

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

CAMILA FÁTIMA ALVES

**DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA:
Revisão Integrativa da Literatura**

Porto Alegre

2016

CAMILA FÁTIMA ALVES

**DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA:
Revisão Integrativa da Literatura**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof.^a Ms. Márcia Rejane Strapasson

Porto Alegre

2016

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Camila Fátima Alves*

Márcia Rejane Strapasson**

Resumo: O descolamento prematuro da placenta (DPP) é considerado como uma emergência obstétrica com elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. **Objetivo:** Identificar na literatura científica as produções relativas à temática que trata do DPP. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Optou-se pela consulta às bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), no período entre 2005 e 2015, considerando-se apenas a produção científica nacional. Para tanto, utilizou-se um quadro sinóptico como instrumento para a coleta de dados e a posterior análise, o qual completou os seguintes aspectos: nome do artigo, autores, local de origem da produção científica, objetivos do estudo, resultados e considerações/conclusões. **Resultados:** O periódico que evidenciou o maior número de publicações foi a Revista Médica de Minas Gerais, com 60% dos registros. O diagnóstico precoce e a implementação de condutas obstétricas adequadas na admissão da gestante ao serviço de saúde são essenciais para o bom prognóstico materno/fetal. **Conclusão:** Sugere-se que novos estudos pertinentes à temática em questão sejam promovidos, com ênfase no cuidado de enfermagem e suas repercussões nos desfechos materno/fetal.

Palavras-chave: Descolamento Prematuro da Placenta. Gravidez de Alto Risco. Cesárea.

1 INTRODUÇÃO

Define-se como descolamento prematuro da placenta (DPP) a separação da placenta implantada no corpo do útero antes do nascimento do feto em gestação de vinte - ou mais - semanas completas, podendo ser parcial ou total, conforme o grau de descolamento. O evento resulta de uma série de processos fisiopatológicos - muitas vezes, de origem desconhecida - e ocorre em aproximadamente 1% de todas as gestações, representando ainda mais de 30% de todas as hemorragias na segunda metade da gestação. Considera-se também como uma complicação obstétrica com elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. (BRASIL, 2012; CABRAL; AGUIAR; VITRAL, 2005).

* Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem. E-mail: camilaalves@universo.univates.br

** Enfermeira, professora mestre da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Orientadora. E-mail: marciastra@unisinis.br

Nessa perspectiva, o diagnóstico precoce e a conduta oportuna perante a gestante com suspeita de DPP melhoram o prognóstico materno e fetal. Os riscos maternos associados referem-se geralmente a aspectos como perda sanguínea excessiva, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), insuficiência renal e morte materna. (NOMURA et al., 2006). Na avaliação da gestante quando há suspeita de DPP, observam-se os seguintes sinais clínicos: dor localizada ao fundo do útero repentina e intensa, seguida de perda sanguínea externa em 80% dos casos, sangramento escuro, podendo haver sinais de hipovolemia e pressão arterial em níveis normais. Ao exame obstétrico, detectam-se a hipertonia uterina e os batimentos cardíofetais alterados ou ausentes. (SOUZA, E.; CAMANO, 2006).

A separação da placenta da parede uterina pode decorrer de força mecânica (trauma abdominal associado à descompressão rápida do útero) ou de anormalidades dos vasos uteroplacentários (trombose, vasculopatia decidual, inflamação). A hemorragia decidual e a formação de coágulo retroplacentário causam eventos progressivos que originam a redução da oxigenação materno-fetal e da troca de nutrientes, a ruptura de membranas e o aumento da contratilidade miométrial. (FRANCISCANI et al., 2010).

Por conseguinte, fundamentando-se nos dados apontados, este estudo se justifica pela experiência profissional vivida em um centro obstétrico, o que possibilitou a constatação de elevadas taxas de DPP - intercorrência cuja gravidade acarreta grandes repercussões em toda a equipe de enfermagem. Ademais, o evento requer diagnóstico clínico precoce e condutas rápidas e proativas, o que exige da equipe multidisciplinar competências, responsabilidades e atitudes específicas e qualificadas.

A relevância deste estudo reside na temática que contempla o DPP, o qual exige o diagnóstico precoce e o manejo adequado e rápido e configura uma das emergências mais graves que podem acometer a segunda metade da gestação. Acredita-se que a revisão integrativa poderá oportunizar o reconhecimento de produções científicas existentes e as nuances da assistência materna e fetal frente a uma intercorrência patológica específica da gestação. Nesse panorama, a questão de pesquisa que norteia este estudo indaga: qual a produção científica relativa à temática do DPP?

Para tanto, determina-se como objetivo geral da pesquisa analisar a produção científica atinente ao DPP, e como objetivos específicos, elencam-se:

- a) descrever os principais processos fisiopatológicos;
- b) identificar os principais fatores de risco para o DPP;
- c) descrever o manejo assistencial da equipe multidisciplinar para o DPP e a terapêutica proposta para o DPP para promover o melhor prognóstico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A gestação representa um fenômeno fisiológico cuja evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Contudo, apesar de ser pequena a porcentagem de gestantes que apresenta DPP ou algum agravo à gestação, o prognóstico ruim - tanto para a mãe, quanto para o feto - pode insurgir. (CABRAL; AGUIAR; VITRAL, 2005). Em consonância com a assertiva, Soares, Gerelli e Amorim (2010) lecionam que o DPP ocorre quando, por alguma razão, a placenta se desprende do útero, provocando lacerações de pequenas estruturas e rompimento de capilares e de veias e ocasionando sangramento intrauterino com (ou sem) repercussão hemodinâmica - todavia, sempre com danos ao feto. Diante do quadro clínico/obstétrico que se desvela, o atendimento deve ocorrer rapidamente, a fim de não se pôr em risco as vidas da mãe e do feto.

A etiologia do DPP ainda não é totalmente conhecida e pode ser categorizada como traumática e não traumática. A primeira - também chamada de mecânica - pode ser classificada como externa e interna. As causas traumáticas externas ficam restritas aos grandes acidentes e aos traumas. Dentre as causas traumáticas internas, listam-se o cordão umbilical curto, o escoamento abrupto do líquido amniótico, os movimentos fetais excessivos, a retração uterina e a hipertonia uterina (primária ou por abuso de ocitócicos). Quanto às causas não traumáticas, citam-se os chamados fatores predisponentes, a saber, a hipertensão arterial, a condição socioeconômica, a multiparidade, a idade materna avançada, o passado obstétrico ruim, o relato de DPP em gestação anterior, a cesárea prévia, a restrição do crescimento intrauterino, a corioamnionite, a gemelaridade, o diabetes melito, o tempo prolongado de rotura de membranas, o tabagismo, o etilismo e o uso de drogas ilícitas - principalmente a cocaína.

Na literatura, um dos principais fatores de risco para o DPP é a hipertensão arterial materna, a qual está presente em aproximadamente 75% dos casos. (CABRAL, 2009). O tratamento para o DPP deve ser realizado de forma individual, tendo em vista a gravidade, o grau de descolamento e a idade gestacional em que ocorre. Em casos de óbito fetal, o parto normal é recomendado, quando não houver risco para a gestante. (ELEUTÉRIO et al., 2009). Além disso, o DPP pode ser parcial ou total (BRASIL, 2012), e é classificado em três graus, como prevê a classificação de Sher:

- a) grau 1: sangramento genital discreto, vitalidade fetal em condições normais, sem repercussões hemodinâmicas. Normalmente, o diagnóstico desse grau de descolamento é feito pós-procedimento, com a detecção do coágulo retroplacentário;
- b) grau 2: sangramento vaginal moderado, com alteração na frequência cardíaca materna e na pressão arterial, com batimentos cardíacos fetais presentes, porém com comprometimento da vitalidade do conceito;
- c) grau 3: sangramento genital geral importante, podendo ser externo ou interno, com hipertonia uterina, hipotensão arterial materna e óbito.

O tratamento obstétrico ministrado em casos de feto vivo é a cesariana. Acelerar o parto vaginal abrange uma das medidas iniciais a ser proposta através da amniotomia - assim como a reposição da volemia - contudo o sangramento externo não reflete as reais perdas, e o tratamento cirúrgico é excepcionalmente indicado quando já está instalado o grau 3 do DPP. Neste caso, a histerectomia pode ser necessária. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O tratamento curativo conta com o tratamento clínico e obstétrico. É fundamental a manutenção do estado volêmico, por meio de transfusões de concentrado de glóbulos - ricos em fatores de coagulação - a fim de minimizar os riscos de falência renal e de coagulopatias. Para os casos graves, recomenda-se acompanhamento com o hematologista. O tratamento obstétrico atualmente é estabelecido de acordo com a vitabilidade e a viabilidade do feto. No caso de feto vivo e viável, sugere-se a resolução imediata. (SOUZA, E.; CAMANO, 2006).

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que permite a incorporação das evidências na prática clínica, com a finalidade de reunir e de sintetizar os resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nesse intuito, para nortear esta pesquisa, formulou-se a questão: qual a produção científica relativa à temática do DPP?

Definiram-se como fonte de busca as bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciência e Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo), que são consideradas como referências na produção científica na área da saúde. Na consulta, utilizaram-se os seguintes descritores de saúde: descolamento prematuro da placenta, gestação de alto risco e cesárea. Para as buscas nas bases de dados estabelecidas, efetuaram-se os seguintes cruzamentos com os descritores definidos na base de dados Scielo: descolamento prematuro da placenta AND gestação de alto risco AND cesárea; descolamento prematuro da placenta OR gestação de alto risco AND cesárea; cesárea AND gestação de alto risco OR descolamento prematuro da placenta; cesárea OR gestação de alto risco OR descolamento prematuro da placenta; gestação de alto risco AND cesárea OR descolamento prematuro da placenta; descolamento prematuro da placenta OR gestação de alto risco AND cesárea; gestação de alto risco AND cesárea OR descolamento prematuro da placenta; cesárea AND gestação de alto risco OR descolamento prematuro da placenta; descolamento da placenta AND gestação de alto risco OR cesárea, na base de dados LILACS.

Para a seleção dos estudos desta revisão integrativa, foram incluídos somente artigos originais e completos, oriundos de estudos realizados no Brasil, com ano de publicação entre 2005 e 2015, em idioma português, que apresentassem informações sobre o DPP. Assim, excluíram-se os estudos internacionais, os artigos internacionais com ano de publicação anterior a 2005, os artigos incompletos, as teses, as dissertações, as monografias, as revisões de literatura e as duplicidades. A busca pelas produções foi conduzida no período entre Outubro de 2015 e Novembro de 2015.

Para a elaboração do estudo, foram atendidas as seguintes etapas:

- a) estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão dos estudos/amostra;
- b) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados através de um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave;
- c) análise dos estudos incluídos na revisão integrativa procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos;
- d) interpretação dos resultados, em que o revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realiza a comparação com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e de implicações resultantes da revisão integrativa e, por último, realiza a apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES; SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para a análise e a posterior síntese dos artigos selecionados, confeccionou-se um quadro sinóptico, o qual contemplou aspectos considerados como pertinentes. Os dados empregados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando-se e observando-se o rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, através da identificação de autores e de fontes.

4 RESULTADOS

Através da união dos descritores - descolamento prematuro da placenta, gestação de alto risco e cesárea - apuraram-se 477 estudos na base de dados Scielo, dos quais, após análise minuciosa, averiguou-se que oito deles se adequavam aos critérios de inclusão. No entanto, seis artigos estabeleciam duplicidade, restando, portanto, dois estudos. Já na base de dados LILACS, foram encontrados 336 estudos. Após a análise cuidadosa, apenas cinco artigos foram selecionados, por atenderem aos critérios de inclusão. Contudo, dois encontravam-se publicados na base de dados SciELO - já usados no estudo anterior - o que resultou em apenas três estudos para análise. Logo, a presente revisão integrativa abarca cinco artigos. O Quadro 1 exhibe a amostra dos cinco achados selecionados.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, base de dados, periódico e ano de publicação

Código	Autores	Base de dados	Periódico	Ano de publicação
S1	Cabar, FR; Nomura, RMY; Machado, TRS; Zugaib, M.	SciELO	Rev. Assoc. Med. Bras.	2008
S2	Nomura, RMY; Cabar, FR; Machado TRS; Martins, NA; Ruocco, RMSA; Zugaib, M.	SciELO	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	2006
L1	Eleutério, DK; Santos, JSS, Vieira, LHR; Santos, RLA; Januario, TRA; Miranda, VR; Silva, VL; Martins, WM; Mendonça, M.	LILACS	Rev. Med. Minas Gerais	2009
L2	Eleutério, DK; Santos, JSS; Vieira, LHR; Santos, RLA; Januario, TRA; Miranda, VR; Silva, VL; Martins, WM; Mendonça, M.	LILACS	Rev. Med. Minas Gerais	2009
L3	Franciscani, AAR; Resende, B; Costa, CR; Souza, FBC; Ferreira, FLR; Cardoso, MFP; Rocha, RG; Bragança, RD; Leite, HV.	LILACS	Rev. Med. Minas Gerais	2010

Fonte: Dados da pesquisa coletados pela pesquisadora. Porto Alegre, RS, 2015.

Os estudos foram realizados entre os anos de 2005 e 2015, contemplando um achado (20%) no ano de 2006, um (20%) em 2008, dois (40%) em 2009 e um (20%) em 2010.

Quanto ao local de origem das produções científicas, Minas Gerais incidiu com maior número sobre as demais regiões, registrando três artigos (60%), que conglobam respectivamente os estudos L1, L2 e L3. Outros dois estudos (40%) foram realizados em São Paulo.

Dos cinco estudos analisados, quatro artigos (80%) adotaram a metodologia descritiva quantitativa - S1, S2, L1, L3 - e um estudo (20%), o L2, aplicou o relato de caso.

As revistas dos cinco estudos que publicaram sobre a temática e seus respectivos Qualis foram: Rev. Med. Minas Gerais (60%) L1 e L2, Qualis – B5, Rev. Assoc. Med. Bras (20%) Qualis – B2, S1, Rev. Bras. Ginecol. Obstet (20%) Qualis – B1 estudo S2. Os autores envolvidos nos artigos analisados eram 100% pertencentes à categoria médica.

Dos documentos selecionados, um estudo (20%) - o S1 - objetivou comparar a incidência de óbito fetal por DPP e o perfil dos fatores maternos associados ao óbito fetal em casos acometidos por DPP em dois períodos, num mesmo serviço. O estudo S2 (outros 20%) tencionou comparar o perfil dos fatores de risco maternos, a evolução clínica materna e os resultados obstétricos e perinatais associados ao diagnóstico de DPP em pacientes que realizaram o parto em hospital, em dois períodos distintos. Os achados L1, L2 e L3 (60% dos registros) mostraram como as afecções hipertensivas da gravidez podem repercutir negativamente na evolução da gestação e como o diagnóstico precoce e o manejo adequado no pré-natal asseguram sucesso no controle dos níveis hipertensivos.

Os estudos S1 e S2 discorrem sobre a gravidade e a etiologia do DPP e o elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. Revelam que a etiologia do DPP ainda não é conhecida, mas pode ser classificada em traumática (mecânica) e não traumática, além de interna - como cordão umbilical curto, escoamento rápido de polidrâmnio, movimentos fetais excessivos, hipertonia uterina, dentre outros quadros - e externa, nos casos típicos de acidentes ou de traumas.

O estudo L1 evidencia que o processo fisiopatológico da doença ainda é desconhecido em muitos casos, entretanto sabe-se que o vasoespasmismo agudo de pequenos vasos pode envolver o evento que precede imediatamente a separação da placenta, podendo haver trombose dos vasos associados com necrose decidual e hemorragia venosa. Tais eventos, associados à força de cisalhamento resultante de trauma agudo, podem desencadear a separação da placenta.

Os estudos L1, L2 e L3 descrevem o aumento da incidência de DPP nos últimos anos e suas causas, as quais podem se relacionar com as mudanças nos fatores de risco a que as gestantes estão expostas na atualidade e com o incremento tecnológico que tem contribuído para o diagnóstico acurado do DPP. O

estudo L2 postula que comumente o DPP caracteriza-se pela dor localizada geralmente no baixo ventre, repentina e intensa, e que em 80% dos casos há perda sanguínea vaginal. Já ao exame obstétrico detecta-se hipertonia uterina e batimentos cardíacos fetais comumente ausentes, e ao exame genital, percebe-se bolsa das águas tensas.

No estudo L1, verifica-se que as manifestações clínicas da placenta dependem de inúmeros fatores, como a apresentação de hemorragia, por exemplo, que pode ser tanto interna quanto externa, leve ou grave, aguda ou crônica. O descolamento agudo denota hemorragia vaginal, dor e contrações uterinas, que são geralmente de alta frequência e de baixa amplitude. Já o descolamento crônico é causado por hemorragia venosa de baixa pressão, associada frequentemente à necrose inflamatória.

No que concerne aos fatores de risco, os estudos L1, L2, L3, S1 e S2 elencam a idade materna avançada, a multiparidade, a doença hipertensiva, a raça negra, o baixo nível socioeconômico, a rotura prematura de membranas, a infecção intrauterina, o DPP prévio, o tabagismo, o uso de cocaína, o diabetes melito, a cesariana anterior, a gemelaridade e a corioamnionite como fortes aliados do DPP.

Nos estudos L1, L2 e L3, salienta-se que o tratamento curativo inclui os tratamentos clínicos e obstétricos, e que para isso, é essencial a manutenção do estado volêmico, frequentemente por meio de transfusões de concentrado de glóbulos - que são ricos em fatores de coagulação - e de acompanhamento com hematologista. O tratamento obstétrico, na atualidade, é estabelecido de acordo com a vitalidade e a viabilidade do conceito.

No que diz respeito à terapêutica em caso de diagnóstico de DPP, o estudo L1 indica a interrupção rápida, a adequada transfusão sanguínea, a analgesia, a monitorização da condição materna e a avaliação do bem-estar fetal. Ressalta a importância do pré-natal e do planejamento familiar como tratamento profilático para o DPP, merecendo medidas de destaque, como o acompanhamento de gestantes hipertensas.

Em se tratando do quadro clínico, no estudo S1 repara-se que a presença de hipertonia uterina esteve relacionada com a maior gravidade do comprometimento fetal, e a ausência de sangramento vaginal se associou com maior proporção de casos ao óbito fetal. Neste caso, a ausência de sangramento pode ter dificultado o diagnóstico precoce do DPP. Ainda em S1 reforça-se que o diagnóstico e a atuação

oportuna perante a gestante com hipótese de DPP aprimoram o prognóstico materno e fetal. Os riscos maternos associados geralmente envolvem aspecto como perda sanguínea excessiva, CIVD, insuficiência renal e morte materna. O trabalho destaca ainda a importância da rápida tomada de decisão e preconiza a retirada do concepto, ainda vivo, em um período inferior a vinte minutos.

O estudo S2 relata o aumento da incidência de DPP em mulheres da raça negra, sem pré-natal ou com pré-natal de baixa qualidade. Por sua vez, o estudo L1 mostra que o DPP simboliza um grave problema obstétrico, podendo ter consequência potencialmente fatal para o binômio materno-fetal. O prognóstico fetal é ruim devido à prematuridade e à anóxia, com frequentes lesões sequelares.

Já o prognóstico materno pode comprometer-se principalmente em função da lesão de múltiplos órgãos, decorrente do choque hipovolêmico e da instalação de distúrbios da coagulação. Por fim, o estudo L2 reforça que as afecções hipertensivas da gravidez podem repercutir de forma negativa na evolução da gestação, o que evidencia a necessidade de diagnóstico e de manejo precoce.

Em suma, sabe-se que a gestante com DPP requer detecção rápida e precisa do diagnóstico, o que facilita o manuseio e a resolução de possíveis complicações dessa patologia. Por isso, o trabalho da equipe multidisciplinar ganha relevância no cuidado da gestante para a obtenção de melhores desfechos - materno e neonatal. No entanto, os estudos analisados não abordaram tal temática.

5 DISCUSSÃO

Fundamentando-se nos dados que se descortinaram, é inquestionável que o DPP sintetiza uma das patologias de maior gravidade à gestação, em virtude de seu elevado potencial de morbimortalidade materna e fetal. Ademais, estudos confirmaram que vem aumentando sua incidência, o que pode se referir às mudanças nos fatores de risco a que as gestantes estão expostas e também ao incremento tecnológico. (ELEUTÉRIO et al., 2009).

Neste estudo, os artigos selecionados e analisados foram produzidos com maior frequência no ano de 2009 (40%). Acredita-se que tais achados justificam-se pelo período em que foi instituída a Meta do Milênio, pela Organização das Nações Unidas (ONU), com o fito de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal até o ano de 2015. A própria magnitude da patologia e sua elevada

incidência podem ter impulsionado os profissionais a estudar a temática em busca de novas ponderações para a prática obstétrica.

A taxa de mortalidade perinatal é de 71,3%, e a materna é de 5,1%, sendo a cesariana realizada em 94,1% dos casos. Os resultados ainda mostraram que a taxa de mortalidade perinatal é maior no parto vaginal. (SOUZA, Alex; AMORIM; PORTO, 2010). Além do mais, o DPP constitui importante causa de hemorragia no terceiro trimestre de gestação, responsabilizando-se por mais de um quarto de todos os óbitos perinatais. Atualmente, representa um desafio para a obstetrícia, já que sua etiologia ainda permanece desconhecida e suas consequências são deletérias. (SOUZA, Ana et al., 2007). Igualmente, a fisiopatologia não é totalmente esclarecida, haja vista a constatação de vasoespasmo de pequenos vasos imediatamente anterior à separação da placenta. (ELEUTÉRIO et al., 2009).

A principal responsável para o DPP não traumático em 50% dos casos é a hipertensão arterial, e tanto a pré-eclâmpsia quanto a hipertensão arterial crônica contemplam fatores de risco significativos. A ausência de hipertensão na hora da chegada da gestante ao serviço de saúde não exclui a etiologia hipertensiva, visto que a mulher pode estar em choque. Já para o DPP relacionado ao trauma, o acidente automobilístico se revela como maior causa, podendo ocorrer por um trauma direto no abdômen ou por uma desaceleração. (BRASIL, 2012).

O sangramento pode manifestar-se de três maneiras diferentes - quais sejam, hemorragia exteriorizada, hemoâmnio e sangramento retroplacentário. Até 20% dos sangramentos são ocultos, com formação de coágulos retroplacentário e infiltração sanguínea intramiometrial, o que pode estar relacionado à apoplexia uteroplacentária, e dificultar a contratilidade do útero no pós-operatório, sendo causa importante de hemorragia no pós-parto. (BRASIL, 2012; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O pós-parto pode apresentar atonia uterina, principalmente quando há duração maior do DPP. Nessa circunstância, o útero pode apresentar-se tigróide e com sufusões hemorrágicas, as fibras musculares podem estar dissociadas, com infiltração sanguínea e com capilares dilatados, comprometendo a retração uterina. A histerectomia estará indicada nos casos graves não responsivos às massagens uterinas e ao uso de ocitócitos. (SOUZA, E.; CAMANO, 2006).

Ao exame obstétrico, frequentemente percebe-se sangramento vaginal, aumento progressivo da altura uterina, palpação do útero com grande tensão da parede ou consistência lenhosa permanente, hipertonia uterina, mostrando-se com dificuldade a palpação das partes fetais, ausculta fetal difícil ou ausente e bolsa das águas tensa ao toque. (CABAR et al., 2008). Por isso, torna-se importante que, na admissão e na avaliação da gestante com suspeita ou com diagnóstico de DPP, sejam aferidos os sinais vitais com medidas iniciais das manobras de ressuscitação e, caso necessário, sejam checadas as vias aéreas (se estão pérvias), a respiração e a circulação e providenciem-se dois acessos venosos calibrosos. Realizam-se também a palpação uterina, observando a apresentação fetal e o tônus, as medidas da altura uterina e a ausculta de batimentos cardíacos fetais, com preferência para a monitorização fetal contínua. (BRASIL, 2012).

No tratamento do DPP, é imprescindível a manutenção do estado volêmico, frequentemente por meio de transfusões de concentrado de hemácias e de plasma fresco congelado e crioprecipitado. O tratamento obstétrico varia de acordo com a vitabilidade e a viabilidade do concepto. Em caso de feto vivo e viável, recomendam-se a imediata rotura das membranas e o parto vaginal, ou a cesariana, se a via baixa for inviabilizada por algum motivo. Também se preconiza a administração de derivados da meperidina e de ocitócicos - quando a hipertonia não for acentuada. Diante de um feto morto, geralmente ocorre a cesariana, quando detectadas a parada na evolução da parturição, a hemorragia pronunciada e a vigência de instalação de coagulopatia. (FRANCISCANI et al., 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

Condições socioeconômicas desfavoráveis - como baixa escolaridade e baixa renda familiar - têm levado mulheres à gestação de risco, uma vez que se associam geralmente ao estresse, às piores condições nutricionais, à inter-relação entre emoções fortes com hipertensão arterial e com condições financeiras precárias. (MOURA et al., 2010).

Nesse sentido, o enfermeiro desempenha papel de extrema importância no cuidado da gestante de alto risco, quer seja em nível primário (nos centros de saúde ou no domicílio), pelo acompanhamento no pré-natal, ou em nível secundário/terciário de complexidade maior, em nível hospitalar. Logo, é primordial a atuação do enfermeiro obstétrico e da equipe multidisciplinar na implementação de cuidados integrais e no tratamento adequado à gestante de risco. Os cuidados de enfermagem devem ser

prescritos e avaliados pela enfermeira responsável pela gestante com ênfase na humanização e na segurança do cuidado. (SOUZA, Alex et al., 2006).

Em suma, frente às dúvidas, às inseguranças e aos medos que se instalam, o cuidado obstétrico e de enfermagem busca esclarecer, orientar e conduzir de forma humanizada e segura todo processo de parto e de nascimento. O profissional de enfermagem precisa então desenvolver competências e responsabilidades necessárias para o cuidado da gestante de modo integral e ético, no intuito de minimizar fatores estressantes e de desempenhar o papel com habilidade para tornar menos árduos os possíveis traumas dessa experiência. (KAVANAUGH et al., 2009, tradução nossa).

6 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa permitiu dar visibilidade às produções Brasileiras acerca do DPP e suas temáticas - fisiopatologia, etiologia, fatores de risco e cuidado da equipe multidisciplinar. Evidenciou-se que, dentro do período temporal estabelecido para o estudo, o ano de 2009 registrou maior produção científica, e que o periódico de maior publicação (com 60% dos registros) foi a Revista Médica de Minas Gerais.

Considerando-se a relevância da questão em estudo, observou-se que ainda encontra-se escassa a produção relativa ao DPP e suas implicações maternas e fetais. Ademais, a abordagem do cuidado específico de enfermagem para com a gestante em diagnóstico de DPP não foi estudada nas pesquisas selecionadas. Outrossim, acredita-se que tal evento tenha ocorrido pelo enfoque patológico com caráter clínico obstétrico.

Os estudos examinados reforçaram a relevância do diagnóstico precoce e a instauração de condutas obstétricas adequadas para ofertar melhores desfechos materno e fetal. Espera-se que esta revisão integrativa contribua para a sensibilização dos enfermeiros obstétricos na busca investigativa das nuances do cuidado para com a gestante com DPP e suas implicações no feto.

Sugere-se finalmente que novos estudos sejam realizados pela comunidade científica, com vistas à sensibilização dos serviços de saúde e da equipe multidisciplinar.

DT PLACENTAL: INTEGRATIVE LITERATURE

Abstract: The placental abruption (DPP) is regarded as an obstetric emergency with high potential for maternal and fetal morbidity and mortality. Objective: To identify the scientific literature productions on the theme dealing with the DPP. Method: This is an integrative literature review. We opted for the query to databases Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), between 2005 and 2015, considering only the national scientific production. For this, we used a summary table as a tool for data collection and subsequent analysis, which completed the following: product name, authors, place of origin of the scientific production, the study objectives, results and considerations / conclusions. Results: The journal that showed the highest number of publications was the Medical Journal of Minas Gerais, with 60% of the records. Early diagnosis and the implementation of appropriate obstetric conduct the admission of pregnant women to health services are essential to good maternal / fetal prognosis. Conclusion: It is suggested that new studies relevant to the topic in question are promoted, with emphasis on nursing care and its impact on maternal / fetal outcomes.

Keywords: Placental abruption. Caesarean section. High-risk pregnancy.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 5. ed. Brasília, DF, 2012.

CABAR, Fabio R. et al. Óbito fetal no descolamento prematuro de placenta: comparação entre dois períodos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 256-260, maio/jun. 2008.

CABRAL, Antonio Carlos Vieira; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; VITRAL, Zilma Nogueira Reis. **Manual de assistência ao parto**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CABRAL, Antônio Carlos Vieira. **Fundamentos e prática em obstetrícia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

ELEUTÉRIO, Douglas Kind et al. Descolamento prematuro da placenta. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. S5-S9, out./dez. 2009. Supl. 3. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1092/v19n4s3a02.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FRANCISCANI, Aparecida A. R. et al. Descolamento prematuro de placenta: relato de caso. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. S107-S109, abr./jun. 2010. Supl. 1.

KAVANAUGH, Karen et al. Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, Hagerstown, MD, v. 23, n. 2, p. 159-170, Apr./June 2009.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre as mulheres hospitalizadas com pré-eclampsia. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 250-255, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17855/11650>>. Acesso em 24 dez. 2015.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. Fatores maternos e resultados perinatais no descolamento prematuro da placenta: comparação entre dois períodos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 324-330, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n6/31885.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SOARES, Maria Augusta Moraes; GERELLI, Anacira Maria; AMORIM, Andreia Sousa. **Enfermagem: cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SOUZA, Alex Sandro Rolland de; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseada em evidências: parte II. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, set. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a459-468.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2015.

SOUZA, Alex Sandro Rolland de et al. Pré-eclampsia. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. 499-507, jul. 2006. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-7-551.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2015.

SOUZA, Ana Carolina Batista de et al. Descolamento prematuro de placenta: "abruptio placentae". **J. Bras. Med.**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1/2, p. 52-54, jan./fev. 2007.

SOUZA, E.; CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 133-135, maio/jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a08v52n3.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2015.