500 ml com 20 U ocitócito a 250 ml/h, EV

METILERGOMETRINA

Uma ampola, 0,2 mg, IM
NÃO UTILIZAR EM HIPERTENSÃO

MISOPROSTOL

(800 mcg, via retal)
(início de ação por via retal: \pm 15 min.)

BALÃO TAMPONAMENTO INTRAÚTERINO (avaliar TAN)

AVALIAR LAPAROTOMIA

TECIDO*

(REVISÃO CAVIDADE UTERINA)

DEQUITAÇÃO DEMORADA:
($>30-45$ min. sem sangramento excessivo: retenção placentária)

EXTRAÇÃO MANUAL PLACENTA SEGUIDA DE CURETAGEM (se sem plano de clivagem, não insistir: risco de hemorragia grave. Pensar acretismo. Vide conduta abaixo)

ACRETISMO PLACENTÁRIO:
não retirar parte da placenta

Avaliar histerectomia com placenta em sítio ou clampar o cordão e deixar placenta no local sem manipulá-la

RESTOS APÓS DEQUITAÇÃO:
revisão cavidade uterina
CURETAGEM

TRAJETO*

(REVISÃO CANAL PARTO)

SUTURA DAS LACERAÇÕES
(revisão colo uterino/cavidade vagina/sítio cirúrgico)

HEMATOMAS

(toque vaginal/revisão direta canal parto ou região cirúrgica)
AVALIAR EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA

INVERSÃO UTERINA:

manobra de taxe
Se falha: laparotomia

ROTURA UTERINA:

LAPAROTOMIA
Rever segmento uterino de pacientes com cesárea prévia, após parto vaginal

TROMBINA*

(COAGULOPATIA)

TESTES COAGULAÇÃO + HISTÓRIA CLÍNICA
(doenças, medicação)

TRATAMENTOS: ESPECÍFICO

Relacionado à causa

+ ADJUVANTE
(exemplo: TAN)
+ TRANSFUSÃO

CUIDADO COM CIRURGIA
Se cirurgia em curso, avariar cirurgia de controle de danos

- * **ÁCIDO TRANEXÂMICO:** COMO TRATAMENTO ADJUVANTE NA HPP: 1 G, EV, LENTO, EM 10 MINUTOS, NAS PRIMEIRAS 3 HORAS.
TRAJE ANTICHOQUE NÃO PNEUMÁTICO NAS PACIENTES COM OU IMINÊNCIA DE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA.
TRANSFUSÃO: SE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA OU AVALIAR APÓS 1500 ML DE CRISTALOIDES E HPP GRAVE.
AVALIAR TRATAMENTO CIRÚRGICO/LAPAROTOMIA SE FALHA DO TRATAMENTO CONSERVADOR.
COMBATER A HIPOTERMIA: AVALIAR O USO DE MANTAS TÉRMICAS/COBERTORES/SORO AQUECIDO.

CHECKLIST – SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HPP

1. AJUDA/AVALIAÇÃO INICIAL

- ___ Verbalização clara do diagnóstico para equipe/comunicar paciente
- ___ Chamar obstetra/anestesta/enfermeiros imediatamente
- ___ Estimar gravidade da perda inicial (por meio dos dados vitais e índice de choque ou perda sanguínea)
- ___ Avaliação rápida da causa da hemorragia (tecido, tônus, trajeto, trombina)

2. BÁSICO/MEDIDAS GERAIS INICIAIS

- ___ Cateterização de dois acessos calibrosos (**J 16 ou 14**) e **iniciar infusão de SF 0,9%**
- ___ Exames: hemograma/ionograma/coagulograma/fibrinogênio/prova cruzada. Caso grave: lactato e gasometria
- ___ Oxigenoterapia: **(8-10 l/min.) em máscara facial**
- ___ Elevação dos membros inferiores (posição de Trendelenburg)
- ___ Monitorização materna **contínua**
- ___ Esvaziar bexiga e posicionar sonda vesical de demora (monitorar diurese)
- ___ Avaliar **antibioticoprofilaxia** (medicamento e doses habituais)

3. CONTROLE DA VOLEMIA/REPOSIÇÃO VOLÊMICA

- ___ Estimar gravidade da perda volêmica (índice de choque: FC/PAS $\geq 0,9$; avaliar necessidade de transfusão)
- ___ Cristalóide: **reavaliar a resposta da paciente a cada 250-500 ml de soro infundido**
- ___ **Transfusão:** se instabilidade hemodinâmica e considerar após 1500 ml de cristalóide e HPP grave (coagulopatia)

4. DETERMINAR ETIOLOGIA: (4T – TÔNUS, TECIDO, TRAJETO, TROMBINA)

- ___ Determinar tônus uterino (palpação uterina)
- ___ Revisão da cavidade uterina (restos de placenta)
- ___ Revisão do canal do parto (lesão/hematoma: vagina, colo e segmento uterino – nos casos de cesariana prévia)
- ___ Avaliar história de coagulopatia (doenças prévias, CIVD, uso de medicamentos: AAS, heparina, warfarin etc.)

5. ESPECÍFICO E ADJUVANTE: TRATAMENTOS

- ___ Tratar causa da hemorragia: vide fluxograma
- ___ Tratamento adjuvante: ácido tranexâmico, 1g, EV lento, em 10 minutos

6. FOCO NA ATONIA: SE ATONIA CONFIRMADA, ASSOCIADA OU ENQUANTO SE PROCURA OUTRO FOCO NAS PRIMEIRAS 3 HORAS

- ___ Compressão uterina bimanual (iniciar imediatamente, enquanto aguarda medicação)
- ___ Ocitocina (5 UI EV lento + SF0, 9% 500 ml com 20 UI ocitócito (quatro ampolas) a 250 ml/h)
- ___ Metilergometrina (uma ampola, 0,2 mg, intramuscular)
- ___ Misoprostol (800 mcg, via retal)
- ___ Ácido Tranexâmico, 1g, EV lento, em 10 minutos, logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos, dentro das primeiras 3 horas.
- ___ Balão de tamponamento intrauterino: se falha do tratamento medicamentoso. Avaliar associação ao TAN

7. GERAL: AVALIAÇÃO PÓS-ABORDAGEM INICIAL

- ___ Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (índice de choque)
- ___ Traje antichoque não pneumático nas pacientes com instabilidade hemodinâmica ou iminência
- ___ Transfusão de hemocomponentes, caso seja necessário (basear-se na clínica da paciente)
- ___ Evitar a hipotermia. Tax: 15 em 15 min. Na primeira hora. Manta térmica/cobertores. Soro aquecido
- ___ Se falha tratamento conservador: avaliar tratamento cirúrgico

8. HORA DE AVALIAR TRATAMENTO CIRÚRGICO/LAPAROTOMIA

- ___ Sutura compressiva (B-Lynch; Cho, Hayman, outras)
- ___ Ligadura de vasos (uterinas e/ou ovarianas, hipogástricas)
- ___ Histerectomia
- ___ “Damage control” (empacotamento abdominal e outros)

9. INTENSA OBSERVAÇÃO PÓS-HEMORRAGIA

- ___ Monitorização rigorosa no pré-parto (ou sala equivalente) nas primeiras 24 horas
- ___ Não encaminhar para enfermaria (ou equivalente) após quadro de HPP: risco de falta de monitorização rigorosa
- ___ CTI de acordo com a gravidade

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, autorizo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) a gravar em fotografias ou vídeos e veicular minha imagem, voz e depoimentos, obtidos em eventos da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto OPAS/OMS, em qualquer meio de comunicação para fins didáticos, de publicidade, pesquisa e divulgação de conhecimento científico sem quaisquer ônus ou restrições.

Autorizo ainda, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos de veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração ou compensação.

_____, de _____ de 20_____

Assinatura: _____

Documento de identidade: _____

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS DO PRÉ E PÓS-TESTE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Convido os(as) senhores(as) a participar da realização do pré e do pós-teste do Curso de Prevenção e Manejo Obstétrico da Hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia.

Assim, solicito a autorização dos(as) senhores(as) para utilizarmos os dados dos seus testes para fins didáticos, de estudos estatísticos, trabalhos científicos, publicidade e avaliação do próprio curso. A sua identidade será mantida sob sigilo e os dados não serão utilizados para outros fins.

Eu, _____, autorizo a utilização dos dados do meu pré e pós-teste com os fins mencionados acima.

_____, de _____ de 20_____

Assinatura: _____

Documento de identidade: _____

ANEXO 5 – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DATA: _____ LOCAL: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL/ESPECIALIDADE: _____

CIDADE DE ORIGEM: _____

Esta avaliação é muito importante para promover melhorias no curso. Ao final, você deverá fazer uma avaliação global dela, abordando os pontos negativos e positivos sob sua ótica.

QUAL A SUA MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CURSO?

PARA VIABILIZAR SUA PARTICIPAÇÃO NO CURSO:

- () Troquei plantão por conta própria, pois não foi liberado pela instituição
- () Fui liberado pela instituição, sem necessidade de reposição de carga horária
- () Fui liberado pela instituição, mas terei de repor a carga horária
- () Suspendi atividades de consultório
- () Não tinha atividades profissionais no período do curso

ORGANIZAÇÃO E INFRAESTRUTURA DO CURSO:

ORGANIZAÇÃO E INFRAESTRUTURA DO CURSO:			
SATISFAÇÃO	DIVULGAÇÃO DO CURSO	NOTA 0 a 5	
	LOCAL DO CURSO	NOTA 0 a 5	
	ACOMODAÇÃO DA SALA TEÓRICA	NOTA 0 a 5	
	ACOMODAÇÃO DAS SALAS DE SIMULAÇÃO	NOTA 0 a 5	
	RECURSO ÁUDIO VISUAL	NOTA 0 a 5	
	MATERIAL DISPONIBILIZADO NAS ESTAÇÕES PRÁTICAS	NOTA 0 a 5	
	MATERIAL DISPONIBILIZADO PARA O ALUNO	NOTA 0 a 5	
SUGESTÃO:			

METODOLOGIA DE ENSINO E AVALIAÇÃO DO CURSO:

SATISFAÇÃO	CARGA HORÁRIA DO CURSO	NOTA 0 a 5	
	DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES TEÓRICAS E PRÁTICAS DO CURSO	NOTA 0 a 5	
	RELEVÂNCIA DOS TEMAS TEÓRICOS ABORDADOS	NOTA 0 a 5	
	RELEVÂNCIA DAS ESTAÇÕES DE SIMULAÇÃO NA SUA PRÁTICA DIÁRIA	NOTA 0 a 5	
	APLICABILIDADE PRÁTICA DOS CONTEÚDOS ABORDADOS NO CURSO	NOTA 0 a 5	
	NÍVEL DE APRENDIZADO PROPORCIONADO PELO CURSO	NOTA 0 a 5	
	NÍVEL DE ESTÍMULO A PROMOVER MODIFICAÇÕES NA SUA INSTITUIÇÃO APÓS O CURSO	NOTA 0 a 5	

INSTRUTORES DO CURSO (NOTA DE 0 A 5)

SATISFAÇÃO	NOME DO(A) INSTRUTOR(A)	DOMÍNIO DO TEMA	DIDÁTICA DE ENSINO	CLAREZA	RELAÇÃO COM PARTICIPANTES

RELEVÂNCIA, DURAÇÃO E ADEQUAÇÃO CLÍNICA DA ATIVIDADE DO CURSO

AValiação DAS PALESTRAS	CONTEXTO E PANORAMA DA MORTE MATERNA NO BRASIL E ESTRATÉGIA OMMXH	NOTA 0 A 5	
	PANORAMA DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO	NOTA 0 A 5	
	HEMORRAGIA PÓS-PARTO: RELEVÂNCIA, DESAFIOS E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	NOTA 0 A 5	
	PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	NOTA 0 A 5	
	SISTEMA OBSTÉTRICO DE ALERTA E RESPOSTA NA HEMORRAGIA GRAVE (SOAR) E ESTRATÉGIAS DE TRABALHO EM EQUIPE	NOTA 0 A 5	
	DIAGNÓSTICO DA HPP E ESTIMATIVA DA PERDA VOLÊMICA	NOTA 0 A 5	
	MANEJO MEDICAMENTOSO	NOTA 0 A 5	
	MANEJO NÃO CIRÚRGICO DA HPP	NOTA 0 A 5	
	MANEJO CIRÚRGICO DA HPP	NOTA 0 A 5	
	RESSUSCITAÇÃO HEMOSTÁTICA	NOTA 0 A 5	
	SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HEMORRAGIA	NOTA 0 A 5	
	CUIDADOS PRÁTICOS NO ATENDIMENTO DA PUÉRPERA EM HPP	NOTA 0 A 5	

RELEVÂNCIA, DURAÇÃO E ADEQUAÇÃO CLÍNICA DA ATIVIDADE DO CURSO

AValiação DA SIMULAÇÃO	ESTAÇÃO PRÁTICA: BALÃO DE TAMPONAMENTO INTRAUTERINO	NOTA 0 A 5	
	ESTAÇÃO PRÁTICA: TRAJE ANTICHOQUE NÃO PNEUMÁTICO	NOTA 0 A 5	
	ESTAÇÃO PRÁTICA: SUTURAS HEMOSTÁTICAS	NOTA 0 A 5	
	ESTAÇÃO PRÁTICA: CÓDIGO VERMELHO OBSTÉTRICO	NOTA 0 A 5	
	ESTAÇÃO PRÁTICA: CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS	NOTA 0 A 5	
	ESTAÇÃO PRÁTICA: DISCUSSÃO SOBRE ACRETISMO PLACENTÁRIO	NOTA 0 A 5	

ANEXO 6 – PESQUISA DE OPINIÃO DOS INSTRUTORES

FORMAÇÃO: _____ CIDADE DE ORIGEM: _____

QUAL A SUA MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR COMO INSTRUTOR?

PARA VIABILIZAR SUA PARTICIPAÇÃO COMO INSTRUTOR NO CURSO:

- Troquei plantão por conta própria, pois não foi liberado pela instituição
- Fui liberado pela instituição, sem necessidade de reposição de carga horária
- Fui liberado pela instituição, mas terei de repor a carga horária
- Suspendi atividades de consultório
- Não tinha atividades profissionais no período do curso

ORGANIZAÇÃO E INFRAESTRUTURA DO CURSO SOB A ÓTICA DO INSTRUTOR

DIVULGAÇÃO DO CURSO	NOTA 0 A 5	
LOCAL DO CURSO	NOTA 0 A 5	
ACOMODAÇÃO DA SALA TEÓRICA	NOTA 0 A 5	
ACOMODAÇÃO DAS SALAS DE SIMULAÇÃO	NOTA 0 A 5	
RECURSO AUDIOVISUAL	NOTA 0 A 5	
MATERIAL DISPONIBILIZADO NAS ESTAÇÕES PRÁTICAS	NOTA 0 A 5	
MATERIAL DISPONIBILIZADO PARA O ALUNO	NOTA 0 A 5	

AULAS TEÓRICAS: TEMPO/RELEVÂNCIA/MELHORIAS/OBSERVAÇÕES

--

ESTAÇÕES PRÁTICAS: TEMPO/RELEVÂNCIA/ADEQUAÇÃO/MELHORIAS/OBSERVAÇÕES

--

ANEXO 7 – PRÉ-TESTE

INICIAIS DO NOME/NÚMERO: _____

CIDADE: _____

PROFISSÃO/ESPECIALIDADE: _____

ESTADO: _____

HOSPITAL/LOCAL DE ATUAÇÃO: _____

QUESTÃO 1

No que se refere à classificação de risco para hemorragia pós-parto, qual a melhor alternativa?

- a) A realização da classificação de risco para hemorragia pós-parto é desnecessária e não contribui para melhoria da assistência obstétrica na vigência de sangramento puerperal.
- b) Após um episódio de hemorragia pós-parto, a monitorização da paciente pode ser realizada na enfermaria à semelhança das pacientes de risco habitual.
- c) As gestantes de médio e alto riscos para hemorragia pós-parto devem ter acesso venoso no momento do parto com cateter intravenoso jelco 20.
- d) Gestantes com quadro de cesariana prévia e placenta localizada na parede uterina anterior são consideradas de alto risco para acretismo placentário.

QUESTÃO 2

Qual das alternativas abaixo representa a melhor ação a ser incorporada na rotina das maternidades, com intuito de se prevenir a hemorragia puerperal após um parto vaginal?

- a) Administração de 0,2 mg (uma ampola) de metilergometrina, intramuscular.
- b) Administração de 10 UI (duas ampolas) de ocitocina, intramuscular.
- c) Clampeamento precoce do cordão umbilical (< 30 segundos).
- d) Tração controlada do cordão umbilical, mesmo se profissional não treinado.

QUESTÃO 3

Em relação ao índice de choque (IC) na hemorragia pós-parto, pode-se afirmar:

- a) O IC é obtido dividindo-se o valor da frequência cardíaca materna pelo da pressão arterial sistólica.
- b) O IC é um marcador clínico, da repercussão hemodinâmica, mais tardia do que a pressão arterial.
- c) O valor do $IC \leq 0,7$ parece associar-se à necessidade de transfusão de hemocomponentes.
- d) O valor do $IC \geq 0,9$ é considerado normal e indica estabilidade hemodinâmica no momento.

QUESTÃO 4:

Em relação ao uso do traje antichoque não pneumático (TAN), pode-se afirmar:

- O TAN deve ser removido de forma gradual a partir do segmento número 1.
- O TAN deve ser retirado assim que o sangramento for inferior a 75 ml por hora.
- O TAN deve ser utilizado por no máximo 24 horas, pelo risco de isquemia de membros inferiores.
- O TAN é o principal componente do tratamento definitivo da hemorragia pós-parto.

QUESTÃO 5

No que se refere ao manejo medicamentoso da atonia uterina, pode-se afirmar:

- A metilergometrina é considerada uterotônico seguro nos casos de sangramento associados a distúrbios hipertensivos, como a pré-eclâmpsia.
- A ocitocina venosa é droga de primeira linha no tratamento da atonia, mas pode associar-se a quadros de isquemia miocárdica.
- O ácido tranexâmico não é droga útil na hemorragia pós-parto por laceração e seu uso estaria recomendado apenas após a falha do tratamento da atonia com ocitocina.
- O misoprostol é um medicamento de terceira linha no manejo da atonia uterina e seu pico de ação ocorre em menos de 5 minutos após sua administração via retal.

QUESTÃO 6

Paciente pós-parto cesariana apresenta quadro de sangramento vaginal aumentado por hipotonia uterina. No momento está consciente, mas um pouco agitada, pálida e sudorética. A pressão arterial está 90 a 60 mmHg e a frequência cardíaca 128 bpm. Qual das alternativas abaixo melhor representa o estado hemodinâmico da paciente?

- Choque hipovolêmico compensado.
- Choque hipovolêmico leve.
- Choque hipovolêmico moderado.
- Choque hipovolêmico grave.

Grau de choque	(%)perda e volume em ml para mulher entre 50-70Kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000ml	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não necessária
Leve	16-25% 1000-1500ml	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000ml	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000ml	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	>120	<70	Provavelmente Transfusão maciça

QUESTÃO 7

Após 15 minutos do diagnóstico inicial de HPP, a paciente já havia recebido 1500 ml de soro fisiológico e 20 UI de ocitocina endovenosa. A paciente agora encontra-se pálida, um pouco sonolenta, com pressão arterial de 80x50 mmHg e frequência cardíaca de 142 bpm. Houve melhora do sangramento vaginal, mas agora apresenta sangramento moderado pela cicatriz cirúrgica. O resultado do hemograma evidencia níveis de hemoglobina de 10,5g/dl e de plaqueta de 150 mil/cm³. Qual a melhor conduta nesse momento?

- a) Infundir 1500 ml de coloide, em substituição aos cristaloides (SF 0,9% ou Ringer Lactato), para otimizar a expansão volêmica.
- b) Infundir mais 3000 ml de cristaloides (SF 0,9% ou Ringer Lactato), uma vez que a estimativa de perda sanguínea foi de aproximadamente 1500 ml.
- c) Realizar novo hemograma em 15 minutos para avaliar os valores de hemoglobina, e, assim, definir a melhor estratégia terapêutica para essa paciente.
- d) Solicitar imediatamente duas bolsas de concentrado de hemácias e preparar-se para a necessidade de transfusão maciça.

QUESTÃO 8

No que se refere ao uso do balão de tamponamento intrauterino, pode-se afirmar:

- a) O balão de tamponamento deve ser posicionado assim que a ocitocina falhar em conter o sangramento nos casos de atonia uterina.
- b) O balão de tamponamento pode ser capaz de reduzir as intervenções cirúrgicas nas pacientes com hemorragia pós-parto por atonia uterina.
- c) O balão de tamponamento pode ser mantido dentro da cavidade uterina com segurança por até 72 horas, nos casos de atonia uterina.
- d) O balão de tamponamento pode ser posicionado via abdominal, mas está contraindicado o seu uso em associação com suturas compressivas, como a de B-Lynch e Hayman.

QUESTÃO 9

Em relação ao tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto, é correto afirmar:

- a) A cirurgia de controle de danos está indicada nas pacientes com pH > 7.35, temperatura > 37° C, RNI < 1.5 e estabilidade hemodinâmica.
- b) A eficácia da ligadura das artérias hipogástricas é superior à da sutura de B-Lynch no controle da hemorragia pós-parto por atonia uterina.
- c) A retirada parcial da placenta seguida de histerectomia é a melhor estratégia terapêutica na maioria dos casos de acretismo placentário.
- d) As suturas compressivas de B-Lynch, Hayman e Cho podem ser úteis no tratamento da hemorragia pós-parto por atonia uterina.

QUESTÃO 10

No que se refere ao manejo da hemorragia pós-parto, é correto afirmar:

- a) As ações de combate à hipotermia são consideradas secundárias e interferem pouco na morbimortalidade da paciente com HPP.
- b) O Código Vermelho Obstétrico é um sistema de resposta à hemorragia grave, que cuida exclusivamente dos processos relacionados à transfusão maciça.
- c) O controle rápido do foco do sangramento é a medida mais eficaz na abordagem da paciente com quadro de choque hemorrágico.
- d) O sequenciamento e a temporalidade das ações terapêutica não influenciam na taxa de sucesso do tratamento implementado.

ANEXO 8 – PÓS-TESTE

INICIAIS DO NOME/NÚMERO: _____

CIDADE: _____

PROFISSÃO/ESPECIALIDADE: _____

ESTADO: _____

HOSPITAL/LOCAL DE ATUAÇÃO: _____

QUESTÃO 1

No que se refere à classificação de risco para hemorragia pós-parto, qual a melhor alternativa?

- a) A realização da classificação de risco para hemorragia pós-parto é desnecessária e não contribui para melhoria da assistência obstétrica na vigência de sangramento puerperal.
- b) Após um episódio de hemorragia pós-parto, a monitorização da paciente pode ser realizada na enfermaria à semelhança das pacientes de risco habitual.
- c) As gestantes de médio e alto riscos para hemorragia pós-parto devem ter acesso venoso no momento do parto com cateter intravenoso jelco 20.
- d) Gestantes com quadro de cesariana prévia e placenta localizada na parede uterina anterior são consideradas de alto risco para acretismo placentário.

QUESTÃO 2

Qual das alternativas abaixo representa a melhor ação a ser incorporada na rotina das maternidades, com intuito de se prevenir a hemorragia puerperal após um parto vaginal?

- a) Administração de 0,2 mg (uma ampola) de metilergometrina, intramuscular.
- b) Administração de 10 UI (duas ampolas) de ocitocina, intramuscular.
- c) Clampeamento precoce do cordão umbilical (< 30 segundos).
- d) Tração controlada do cordão umbilical, mesmo se profissional não treinado.

QUESTÃO 3

Em relação ao índice de choque (IC) na hemorragia pós-parto, pode-se afirmar:

- a) O IC é obtido dividindo-se o valor da frequência cardíaca materna pelo da pressão arterial sistólica.
- b) O IC é um marcador clínico, da repercussão hemodinâmica, mais tardia do que a pressão arterial.
- c) O valor do IC $\leq 0,7$ parece associar-se à necessidade de transfusão de hemocomponentes.
- d) O valor do IC $\geq 0,9$ é considerado normal e indica estabilidade hemodinâmica no momento.

QUESTÃO 4:

Em relação ao uso do traje antichoque não pneumático (TAN), pode-se afirmar:

- O TAN deve ser removido de forma gradual a partir do segmento número 1.
- O TAN deve ser retirado assim que o sangramento for inferior a 75 ml por hora.
- O TAN deve ser utilizado por no máximo 24 horas, pelo risco de isquemia de membros inferiores.
- O TAN é o principal componente do tratamento definitivo da hemorragia pós-parto.

QUESTÃO 5

No que se refere ao manejo medicamentoso da atonia uterina, pode-se afirmar:

- A metilergometrina é considerada uterotônico seguro nos casos de sangramento associados a distúrbios hipertensivos, como a pré-eclâmpsia.
- A ocitocina venosa é droga de primeira linha no tratamento da atonia, mas pode associar-se a quadros de isquemia miocárdica.
- O ácido tranexâmico não é droga útil na hemorragia pós-parto por laceração e seu uso estaria recomendado apenas após a falha do tratamento da atonia com ocitocina.
- O misoprostol é um medicamento de terceira linha no manejo da atonia uterina e seu pico de ação ocorre em menos de 5 minutos após sua administração via retal.

QUESTÃO 6

Paciente pós-parto cesariana apresenta quadro de sangramento vaginal aumentado por hipotonia uterina. No momento está consciente, mas um pouco agitada, pálida e sudorética. A pressão arterial está 90 a 60 mmHg e a frequência cardíaca 128 bpm. Qual das alternativas abaixo melhor representa o estado hemodinâmico da paciente?

- Choque hipovolêmico compensado.
- Choque hipovolêmico leve.
- Choque hipovolêmico moderado.
- Choque hipovolêmico grave.

Tabela 5 – Graus de choque e sinais clínicos na hemorragia obstétrica						
Grau de choque	(%)perda e volume em ml para mulher entre 50-70Kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000ml	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não necessária
Leve	16-25% 1000-1500ml	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000ml	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000ml	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	>120	<70	Provavelmente Transfusão maciça

QUESTÃO 7

Após 15 minutos do diagnóstico inicial de HPP, a paciente já havia recebido 1500 ml de soro fisiológico e 20 UI de ocitocina endovenosa. A paciente agora encontra-se pálida, um pouco sonolenta, com pressão arterial de 80x50 mmHg e frequência cardíaca de 142 bpm. Houve melhora do sangramento vaginal, mas agora apresenta sangramento moderado pela cicatriz cirúrgica. O resultado do hemograma evidencia níveis de hemoglobina de 10,5g/dl e de plaqueta de 150 mil/cm³. Qual a melhor conduta nesse momento?

- a) Infundir 1500 ml de coloide, em substituição aos cristaloides (SF 0,9% ou Ringer Lactato), para otimizar a expansão volêmica.
- b) Infundir mais 3000 ml de cristaloides (SF 0,9% ou Ringer Lactato), uma vez que a estimativa de perda sanguínea foi de aproximadamente 1500 ml.
- c) Realizar novo hemograma em 15 minutos para avaliar os valores de hemoglobina, e, assim, definir a melhor estratégia terapêutica para essa paciente.
- d) Solicitar imediatamente duas bolsas de concentrado de hemácias e preparar-se para a necessidade de transfusão maciça.

QUESTÃO 8

No que se refere ao uso do balão de tamponamento intrauterino, pode-se afirmar:

- a) O balão de tamponamento deve ser posicionado assim que a ocitocina falhar em conter o sangramento nos casos de atonia uterina.
- b) O balão de tamponamento pode ser capaz de reduzir as intervenções cirúrgicas nas pacientes com hemorragia pós-parto por atonia uterina.
- c) O balão de tamponamento pode ser mantido dentro da cavidade uterina com segurança por até 72 horas, nos casos de atonia uterina.
- d) O balão de tamponamento pode ser posicionado via abdominal, mas está contraindicado o seu uso em associação com suturas compressivas, como a de B-Lynch e Hayman.

QUESTÃO 9

Em relação ao tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto, é correto afirmar:

- a) A cirurgia de controle de danos está indicada nas pacientes com pH > 7.35, temperatura > 37° C, RNI < 1.5 e estabilidade hemodinâmica.
- b) A eficácia da ligadura das artérias hipogástricas é superior à da sutura de B-Lynch no controle da hemorragia pós-parto por atonia uterina.
- c) A retirada parcial da placenta seguida de histerectomia é a melhor estratégia terapêutica na maioria dos casos de acretismo placentário.
- d) As suturas compressivas de B-Lynch, Hayman e Cho podem ser úteis no tratamento da hemorragia pós-parto por atonia uterina.

QUESTÃO 10

No que se refere ao manejo da hemorragia pós-parto, é correto afirmar:

- a) As ações de combate à hipotermia são consideradas secundárias e interferem pouco na morbimortalidade da paciente com HPP.
- b) O Código Vermelho Obstétrico é um sistema de resposta à hemorragia grave, que cuida exclusivamente dos processos relacionados à transfusão maciça.
- c) O controle rápido do foco do sangramento é a medida mais eficaz na abordagem da paciente com quadro de choque hemorrágico.
- d) O sequenciamento e a temporalidade das ações terapêutica não influenciam na taxa de sucesso do tratamento implementado.

ANEXO 9 – GABARITO DO PRÉ E PÓS-TESTE

QUESTÕES	GABARITO
QUESTÃO 1	D
QUESTÃO 2	B
QUESTÃO 3	A
QUESTÃO 4	A
QUESTÃO 5	B
QUESTÃO 6	D
QUESTÃO 7	D
QUESTÃO 8	B
QUESTÃO 9	D
QUESTÃO 10	C

ANEXO 10 – DOCUMENTO DE MONITORAMENTO DOS CASOS DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DAS MULHERES**

Setor de Autarquia Federal Sul Trecho 2 Lt. 5/6 Ed. Premium Torre II, Sala 17 – Térreo CEP:
70070-600 Brasília-DF

ESTRATÉGIA ZERO MORTE MATERNA POR HEMORRAGIA

Ficha de Monitoramento de Uso do Traje Antichoque Não Pneumático (TAN)

I – Identificação:

Nº CNS: _____

Nome: _____

Idade: _____ anos Local de residência: _____

II – Indicação do uso do TAN:

Condições clínicas: _____

FR: _____ FC: _____ Pulso: _____ Temp: _____ PA: _____

Tônus uterino: _____

Sangramento: Gengival () Ocular () Nasal ()

Outro: _____

Abortamento: Ameaça () Espontâneo () Induzido ()

Parto: A termo () Pré-termo () Pós-termo () Placenta prévia () DPP ()

Hemorragia: Anteparto () Intraparto () Pós-parto ()

Laceração: Canal parto () Restos placentários ()

III – Conduta: _____

IV – Encaminhamentos: _____

Distância a percorrer até hospital de referência: _____ km Tempo: _____ h/min.

Forma de encaminhamento: _____

Data: _____

Horário de saída: _____ Horário de chegada: _____

Profissional que encaminhou: _____

Profissional que recebeu: _____

(Nome/carimbo)

(Nome/carimbo)

AUTORES

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS no Brasil)

Adriano Bueno Tavares

Amado Nizarala de Avila

Anna Clara Cavalcante de Carvalho Santos

Bernardino Vito

Bremen de Mucio

Cristiane de Freitas Paganoti

Elaine Christine Dantas Moisés

Elisiane Cirolini

Erika Cristine Godoy de Oliveira

Gabriel Costa Osanan

Haydee Padilla

Hélio Cabral da Silva

Jussara Freitas Meyer

Laíses Braga Vieira

Mônica Iassanã dos Reis

Patricia Pereira Rodrigues Magalhaes

Rossana Pulcineli Vieira Francisco

Sérgio Monteiro Delfino

Silvana Maria Quintana

Soraya Cristina Guedes de Medeiros

Thais Meyin Lin Santos Dutra

Ministério da Saúde (MS)

Maria Esther Albuquerque Vilela

Maria Gerlivia de Melo Maia Angelim

Thereza D'Lamare Franco Netto



ØMMxH

ESTRATÉGIA **ZERO MORTE** MATERNA
POR **HEMORRAGIA** PÓS-PARTO