\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INTRODUÇÃO**

No Brasil por ano temos cerca de 300 mil mulheres que recebem a indicação de histerectomia e necessitam de cirurgia. No sistema único de saúde (SUS), a histerectomia é considerada a segunda cirurgia mais realizada entre as mulheres em idade reprodutiva, sendo separadas apenas pela a cesárea, com isso as complicações no pós-parto aumentaram entre elas estão a histerectomia por atonia uterina.

 A histerectomia em si é um procedimento cirúrgico o qual é realizada a retira total ou parcial do útero, com esse procedimento é capaz de resolver as complicações hemorrágicas a que vem ocorrer durante o trabalho de parto seja ele normal ou cesariano, obviamente os benefícios associados a este procedimento devem ser pesados contar riscos potenciais, pois a hemorragia pós-parto representa emergência obstétrica que surge em 4 á 6% dos partos, constituindo-se uma das principais causas de morte materna.

 Existem três principais causas para hemorragia no período pós-parto: Atonia Uterina, laceração das vias reprodutoras que estão relacionadas à hemorragia nos primeiros minutos e a retenção de tecido placentário, característica de hemorragia tardia (ZIEGEL & CRANLEY, 1995) Nagahama et al.(2009) dizem que a Hemorragia no pós-parto (HPP) é uma das principais causas de mortalidade materna, sendo a Atonia Uterina sua causa mais comum e a define como a diminuição ou perda da capacidade contrátil uterina.

 Camano et al.(2003) expõem que esse problema ocorre em 90% dos casos de Hemorragia pós parto (HPP), e que os fatores que podem causar essa disfunção uterina são: exaustão do músculo devido a um parto prolongado, hiperdistenção do músculo devido a uma gestação múltipla ou feto grande, carioamnionte, polidramnio ou macrossomia, anestesia geral, agente tocolítico ou uso de ocitocina durante o parto.

 É comum ocorrer o sangramento excessivo desde a separação da placenta ou durante as duas primeiras horas após o parto. Mulheres saudáveis chegam

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 a perder cerca de 300 ml de sangue durante o parto normal e se for realizado a epiziotomia pode ser acrescido de 100 a 150 ml de sangue. Uma perda superior a 500 ml pode ser considerada hemorragia (ZIEGEL & CRANLEY, 1995).

 A prevenção deve iniciar-se na gravidez, por meio da identificação de mulheres com maior risco. Durante o período de pós-parto imediato, é preciso avaliar atentamente a cada 15 minutos os sinais vitais, a contratibilidade uterina e o volume de perda sanguínea, a fim de prevenir o sangramento e detectá-lo precocemente, instituindo o tratamento o mais rápido possível (ZIEGEL & CRANLEY, 1995). Em caso de hemorragia e complicações Branden (1998) afirma que a atonia uterina pode ser provocada devido ao crescimento excessivo do útero, causado pelo polidrâminio, por uma gestação múltipla ou pelo nascimento de um recém-nascido muito grande.

 À medida que o útero cresce suas fibras musculares tornam-se excessivamente estiradas e não podem contrair-se eficazmente para comprimir os vasos sanguíneos; assim, o útero continua a sangrar, levando a uma hemorragia. Outras causas são os trabalhos de parto prolongados ou acelerados, anestesia geral ou administração do sulfato de magnésio.

 Além disso, a paciente com história de hemorragia puerperal apresenta maior risco de desenvolver atonia uterina. Essa condição pode evoluir para choque, sendo assim, deve ser feita uma avaliação completa, pois dados como o trabalho de parto prolongado ou anemia pré-natal são condições predisponentes à hemorragia.

 A atonia uterina ocorre quando não é realizada a contração do útero no pós-parto com isso ocorre um sangramento significativo, dependendo do caso, o sangramento significativo, poder ser tratados com drogas, embora em muitos casos a cirurgia seja utilizada para papar a hemorragia, ou seja, é quando ocorre a remoção do útero. É uma complicação obstétrica com elevado potencial de causar resultados devastadores. Além de estar associada à

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grande morbidade materna e Peri natal, há maior incidência de anemias. Também coloca em risco a vida da gestante e do feto.

 Resultados Peri natais adversos, com freqüência. É de fundamental importância os conhecimentos dos fatores predisponentes a histerectomia por atonia uterina à medida que estes alertam o profissional para o diagnóstico, proporcionando atuação oportuna, o que irá favorecer o prognóstico materno e fetal.

 Zigel & Cranley (1985) afirmam que perdas sanguíneas maiores do que 500 ml, pois são consideradas hemorragia, as quais apresentam perigo. Para detectar sinais que possam indicar uma piora das condições da paciente com sangramento significativo, devem-se verificar os sinais vitais em intervalos regulares e avaliar o tugor da pele. Uma hemorragia grave torna a pele pálida e úmida e pode causar calafrios, distúrbios visuais, pulso rápido e fino. Contudo, o pulso e a pressão arterial nem sempre se alteram significativamente até que a paciente tenha perdido mais de 10% de seu volume sanguíneo.

 Nesse ponto, os mecanismos compensatórios desencadeados pela hemorragia tornam-se ineficazes e a paciente entra em choque; nesses casos, os sinais variam de acordo com o estágio do choque (BRANDEN, 1998).

 É importante determinar a causa da hemorragia na paciente com sangramento vaginal excessivo, para ajudar as intervenções necessárias, o foco deve estar voltado ao tônus uterino, pois um fundo de útero firmemente contraído afasta a possibilidade de atonia uterina o que sugere que a causa do sangramento possa ser uma laceração cervical não reparada.

 Os fatores predisponentes para Atonia Uterina são: Parto cesárea, Hipertensão, idade avançada, trauma, tabagismo, deficiências de fosfato, vitamina C, História de hemorragia puerperal e atonia uterina, Remoção manual da placenta, Multiparidade, Hiperdistensão do útero, como recém-nascido grande na gestação múltipla e nopolidrâminio, Potencialização por indução com ocitocina, Uso do sulfato de magnésio durante o trabalho de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

parto, Trabalho de parto prolongado, Retenção de fragmentos placentários, Inversão uterina, Subinvolução uterina.

**RELATO DE CASO**

 A.G. S, 32 anos, sexo feminino, cor parda, casada, residente no Bairro de Tabuleiro dos Martins, natural de Maceió – AL, alfabetizada, reside em casa própria de alvenaria, com água encanada e coleta de lixo 3 vezes na semana,rua asfaltada. Proveniente de outra maternidade publica a qual fez seu primeiro atendimento, chegou em estado de choque hipovolêmico devido a uma hemorragia intensa. Foi admitida para tratamento clínico de intercorrências .Internada na unidade hospitalar publica de Maceió, onde se encontra na UTI materna à cinco dias, nega DM, HAS, alergias, etilismo. Possui 7 filhos (G-8, P- 8-7 naturais e 1 cesáreo, A-0 ,1 nati morto),no momento da visita a paciente encontrava-se acamada, em repouso no leito em decúbito dorsal, acordada, orientada, responsiva ás solicitações verbais, eupnéia, acianótica, anictérica, afebril, com estado geral estável. **Ao exame físico:** crânio simétrico sem alterações, couro cabeludo apresentou boa higienização, face simétrica, pavilhão auricular simétrico e bem higienizado, acuidade auditiva baixa, mucosas oculares hipocorada (++/4+) e hidratadas, gânglios (cabeça e pescoço) impalpáveis,portando SNG ,em soroterapia por via central cateter duplo lúmem com presença de secreção serosa e amarelada em pouca quantidade ,respirando com o auxilio de mascara de Venturi oferecimento de O2 á 8 ml/min . **Tórax** simétrico e com boa expansibilidade .**AP: MVU +** **em AHT,** **ACV: RCR em 2T com BNF, Abdome** flácido, dreno de penrose sem debito **RHA (+)**; **MMSS** sem alteração portando, oximetria digital SpO2 97%; FC – 76 bpm; P – 72 bpm; FR – 22 ipm; T. axilar 36.7°C; PA 120 x 70 mmHg; **AGU:**portando SVD N°14 à cinco dias, diurese 2.150 ml em 12 horas. **MMII** com edema 1+ (1/+). Queixa-se de padrão de sono e repouso diminuído e dores abdominais dieta oferecida por bomba de infusão, mais no momento encontra em dieta zero. **Tratamento Medicamentoso em uso**: SF 0,9% 500 ml 8/8 horas, omeprazol 40 mg 01 amp. EV de 24/24 horas ,hidralazina 250 mg + 9 ml de AD EV (ACM),metildopa 500mg VO de 6/6 horas e adalat 20 mg VO de 8/8 horas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Baseado nos diagnósticos de enfermagem direcionados ao cuidado holístico da paciente já descrita, de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE versão 2.0.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM** | **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** | **RESULTADOS ESPERADOS** |
| 1) Estado Geral estável | Manter ambiente tranquilo;Monitorar sinais vitais 4/4 horas;Promover cuidados de enfermagem. | Melhora do quadro clínico.  |
| 2) Angústia por hospitalização no momento |  Promover aceitação do estado da saúde;Promover conversa terapêutica; | Angústia por hospitalização ausente |
| 3) Padrão de sono comprometido. | Estabelecer início do sono ao anoitecer;Evitar administrar medicamentos durante período do sono;Manter ambiente tranquilo;Manter ambiente com pouca iluminação no período noturno. | Padrão de sono adequado. |
| 4) Risco para úlcera por pressão na paciente | Trocar posição de decúbito 3/3 horas;Avaliar integridade do tecido tegumentar;Avaliar nível de desidratação; Avaliar estado nutricional | Úlcera por pressão ausente na paciente |
| 5) Acesso intravenoso com potencialidade de risco de infecção. | Atentar aos sinais de inflamação no local do acesso intravenoso; | Acesso intravenoso em estado de normalidade  |
| 6)Dor aguda | Administrar medicação para dor.Aferir controle da dor  | Dor ausente |
| 7) Portando SVD  | Medir débito urinário 2 em 2h;SGU dificuldade de urinar, impotência. | Controle do BH |
| 8)Padrão da respiração comprometido | Monitorar sinais vitais.Oferta de O2 conforme prescrição medica.Monitorar status respiratório.Reduzir fatores de risco. | Dispneia ausente. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DISCUSSÃO**

 A atonia uterina é um termo em [obstetrícia](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Obstetricia&usg=ALkJrhi-Gr1xWmiS86t1PFeziPv7eLYr1g) refere à perda do tônus ​​muscular do [útero](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/%25C3%259Atero&usg=ALkJrhhEkG1Fz9xbI6HH2yPfx3TkWTJn3Q) e um consequente atraso na involução uterina. Atonia uterina também pode ser causada pela retenção de um remanescente [da placenta](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Placenta&usg=ALkJrhjZwcrati2JRci6ipd9uHMpDd2eYQ) ou [infecção](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%25C3%25B3n&usg=ALkJrhisdZhkDnIrwu5elo8fx_vgkikQhA). Em geral, as contrações dos [miométrio](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Miometrio&usg=ALkJrhh5UDKXtOl3ev-2Yo0r4oQzBfH8Qw) vasos sanguíneos comprimir arrancadas durante [a entrega](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Parto&usg=ALkJrhjcWx-rSI84xofxhss2-27QdGN2Cg), reduzindo o fluxo de sangue na parede uterina. Portanto, a falta de contrações uterinas pós-parto pode causar obstétrica. Clinicamente, entre 75-80% de [hemorragia pós-parto](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=pt-BR&prev=/search%3Fq%3DDiagnostico%2Bde%2Batonia%2Buterina%26hl%3Dpt-BR%26client%3Dfirefox-a%26hs%3DW2c%26rls%3Dorg.mozilla:pt-BR:official%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com.br&sl=es&u=http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_postparto&usg=ALkJrhh0q5dNpEMkVTr76Vx28yo_yYtRAQ) causada por atonia uterina.

 O exame físico geral, especial e tocológico consideram tais queixas para identificar correlação com patologias clínicas. (NEME, 2005). NAGAHAMA et al.(2003), diz que o tratamento inicial consiste em massagem uterina em conjunto com uso de ocitócitos, bem como a ocitocina, ergometrina e prostaglandinas.

 No insucesso de tais medidas, devemos aplicar rapidamente outros métodos na tentativa de controlá-la, como a compressão uterina bimanual, compressão da aorta abdominal e o tamponamento uterino. Métodos cirúrgicos também são utilizados como as Ligaduras arteriais, Suturas de compressão uterina, Embolização angiográfica e Histerectomia.

 O autor ainda comenta que em 1997, B-Lynch et al, apresentou uma técnica (Hemostática de Sutura de Compressão Uterina) de sutura compressiva para casos de hemorragia pós-parto, a qual apresenta menor risco de morbidade em relação as técnicas tradicionais, secundária a Atonia Uterina no caso de não obter sucesso no tratamento farmacológico.

 Segundo BURROGHS (1995), as primeiras horas após o parto são, algumas vezes, denominadas o quarto período do parto. Esse período é perigoso para a mulher, devido ao risco de hemorragias e conseqüentemente de choque hipovolêmico.

 Por essas razões, a mulher deve ser observada atentamente em uma sala de recuperação até superar os riscos imediatos e estabilizar sua condição,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

retornando após 1 hora, no mínimo, se sua condição for estável, ela é transferida para a unidade de puerpério.

 A assistência hospitalar é muito importante durante o puerpério, tanto na fase imediata como na fase mediata. Na fase imediata, as puerperais deverão permanecer acamadas e sob maior vigilância durante as duas primeiras horas, período em que são frequentes as hemorragias com ou sem comprometimento sério do estado geral.

 Idealmente, após os partos prolongados ou complicados, as puerperais deveriam permanecer em ambiente de recuperação, com enfermagem seletiva para uma melhor assistência durante este período, sendo examinadas diariamente pelo seu obstetra.

 Esse analisará o seu prontuário clínico, no que tange as anotações de enfermagem, relacionadas ao gráfico de temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, perdas sanguíneas e queixas referidas pela paciente. Em seguida, serão realizadas a anamnese dirigida para detectar complicações subclínicas ou queixas omitidas à ocorrência de cefaleia, alterações visuais, lipotimias, dispneia, tosse e escarro náuseas e vômito, diarreia, Obstipação intestinal, vertigem, retenção ou incontinência urinária, disúria e polaciúria (CARRARO, E, L. et .2006 ).

 Segundo Carraro et al.(2006, apud ZIEGEL & CRANLEY, 1985, REZENDE & MONTENEGRO, 1995, FREITAS, 2001), a manutenção da contractilidade uterina após a dequitação da placenta promovera a involução do útero, bem como a hemóstase do sítio de inserção placentária (globo de segurança de pinard), que será sucedido pela trombose local dos vasos (fase de trombotamponagem), nas primeiras 24 horas o útero alcançar a cicatriz umbilical e apresentando consistência firme.

 A involução acontecera em ritmo irregular, a uma razão aproximada de 1 cm por dia, de modo que no 10º dia do puerpério já não será mais marcado acima da sínfise púbica, e seu peso que era de 1000 kg estará reduzido menos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da metade, sendo que o processo de involução continuara por cerca de cinco a seis semanas.

 A cavidade uterina por sua vez sofre um processo de necrose e eliminação da decídua parietal, passando a regenerar-se pela ploriferação do epitélio glandular, por ação estrogênica, após o 25º dia. O sitio de inserção placentário

será regenerado progressivamente a partir do endométrio vizinho por um período que se prolonga ate o puerpério remoto. NEME (2005) destaca que o fluxo genital decorrente da drenagem uterina puerperal denomina-se lóquios.

 De inicio o fluxo é sanguíneo, de volume variável, normalmente não ultrapassando o de fluxo menstrual, já apartir do 5º dia de puerpério torna-se acastanhado, tornando-se gradativamente serossanguíneo por volta do 10º dia, tornam-se apenas serosos. O odor é característico e depende da flora vaginal da mulher, podendo tornar-se fétido quando houver ocorrência de infecção.

 CORRÊA, et al.,(2004), diz que o volume sanguíneo de um adulto é de aproximadamente 7% de seu peso atual, sendo que em obesos, a estima é baseada no seu peso ideal. Na gestante, o volume sanguíneo é equivalente a 9% de seu peso, podendo perder cerca de 1200 a 1500 mililitros (ml) de sangue sem exibir sinais de hipovolemia. A hemorragia é o resultado da redução do volume de sangue circulante (BRUNNER & SUDDARTH, 2005).

 As respostas circulatórias iniciais à perda sanguínea são compensatórias, com progressivo vaso constrição cutânea, muscular e visceral, com objetivo de preservar o suprimento sanguíneo nos rins, coração e cérebro, e aumento da frequência cardíaca para aumentar o débito cardíaco.

 A taquicardia pode ser o sinal mais precoce de choque e o aumento da resistência vascular periférica por descarga de catecolaminas. Tais mecanismos compensatórios são limitados. O método mais efetivo para melhorar o débito cardíaco e a perfusão tecidual é a restauração da anormalidade do retorno venoso pelo aumento do volume circulante (CORRÊA et al., 2004).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assim, BRUNNER E SUDDARTH (2005) demonstraram que diante um paciente em choque o passo inicial é o seu reconhecimento. O paciente deve ser avaliado quanto aos sinais e sintomas de choque, como: pressão arterial

decrescente, frequência de pulso crescente pele fria e úmida, enchimento capilar retarda.

Após o diagnóstico da doença a equipe de enfermagem deve estar com um olhar atento, para detectar dúvida, problemas e com isto poderá estabelecer intervenções adequadas ao paciente. Para isto, utilizamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se valendo de todos os passos do processo, vem permitindo aos enfermeiros um cuidar cientifico e humanizado destinado a uma assistência qualitativamente adequada (SCHIAVON et al, 2011).

 Por ser o enfermeiro, o ser que passa a maior parte do tempo com o doente durante internação hospitalar, este deve ter plena consciência que a doença seja ela crônica ou não, traz uma série de limitações físicas e emocionais, com isso, seu trabalho não se dá apenas em realizar tarefas técnicas, mas sim em saber a real necessidade do cliente naquele momento, onde muitas vezes, o que ele necessita é apenas ser ouvido, ser esclarecido sobre o que está acontecendo.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

 A realização desta pesquisa proporcionou-me uma visão ampla sobre a patologia referenciada, bem como, a assistência de enfermagem nesses casos, que na maioria das vezes são vistos apenas como mais um paciente, mas que na verdade, são pessoas carentes de cuidados especiais que vão além da técnica na realização de procedimentos específicos.

 O estudo colaborou no aprendizado da confecção de um plano de cuidados voltado inteiramente para as necessidades particulares da paciente referida no relato de experiência, onde infelizmente, as maiorias dos acadêmicos de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 enfermagem sentem dificuldade em trabalhar de forma sistematizada utilizando a taxonomia da CIPE 2.0.

 A visita técnica foi de grande importância, uma vez que proporcionou a comparação do conhecimento teórico à vivência prática de enfermeiros na

unidade hospitalar, com isso, podemos compreender quão responsável é o profissional que tem em suas mãos a responsabilidade de uma vida.

 Espero ter contribuído para o conhecimento de todos que atuam na área da saúde e se interessam por este tema, deixo registrada a carência de estudos como este por parte dos estudantes de enfermagem, já que senti falta de artigos publicados pelos meios virtuais que falem sobre a assistência de enfermagem, embasadas pela SAE e CIPE 2.0.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REFERÊNCIAS**

 REZENDE J**. Descolamento prematuro da placenta**. In: Rezende J, editor**. Obstetrícia**. 10aed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005. p. 859-69.

 BRANDEN, P, S. **Enfermagem** Materna Infantil. 2ºed, Rio de Janeiro: Reichman e Affonso, 1998.

BRUNNER e SUDDARTH et al. Tratado de **enfermagem** médico–cirúrgico. Tradução prefacio e notas José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 10ºed. 4ºvol. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

 BURROGHS, A. Uma Introdução á **Enfermagem** Materna. 6º Ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

 CAMANO, L. et al. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. Obstetrícia**. Barueri SP: Ed Manole, 2003.

 CARRARO, E, L. et al. A **enfermagem** como facilitadora na potencialização do poder vital da mulher puerpera: Aplicação de um modelo de cuidado. Florianópolis, 2006, p. 18. Trabalho de Conclusão de Curso–Universidade Federal de Santa Catarina.

CORREA, M, D. et al. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 13ºed, Belo Horizonte: Coopmed, 2004.

 GREGORATTO, ZDA et al. Manual de recomendações técnicas para equipe de **enfermagem** em centro obstétrico. Disponível em: http://www. Saúde. df. gov. br/sites. Acesso em 03 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NAGAHAMA, G. et al. **O controle de hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch-** Serie de casos. Disponível em< http://www. Scielo. br/Scielo. Acesso de 03 de abril de 2012.

 NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3ºed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NAGAHAMA, EEI; NAKAYAMA, AG; ZAPONI, RCEB **O cuidado a gestante com insuficiência** **renal aguda**: Uma revisão da **enfermagem**. Rev Uningá, nº2, p73-78, 2004.

 ZIEGEL, EE; CRANLEY, M, S. **Enfermagem obstétrica**. 8ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

CIPE versão 2 **Classificação internacional para pratica de enfermagem:** versão 2.0/ Comitê Internacional de enfermeiros;[Tradução Heimar de fatima Marin].-São Paulo: Algol Editora, 2011.

SCHIAVON, Aline Blaas; *et al*. Sistematização da assistência de enfermagem. XX Congresso de Iniciação Científica. III Mostra Científica. UFPEL, 2011.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_