



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**CYNTIA DA SILVA ALVARES**

**HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA:  
CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

Ariquemes – RO  
2019

**Cyntia da Silva Alvares**

**HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA:  
CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela.

Prof.<sup>a</sup> Orientadora<sup>a</sup>: Esp. Elis Milena  
Ferreira do Carmo Ramos

Ariquemes – RO  
2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

AL473h

ALVARES , Cyntia da Silva.

Hemorragia pós-parto primária: contribuições dos cuidados de enfermagem. / por Cyntia da Silva Alvares . Ariquemes: FAEMA, 2019.

44 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos.

1. Obstetrícia . 2. Hemorragia Puerperal. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. .. 5. .. I Ramos, Elis Milena Ferreira do Carmo . II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

---

**Bibliotecário Responsável**

\*\*\*

CRB \*\*\*/\*\*\*

**Cyntia da Silva Alvares**

<http://lattes.cnpq.br/1819499428190924>

## **HEMORRAGIA PÓS PARTO-PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientadora Prof<sup>a</sup>. Esp. Elis Milena F. do C. Ramos  
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Mariana Ferreira Alves de Carvalho  
<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Fabiola de Souza Ronconi  
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 02 de outubro de 2019

*Dedico este trabalho, a Deus,  
que me fortaleceu, a meus pais que  
me apoiaram durante essa jornada,  
me incentivando a ser sempre melhor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ouvir minhas orações, quando eu pedia uma profissão que eu fosse serva dEle e pudesse transparecer o seu amor, Ele me abençoou com um dom tão lindo que é o cuidar. Cuidar de pessoas que eu não conheço, mas que precisam de ajuda. Agradeço por me mostrar que Tu és um Pai que não abandona seus filhos, me abençoou com uma bolsa de estudo para que eu pudesse continuar a graduação e me deu forças para prosseguir.

Agradeço a minha mãe, que sempre me incentivou a persistir nos estudos, que contribuiu para me transformar na mulher que me tornei, sempre foi um grande espelho para mim. Ao meu pai, que fez o possível para que eu adquirisse mais conhecimento durante a graduação, foi meu patrocinador com todos os gastos extras, e que acredita que eu posso ser uma grande profissional.

Minha orientadora Milena, pela constante ajuda para a elaboração desse trabalho, além de ser uma docente incrível, foi uma amiga que me tranquilizou nos momentos que esse trabalho me tirava o sono, me aturou nos meus surtos de ansiedade e me mostrou que eu iria conseguir. Agradeço aos docentes que contribuíram com o meu conhecimento para que eu me tornasse uma excelente profissional, que me inspiraram e mostrou-me a essência da enfermagem, tem um pedacinho de cada um de vocês comigo.

Meus amigos, que nos meus momentos ausentes compreenderam que eu estava em busca de um sonho e que acreditaram na minha capacidade de ser uma grande profissional, vocês contribuíram nessa jornada.

Agradeço aqueles que duvidaram de mim, vocês foram essenciais para que eu acreditasse no meu potencial, a não me limitar e me fortalecer para alcançar uma grande conquista, o conhecimento.

Obrigada.

“O próprio Senhor irá à sua frente e estará com você; Ele nunca o deixará, nunca o abandonará. Não tenha medo! Não se desanime!”  
Deuteronômio 31:8

## RESUMO

A hemorragia pós-parto é a maior causa evitável de morte materna no mundo. É um problema de saúde importante e pode ser causada por atonia uterina, retenção de tecido placentário, trauma ou distúrbios de coagulação. O objetivo deste trabalho foi discorrer sobre a atuação da enfermagem na prevenção e identificação precoce de hemorragia pós-parto. Como metodologia foi utilizada a revisão de literatura as táticas de busca foram em bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuais do Ministério da Saúde, acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA, além do acervo pessoal da autora. Após leitura dos materiais encontrados fica claro que o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto deve ser usado rotineiramente para reduzir a incidência de HPP e o uso de ocitocina após o parto é o componente mais importante e eficaz dessa prática. O manejo apropriado da hemorragia pós-parto requer diagnóstico e tratamento imediatos, ou seja, o atendimento rápido em equipe minimiza a morbidade e a mortalidade associadas à essa urgência obstétrica, independentemente da causa.

**Palavras-chave:** Obstetrícia; Hemorragia Puerperal; Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is the largest preventable cause of maternal death in the world. It is a major health problem and can be caused by uterine atony, placental retention, trauma or coagulation disorders. The aim of this paper was to discuss the role of nursing in the prevention and early identification of postpartum hemorrhage. As methodology was used the literature review the search tactics were in databases: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuals of the Ministry of Health, collection of the Júlio Bordignon Library of the Faculty of Education and Environment- FAEMA, in addition to the author's personal collection. After reading the materials found, it is clear that active management of the third stage of labor should be routinely used to reduce the incidence of PPH, and postpartum oxytocin use is the most important and effective component of this practice. Proper management of postpartum hemorrhage requires immediate diagnosis and treatment, ie rapid team care minimizes morbidity and mortality associated with this obstetric urgency, regardless of cause.

**Keywords:** Obstetrics; Puerperal hemorrhage; Nursing care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tração Controlada de cordão associada à manobra de Brandt-Andrew.....	25
Figura 2 - Dispositivos coletores.....	28
Figura 3 - Massagem bimanual.....	32
Figura 4 - Balão de tamponamento intrauterino.....	33
Figura 5 - Traje antichoque não-pneumático.....	34
Figura 6 - Sutura de compressão uterina B-lynch.....	35

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Graus das lesões perineais.....	20
Quadro 2 - Guia comparativo de volume de perda sanguínea com a estimativa visual .....	27
Quadro 3 - Esquemas sugeridos para tratamento medicamentoso da hemorragia...	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BTI	Balão de Tamponamento Intrauterino
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
GDD	Grupo de desenvolvimento de diretrizes
HPP	Hemorragia pós-parto
IC	Índice de choque
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
TAN	Traje Antichoque Não-pneumático
UI	Unidades Internacionais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>16</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>17</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
4.1 CONCEITO DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	18
4.1.1 Fatores de risco para HPP .....	18
4.1.2 Etiologias para desenvolvimento de HPP .....	19
4.1.3 Terceiro estágio do trabalho de parto.....	22
4.2 PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PUERPERAL .....	23
4.2.1 Profilaxia medicamentosa com ocitocina.....	23
4.2.2 Clampeamento oportuno do cordão umbilical.....	24
4.2.3 Tração controlada do cordão umbilical combinada a Manobra de Brandt-Andrews .....	24
4.2.4 Massagem uterina periódica.....	25
4.2.5 Aleitamento Materno e involução uterina.....	26
4.3 DIAGNÓSTICO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO .....	26
4.3.1 Estimativa visual.....	26
4.3.2 Estimativa da perda volêmica através da pesagem das compressas.....	27
4.3.3 Estimativa da perda volêmica através do uso de dispositivos coletores.....	28
4.3.4 Estimativa por parâmetros clínicos .....	28
4.3.5 Estimativa clínica por meio do índice de choque (IC) .....	29
4.4 TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	29
4.4.1 Tratamento medicamentoso .....	29
4.4.2 Massagem uterina bimanual .....	31
4.4.3 Balão de tamponamento intrauterino (BTI) .....	32
4.4.4 Traje antichoque não-pneumático em obstetrícia .....	34
4.4.5 Intervenções cirúrgicas.....	35
4.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE GREENBERG.....	37
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) a principal causa de mortalidade materna nos países de baixa renda é a hemorragia puerperal, além de ser a causa primária de mortes maternas a nível global, ela afeta cerca de 2% de todas as parturientes.

A hemorragia pós-parto pode ser prevenida com o uso de uterotônicos profiláticos no manejo ativo do terceiro período do parto, em tempo hábil. Aprimorar os cuidados na saúde das mulheres durante o parto é essencial para prevenir a hemorragia pós-parto, sendo este um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. (OMS, 2014)

Brasil (2017) propõe estratégias para prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) que reduz de modo considerável o risco de perdas sanguíneas no puerpério imediato, sendo elas a conduta ativa no terceiro período do trabalho de parto que inclui profilaxia medicativa com ocitocina, clampar o cordão umbilical em momento oportuno e tração controlada do cordão umbilical associada a Manobra de Brandt-Andrews; e a massagem uterina periódica a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas do pós-parto.

Percebe-se que com a implementação de políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes desde a década de 90, o número de mortalidade materna diminui. Mas é necessário diminuir ainda mais esses números, garantindo a melhoria da atenção no pré-natal, nascimento e pós-parto, qualificação dos profissionais de saúde para agir de maneira rápida e eficaz em intercorrências na gestação, parto e pós-parto. Promovendo segurança a vida da gestante e seu bebê. (MAMEDE e PRUDÊNCIO, 2015)

Mesmo com a melhoria nos serviços de saúde no Brasil. A hemorragia continua entre as principais causas de morte no pós-parto, sendo as etiologias mais frequentes a atonia uterina e as anormalidades da placenta. (OLIVEIRA; DAVIM, 2019)

A enfermagem deve avaliar e prestar assistência às puérperas após o parto normal até que a paciente tenha alta da unidade, deve ser capaz de diferenciar uma

perda sanguínea normal no pós-parto imediato e uma hemorragia que coloca em risco a vida de uma puérpera, como também saber identificar os fatores de risco, para evitar acontecimentos indesejáveis no parto e pós-parto. É primordial que o profissional saiba reconhecer a causa da hemorragia puerperal e utilizar medidas corretivas como o uso de ocitocina, hidratação venosa, massagem uterina (MINAS GERAIS, 2015).

Essa pesquisa justifica-se pelo interesse e motivação ao se refletir sobre a prevenção e manejo da HPP, compreender os fatores de riscos e contribuir para redução da mortalidade materna, assim traz o objetivo de discorrer sobre a atuação da enfermagem na prevenção e identificação precoce de hemorragia pós-parto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a atuação da enfermagem na prevenção e identificação precoce de hemorragia pós-parto.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os principais fatores de risco e quais as causas da HPP;
- Identificar os métodos de prevenção utilizados para HPP;
- Caracterizar qual o manejo e tratamento utilizado na HPP;
- Demonstrar o papel do enfermeiro na identificação dessa intercorrência.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva exploratória, com materiais atualizados. A busca se deu através de estudos publicados em bases de dados como, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS( Biblioteca Virtual em Saúde), Google Acadêmico, OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e Ministério de Saúde, Acervo digital da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA , além de acervo pessoal da autora.

Os DECS utilizados foram: Obstetrícia; Hemorragia Puerperal; Cuidados de Enfermagem. O levantamento do referencial teórico foi realizado no período de Novembro de 2018 à Agosto de 2019. Como critérios de inclusão foram utilizados livros, teses, artigos e manuais do ministério da saúde, publicados e escritos nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. Como critérios de exclusão: materiais que não estavam escrito na íntegra, em idiomas diferentes dos critérios de inclusão e que não se encaixavam na temática proposta. O delineamento temporal foi o período de 2009 à 2019.

Foram utilizadas 33 referências no total, sendo: em Artigos 18 (54,55%), Livros 4 (12,12%), Manuais do Ministério da Saúde 2 (6,06%), Manuais 5 (15,15%), Tese 2 (6,06%), Guideline 1 (3,03%), Email 1 (3,03%).

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica caracterizada como uma perda sanguínea de 500mL ou mais no parto vaginal, em caso de parto cesárea a perda é de 1000mL ou mais, no período de 24 horas do pós-parto. É classificada em primária quando ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto e a secundária que sucede entre as 24 horas até a sexta semana do pós-parto (OMS, 2014).

Clinicamente, as hemorragias que causam variabilidade hemodinâmica podem desencadear sérias implicações na saúde materna, com elevada taxa de mortalidade (MINAS GERAIS, 2015). Mesmo com manejo adequado, aproximadamente 3% dos partos vaginais resultam em hemorragia pós-parto grave (BONOMI ET AL 2012).

A quantidade de perda de sangue necessária para causar comprometimento hemodinâmico dependerá da condição pré-existente a mulher. O comprometimento hemodinâmico é mais provável de ocorrer em condições como anemia (por exemplo, deficiência de ferro, falciforme e talassemia) ou estados de volume contraído (desidratação, hipertensão gestacional com proteinúria) (CANADÁ, 2016).

Dados da OMS (2014), mostra que a HPP atinge 2% entre todas as puérperas, caracterizando cerca de um quarto das mortes maternas em nível mundial e sendo, ainda, a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países em desenvolvimento.

#### **4.1.1 Fatores de risco para HPP**

Os fatores de risco incluem distensão uterina (macrossomia, gestação gemelar, polidrâmnio), distúrbios de coagulação, pré-eclâmpsia, cesariana prévia,

histórico de atonia uterina ou hemorragia puerperal, obesidade materna, anormalidades placentárias (placenta acreta ou prévia), descolamento prematuro de placenta, primeiro filho após os quarenta anos, trabalho de parto demorado, laceração vaginal, episiotomia, parto precipitado (MINAS GERAIS, 2016).

Embora os fatores de risco e as estratégias preventivas estejam claramente documentados, nem todos os casos são esperados ou evitáveis. Estudos demonstram que em média dois terços das hemorragias acontecem em mulheres sem fator de risco (MARTINS, 2014). Considerando essas causas o manejo ativo do parto é recomendado a todas as puérperas, independentemente de apresentarem probabilidade (ICM/FIGO, 2012).

#### **4.1.2 Etiologias para desenvolvimento de HPP**

Existem quatro processos que podem ser causas de hemorragia pós-parto, chamados de “4 Ts” – Tônus (atonia uterina), Trauma (Lacerações, ruptura uterina), Tecido (retenção placentária, coágulos, placenta acreta) e Trombina (coagulopatias) (BONOMI, 2012).

A principal causa de HPP é a atonia uterina, definida como a incapacidade do útero de contrair. É responsável por 70% dos casos de hemorragia puerperal (PERIARD, 2011).

A exaustão da musculatura uterina pode ser consequência de um trabalho de parto prolongado ou antecipado, descolamento prematuro da placenta, muitas manobras para dequitação, gestação múltipla (LARA; CESAR, 2017).

A fisiologia da hemostasia pós-parto depende principalmente de eventos mecânicos, mediados por hormônios, que induzem fortes contrações musculares uterinas. De um modo geral, o miométrio e a decídua estão dispostos de modo que a contrações musculares após o parto favorecem a hemostasia (KHAN R.U; EL-REFAEY H., 2012).

Com a saída da placenta, as fibras miométriais do útero se retrai, fazendo a hemostase pós-parto. As artérias e veias espilardadas maternas no leito placentário são envolvidas pelas fibras miométriais, suas contrações funcionam como uma pinça que coíbe o sangramento puerperal imediato. Portanto, a hemostasia rápida pós-parto não possui dependência primordial da coagulação. Portanto, se o útero está contraindo logo após o parto e há hemorragia, provavelmente o sangramento é consequência de trauma genital, visto que na atonia uterina, o útero perde sua principal linha de defesa, a contração, causando uma alteração no mecanismo de hemóstase, ocasionando a hemorragia puerperal (PERIARD ET AL, 2011)

De acordo com Brasil (2017) os traumas podem ser ocasionados por lacerações espontâneas ou episiotomias, e são classificados de acordo com o grau da lesão, conforme quadro 1:

#### **QUADRO 1 – Graus das lesões perineais.**

Primeiro grau	A lesão ocorre apenas na pele e mucosas
Segundo grau	Há lesão dos músculos perineais, porém não atinge o esfíncter anal
Terceiro grau	Lesão do períneo e abrange o complexo do esfíncter anal: 3a – lesão menor que 50% da espessura do esfíncter anal 3b – lesão maior que 50% da espessura do esfíncter anal 3c – lesão do esfíncter anal interno.
Quarto grau	Há lesão do períneo e abrange o complexo do esfíncter anal (interno e externo) e o epitélio anal.

Fonte: Brasil, 2017

A episiotomia é caracterizada como ampliação do períneo, realizado de forma cirúrgica, a incisão é feita durante o segundo período do trabalho de parto. A incisão comumente utilizada é a médio-lateral e mediana, sendo não indicada a ampliação lateral por causar extensas lesões do músculo levantador do ânus (COSTA, 2011).

Deve ser realizado a sutura do trauma, a fim de melhorar a cicatrização, a mulher deve estar ciente do ocorrido e do procedimento a ser feito, se for de sua vontade, permitir que ela visualize a lesão com auxílio do enfermeiro. As diretrizes fundamentam que o procedimento de reparo do trauma deve ser realizado utilizando as técnicas assépticas, com analgesia adequada com a infusão de até 20 (vinte) mL de lidocaína 1%, além de garantir alinhamento anatômico da ferida com bons resultados estéticos (BRASIL, 2017).

Concordando com o parágrafo anterior, para evitar retenção urinária, deve ser inserido cateterismo vesical de demora por 24 horas. É recomendado oferecer supositórios retais de anti-inflamatórios não esteróides após o reparo do trauma de primeiro e segundo grau, se não houver contraindicação. Informar a mulher sobre a extensão do trauma, orientar métodos para alívio da dor, dieta, higiene da ferida e esclarecer a relevância dos exercícios do assoalho pélvico.

Outra causa de hemorragia puerperal é a retenção de tecido na cavidade uterina, como coágulos, restos placentários e placenta acreta, sua frequência relativa é 10% dos casos. É necessário realizar uma revisão cuidadosa da cavidade uterina e remover produtos retidos (restos placentários, membranas, coágulos) (OPAS, 2018) .

A dequitação da placenta ocorre normalmente nos 30 minutos que sucedem o parto, se não ocorrer nesse intervalo deve-se avaliar extração manual da placenta, Se durante a extração manual da placenta for impossível identificar o plano de clivagem entre útero e massa placentária, não tente retirar a placenta, pois pode ser acretismo placentário e causar um sangramento volumoso. Preparar a paciente para uma laparotomia (MINAS GERAIS, 2016).

As trombinas são causas raras de hemorragias pós parto e estão relacionadas as coagulopatias congênitas ou adquiridas durante a gravidez, sangramento excessivo ou uso de medicamentos anticoagulantes, ocorrem em

cerca de 1% dos casos. Durante uma HPP, um distúrbio de coagulação deve ser considerado em mulheres que não responderam a tratamentos usuais, não estão formando coágulos ou estão exsudando de outros locais, até mesmo de punção intravenosa. A gestão consiste em tratar o processo de doença subjacente, oferecer o volume intravascular e substituir os componentes sanguíneos apropriados, sempre que possível (CANADÁ, 2016).

#### **4.1.3 Terceiro estágio do trabalho de parto**

De acordo com Montenegro e Rezende Filho (2018) é a fase de dequitação, período entre o nascimento do bebê e a saída completa da placenta, cordão e membranas para fora das vias genitais. Inicia em seguida após o parto e finaliza com a saída da placenta e das membranas fetais.

Há dois manejos para a assistência no terceiro período do trabalho de parto: manejo passivo e manejo ativo. O manejo passivo (ou fisiológico) fundamenta-se em aguardar a dequitação espontânea. O manejo ativo compõe-se de três ações: uso de ocitocina, clampeamento oportuno do cordão umbilical e tração controlada do cordão. Estes procedimentos estão associados com menor duração do terceiro período e redução do risco de hemorragia materna. É comum que a dequitação ocorra entre 30 a 60 minutos, dependendo do manejo executado. (MINAS GERAIS, 2015)

Conforme Martins (2014) a separação da placenta é resultante da contração e retração miometrial, tornando a parede uterina mais fina e reduzindo o tamanho da área da placenta. À medida que ocorre o encolhimento, a placenta começa a se soltar do miométrio e as contrações uterinas decorrentes separam totalmente a placenta da parede uterina, assim sendo expelida.

## 4.2 PREVENÇÃO DA HEMORRAGIA PUERPERAL

As principais estratégias que o Ministério da Saúde (2017) propõe para prevenção da HPP são: a conduta ativa no terceiro período do trabalho de parto e a massagem uterina periódica (a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas do pós parto), ambas reduzem consideravelmente o risco de perdas sanguíneas no pós-parto imediato.

O manejo ativo do 3º período do trabalho de parto inclui:

- Profilaxia medicamentosa com ocitocina;
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical;
- Tração controlada do cordão umbilical associada a Manobra de Brandt-Andrews

O protocolo de Minas Gerais (2016) enfatiza que evitar a episiotomia rotineira e verificar atentamente o 4º período do parto, avaliando os sinais vitais das pacientes, são medidas cautelosas, ainda acrescenta que durante o pré-natal, a correção da anemia é importante para prevenir a HPP.

### 4.2.1 Profilaxia medicamentosa com ocitocina

A OMS (2014) recomenda que o manejo ativo no terceiro período do parto seja combinado ao uso de uterotônicos, clampeamento adequado do cordão e tração controlada do cordão umbilical vinculada a Manobra de Brandt-Andrews. Estas intervenções estão relacionadas com menor duração do terceiro período e diminuição do risco de hemorragia materna.

A ocitocina é o uterotônico de primeira escolha, ela reduz mais de 50% dos casos de HPP por atonia uterina, essa droga incita o músculo liso uterino potencializando a contração miométrial no pós-parto, sua utilização é recomendada para todos os partos. O esquema é de 10 UI de ocitocina, no parto vaginal, via intramuscular, após o nascimento. Em casos de cesariana, o esquema é 10 UI IM logo após a extração fetal por via intramuscular ou pode ser feito o esquema

endovenoso com 5UI de ocitocina por via endovensa lenta (em 1 a 3 minutos), seguido de 20UI de ocitocina diluídos em 500ml de SF 0,9% e infundido a 125mL/h em Bomba de infusão contínua (OPAS, 2018).

Segundo a OMS (2014) são indicados outros uterotônicos injetáveis, como a ergometrina, misoprostol e outras prostaglandinas como alternativas para a prevenção da HPP em circunstâncias nas quais a ocitocina não está disponível. A predileção pela ocitocina está relacionada com menor número de efeitos colaterais.

#### **4.2.2 Clampeamento oportuno do cordão umbilical**

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2018) clampear o cordão umbilical 1 a 3 minutos após o desprendimento fetal, é indicado para todos os nascimentos, exceto em casos contraindicados, pois existem algumas ocorrências que recomenda-se o clampeamento precoce cordão antes de 1 minuto, considerando os potenciais riscos e benefícios, como nos casos de: recém-nascidos com hipóxia; infecções materna viral de transmissão hematogênica (HIV, hepatite B).

#### **4.2.3 Tração controlada do cordão umbilical combinada a Manobra de Brandt-Andrews**

Após a secção do cordão, como parte da conduta ativa, deve-se realizar a tração controlada, porém essa manobra só deve ser feita após administrar ocitocina e identificar sinais de desprendimento da placenta (BRASIL, 2017).

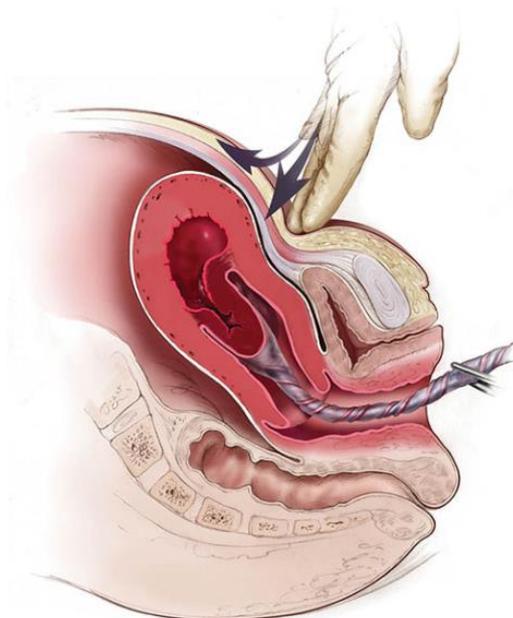


Figura 1. Tração Controlada de cordão associada à manobra de Brandt-Andrews. Fonte: OPAS, 2018.

Executa-se a ligadura do cordão umbilical com uma pinça anatômica aproximada ao períneo. O cordão clampeado é segurado em uma das mãos e realiza-se simultaneamente a manobra de Brandt-Andrews com a outra mão para estabilizar o útero e evitar inversão uterina, de acordo com a Figura 1. É importante salientar que somente um profissional capacitado deve realizar a tração controlada do cordão umbilical, visto que há riscos associados à sua realização imprópria, como rompimento do cordão umbilical e inversão uterina (OPAS, 2018).

#### **4.2.4 Massagem uterina periódica**

É recomendado, em todas as puérperas, realizar a massagem uterina periódica após a dequitação e repetida a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas. Massagear delicadamente o fundo uterino através do abdome até que o útero esteja contraído e assegurar-se que o útero não esteja hipotônico (amolecido) após terminar a massagem. Caso o útero se mantenha relaxado, é fundamental iniciar o protocolo de HPP (MINAS GERAIS, 2016).

#### **4.2.5 Aleitamento Materno e involução uterina**

As vantagens do aleitamento materno para as mães não são tão bem estudadas quanto para bebês, mas há evidências suficientes para afirmar que as mulheres que amamentam, provavelmente, possuem uma melhor saúde e têm menor risco de desenvolver doenças futuras (DIETERICH, 2013).

O início da amamentação é um dos fatores que auxiliam na involução uterina, porque a estimulação que ocorre durante a amamentação ocasiona a liberação de hormônios, incluindo ocitocina, que além de estimular as contrações dos músculos lisos da mama, também causam contração e retração dos músculos uterinos que resultam na redução do suprimento sanguíneo para o útero. (AMELIA, 2019).

Concordando com o parágrafo anterior, mães que iniciam amamentação precoce, aceleram a involução uterina devido à influência do hormônio ocitocina que aumentam contrações uterinas. O risco de complicações pós-parto é 3,5 vezes maior mulheres que não iniciam a amamentação precoce nas primeiras 24 horas de pós-parto.

### **4.3 DIAGNÓSTICO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

A avaliação adequada do sangramento é um grande desafio no manejo da HPP. A maioria dos profissionais realizam essa avaliação pelo método visual e monitorização dos sinais vitais das puérperas. Porém a estimativa visual subestima a real quantidade de sangue perdida e a repercussão hemodinâmica só se manifesta tardiamente, ou seja, no momento em que ações já deveriam ser tomadas (DELANEY ET AL, 2016).

#### **4.3.1 Estimativa visual**

A estimativa visual da hemorragia é um método simples e rápido que pode conter um quadro hemorrágico em suas fases iniciais. Identificar a perda sanguínea é uma alerta essencial para ativar o protocolo de hemorragia puerperal (MINAS GERAIS, 2016).

**QUADRO 2: Guia comparativo de volume de perda sanguínea com a estimativa visual.**

ESTIMATIVA VISUAL	VOLUME DE PERDA SANGUÍNEA
Poça de 50 cm de diâmetro	500 mL
Poça de 75 cm de diâmetro	1.000 mL
Poça de 100 cm de diâmetro	1.500 mL
Cama com poça de sangue no lençol	Possivelmente menos de 1.000 mL
Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	Possivelmente excede 1.000 mL

Fonte: OPAS, 2018.

**4.3.2 Estimativa da perda volêmica através da pesagem das compressas**

A OPAS (2018) apresenta uma fórmula para calcular a perda volêmica a partir da pesagem das compressas.

$$\text{Peso das compressas com sangue (gramas)} - \text{Peso calculado das compressas secas (gramas)} = \text{Estimativa do volume de sangue perdido(mililitros)}$$

A densidade do sangue é de 1.04 a 1,06 g\cm<sup>3</sup>, semelhante a densidade da água, pode-se dizer que 1 mililitro sanguíneo representa 1 grama de peso. Portanto, para definir qual a perda volêmica que a puérpera teve, pesa-se as compressas sujas de sangue e subtrai o peso das compressas secas, obtendo um resultado mais rigoroso do volume perdido até o momento.

### 4.3.3 Estimativa da perda volêmica através do uso de dispositivos coletores

Existem dispositivos coletores que são utilizados para calcular as perdas volêmicas, estão disponíveis como bolsas, sacos ou fraldas coletoras de sangue. O dispositivo coletor é posicionado logo após parto, deve estar posicionado embaixo da região glútea da paciente e fixado em sua cintura. Para evitar transbordamento de sangue, o dispositivo não deve sofrer compressões externas (MINAS GERAIS, 2016).



Figura 2: Dispositivos coletores. Fonte: OPAS, 2018.

### 4.3.4 Estimativa por parâmetros clínicos

Os sinais vitais são elementos essenciais na conduta da HPP, pois traduzem as modificações hemodinâmicas às perdas volêmicas. Apesar das alterações manifestarem tardiamente (perdas em torno de 1500 ml a 2000ml de sangue), eles podem ser úteis para determinar a gravidade do choque hipovolêmico, avaliar o tratamento instituído e indicar uma terapêutica adicional, como a hemotransfusão (ex: hemotransfusão). Portanto, não se pode aguardar os sinais clínicos de instabilidade hemodinâmica para iniciar o manejo de HPP (MINAS GERAIS, 2016).

### 4.3.5 Estimativa clínica por meio do índice de choque (IC)

O índice de choque (IC) é um parâmetro clínico que reflete a hemodinâmica da paciente, útil para prever a necessidade de transfusão maciça. No cálculo divide-se o valor da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da puérpera. Esse índice indica uma importante perda sanguínea, com necessidades de uma transfusão maciça durante o manejo da puérpera (MINAS GERAIS, 2016).

<p><b>ÍNDICE DE CHOQUE</b></p> <p>Frequência cardíaca materna ÷ Pressão arterial sistólica=</p> <p>Se IC maior ou igual 0,9: transfusão maciça.</p>
---

Em situações em que a frequência cardíaca da paciente for igual ou superior à sua pressão arterial sistólica ( $IC \geq 1$ ), os profissionais devem iniciar o manejo agressivo do quadro hemorrágico, com risco de transfusão maciça.

## 4.4 TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

### 4.4.1 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso é indispensável no manejo da atonia uterina, grande causa de HPP. Os métodos terapêuticos dos uterotônicos são diversos na literatura mundial e não há estudos consolidados que justifiquem a superioridade de um sobre outro. Para mais, recentemente, o uso do ácido tranexâmico está sendo indicado assim que se diagnosticar a HPP. Em casos de atonia, não é recomendável aguardar os outros uterotônicos falharem para iniciar o ácido tranexâmico nas primeiras três horas de tratamento (OPAS, 2018).

**QUADRO 3: Esquemas sugeridos para tratamento medicamentoso da hemorragia.**

<b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HEMORRAGIA</b>	
OCITOCINA (1ª escolha)	5 UI, IV (intravenoso) lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 mL SF 0,9% a Infusão 250 mL/h. Manutenção de 125 mL/h por 4 horas.
METILERGOMETRINA	0,2 mg, IM (intramuscular), repetir em 20 min se necessário. Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24 horas).
MISOPROSTOL	800 mcg, via retal ou oral Tempo de latência para o início de ação do misoprostol: via retal em 15-20 min e via oral em 7-11 min.
ÁCIDO TRANEXÂMICO	1,0 grama, IV lento, em 10 minutos. Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose

Fonte: OPAS, 2018.

A primeira escolha é a ocitocina, o uso IV permite ação mais rápida, mas com efeito menos duradouro (aproximadamente 30 minutos), já na via IM possui ação de 3 a 7 minutos e seu efeito é prolongado, em média 60 minutos. Deve ter cuidado com a administração de volumes, pois a ocitocina pode ter efeito antidurético (BAGGIERI ET AL, 2011).

A metilergometrina é a droga de segunda opção, possui maior incidência de efeitos colaterais comparado a ocitocina. Porém, é contraindicada em mulheres com

histórico de hipertensão arterial, doença cardíaca ou pré-eclâmpsia, já que seu efeito alfa-adrenérgico pode elevar os níveis pressóricos. Já o misoprostol, é utilizado como um último recurso, geralmente quando as outras intervenções não foram suficientes, em locais em que ocitocina não esteja disponível ou não possa ser administrada com segurança. Estudos atuais sugerem que o misoprostol pode intensificar o efeito da ocitocina, causando uma contração miometrial sustentada (BONOMI, 2012).

O ácido tranexâmico é um inibidor competitivo da ativação do plasminogênio e pode reduzir a hemorragia inibindo a quebra de fibrinogênio e coágulos de fibrina. Com base em evidências, as recomendações da OMS para prevenção e tratamento de HPP emitidas em 2012 incluíram uma recomendação condicional de usar ácido tranexâmico no tratamento da HPP, quando os uterotônicos falham no controle do sangramento ou acredita-se que o sangramento seja causado por trauma (WHO, 2017).

#### **4.4.2 Massagem uterina bimanual**

A primeira manobra a ser executada nos casos de atonia uterina, é a Manobra de Hamilton, enquanto se faz o uterotônico e aguarda-se o seu efeito. É importante realizar o antes da compressão, o esvaziamento da bexiga, aumentando a eficácia da manobra (OPAS, 2018).

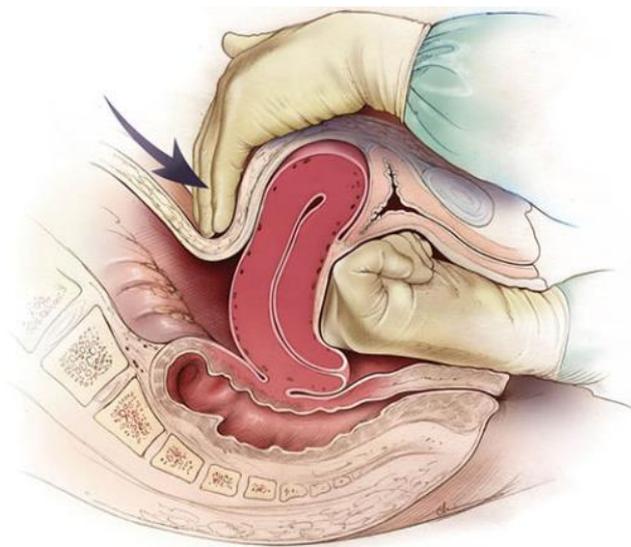


Figura 3: Massagem bimanual. Fonte: Minas Gerais, 2016.

A massagem é realizada colocando uma mão na vagina e empurrando o corpo do útero, enquanto a outra comprime o fundo de cima através da parede abdominal (EVERSEN; ANDERSON; FONTAINE, 2017).

#### **4.4.3 Balão de tamponamento intrauterino (BTI)**

O BTI trata-se de um importante dispositivo terapêutico para controlar temporariamente ou definitivamente a HPP. Sua principal indicação são os casos de atonia uterina, quando os uterotônicos falharam em controlar ou interromper o sangramento. A inserção do balão provoca uma aplicação de pressão contra a parede uterina, causando redução do sangramento do endométrio, dos remanescentes placentários e do miométrio (MINAS GERAIS, 2016).

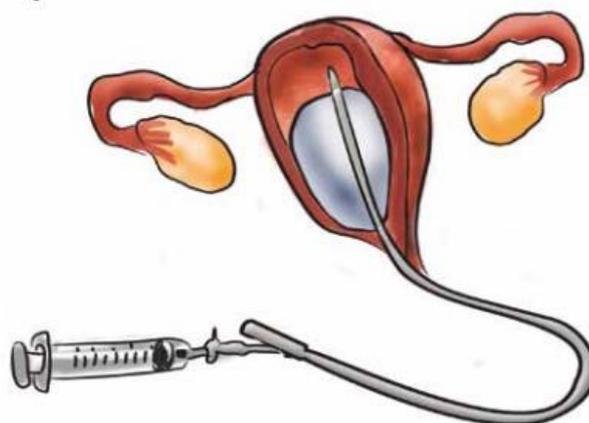


Figura 4: Balão de tamponamento intrauterino. Fonte: Minas Gerais, 2016.

Essa ferramenta é uma estratégia de terapia conservadora, com objetivo principal evitar o choque hemorrágico e a adesão de técnicas cirúrgicas mais complexas, como a histerectomia. O BTI pode ser colocado após o parto vaginal, através do colo uterino, ou após a cesariana, por meio da histerotomia. Auxiliam na diminuição da morbimortalidade materna relacionada à HPP, sempre que indicados e corretamente inseridos em momento oportuno (ALVES; SILVA; MELO, 2014).

É preconizado que o tempo de permanência para o balão é de, no máximo, 24 horas e pode ser utilizado simultaneamente com o traje antichoque não pneumático e/ou suturas compressivas. No decorrer do uso do balão recomenda-se realizar antibioticoprofilaxia e manter os uterotônicos. Ao encher o balão, utilizar líquidos mornos ou em temperatura ambiente, pois há risco de induzir hipotermia ao infundir líquidos frios ou gelados. A retirada do BTI deve ser realizada em local que tenha possibilidade de tratamento definitivo, visto que há risco de novo sangramento e deve ser realizada gradualmente (50 mL por vez). A equipe deve verificar constantemente o sangramento e o estado hemodinâmico da puérpera (BRASIL, 2017).

#### 4.4.4 Traje antichoque não-pneumático em obstetrícia

O traje antichoque não-pneumático (TAN) é uma veste de neoprene com fixadores em velcro, que envolve a paciente do tornozelo ao abdome, de forma fragmentada. Seu mecanismo de ação é realizar uma compressão circunferencial de 20-40 mmHg nas partes inferiores do corpo, redirecionando o sangue para as regiões superiores do organismo (cérebro, coração e pulmão) ocasionando uma redução do ritmo da perda sanguínea (OPAS, 2018).

Não encobre a região perineal, o que possibilita realizar procedimentos obstétricos que envolvam o manuseio do canal do parto. O traje deve ser usado em caso de instabilidade hemodinâmica e/ou sangramentos com ameaça de choque hipovolêmico (BRASIL, 2017).

Sua utilização pode ser por horas ou dias, os relatos são de uso por 48-72 horas de forma segura. Porém, a maioria dos casos é removido antes, em uma média de de 6-8 horas), desde que a retirada seja de forma segura, preenchendo os critérios. (BRASIL, 2017).



Figura 5: Traje antichoque não-pneumático. Fonte: Minas Gerais, 2016.

#### 4.4.5 Intervenções cirúrgicas

Delaney (2016) aponta que em casos em que puérpera não responde às intervenções conservadoras, indica-se a laparotomia exploratória. Há algumas opções de manejo cirúrgico recomendadas para controle da hemorragia que variam de acordo com a complexidade e o grau de responsividade da cliente ao tratamento.

O Grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) aponta que os tratamentos cirúrgicos conservadores devem ser primeiramente realizados. Caso essas abordagens não funcionem, deve-se dar seguimento à procedimentos mais invasivos. As suturas compressivas podem ser testadas como primeira intervenção, se houver falha, então a ligadura de vasos uterinos, ovarianos e hipogástricos pode ser realizada. Se a hemorragia severa continuar mesmo após a ligadura, então deverá ser executada uma histerectomia (OMS,2014).

A técnica de sutura de B-Lynch, descrita em 1997 pelo obstetra Christopher B Balogun-Lynch, é muito popular. Sua efetividade tem sido comprovada através de estudos de casos. A hemostasia pode ser avaliada imediatamente após a aplicação. A vantagem desta técnica é uma alternativa aos principais procedimentos cirúrgicos para controlar a pressão de pulso da artéria pélvica e evitar a histerectomia. Esta técnica de sutura foi aplicada com sucesso sem problemas até o momento e sem complicações aparentes se aplicada com competência. (ALVES; SILVA; MELO, 2014)

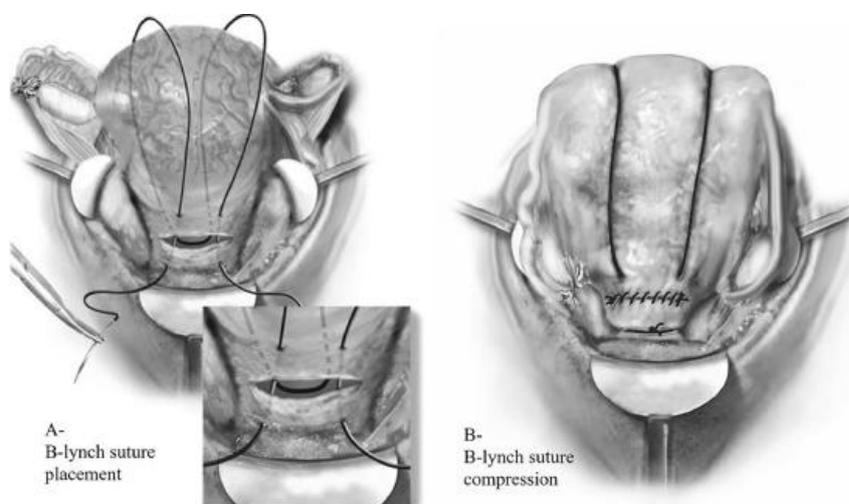


Figura 6: Sutura de compressão uterina B-lynch. Fonte: Gilmandyar; Thornburg, 2019.

A sutura é iniciada sob a histerotomia, colocada através da histerotomia, enrolada sobre o útero, através do segmento uterino inferior posterior, enrolada novamente e depois levada sob a histerotomia para permitir que seja amarrada abaixo da histerotomia. Como o útero é comprimido manualmente e a compressão da sutura é apertada, a compressão externa é alcançada. A sutura é então amarrada abaixo da histerotomia. (GILMANDYAR; THORNBURG, 2019)

A sutura uterina de Cho inclui a inserção de múltiplos quadrados hemostáticos no corpo e segmento uterinos, utilizando-se uma agulha reta. A proposta é aproximar as paredes uterinas, comprimindo-as até que nenhum espaço seja deixado nos locais de sangramento. Cada quadrado é construído pela aplicação de um ponto que atravessa a parede uterina inteira, da serosa da parede anterior à serosa da parede posterior. Outro ponto é sucessivamente aplicado 2 a 3 cm lateralmente e acima ou abaixo do primeiro, e toda parede uterina é novamente transfixada, da face posterior para a anterior. Este passo é repetido mais duas vezes fazendo com que os pontos adquiram a figura de um quadrado (ALVES, 2018).

Essa técnica é útil para casos de atonia e acretismo. Em um estudo francês foi publicado 23 casos, onde foi alcançada hemostasia em 95% do acretismo ou atonia uterina (FLORES-MÉNDEZ; GARCÍA-SÁNCHEZ, 2014). As paredes anterior e posterior do útero são suturados juntos para que o espaço na cavidade uterina seja eliminado (BONOMI, 2012).

Como última alternativa, indica-se a histerectomia, uma vez que é realizada pode ocasionar perdas sanguíneas adicionais de mais de 2 litros e assim precipitar um choque ou coagulopatia refratários. Entretanto, quando realizada em momento adequado (antes da coagulopatia se estabelecer) é um procedimento, que evita o choque e a coagulopatia. A histerectomia subtotal é a de escolha para a maioria dos casos de HPP, por ser mais rápida e exigir menor habilidade cirúrgica. Contudo, quando o sangramento ocorrer nos segmentos uterinos inferiores ela pode ser insuficiente. Nesses casos a histerectomia total está indicada (BRASIL, 2017).

Uma técnica necessária em torno de um a cada 1000 partos. Deve ser utilizada somente quando todas as outras técnicas falharam ou quando não há o desejo de se preservar a fertilidade por se tratar de uma alternativa definitiva.

Quando a causa é o acretismo placentário, torna-se a primeira escolha no tratamento de HPP (BONOMI, 2012).

#### 4.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE GREENBERG

Conforme a literatura, o quarto período do parto é iniciado posteriormente a saída completa da placenta e membranas. Não há concordância sobre a exatidão da sua duração, para uns, se estende entre a primeira hora, outrem, até segunda hora após o parto. É um período que exige observação clínica, uma vez que podem ocorrer complicações hemorrágicas significativas (SASS; OLIVEIRA, 2013).

O pós-parto imediato é um período vulnerável, que exige cuidados mais específicos e cautelosos. A enfermagem deve dar ênfase nas duas primeiras horas, verificando a cada os sinais vitais, uma vez que nessa fase acontecem os casos de hemorragias, afetando o estado geral da puérpera, podendo levar á óbito. (GOMES; SANTOS, 2017)

Atualmente, na área obstétrica, vem sendo adotado o conceito de “Hora de Ouro”. Na HPP o conceito é utilizado no controle do local de sangramento puerperal, dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico (BRASIL, 2017).

As diretrizes de Minas Gerais (2015) ressalta que a importância de observar e vigiar as condições da puérpera durante o período de Greenberg. É indispensável que o profissional de enfermagem deva realizar o exame da placenta, cordão umbilical e membranas, logo após a expulsão, averiguando a integridade e assegurando que não foram deixados restos na cavidade uterina. No caso de dúvidas se a placenta e membranas estão íntegras, deve-se iniciar a revisão da cavidade uterina e para o diagnóstico de possíveis lacerações de trajeto. Após examinar o canal de parto, o profissional deverá registrar em prontuário os possíveis achados e intervenções realizadas. Essa prática é rotineira em alguns países, porém não existem indícios de que essa conduta seja benéfica, ao contrário, pode causar infecção, traumatismos e até mesmo choque.

Florence Nightingale recomendou a observação como norte da enfermagem. Comprovou em suas estatísticas que através da observação conseguia reduzir a taxa de mortalidade dos pacientes, com implantação de rotinas de higiene, cuidados sanitários, dieta. Ela demonstrou que a enfermagem precisa usar o raciocínio lógico, ser criativa e inovadora. (MARTINS, 2014)

Santos (2009) relata que a avaliação rotineira permite detectar e intervir quando ocorrem disfunção hemodinâmica no puerpério. O enfermeiro deve checar os sinais vitais da paciente a cada 15 minutos, como temperatura, pressão arterial e pulso, pois podem ser sinais de hemorragia. Verificar as queixas da mulher, se há dor e estar atento ao sangramento, se está normal ou aumentado, presença de lóquios e suas características (cor e quantidade). Palpar o fundo uterino avaliando o tônus, deve estar contraído e indolor a palpação, e sua involução ocorre diariamente, diminui um centímetro a cada dia. Orientar a puérpera quanto a ingestão líquida a cada hora e importância da higiene íntima. Estimular a deambulação, para evitar assim a formação de flatulência.

De acordo com Santos et al (2013) os lóquios são secreções procedentes da produção de exsudatos e transudatos agregados com células descamadas e sangue, provenientes da ferida placentária, do colo uterino e da vagina. Variam conforme a fisiologia e característica, período do pós-parto, principalmente na cor. Desta forma, existem três tipos de classificação:

- Vermelhos ou sanguinolentos: apresentam-se nos primeiros três a quatro dias, constituindo-se de sangue vermelho vivo, tecido decidual necrosado e células epiteliais. Normalmente a quantidade assemelha-se ao fluxo menstrual;
- Serosanguinolentos: surge após o terceiro/quarto dia até o décimo. A coloração passa para a ser rósea/ acastanhada;
- Serosos: A partir do décimo dia, sua coloração é amarelada ou branca, podem se estender até a quinta ou sexta semana do pós-parto.

A enfermagem deve avaliar e prestar assistência às puérperas após o parto normal até que a paciente tenha alta da unidade, deve ser capaz de diferenciar uma

perda sanguínea normal no pós-parto imediato e uma hemorragia que coloca em risco a vida de uma puérpera, como também saber identificar os fatores de risco, para evitar acontecimentos indesejáveis no parto e pós-parto. É primordial que o profissional saiba reconhecer a causa da hemorragia puerperal e utilizar medidas corretivas como o uso de ocitocina, hidratação venosa, massagem uterina (MINAS GERAIS, 2015).

Um trabalho em equipe efetivo é fundamental para o sucesso no manejo da hemorragia pós-parto. Todos os seus membros devem estar bem treinados para lidar com essa complicação de acordo com o seu nível de formação e a delegação de funções, realizada de forma responsável e monitorada. As atribuições dos membros da equipe são listadas de acordo com o nível de complexidade requerido para as ações e os profissionais que poderão executá-las. O profissional deverá estar ocupado com a tarefa mais complexa de acordo com suas habilidades técnicas, não devendo perder tempo em tarefas menos complexas que podem ser cumpridas por outros (Minas Gerais, 2014).

A educação continuada deve ser aplicada nas equipes de enfermagem, levando-se em consideração que os os profissionais estão inseridos na prática do serviço. Os conteúdos devem considerar a realidade, a rotina do trabalho, as necessidades do usuário e o profissional. É de suma importância atualizar e ampliar os conhecimentos da equipe, pois se se faz necessário profissionais capacitados para assistir as necessidades em saúde do usuário e do serviço (MARCONDES, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa fica evidenciado que a HPP é a principal causa de morbidade e mortalidade materna. A fim de evitar esta doença que pode levar a mulher à óbito, é muito importante avaliar com precisão os fatores de risco e a perda de sangue durante o parto.

A melhor estratégia preventiva é o manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, que envolve a administração de uma droga uterotônica com ou logo após a entrega do ombro anterior do bebê, tração controlada do cordão e, clampeamento precoce do cordão umbilical, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto. Deve-se enfatizar que todos os pacientes devem receber manejo ativo para a 3ª etapa do trabalho de parto.

Os fatores de risco para hemorragia pós-parto incluem um terceiro estágio prolongado de trabalho de parto, parto múltiplo, episiotomia, macrossomia fetal, história de hemorragia pós-parto, obesidade materna, dentre outros fatores. As causas são atonia uterina, traumas, tecidos e trombina. A principal causa de HPP é a atonia uterina, definida como a incapacidade do útero de contrair, ocorre em 70% dos casos.

O tratamento e manejo inclui massagem uterina bimanual; agentes uterotônicos, como a ocitocina, que estimulam a contração do miométrio; balão de tamponamento intrauterino, um dispositivo terapêutico utilizado para controlar temporariamente ou definitivamente a HPP; e tratamentos cirúrgicos quando os anteriores falharam.

É relevante destacar o importante papel do enfermeiro na assistência prestada às mulheres no período pós-parto, por meio de uma assistência abrangente, qualificada e humanizada, focada nas necessidades das mulheres. Esse é um período que requer exame físico constante, a fim de avaliar e identificar possíveis anormalidades, adaptações fisiológicas e detectar possíveis complicações. Todos os profissionais da equipe de enfermagem devem ser treinados e capazes de reconhecer os primeiros sinais de HPP, pois são eles que estão à beira leito à todo momento e devem intervir de maneira ágil e eficiente para controlar a hemorragia, promovendo saúde e reduzindo então a mortalidade materna.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Álvaro Luiz Lage. **AVALIAÇÃO DE DIFERENTES TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA ABORDAGEM DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO COM E SEM PRESERVAÇÃO UTERINA**. 185 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Perinatologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-B5CFPM/tese\\_final.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-B5CFPM/tese_final.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 agosto de 2019.

ALVES, Álvaro Luiz Lage; SILVA, Lucas Barbosa da; MELO, Victor Hugo. Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto. **Feminina**, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p.193-201, jul-ago 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4592.pdf>>. Acesso em 14/08/2019.

ALVES, Álvaro Luiz Lage; SILVA, Lucas Barbosa da; MELO, Victor Hugo. Uso de suturas uterinas compressivas na hemorragia pós-parto. **Feminina**, Belo Horizonte, v. 42, n. 6, p.266-276, dez. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n6/a4827.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

AMELIA, Rini; et al. **The Effect of Breastfeeding on The Uterine Involution Post Partum Mothers**. World Journal of Research and Review. Jan 2019. Disponível em: <[https://www.wjrr.org/download\\_data/WJRR0801003.pdf](https://www.wjrr.org/download_data/WJRR0801003.pdf)>. Acesso em 22/08/2019.

BAGGIERI Rafael Angelo Avance; et al. **Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento**. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2011;56(2):96-101. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/317/332>>. Acesso em: 29/08/2019.

BONOMI, Inessa Beraldo de Andrade et al. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, p.70-77, 2012. Disponível em: <[rmmg.org > exportar-pdf](http://rmmg.org/exportar-pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. **Diretrizes para o manejo de hemorragias pós-parto**. Minas Gerais. Março 2017. Disponível em: <<http://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/Diretrizes-Zero-Morte-Materna-SES-MG.pdf>>. Acesso em 14/08/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em 26/02/2019.

CANADÁ. **Postpartum hemorrhage**. Alarm International Program. 4. ed. cap 06. 2016. Disponível em: <<https://www.glowm.com/pdf/AIP%20Chap6%20PPH.pdf>>. Acesso em 09/08/2019.

COSTA, Nilma Maia da; et al. **Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura**. Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>>. Acesso em 06/03/2019.

DELANEY, Louisa; et al. **HEMORRAGIA PÓS-PARTO**. 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883008/33-hemorragia-pos-parto.pdf>>. Acesso em: 11/03/2019.

DIETERICH, Christine M et al. **Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad**. Pediatric clinics of North America. vol. 60,1. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508512/>>. Acesso em: 22/08/2019.

EVENSEN Ann; ANDERSON, Janice M; FONTAINE, Patricia. **Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment**. American Academy of Family Physicians. abril 2017. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2017/0401/p442.html>>. Acesso em 10/08/2019.

FLORES-MÉNDEZ, Víctor M.; GARCÍA-SÁNCHEZ, Josué A.. Uso de suturas de compresión uterina para el tratamiento de la hemorragia obstétrica. **Rev Hosp Jua Mex**, México, p.104-109, jan. 2014. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9f28/7f89e7c0031d267538caae1c4765a1b08ca5.pdf>>. Acesso em: 25 agosto de 2019.

GILMANDYAR, Dzhamala; THORNBURG, Lorelei L. Surgical management of postpartum hemorrhage. In: GROSS, Ian; D'ALTON, Mary E.. **Seminars in Perinatology**. Sciencedirect, 2019. p. 27-34. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000518301265?via%3Dihub>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

GOMES, Gabriella Farias; SANTOS, Ana Paula Vidal dos. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPERIO. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 6, n. 2, p.211-220, out. 2017. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407/1081>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Guidelines: prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 117, n. 2, p. 108-18, May. 2012. Disponível em: <[https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/FIGO-Guidelines\\_Prevention-and-Treatment-of-PPH-etc1.pdf](https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/FIGO-Guidelines_Prevention-and-Treatment-of-PPH-etc1.pdf)>. Acesso em: 29/08/2019.

KHAN, R.U; EL-REFAEY, Hazem. **Pathophysiology of Postpartum Hemorrhage and Third Stage of Labor**. The Global Library Of Womens Medicine. p 94-100.

2012. Disponível em: <[http://www.glowm.com/pdf/pph\\_2nd\\_edn\\_chap-13.pdf](http://www.glowm.com/pdf/pph_2nd_edn_chap-13.pdf)>. Acesso em 10/08/2019.

LARA, Sonia Regina de; CESAR, Mônica Bimbatti (coords.). **Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia**. 21. ed. 2017. Editora Manole Ltda. [Minha Biblioteca]. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520454756/cfi/230!/4/4@0.00:0.00>. Acesso em: 07/03/2019.

MAMEDE, Fabiana Villela; PRUDÊNCIO, Patrícia Santos. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev Gaúcha Enferm**. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0262.pdf>>. Acesso em 25/11/2018.

MARCONDES, Fernanda Laxe; et al. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Revista PróUniverSUS**. 2015 Jul./Dez. Disponível em: < <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/353>>. Acesso em 27/08/2019.

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto**. 2014. 184 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129654/329875.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MINAS GERAIS. Belo Horizonte. **Assistência ao Parto e Nascimento - Diretrizes para o cuidado multidisciplinar**. 2015. Disponível em: < [https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/241\\_Protocolo-Assistencia\\_Part0\\_Nascimento-18-12-2015.pdf](https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/241_Protocolo-Assistencia_Part0_Nascimento-18-12-2015.pdf)>. Acesso em 22/08/2019.

MINAS GERAIS. Hospital Sofia Feldman. **Diretrizes Clínicas: Prevenção e Manejo da Hemorragia Pós-parto**. 2014. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <jessica\_rayane13@hotmail.com> em nov.2018.

MINAS GERAIS. **Protocolo de hemorragia puerperal**. 2016. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/hemorragia-puerperal.pdf>>. Acesso em 26/02/2019.

MONTENEGRO, Carlos Barbosa, REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 14ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. [Minha Biblioteca]. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732802/cfi/6/48!/4/276/6/4@0:15.6>>. Acesso em: 22/08/2019.

OLIVEIRA, Rita de Cássia de; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO. **Rev Enferm Ufpe**, Recife, v. 13, p.236-248, jan. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf?sequence=12](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12)>. Acesso em 22/11/2018.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. 2018. Disponível em: <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em 06/03/2019.

PERIARD, Alexandre Moraes; et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. **Rev Med Minas Gerais**. n.21. p.22-26. 2011. Disponível em <[rmmg.org/exportar-pdf/735/v21n4s6a06.pdf](http://rmmg.org/exportar-pdf/735/v21n4s6a06.pdf)>. Acesso em: 11/03/2019.

SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Neonato e à Família: Alojamento Conjunto**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: < [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15343/mod\\_resource/content/4/Modulo8\\_SaudeMaterna.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15343/mod_resource/content/4/Modulo8_SaudeMaterna.pdf)>. Acesso em 27/08/2019.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Assistência de Enfermagem Materno-Infantil**. 3ed. Saraiva. pg 204-206. 2009 [Minha Biblioteca]. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788576140856/cfi/0!/4/4@0.00:0.00>>. Acesso em: 13/03/2019.

SASS, Nelson; OLIVEIRA, Leandro Gustavo de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2346-6/cfi/6/70!/4/2/84/10@0:62.9>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

WHO. World Health Organization. **Updated WHO Recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of Postpartum Haemorrhage**. Out 2017. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259379/WHO-RHR-17.21-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em 29/08/2019.