

Uso de Antitrombótico em Gestantes e não Gestantes na Cidade de Jundiaí

Stephanie Ortega Alves, Marcia Thomaz, Danielle Skubs, Alexandre Duarte Baldin, Andrea Peterson Zomignani, Érika Simone Lopes, Erivelto Luis Chacon, Humberto Moreira Spindola, Jhonattan Gustavo Pampero, Juçara Noeli da Silva, Flávia Noeli de Souza Infante, Tania Mara dos Santos, Natalia Castanha da Silva, Vanessa Domingues Ramalho, Mariana Cecchetto Figueiredo*

UniAnchieta -Centro Universitário Padre Anchieta -Curso de Farmácia -Campus Prof. Pedro. C. Fornari -Av. Odila Azalim, 575 -Vila Jundiainópolis -Jundiaí/SP1*

*Autor para Correspondência: Centro Universitário Padre Anchieta, Avenida Doutor Adoniro Ladeira, 94, Km 55,5, Rodovia Anhanguera, Jundiaí, São Paulo, Brasil.

Todos os autores deste artigo declaram que não há conflito de interesses

Artigo Original

Resumo

Hematologia é a ciência que estuda o sangue e seus componentes, e patologias, dentre elas, distúrbios de coagulação, no caso deste trabalho tudo se inicia a partir da eventual ampliação da hiperemia venosa que auxilia na coagulação sanguínea, expandindo a formação de coágulos. Contudo, no momento que o coágulo é aderido à parede do vaso são denominados, trombos. Posteriormente, o trombo obstrui a passagem sanguínea, fazendo com que se eleve a pressão do sangue na região, o que resulta no deslocamento do trombo da parede do vaso, e o mesmo vai para a corrente sanguínea, se tornando um êmbolo. Trombose é algo arriscado, ainda mais na gravidez, afinal, pode obstruir o cordão umbilical, cessando assim, a comunicação materna fetal, pelo seguinte motivo, diversos profissionais médicos prescrevem o uso de antitrombóticos, para evitar essa enfermidade. O objetivo deste trabalho foi avaliar o uso de antitrombóticos em pacientes grávidas e não grávidas em uma Unidade de atendimento em Saúde de Jundiaí-SP. A metodologia estabelecida foi a partir da aplicação do questionário realizada através de formulários e TCLE impressos e distribuídos no Ambulatório de Saúde, no Hospital Universitário, localizado na Praça Rotatória, s/n - Jardim Messina, Jundiaí – SP, com o intuito de identificar o uso de ácido acetilsalicílico e/ou da heparina (de baixo peso molecular ou não fracionada) das gestantes e não

gestantes, e investigar benefícios ou problemas acarretados, e outras informações pertinentes relacionadas à gestação, parto, tratamentos adjacentes, entre outros. Os resultados demonstram que o uso de antitrombóticos (heparina/ácido acetilsalicílico) por mulheres com condições trombogênicas ou que apresentam patologias clínicas que necessitam de anticoagulante permanente, expressa benefícios significativos, apesar da presença das RAM.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; trombose; heparina; ácido acetilsalicílico.

Use of Antithrombotics in Pregnant and non Pregnant Women in the City of Jundiaí

Abstract

Hematology is the science that studies blood and its components, and pathologies, including coagulation disorders. In the case of this work, everything begins with the eventual increase in venous hyperemia that helps blood clotting, expanding the formation of clots. However, the moment the clot adheres to the vessel wall, they are called thrombi. Subsequently, the thrombus obstructs the blood passage, causing blood pressure to rise in the region, which results in the displacement of the thrombus from the vessel wall, and it goes into the bloodstream, becoming an embolus. Thrombosis is something risky, even more so during pregnancy, after all, it can obstruct the umbilical cord, thus ceasing maternal-fetal communication. For the following reason, several medical professionals prescribe the use of antithrombotics to avoid this disease. The objective of this work was to evaluate the use of antithrombotics in pregnant and non-pregnant patients in a Health Care Unit in Jundiaí-SP. The established methodology was based on the application of the questionnaire carried out using forms and informed consent forms printed and distributed at the Health Outpatient Clinic, at the University Hospital, located at Praça Rotatória, unnumbered - Jardim Messina, Jundiaí – SP, with the aim of identifying the use of acetylsalicylic acid and/or heparin (low molecular weight or unfractionated) by pregnant and non-pregnant women, and investigate benefits or problems caused, and other pertinent information related to pregnancy, childbirth, adjacent treatments, among others. The results demonstrate that the use of antithrombotics (heparin/acetylsalicylic acid) by women with thrombogenic conditions or who present clinical pathologies that require permanent anticoagulants, expresses significant benefits, despite the presence of ADRs.

Keywords: nursing care; thrombosis; heparin; acetylsalicylic acid.

Introdução

Os sinais de presunção, probabilidade e certeza vão afirmar a positividade para gravidez, mas antes disso, ocorre a fecundação, que dá origem ao ovo, que percorre seu caminho até o útero, onde sucede a nidação, e assim, inicia-se o desenvolvimento do embrião. Primariamente, o feto é denominado de "non-self", ou seja, não é considerado parte do corpo feminino, é visto como um aloenxerto, mas mesmo assim, é resoluto de sofrer rejeição como os demais transplantes, porém, isso depende do HLA (antígeno leucocitário humano)¹ que possui a funcionalidade de mensurar a susceptibilidade da mãe/feto com relação a doenças. Assim como é possível observar na figura 01, as células trofoblásticas presentes no sangue da gestante, e assim, aguçam o sistema imune materno. Logo, o linfócito T regulatório é ativado e passa a estimular o desenvolvimento de uma tolerância aos antígenos fetais, com o TCD4+ atuando, reflete na anulando a ação da TCD8+¹.

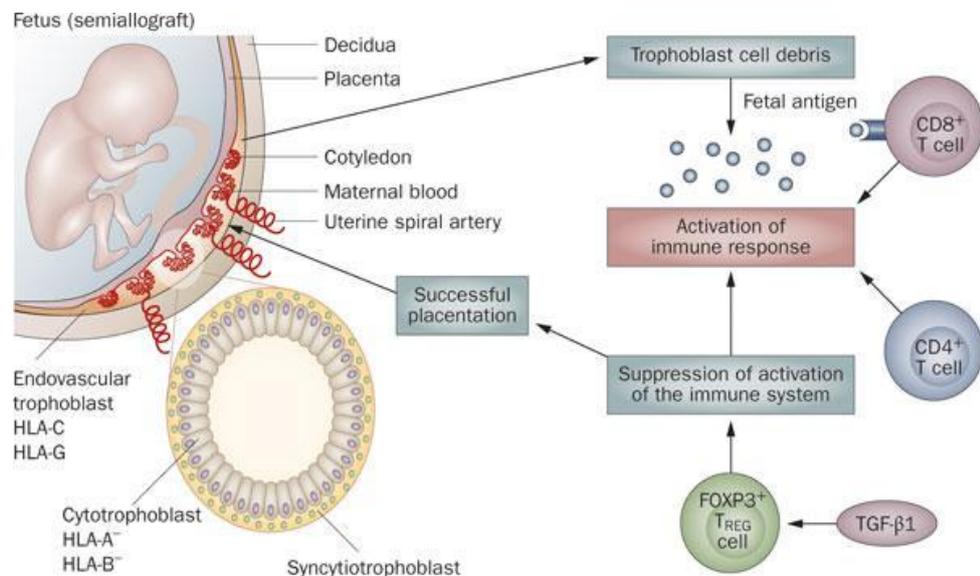


Figura 01 – HLA materno.

Fonte: (Torres, 2016)

Ao decorrer da gestação, desenrola-se a formação dos anexos embrionários, com relevância na vida intrauterina do feto, dentre eles cito a placenta, composta por lado fetal onde se tem a presença de grandes vasos e do cordão umbilical, e pelo lado materno aderido ao endométrio e caracterizado pela presença de cotilédones. Entrelaçado à isso, no tecido placentário a presença de trofoblastos de sítio de implantação - células periféricas do blastocisto - onde se penetram na decídua para anexar a placenta a mãe, e de trofoblastos vasculares, que ficam em contato com o sangue materno para realizar hematose e nutrição. A função do complexo uteroplacentário é transportar nutrientes,

oxigênio da circulação da mãe para o feto, e algumas vezes possibilita a passagem de alguns fármacos².

Uma enfermidade comum é a trombose venosa/arterial, caracterizada pela condição de hipercoagulabilidade. Os primórdios da cascata de coagulação se iniciam a partir do momento que mínimas lesões se apresentam nos vasos (veias e artérias) causados pela pressão arterial, quando a túnica média é exposta inicia-se a agregação plaquetária, logo mais, com a formação de fibrina, a mesma fica sob os trombócitos, inibindo o extravasamento sanguíneo e facilitando a regeneração do vaso acometido. Simultaneamente a produção da proteína fibrosa, enceta-se o processo de anticoagulação, para eludir que ocorra crescimento do coágulo sanguíneo. De acordo com a figura 02, é possível entender o cerne da questão, que é quando um coágulo que passou por aumento de dimensões impede o fluxo sanguíneo, denominado de trombo, e em seguida, provoca opilação do vaso, originando a trombose³.

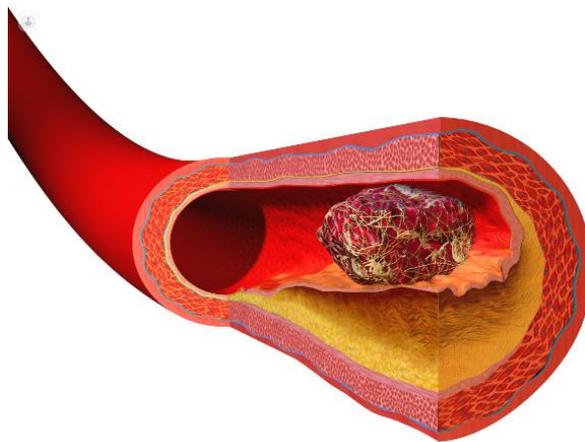


Figura 02 – Presença de trombo arterial.

Fonte: TOPDOCTORS®

As gestantes possuem aumento dos aspectos coagulantes, e redução tanto das condições anticoagulantes quanto da ação fibrinolítica. E a real problemática é originar tromboembolismo (TE) e/ou insuficiência placentária, podendo resultar em aborto (até 20 semanas), parto pré-maturo, pré-eclâmpsia, déficit no crescimento intrauterino, e até mesmo óbito materno. Dentre os tratamentos adjuvantes, seria alteração de fatores extrínsecos, como o padrão alimentar, evitando aterosclerose, praticar exercícios ou caminhadas leves regularmente, evitar longos períodos em pé ou sentada pois, pode originar hipotensão postural ou mesmo hipoglicemia. Uma alternativa, é o uso de meias

de compressão, para melhorar o edemaciação dos membros inferiores. Todavia, existem profilaxias farmacológicas, sinalizada pelo uso de ácido acetilsalicílico ou heparina⁴.

Em relação a primeira vertente farmacológica, temos o Ácido Acilsalicílico, que é um AINES, e oferece efeito analgésico, possui a função de impossibilitar a hemostasia primária, bloqueando a síntese do TXA₂, que realiza vasoconstrição. Na cascata de ácido araquidônico, acontece a inibição do Tromboxano A₂, um eicosanoide presente em COX-1, o evento o mencionado acima demarca o mecanismo de ação do fármaco. Normalmente, os tratamentos para gestantes é indicado o comprimido de 100mg de ácido acetilsalicílico. Neste caso, o AAS[®], é considerado categoria D para gestantes, isto é, uma margem para manifestação de evidências prol risco, contudo, os benefícios que o fármaco propõe, justificam o seu uso⁵.

A segunda opção farmacológica é o uso da heparina, que integra a classe dos antitrombóticos. No entanto, existe duas variações de heparina, sendo elas, a de baixo peso molecular (HBPM) e a não fracionada (HNF). Ambas podem ser utilizadas como profilaxias ou como via terapêutica, e podem ser administradas via venosa (IV) ou subcutânea (SC) com monitoramento da coagulação⁶.

A HNF, na forma profilática, geralmente é utilizada em baixas doses para TE em pacientes clínicos e cirúrgicos de risco apresenta eficiência. A mesma possui um mecanismo de ação que intensifica a ação da antitrombina III, ampliando assim, a sua afinidade pela trombina (fator IIa), torna inoperante a trombina e os fatores IXa, Xa, XIa, XIIa e plasmina, e também, impossibilita a conversão de fibrinogênio em fibrina. Ela apresenta uma biodisponibilidade reduzida e sua atividade anticoagulante é dada como instável, por conta da variação sofrida. A segunda é HBPM, sua maior eficácia na redução de TEV, e tem menos chances de gerar uma trombocitopenia. Como via terapêutica, é utilizada para TVP, e seu uso está associado a redução da mortalidade e minimiza a apresentações de sangramentos maiores. No entanto, sua deve-se dedicar uma atenção especial nos indivíduos com alterações da função renal (depuração de creatinina inferior a 30ml/min). Uma de suas vantagens sobre a HNF é que a mesma apresenta melhor biodisponibilidade, e sua ação prolongada possibilita entre uma ou duas administrações no dia⁶.

Contudo, algumas mulheres também realizam tratamento farmacológico com os fármacos já citados, por razões distintas, por exemplo, combater a trombose venosa profunda (TVP), que é uma reação adversa do uso excessivo de anticoncepcionais orais, afinal sua composição hormonal pode afetar a hemostasia, e mesmo assim seu uso pode

ser estimulado por ser a contracepção mais acessível pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

A preocupação pelo uso de contraceptivos hormonais ou de terapia hormonal, sem assistência profissional, resulta na instituição de farmacoprofilaxia, como um meio de alcançar a redução dessa complicação. Não obstante, os enfermeiros atuantes, neste caso, na área da saúde da mulher, possuem a incumbência de prestar assistência a pacientes que realizam uso de antitrombótico ou que podem ser possíveis novos alvos para utilização destas terapias, efetuando um atendimento direcionado a prevenção de complicações⁸.

Diante do exposto, o trabalho foi avaliar o uso de antitrombótico em gestantes e não gestantes em uma unidade de atendimento em Jundiaí. Através de um questionário, identificar o uso de antitrombóticos (ácido acetilsalicílico e heparina) nas gestantes e não gestantes, verificar os benefícios decorrentes do uso dos antitrombóticos durante e após a gestação, verificar os problemas relacionados ao uso dos antitrombóticos, tais como reações adversas, intercorrências nas aplicações, necessidade de suspensão do tratamento, alterações de desenvolvidos fetal.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e foi aplicado um questionário com 19 questões, de elaboração própria, em um espectro de 15 a 50 mulheres grávidas e não grávidas que precisam/precisaram utilizar antitrombóticos, que estarão realizando/realizaram pré-natal ou estão realizando/realizaram acompanhamento com o profissional de saúde, na cidade de Jundiaí no ano de 2020/2021.

Mulheres foram convidadas a participar do projeto como voluntárias, sendo assim, a aplicação do questionário foi realizada através de formulários e TCLE impressos e distribuídos no Ambulatório de Saúde, no Hospital Universitário, localizado na Praça Rotatória, s/n - Jardim Messina, Jundiaí – SP. A cada 15 dias foram recolhidos os formulários preenchidos, para que os resultados fossem contabilizados na pesquisa, e distribuídas novas cópias para serem preenchidas. Considerando que o questionário de coleta de dados foi disponibilizado de maneira presencial, cada participante recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por fim, as participantes do estudo foram orientadas pelos profissionais da equipe de enfermagem do Ambulatório de Saúde da Mulher, o que facilitou a adesão ao estudo.

A coleta de dados ocorreu na unidade de atendimento, Ambulatório Saúde da Mulher, na cidade de Jundiaí e foi possível compreender informações sobre a gestação, o parto, sobre a instalação de enfermidades, sobre alteração de hemograma, o uso de antitrombótico na gestação, e ainda permitiu, uma melhor visão sobre o efeito e reações adversas que o medicamento provocou, e verificar o uso de anticoncepcional estar ligado ao uso de antitrombótico.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UniAnchieta, conforme resolução 466/2012, sob número do parecer de aprovação 36521320.2.0000.5386.

Resultados e Discussão

Foram avaliados 23 questionários respondidos, sendo deste, 30.43% estavam na primeira gestação, 47.82% não estavam na primeira gestação e 17.39% não estava ou esteve gestante.

Um levantamento de dados pelo IBGE em 2016, apontou que o percentual das mulheres de 15 a 49 anos de idade, em comparativo a presença de filhos nascidos vivos, é de 60.9%, o que reforça os resultados demonstrados na tabela 01, onde 30.43% estão em sua primeira gestação, enquanto 47.82% estão entre 2^o ou 14^a gestação, e 17.39% não está/esteve gestante (NEEG). Além disso, pode-se observar que foi unanimemente negativa a resposta sobre restrição de crescimento intrauterino (RCIU), onde um apontamento feito no questionário do estudo realizado a pergunta foi mantido no questionário para explorar a ocorrência de problemas clínicos, que possui múltiplos os fatores relacionados, abrangendo fatores maternos, placentários e fetais⁹.

Em uma pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos realizado período de 6 anos, pode ser identificadas condições trombogênicas, sendo elas a presença de anticorpos antifosfolípidos, anticardiolipina e/ou anticoagulante lúpico, e fator V de Leiden. Em relação ao sistema vascular, pode-se notar que o venoso foi mais acometido que o arterial, e foi constatado que pessoa com trombofilia correlacionada a condições trombogênicas extrínsecas esteve presente mais da metade da amostra. Ainda assim, a anticoagulação permanente é recomendada às mulheres que demonstram condições trombogênicas pré-gestacionais, no entanto ácido acetilsalicílico e heparina não atravessam a barreira placentária, o que reflete nos resultados na tabela 1,

onde 26.08% esclareceu ter sofrido com aborto ou parto prematuro. As duas participantes que relataram o evento, indicaram a ocorrência de aborto espontâneo e infecção urinária¹⁰.

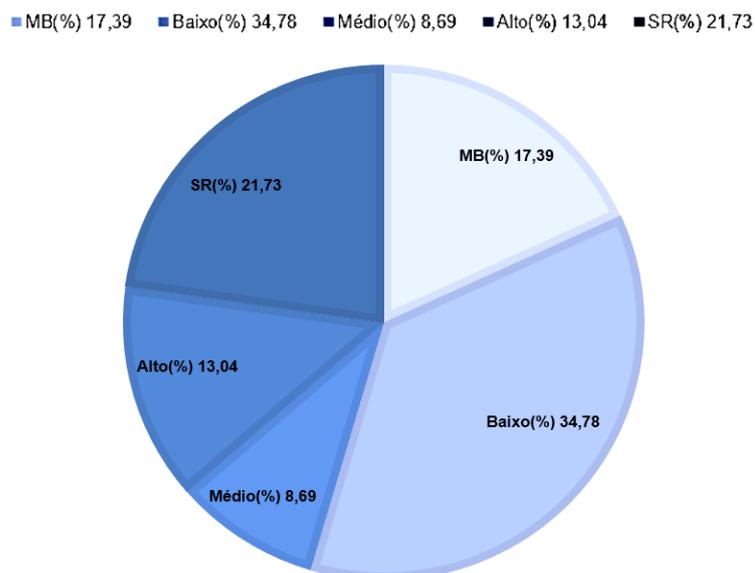
Tabela 01: Características Da Amostra (N= 23)

DESCRIÇÃO - PERGUNTAS	SIM (%)	NÃO (%)	NEEG (%)
Primeira gestação	30.43	47.82	17.39
Restrição de crescimento uterino	0	82.60	17.39
Aborto ou parto prematuro	26.08	52.17	17.39
Parto normal	17.39	78.26	0
Parto cesárea	34.78	65.21	0
Uso de antitrombótico	100	0	0
Orientação sobre uso do antitrombótico	91.30	8.69	0
Possui HF/P de tromboembolismo	30.43	69.56	0
Realizou uso de anticoncepcional	56.52	39.1	0
Uso de antitrombótico pelo uso de anticoncepcional	17.39	82.60	0
RN apresentou enfermidade	11.76	88.23	0
Uso de antitrombótico resultou em sequelas	0	100	0

Obs.: Lista de abreviações: HF/P: Histórico familiar/pessoal; RN: Recém-nascido.

Em relação ao grau de risco de desenvolver/apresentar alguma enfermidade, pode ser visualizado através do gráfico 1 a maior resposta foi de 01, que aponta que 34.78% correspondente a grau baixo, sendo seguido por 17.39% de muito baixo, e 13.04% de alto risco, no entanto, todas as participantes realizam suas devidas consultas através do Ambulatório de Saúde da Mulher no Hospital Universitário de Jundiaí, afinal, a mulher buscar a prevenção de tromboembolismo (materno) e a segurança, evitando-se a hemorragia e a teratogenicidade fetal¹¹.

Gráfico 1: Dados relacionados a gestação em relação ao grau de risco de apresentar alguma enfermidade (N= 23)



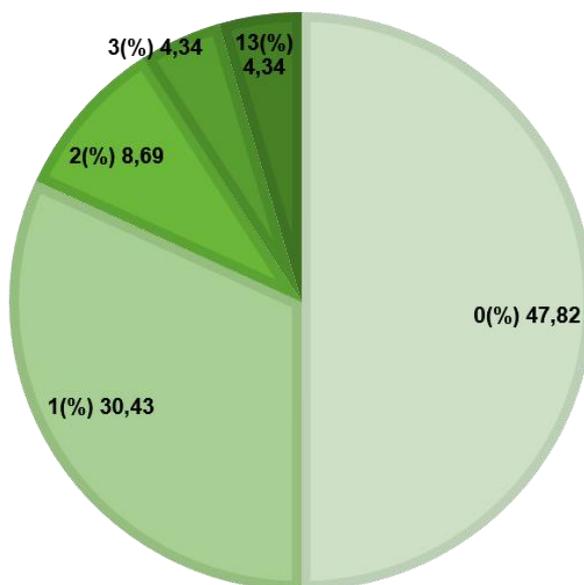
Obs.: Lista de abreviações: MB: Muito baixo; SR Sem resposta.

Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. De acordo com a OMS, o País é o segundo colocado mundial em taxa de cesáreas com 55%, ficando atrás apenas da República Dominicana, onde a taxa é de 56%. O que autentifica o alto índice de cesáreas realizadas no Brasil é recorrente por mulheres que vivenciaram um intervalo de tempo entre a admissão no hospital e o trabalho de parto maior, ademais, a assistência e cuidados no ante-parto/parto que também são grandes indicadores¹².

Em relação a preferência da via de parto, foi observado no presente estudo que as mulheres vivenciaram em sua maioria, 34.78%, a cesariana em contrapartida de 17.39% parto normal, dados encontrados na tabela 01. Em paralelo, é possível visualizar no gráfico 2 a quantidade de partos que as participantes realizaram, sendo eles cesárea ou normal/natural.

Gráfico 2: Dados relacionados a quantos partos já ocorreram (N= 23)

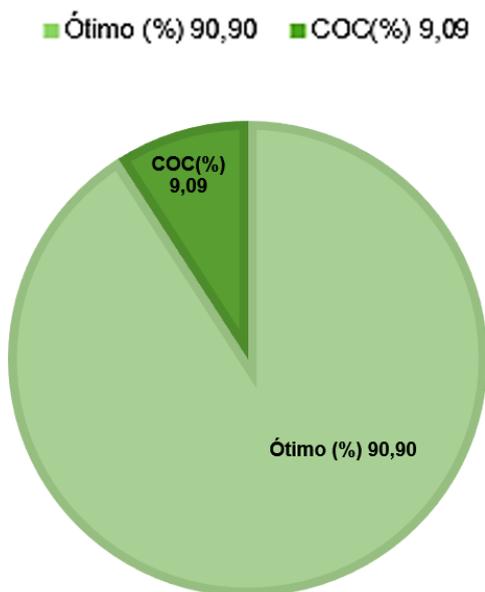
■ 0(%) 47,82 ■ 1(%) 30,43 ■ 2(%) 8,69 ■ 3(%) 4,34 ■ 13(%) 4,34



Nota-se, é preciso considerar dentro das porcentagens de cesáreas, que foram realizadas como prevenção de sofrimento materno-fetal, e ressalta que a duração do trabalho de parto é variável, normalmente é de 12 a 24 horas, se a fase dos pródromos, fase em que a gestante começa a sentir as primeiras contrações, for considerada, a duração pode ser até de alguns dias. É possível ressaltar que 30.43% dos partos foram identificados como ótimos apontados no gráfico 04, podem ser relacionados com cesáreas eletivas, caracterizado pela indução do parto¹³.

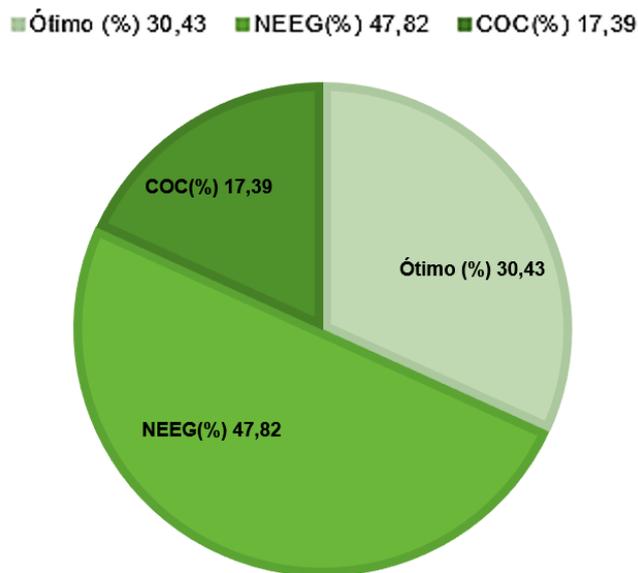
Através de uma revisão integrativa realizada é possível acompanhar a discussão sobre as condições desfavoráveis ao parto cesárea, que englobam: o risco do procedimento cirúrgico, a dificuldade de recuperação, ansiedade e a dificuldade no retorno à vida sexualmente ativa. No entanto, estes pesquisadores, observaram que 90.90% demonstraram satisfeita com o pós-parto, como é ilustrado no gráfico 3 e 4. Em outra revisão, foi possível observar que a relação materno-infantil de mulheres que realizaram parto cesárea, é demonstrado que o vínculo pode ser prejudicado e a mulher se apresentar mais indisposta, em decorrência da recuperação¹⁴.

Gráfico 3: Descrição do período pós-parto (N= 23)



Obs.: Lista de abreviações: COC: Com complicações.

Gráfico 4: Descrição do parto (N=23)



Obs.: Lista de abreviações: NEEG: Não está/esteve gestante; COC: Com complicações.

Em se tratando das medicações do presente estudo, o uso de antitrombótico foi totalmente favorável. No gráfico 5, pode -se observar que a indicação desta classe foi

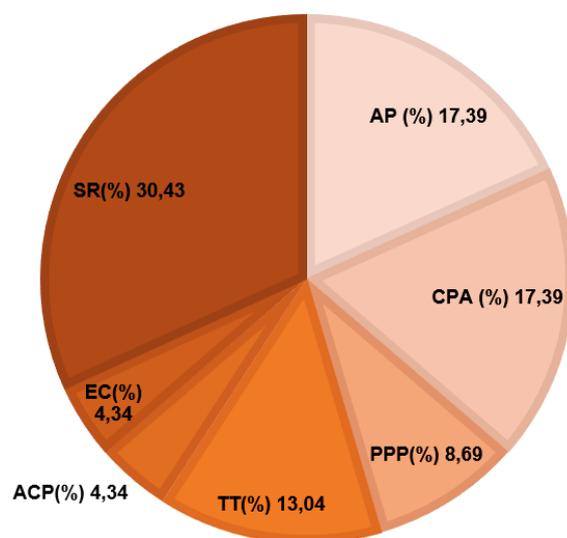
como propriedade antiagregante plaquetário (AP), controle de pressão arterial (CPA), ambas com 17.39% das respostas, a prevenção de pré-eclâmpsia com 8.69 %; Trombofilia/trombose com 13.04%; 4.34 % anticoncepcional (ACP) e evitar coagulação (EC); e 30.43 % não tiveram resposta com relação ao uso do medicamento, onde é possível considerar uma porcentagem alta em relação ao esclarecimento sobre o uso de determinado medicamento. A recomendação do uso do antitrombótico, no geral, é embasada na ação das plaquetas na patogênese de eventos aterotrombóticos, ou seja, com a exacerbação da ativação plaquetária ocorre a agregação da mesma, o que possibilita a geração de trombina, derivando em trombos (brancos, ricos em plaquetas)⁸.

Ainda sobre o uso de antitrombótico como prevenção de pré-eclâmpsia, apontado no gráfico 5 com 8.69%, a conduta farmacológica é basear-se na junção de tratamento clínico não farmacológico e farmacológico, com destaque na crise hipertensiva e eclâmpsia. A PP é diagnosticada pela presença de hipertensão arterial relacionada à proteinúria em gestante normotensa a partir do segundo trimestre gestacional, ou mesmo quando não há presença de proteína na urina, porém, se tem lesão em órgão alvo (LOA)¹⁵. Cabe a equipe de enfermagem a identificar sinais de degeneração clínica e/ou laboratorial, estratificação da idade gestacional entre 24 e menos de 34 semanas de gestação, realização do processo de enfermagem, em foco no exame físico, materno-fetal, incluído a manobra de Leopold, verificando bem-estar fetal¹⁶.

Todavia, no gráfico 5 também é possível identificar Trombofilia, que é definida por eventos tromboticos venosos, o que reflete na redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário no período gestacional. A trombofilia é classificada como hereditária ou adquirida, que são respectivamente, quando se tem a presença de uma anormalidade hereditária que enseja à oclusão vascular, e deriva-se de do estilo de vida seguido pela mulher para que tenha a eclosão do episódio trombotico. A trombofilia pode causar intercorrências obstétricas, como infertilidade, problemas gestacionais, restrição de crescimento intrauterino, abortamentos e perda obstétrica¹⁷.

Gráfico 5: Dados relacionados ao uso de antitrombóticos (princípios ativos) (N= 23)

AP (%) 17,39 CPA (%) 17,39 PPP(%) 8,69
TT(%) 13,04 ACP(%) 4,34 EC(%) 4,34
SR(%) 30,43



Obs.: Lista de abreviações: AP: Antiagregante plaquetário; CPA: Controle de pressão arterial; PPP: Prevenção de pré-eclâmpsia; TT: Trombofilia/trombose; ACP: Anticoncepcional; EC: Evitar coagulação; SR: Sem resposta.

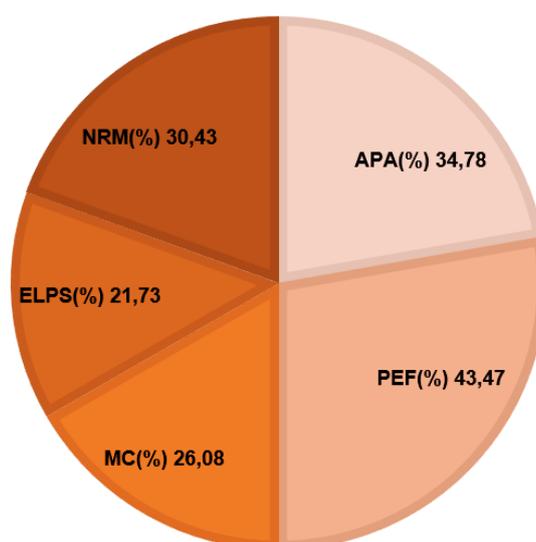
Na revisão publicada por BARBOSA M. S. et al.¹⁸, pode-se notar que o real início da terapia anticoagulante (TA), se faz necessário como prevenção de complicações hemorrágicas, porém, reforça, a importância da enfermagem, no acompanhamento clínico/laboratorial para avaliação, onde se tem protocolos de assistências concomitante a atuação da enfermagem, por exemplo realizar análise e interpretação de exames laboratoriais, atendimento, aplicação da sistematização da assistência em enfermagem (SAE), em foco processo de enfermagem onde pode se explorar a coleta de dados, traçando um paralelo com o presente estudo, que é possível visualizar que a maioria não possui histórico pessoal/familiar, chegando a marca de 69.56%.

Segundo estudo sobre trombofilia/trombose (TT) e hereditariedade, foi apontado uma chance reduzida de se iniciar TA, levando em consideração a gravidade da doença, e a presença de marcadores bioquímicos, isoladamente, tais como, fator V Leiden, mutação do gene da protrombina, deficiência de antorombina/proteína S/proteína C, não indicam que a necessidade de ser realizada uma TA durante o período gestacional¹⁹.

A alteração de fatores extrínsecos dentre eles, alimentação, controle de estresse e a prática de atividades, de acordo com a apuração dos resultados, no gráfico 6, demonstra que as duas mudanças no estilo de vida mais recomendadas são alteração do padrão alimentar (APA) e praticar exercícios físicos (PEF), foram os mais frequentes, com as respectivas porcentagens, 34.78% e 43.47%, não obstante, a equipe multiprofissional, que deverá desenvolver cuidados mais específicos²⁰.

Gráfico 6: Dados relacionados ao uso de tratamentos não farmacológicos (N= 23)

■ APA(%) 34,78 ■ PEF(%) 43,47 ■ MC(%) 26,08
■ ELPS(%) 21,73 ■ NRM(%) 30,43



Obs.: Lista de abreviações: APA: Alteração do padrão alimentar; PEF: Praticar Exercícios Físicos; ELPS: Evitar longos períodos em pé ou sentado; NRM: Não recomendou mudanças.

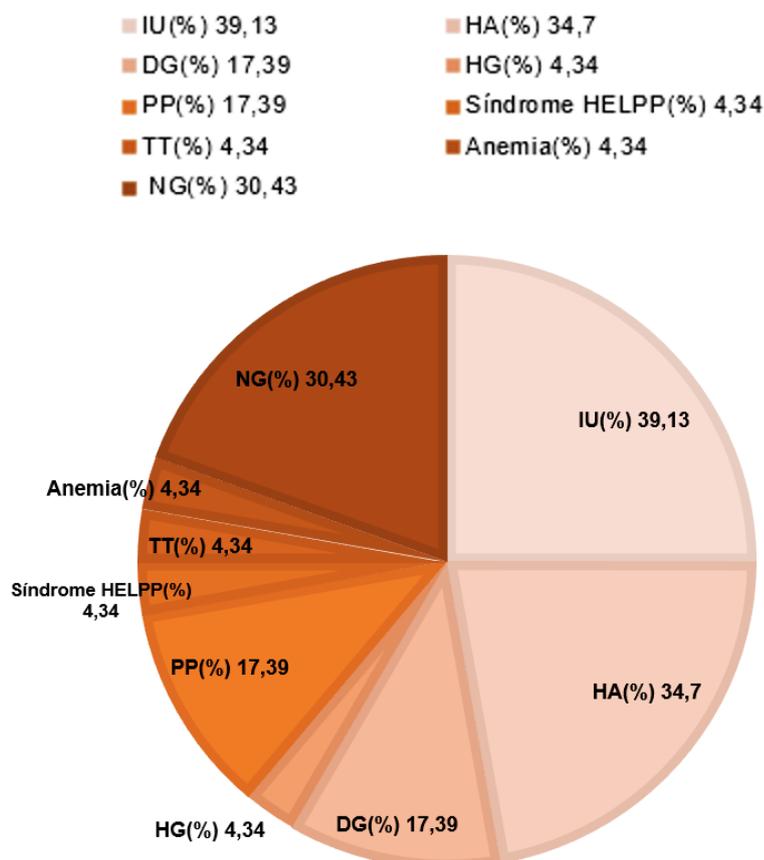
Em relação a alimentação, é importante frisar e incentivar o consumo de alimentos ricos em vitamina C, pois, são antioxidantes e fortalecem as paredes dos vasos, e de fontes de ômega-3, como peixes ou grãos, que favorecem a não formação de coágulos, afinal, uma alimentação desequilibrada, acaba sendo um fator agravante do quadro do paciente, por exemplo, apresentar aterosclerose. Outro ponto, é o controle do estresse, afinal o mesmo é um precursor da elevação da pressão arterial, indo mais afundo, podemos abordar a tríade de Virchow, que é um modelo que considera 3 fatores:

hipercoagulabilidade, estase venosa e lesão endotelial, para identificar a interação de fatores genéticos e estímulos ambientais que resultem em trombose, associando assim, a própria pressão arterial com estresse que o indivíduo sofre. Um dos principais fatores de risco para a trombose é a inatividade, logo, a prática de atividades físicas, contribuem na prevenção da instalação de trombos, a partir do momento que ocorrem alterações no fluxo sanguíneo dentro dos vasos, sendo assim, um alongamento ou uma caminhada são excelentes aliados para prevenção de acidentes trombolíticos²¹.

Ao comparar o uso de antitrombótico (ácido acetilsalicílico/heparina) e as sequelas pós-tratamento, a margem de apresentação de complicações foram negativas ou nulas. A partir do momento que ocorre uma lesão tecidual, os eventos seguintes são: aglomeração plaquetária, tromboplastinogênio se convertendo em tromboplastina, a atuação da vitamina K neste ponto fica sobre a protrombina, que vai ser convertida em trombina, que se transformará em fibrina pela ação do fibrinogênio, que origina o coágulo. Sendo assim, o tratamento e a prevenção de eventos tromboembólicos, são solucionados com antagonistas de vitamina K (AVK), onde, ocasiona na deficiência de vitamina K e logo mais, pode originar distúrbios de sangramento, sendo assim, contribuem para a manifestação da anemia, o que valida o resultado de 11.76% da amostra, que sinalizaram que o RN apresentou anemia²².

Dentre outros resultados obtidos no presente estudo, no gráfico 7 destaca-se duas patologias mais comuns, sendo elas, infecção urinária (IU) e hipertensão arterial, com as respectivas porcentagens, 39.13% e 34.7%. DUARTE e colaboradores, discorrem a partir da ideia que concepção de que a maioria das gestantes que apresentam IU, já apresentava essa infecção no momento da concepção, e apenas 30% desenvolvem infecção de urina sintomática somente no período gestacional. E complemento a discussão, foi verificado em outra revisão, onde discorrem que em um estudo sobre as alterações no sistema imunológico durante a gravidez, pode contribuir para modificação da fisiologia humana, resultando na manifestação de infecção do trato urinário, incluindo dilatação dos ureteres, que marca a diminuição da capacidade da bexiga o que reflete na frequência de micção, assim como o próprio refluxo vesicouretral pode ser identificado²³.

Gráfico 7: Dados relacionados ao uso de princípios ativos que gerou alguma enfermidade (N= 23)

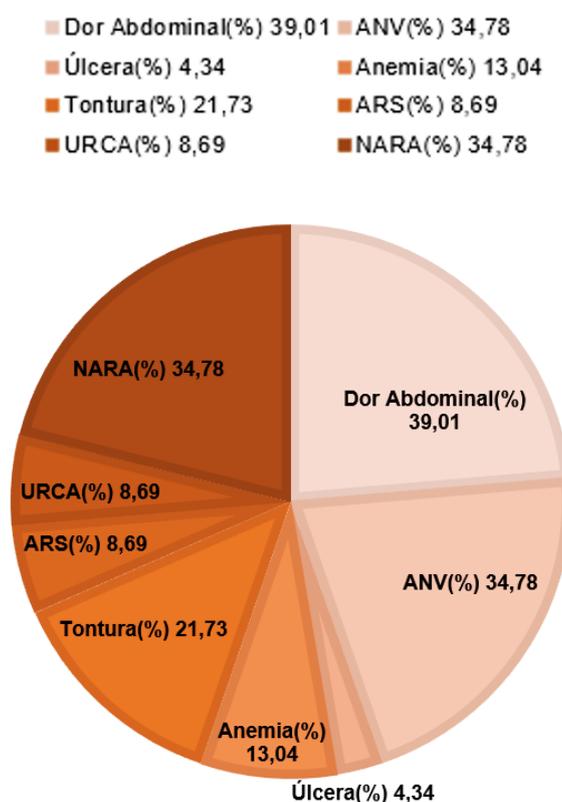


Obs.: Lista de abreviações: IU: Infecção urinária; HA: Hipertensão arterial; DG: Diabetes gestacional; HG: Hiperêmese gravídica; PP: Pré-eclâmpsia; TT: Trombofilia/trombose; NG: Nega enfermidades.

O tromboembolismo é uma das causas de mortalidade materna, logo, quando hipertensão arterial (HA) é apontada como a segunda enfermidade mais recorrente, deve-se iniciar um processo de prevenção e educação continuada com as pacientes, e com relação aos profissionais, a classificação de HA e os cuidados gerais. ÁVILA W. S. no seu estudo prático com foco na anticoagulação durante gravidez para portadoras de patologias cardiovasculares, e parte do princípio que a chance de manifestar distúrbios tromboembólico, é totalmente centrada nos aspectos clínicos da paciente, afinal é por isso que as particularidades específicas à gravidez, como taxa hormonal, destacando-se a alteração da capacitância arterial, que ocorre na gravidez a estase venosa que é consequência deste aumento da secreção de progesterona e da compressão do útero sobre o sistema venoso intra-abdominal, foca a partir do segundo trimestre da gravidez até o puerpério, concomitantemente a fatores extrínsecos, já mencionados²⁴.

Segundo a ANVISA, reação adversa medicamentosa (RAM) é qualquer resposta prejudicial e/ou indesejável, não intencional, a um fármaco, que ocorre nas doses usualmente empregadas na terapêutica. O documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, aponta que as reações adversas são comumente apresentadas ao realizar uso de antitrombóticos, por exemplo, manifestações hemorrágicas, toxicidade gastrointestinal, assim como foi apontado por alguns participantes no estudo, ou mesmo hipersensibilidade. Em conformidade com os resultados apresentados, o gráfico 8 aponta que as RAM mais presentes foram dor abdominal, Azia/náusea/vômitos e tontura, sendo suas porcentagens respectivamente, 39.01%, 34.78% e 21.73%²⁵.

Gráfico 8: Reações adversas relacionados ao uso de princípios ativos (N= 23)



Obs.: Lista de abreviações: ANV: Azia/náusea/vômito; ARS: Aumento do (risco) de sangramento; URCA: Urticária/Reações Cutâneas/Reações Anafiláticas; NARA: Não apresentou reações adversas.

Em uma revisão bibliográfica foi que o uso anticoncepcionais orais pode originar doenças cardiovasculares, como HA, ou tromboembolismo, que é o foco deste estudo. A associação entre anticoncepcionais orais e o tromboembolismo venoso é definida pelas

progesteronas, que, no geral, apresentam crescimento do risco de TEV. Os estrógenos na composição dos anticoncepcionais orais interferem na hemostasia, podendo aumentar os fatores de coagulabilidade, porém, diminuem o fluxo sanguíneo por hiperviscosidade impulsionando a agregação plaquetária, aumentando a presença de fibrinogênio e diminuindo a ação da antitrombina. Faço menção novamente a cascata de coagulação, já citada, pois permite visualizar o mecanismo de ação do antitrombótico, que são em foco no fator Xa e IIa, que no final, anulam a produção de fibrina. Este apontamento corrobora com o estudo presente, pois ao realizar um panorama da utilização de método contraceptivo oral, observou-se que 56.52% das mulheres entrevistadas, e do total de 23 participantes, apenas 17.39% necessitaram da terapia anticoagulante, como ácido acetilsalicílico e heparina, como visto na tabela 1²⁶.

Em consideração da análise do questionário aplicado, os enfermeiros atuantes na área da saúde da mulher, é de extrema importância saber identificar uma gestante que possua (risco de) trombose, para orientar a paciente quanto às complicações da doença, sempre se atentar a analisar os sinais e sintomas deferidos na coleta de dados na primeira etapa do histórico de enfermagem, oferecer conforto ao paciente. Outro foco de atenção, devem ser os sinais de hemorragia pós-parto (HPP), prestar orientação no período de amamentação, verificar escape sanguíneo, observar a cicatrização, iniciar as consultas de puericultura, e explorar o vasto catálogo de métodos anticoncepcionais em conjunto com o casal, tanto reversíveis quanto irreversíveis, assegurado pelo Planejamento Familiar. Além disso, deve-se analisar o uso dos antitrombóticos em gestantes para evitar a formação de trombos, observando os benefícios que o fármaco exprime, se o próprio desperta reações adversas, e se causa complicações no parto ou sequelas futuras, tudo isso sem desvincular-se do papel do enfermeiro citado acima¹².

Conclusão

Os resultados encontrados no presente estudo apontam que o uso de antitrombóticos (heparina/ácido acetilsalicílico) é realizado por mulheres com condições trombogênicas ou que apresentam patologias clínicas que necessitam de anticoagulante permanente. Esta classe de medicamentos apresenta muitas RAM, dentre elas anemia que foi relatada como uma das intercorrências fetais, entretanto, seu uso expressa benefícios significativos como o controle de pressão arterial ou mesmo como terapia anticoagulante.

Além disso, a instauração de um novo estilo de vida, alterando fatores extrínsecos são fundamentais na categoria de saúde preventiva.

Ademais, a equipe de enfermagem atua neste panorama, colocando em prática conhecimentos científicos dos fundamentos das condições que o paciente apresenta além do planejamento da assistência, ou seja, para uma assistência efetiva, deve-se realizar o preparo da equipe, para que a mesma tenha o discernimento para com o uso dos anticoagulantes e seus impactos.

Referências

1. Abbas AK, Andrew HH, Lichtman SP. Imunidade Especializada nas Barreiras Epiteliais e Tecidos Imunoprivilegiados. In: Abul K. Abbas, Andrew H. H. Lichtman, S. P., *Imunologia celular e molecular*. Cap. 14. GEN Guanabara Koogan, 9 ed. 2019. pg. 321-322.
2. Cunha-Neto E. MHC-restricted antigen presentation and recognition: constraints on gene, recombinant and peptide vaccines in humans. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* [Internet]. Fev 1999 [citado 13 ago 2021];32(2):199-205. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-879x1999000200008>
3. Saúde A. Página Inicial [Internet]. Trombose: causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção; 23 nov 2018 [citado 9 out 2019]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/trombose-causas-sintomas-diagnostico-tratamento-e-prevencao>
4. Deutch A, Wladimir T. Referência Pré-Natal. In: Deutch, A., & Wladimir Taborda. *A Bíblia da Gravidez*. Parte III. 3 ed.; CMS, 2011. Pg. 253-265.
5. Rang Rang, James M. Ritter, Rod J. Flower, G. H., Hemostasia e trombose. In: Rang Rang, James M. Ritter, Rod J. Flower, G. H., Rang & Dale *Farmacologia*. Cap. 24. GEN Guanabara Koogan, 8 ed. 2016. Pg. 699- 733.
6. Lorga Filho AM, Azmus AD, Soeiro AM, Quadros AS, Avezum Junior A, Marque, AC, Portal VL. Diretrizes Brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em Cardiologia. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Volume 101, Nº 3, Supl. 3, 2013. Website: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S009>

7. Sousa ICA, Álvares ACM. A Trombose Venosa Profunda Como Reação Adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais. *Rev. Cient. Sena Aires*, 2018;75(1): 54-65.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Acesso em 08/06/2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf*
9. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016 146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296 ; n. 36)
10. Marques MA, Silveira PR, Ristow Av, Gress M, Vescovi A, Massière B, Cury Filho JM. Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos: registro de 6 anos de investigação. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. Set 2009 [citado 13 ago 2021];8(3):225-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1677-54492009000300007>
11. Betran AP, Ye J, Moller A-B, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health* 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671
12. Febrasgo [Internet]. Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas; publicação: 14 mar 2018 [citado 09 ago 2021]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesare>
13. Chen H, Tan D. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 21 fev 2019 [citado 05 junho 2021];10. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00351>
14. Velho MB, Santos EK, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto*

- Enfermagem [Internet]. Jun 2012 [citado 10 jun 2021];21(2):458-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000200026>
15. Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli Rd, Costa SH, Oliveira LG, Souza FL, Korkes HA, Brum IR, Costa ML, Corrêa Junior MD, Sass N, Diniz AL, Prado CA, Cunha Filho EV. Pre-eclampsia/Eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. Maio 2019 [citado 13 ago 2021];41(05):318-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>
 16. Cunha KJ, Oliveira JO, Nery IS. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. *Escola Anna Nery* [Internet]. Jun 2007 [citado 13 ago 2021];11(2):254-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452007000200011>
 17. D'Amico EA. Trombofilia: quando suspeitar e como investigar? *Revista da Associação Médica Brasileira* [Internet]. Jan 2003 [citado 13 ago 2021];49(1):7-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-42302003000100012>
 18. Barbosa MS, Mafei FH, Marin MJ. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. Out 2004 [citado 06 ago 2021];57(5):601-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000500017>
 19. Makris M, Arachchilage D. Erratum: Inherited Thrombophilia and Pregnancy Complications: Should We Test? *Seminars in Thrombosis and Hemostasis* [Internet]. 22 jan 2019 [citado 06 jun 2021];45(01):e1-e1. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1678545>
 20. Rassam E, Pinheiro TC, Stefan LF, Módena SF. Complicações tromboembólicas no paciente cirúrgico e sua profilaxia. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)* [Internet]. Mar 2009 [citado 05 ago 2021];22(1):41-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-67202009000100009>
 21. Lotemberg Ana Maria Pita, Guimarães Armênio Costa, Negrão Carlos Eduardo, Forjaz Claudia Lucia de Moraes, Lopes Heno, dos Santos José Ernesto, Ângelo Luciana Ferreira, Gusmão Marcelo Lima, Lipp Marilda, Kohlmann Nárcia Elisa B., Póvoa Rui, Carvalho Thales. Tratamento Não Medicamentoso e Abordagem Multiprofissional: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão V. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2010 jun 6 [cited 2021 Jun 3];VI:22-28. Available from:

- <https://www.scielo.br/j/jbn/a/cYxhK9TyXg9WyCNs5XRCJNM/?format=pdf&lang=pt>
22. Terra-Filho M, Menna-Barreto SS. Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2010. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. Mar 2010 [citado 10 jun 2021];36(suppl 1):1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1806-37132010001300001>
 23. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. Fev 2008 [citado 12 jun 2021];30(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032008000200008>
 24. Ávila WS. Anticoagulação durante gravidez de mulher portadora de cardiopatia. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 23 abr 2010 [citado 11 jun 2021];9(1):42-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1677-54492010005000009>
 25. WHO| Uppsala Monitoring Centre [Internet]. UMC | Glossary; 10 nov 2020 [citado 13 ago 2021]. Disponível em: <https://www.who-umc.org/global-pharmacovigilance/publications/glossary/>.
 26. F. Ferreira Laura, D'Ávila Adelaide Maria Ferreira Campos, Safatle Giselle Cunha Barbosa. O uso da pílula anticoncepcional e as alterações das principais vias metabólicas. *Femina* [Internet]. 2019 May 27 [cited 13 ago 2021]:3-7. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046533/femina-2019-477-426-432.pdf>