



**ANA JÉSSICA PEREIRA DIAS**

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO ADJUNTO A  
HEMORRAGIA PUERPERAL**

Caçapava, SP

2021

**ANA JESSICA PEREIRA DIAS**

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO ADJUNTO A  
HEMORRAGIA PUERPERAL**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade Santo Antônio, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem  
Orientador: Aline Aparecida Soares Duque.

Caçapava, SP

2021

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário(a) com CRB

**ANA JESSICA PEREIRA DIAS**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL  
ENFERMEIRO ADJUNTO A HEMORRAGIA PUERPERAL**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade Santo Antônio, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem  
Orientador: Aline Aparecida Soares Duque.

Caçapava, 10 de Junho de 2021

Avaliação/nota:

**BANCA EXAMINADORA**

_____	
Titulação e Nome	Faculdade Santo Antônio
_____	
Titulação e Nome	Faculdade Santo Antônio
_____	
Titulação e Nome	Faculdade Santo Antônio

## RESUMO

Hemorragia pós-parto (HPP) é um dos principais motivos de morbidade e mortalidade materna no mundo. A maioria dos casos de HPP pode ser prevenida e cometida, em qualquer local onde ocorra o parto, desde que haja condições para colocar em prática as evidências atuais sobre prevenção e controle dessa morbidade. A mulher logo após o período de pós-parto, necessita de supervisão da enfermeira para que sejam tomadas medidas necessárias, que previnam as hemorragias, bem como minimizem as suas complicações. A observação do volume da perda sanguínea, da altura e da contração uterina, o reconhecimento das causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta da HPP é fundamental. O acompanhamento dos profissionais de enfermagem, deve estar subsidiado na verificação, fundamentado em protocolos baseados em comprovações, com vistas à prevenção, à detecção precoce e ao controle da HPP.

**Palavras-chave:** Hemorragia pós-parto, Cuidados de Enfermagem às Puérperas.

## **ABSTRACT**

Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the main reasons for maternal morbidity and mortality worldwide. Most cases of PPH can be prevented and committed, wherever birth occurs, as long as there are conditions to put the current evidence on prevention and control of this morbidity into practice. The woman, right after the postpartum period, needs supervision from the nurse so that necessary measures are taken to prevent bleeding, as well as minimize complications. The observation of the volume of blood loss, height and uterine contraction, the recognition of the causes of hemorrhage, the identification of risk factors and the warning signs of PPH is essential. The monitoring of nursing professionals must be subsidized in the verification, based on protocols based on evidence, with a view to prevention, early detection, and control of PPH.

**Keywords:** Postpartum hemorrhage, Nursing Care for Postpartum Women

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b> - Fatores de risco da hemorragia pós-parto .....	<b>17</b>
<b>Figura 02</b> - Recomendações com base em evidências no tratamento da HPP....	<b>19</b>
<b>Figura 03</b> - Medidas de organização dos serviços segundo a OMS (2012).....	<b>20</b>

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivo Específico.....	11
<b>3. Fundamentação Teórica.....</b>	<b>12</b>
3.1 Principais Condições pós-parto que levam ao Quadro de complicação no Puerpério .....	12
3.1.1 Hemorragia Puerperal.....	12
3.1.2 Infecção Pós-parto.....	13
3.1.3 Pré-eclâmpsia.....	13
3.1.4 Eclâmpsia.....	13
3.1.5 Síndrome de HELLP.....	14
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Resultados.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Discussão.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Considerações Finais .....</b>	<b>24</b>
<b>8. Referencias .....</b>	<b>25</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A maternidade é um momento único e vivenciado de muitas maneiras por cada mulher, e em todas as fases da gestação necessita de um cuidado especial, do início ao fim. As alterações fisiológicas estão presentes em todo o ciclo da gestação, apresentando sintomas leves ou até alguns mais graves, que podem alterar a saúde da gestante (REZENDE FILHO 2016).

Segundo (REZENDE FILHO 2016) uma das alterações mais notáveis durante a gestação é a retenção de líquido, e do sistema urinário, sistema respiratório, sistema digestório, sistema endócrino, alterações no débito cardíaco e no volume plasmático, além de modificações por todo o corpo e logo após o período de gestação podem ocorrer algumas complicações como hemorragias classificadas em Primárias e Secundárias.

Augusto (2013) descreve um período importante logo após 10 minutos de perda sanguínea, temos um quarto período também chamado de 4º período do parto, onde se processa a hemostasia fisiológica da ferida uterina. Essa etapa merece ênfase pois podem ocorrer as hemorragias, a hemorragia é definida quando a perda sanguínea é maior de 500ml após o parto, é um tipo de patologia que necessita de intervenção rápida, esse tipo de patologia é o que mais apresenta mortalidade materna.

A hemorragia pós-parto tem sido uma das principais causas de morte materna, existem também os fatores de risco que estimulam a hemorragia que são: nuliparidade, multiparidade, obesas, idade avançada, laceração com sutura, trabalho de parto com indução, episiotomia e partos instrumentados. Além do óbito materno, a HPP demonstra outros fatores de complicações que são desenvolvidas durante o período de perda sanguínea; como a hipotensão, fadiga, anemia, doenças relacionadas à coagulação. Souza ML (2013) relata que perante esse período a equipe deve estar sempre atenta a sinais e sintomas, e assim estar realizando um controle dessa HPP.

A partir desse conceito inicial foi realizado o questionamento norteador dessa pesquisa: Quais cuidados na área de enfermagem são oferecidos às puérperas adjunto a Hemorragia Puerperal?

Acredita-se que este estudo poderá prestar novas reflexões ao Enfermeiro no manejo e atuação diante de uma intervenção como a HPP, assim atualizando a equipe

gerando progresso, preparo e o conhecimento através de protocolos de manejo mostrando a melhor forma de abordagem que se faz necessária.

O tema foi selecionado por meio de orientações e interesse pelo assunto, contudo, somente após realizar muita pesquisa, foi possível estabelecer um tema com objetividade para captar resultados para minha monografia.

O tema sugerido possui suma importância para o meio acadêmico, no qual vão ser demonstrados através de situações/problemas de acordo com a contextualização citada acima. Enquanto para os profissionais de saúde, será possível ter uma conduta mais especializada, através de uma sequência de procedimentos padrões, e assim estarem aptos a prestar uma assistência bem direcionada a cuidados com o paciente.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Buscar na literatura evidências sobre o conhecimento do Enfermeiro perante os fatores de risco e protocolos relacionados à hemorragia no puerpério, a fim de evitar danos à saúde da puérpera.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- I. Levantar os cuidados dos Enfermeiros que são realizados rotineiramente à puérpera com complicações na HPP
  
- II. Contribuir com a assistência de enfermagem, prestada pelo profissional Enfermeiro através de protocolos e por meio de artigos trazer recomendações seguras para o manejo correto da hemorragia no puerpério.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Principais Condições pós-parto que levam ao Quadro de complicação no Puerpério**

Algumas condições são fatores de risco para a ocorrência das hemorragias pós-parto e devem ser identificadas já no acompanhamento pré-natal, tais como: quadros que levem à hiperdistensão uterina, como polidrâmnio, gestação gemelar e macrossomia fetal; condições que comprometam a contração e retração uterina, como a presença de miomas uterinos, hipoproteinemia, grande multiparidade; obesidade; e hemorragia pós-parto em gestação anterior (BURKE, 2010). Além dos fatores agravantes que podem ser descobertos no pré-natal, também há os fatores de risco identificados nos tópicos a seguir.

##### **3.1.1 Hemorragia Puerperal**

É considerada hemorragia puerperal a perda de volume sanguíneo >500 ml em parto normal (vaginal) ou 1.000 ml em parto cesáreo. Vale salientar que qualquer perda de volume que cause desequilíbrio homeostático, também se caracteriza em hemorragia puerperal. A hemorragia pós-parto tardia tem menor incidência, cerca de 1% dos partos e está intimamente relacionada a atonia uterina, infecção (endometrite) e doença de von willebrand (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Contudo, a definição da HPP, da abertura para a subjetividade de julgamento dos profissionais que tendem a subestimar ou superestimar as perdas sanguíneas. Autores sugerem para propósitos clínicos considerar como HPP qualquer perda sanguínea que leve à instabilidade hemodinâmica ( ICM/FIGO, 2012).

### **3.1.2 Infecção Pós-parto**

Infecção puerperal ou febre puerperal, como também pode ser chamada, trata-se da manifestação iniciada no aparelho genital da mulher logo após o nascimento do bebê. E em sua maioria acaba não sendo detectada de maneira assertiva no pós-parto. Sua característica é o estado febril da mulher, com temperatura mínima de 38°C, por no mínimo 2 dias, durante os 10 dias iniciais de puerpério, com exceção das primeiras 24 horas pós-parto. Estudos mostram que, enquanto 20% das mulheres são acometidas por essa infecção nos casos de parto natural, outros 70% das mulheres pós-cesarianas são identificadas com infecção puerperal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

### **3.1.3 Pré-eclâmpsia**

Esta complicação tem como característica o aumento da Pressão Arterial (PA), seguido pela presença de proteína na urina e classifica-se em pré-eclâmpsia, que é o estado acentuado da hipertensão, o início dos sintomas dessa doença podem aparecer a partir da 20ª semana de gestação. (AGUIAR et al., 2010).

A pré- eclâmpsia pode impulsionar diversas complicações como, síndrome de HELLP, descolamento prematuro da placenta (DPP), insuficiência cardíaca, trombose venosa, eclâmpsia, parto prematuro, pneumotórax, edema pulmonar, insuficiência renal aguda, acidente vascular cerebral, dentre outras complicações que podem levar a morte da mãe e do bebê (AGUIAR et al., 2010).

### **3.1.4 Eclâmpsia**

Identificado a partir do início do quadro de convulsão, no decorrer da gestação ou no puerpério, a eclâmpsia não possui compatibilidade com outras condições patológicas relacionadas ao sistema nervoso central, que geralmente, estão relacionadas à pré-eclâmpsia. A supervisão na gestação é o fator principal para a prevenção de futuros quadros convulsivos. A eclâmpsia é notada através da checagem da pressão arterial, a qual verifica-se igual ou maior que 140x90 mmHg.

Seus sintomas são comuns, como cefaléia, dor abdominal, visão turva, entre outras (WR et al., 2008).

### **3.1.5 Síndrome de HELLP**

A SHEG é conceituada como hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclampsia, e Síndrome HELLP (SH) a sua manifestação mais pronunciada, intervindo diretamente nas gestações primárias e múltiplas. Contudo, faz-se necessário uma assistência voltada ao atendimento individual para cada gestante, fundamentalmente no diagnóstico precoce, estabelecendo interferências com o intuito de minimizar as consequências tanto para a mãe quanto para o bebê (AGUIAR et al., 2010).

A sintomatologia da SH na maioria das vezes é escassa, se o profissional conseguir descobrir mal-estar, dor epigástrica, náuseas e cefaleia a intensidade de desconfiança clínica dos casos de SH é de meticolosa importância. Na existência de trombocitopenia em uma gestante, parturiente ou puérpera com pré-eclâmpsia, deve-se refletir com precisão na Síndrome HELLP. (FREITAS F, MARTINS-COSTA SH, RAMOS JGL, MAGALHÃES MC, 2012)

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de estudo permite a inserção de estudos com metodologias de diversas naturezas. Contudo, estes devem possuir potencial para o desenvolvimento de uma enfermagem norteada em comprovações. Logo, torna-se fundamental a prática de um método sistemático para análise de dados da revisão integrativa. (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A busca na literatura deu-se entre Agosto 2020 a Março de 2021,

Os artigos e evidências foram encontrados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF) e na Biblioteca Virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para tanto, essa monografia baseia-se na metodologia sugerida na literatura de Whittemore e Knafl, (2005), que apresenta as etapas adotadas para a revisão integrativa, a saber: Reconhecimento do problema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e apresentação do conhecimento sintetizado. Diante do exposto, questionamento norteador que apontou o estudo em questão foi: Quais cuidados na área de enfermagem são oferecidos às puérperas adjunto a Hemorragia Puerperal?

Para a pesquisa, foram convenientes descritores presentes no vocabulário preconizado DECS (Descritores em Ciências da Saúde), são eles: Puerpério, Ciclo Puerperal e Enfermagem.

Para tanto estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, escritos em língua portuguesa, disponíveis entre os anos de 2003 a 2017, e que estivessem disponíveis online no formato completo.

A busca foi realizada pelo acesso on-line e, inicialmente, foram obtidos 60 artigos. Desses, foram excluídos aqueles que não se relacionavam ao tema (28) mediante a leitura criteriosa do título e do resumo online. Posteriormente, a leitura na íntegra das publicações restantes da primeira seleção permitiu, ainda, excluir aqueles que estavam repetidos nas bases de dados (12). Dessa forma, a amostra final desta revisão foi constituída de 20 artigos.

## 5. RESULTADOS

Após a fundamentação teórica das causas que levam as pacientes gestantes a desenvolverem o quadro de Hemorragia Puerperal, a proposta nos resultados será demonstrar através de estudos bibliográficos como o Enfermeiro realiza o diagnóstico e os cuidados efetivos junto às puérperas.

A ex-gestante no pós-parto imediato necessita de observação e constante supervisão, para que sejam tomadas as medidas necessárias para prevenir diversos agravos e suas complicações. Os profissionais de saúde, incluindo médicos e a enfermagem (enfermeiras, obstetizas, parteiras), precisam estar atentos às demandas das parturientes e preparados para atendê-las no caso de uma HPP.

O profissional Enfermeiro pode e deve constituir-se como protagonista na garantia do atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo no caso de complicações no parto.

Uma vez diagnosticada a perda sanguínea maior que 500 ml no parto normal e 1000 ml na cesariana, seja por cálculo visual, ou através de sintomatologia, ficam orientadas formas de controle no sentido de estancá-las. A princípio as medidas devem ser clínicas, reservando-se medidas cirúrgicas nos casos da manutenção do sangramento (BAGGIERI et al., 2011; OMS, 2012).

Existem situações clínicas maternas que desencadeiam desordem fisiológica generalizada, necessitando de reconhecimento para intervenção necessária do profissional de saúde (KARLSSON, PÉREZ SANZ, 2009; BAGGIERI et al., 2011).

Essas situações são demonstradas na Figura 1.



**Figura 1- Fatores de risco da hemorragia pós-parto**

	CAUSAS	FATORES DE RISCO
Atonia uterina (Tônus)	Sobredistensão uterina	Gestações múltiplas Feto macrossômico Polidrâmnio
	Corioamnionite	Rotura prolongada de membrana Febre
	Fadiga muscular	Parto prolongado ou rápido Elevada multiparidade  Uso indiscriminado de ocitocina
Retenção de tecidos (Tecido)	Placenta	Acretismo placentário Cirurgia uterina prévia
	Coágulos	Dequitação incompleta da placenta
Lesão do canal do parto (Trauma)	Laceração do canal do parto – colo, vagina, períneo	Parto instrumental  Período expulsivo precipitado Episiotomia
	Rotura uterina	Cirurgia uterina prévia Parto instrumental Distócia  Hiperdinamia Versão cefálica externa
	Inversão uterina	Remoção manual Acretismo placentário Excessiva tração do cordão
Alterações de coagulação (Trombina)	Adquiridas	Pré-eclâmpsia Síndrome HELLP Coagulação intravascular Disseminada - CIVD Embolia do líquido Amniótico Sepsis Descolamento prematuro da placenta
	Condições preexistentes	Hemofilia A  Doença de Von Willebrand Doença hepática  História prévia de HPP  História de trombose e terapêutica anticoagulante

**Fonte:** Adaptado de Karlsson e Pérez Sanz (2009) e Leduc *et al.*, (2009).

Atentando para essas razões o manuseio ativo do parto tem sido orientado a todas as gestantes independentemente de manifestarem fatores de risco (WHO, 2009; ICM/FIGO, 2012).

O guideline da Cáritas Health Group (2005) apresenta o tratamento para as causas de hemorragia conforme os 4 Ts:

**Tônus:** compressão uterina com massagem e uso de agente uterotônico;

**Tecidos:** remoção manual ou por meio de curetagem de restos placentários, membranas ou coágulos;

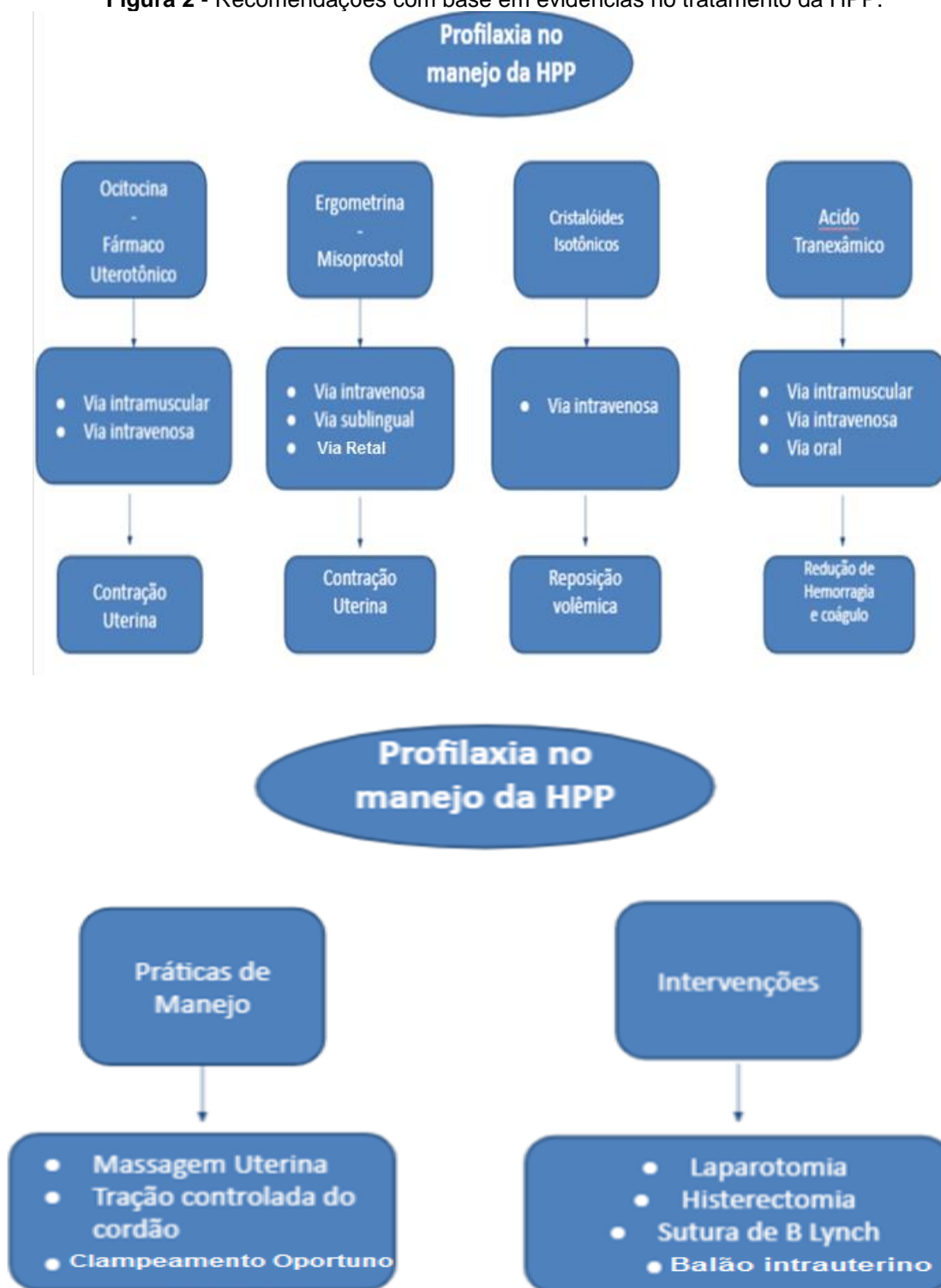
**Trauma:** identificar ruptura uterina, inversão uterina e reparação de laceração cervical, vaginal e períneo;

**Trombina:** reverter quadro com anticoagulantes e substituir fatores.

Dentre as orientações de tratamento patológico, a retirada do útero (histerectomia) deve ser a última opção de tratamento. Deve-se, à vista disso, buscar o tratamento precoce da HPP, com o uso de drogas para estender as contrações uterinas (tais como ocitocina, ergometrina e prostaglandinas), ou utilizar o uso de técnicas cirúrgicas (como amarrar ou bloquear artéria uterina), intervenções radiológicas (como o bloqueio da artéria principal para o útero utilizando espumas de gel) e drogas hemostáticas (tais como ácido tranexâmico e fator VII recombinante) (BAGGIERI et al., 2011; OMS 2012).

As recomendações a serem seguidas após a prescrição médica e direcionado ao manuseio do enfermeiro segundo a OMS (2012), para tratamento da HPP baseadas em evidência já citadas, encontram-se na Figura 2.

**Figura 2** - Recomendações com base em evidências no tratamento da HPP.



**Fonte:** Adaptado de OMS (2012).

Para a implementação e o uso efetivo das medidas de prevenção, além do tratamento da HPP, são necessárias medidas de organização dos serviços que foram sintetizadas pela OMS (2012), citadas na Figura 3.

**Figura 3:** Medidas de organização dos serviços segundo a OMS (2012).

1) O uso de protocolos formais pelas unidades de saúde para a prevenção e tratamento da HPP;
2) O uso de protocolos formais para o encaminhamento das mulheres para um nível superior de atendimento em serviços de referência;
3) O uso de treinamento com simulações de tratamento da HPP para a formação em serviço tanto dos profissionais do pré-atendimento hospitalar como dos hospitais;
4) Acompanhamento do uso de uterotônicos após o nascimento para a prevenção de HPP, como indicador de processo de avaliação programática (cálculo: número de parturientes que receberam ocitocina/total de parturientes atendidas no serviço x 100).

**Fonte:** Adaptado de OMS (2012).

Essas medidas são indispensáveis para que ocorram efetiva prevenção, controle e tratamento da HPP, impactando na redução da mortalidade materna.

Todas essas recomendações serão efetivas se os enfermeiros colocarem na prática a observação que, no conceito preconizado por *Florence Nightingale*, foi explorado como marco teórico da presente monografia e que, junto às evidências sobre prevenção e controle da HPP, subsidia a sistematização de um instrumento para observação pelos enfermeiros e enfermeiros obstétricos a fim de prevenir e controlar a HPP. OMS (2012).

## 6. DISCUSSÃO

A hemorragia pós-parto insiste conforme motivo de morbidade materna grave em países com baixos recursos, e em países com elevados recursos. Nos países que apresentam baixos recursos, onde os partos são acometidos em locais com baixa infraestrutura e, na sua maioria, em residências, são inúmeros os desafios a serem vencidos para a prevenção e melhoria da HPP e que atrapalham a diminuição mais eficaz da mortalidade materna. Para esse fim devem ser superados a ausência de prestadores especializados, a falta de métodos conforme uterotônicos e refrigeração adequada, a incorreta prática ou escasso controle da terceira etapa do parto, a subestimação da perda de sangue e a falha de infraestrutura de condução e informação dos profissionais.

Na incidência de HPPs severas e suas complicações em países de recursos elevados, as razões para esse aumento não são claras, afirmam alguns autores, devido à falta de informações precisas sobre os casos de HPP nessas regiões. (KNIGHT, 2009). Estudo de revisão sistemática sobre HPP em países desenvolvidos orienta a respeito do treinamento para todos os colaboradores das maternidades em matéria de supervisão de perda de sangue e a checagem das mulheres após o parto como estratégias-chave para diminuir a gravidade da HPP e precaver resultados contrários. Isso vale principalmente para pequenos hospitais onde ocorrem poucos partos e protocolos de manejo podem não estar definidos de forma adequada. (KNIGHT, 2009).

Segundo a ICM/FIGO (2012) o manuseio ativo do terceiro estágio do parto é a mais forte evidência para a precaução da HPP e é considerado ser implementado em todos os partos. Conforme guideline atualizado da ICM/FIGO (2012) o Manejo Ativo do Terceiro Estágio do Parto ( MATEP) abrange três componentes: a administração de ocitocina ou outro uterotônico (quando este não estiver disponível) dentro de um minuto após o nascimento da criança, a tração controlada do cordão e a massagem uterina após dequitação da placenta.

Mais recentemente a OMS (2012) editou recomendações sobre o manejo ativo do terceiro estágio do parto à luz de novas evidências disponíveis. Nos procedimentos cirúrgicos, cesariana, a OMS recomenda uso da ocitocina e da tração controlada do cordão em detrimento da remoção manual da placenta.

A presente revisão sobre as práticas para a prevenção e o controle da HPP resultou na identificação de que o Enfermeiro, vêm colaborando para a implementação do MATEP ao elaborar e implantar protocolos, treinamentos, supervisão e *check list* de resultados das práticas nos serviços, em diferentes contextos.

Em resumo, primeiro componente do MATEP refere-se a utilização da ocitocina (10 UI aplicada por via intramuscular até um minuto após o nascimento do bebê, ou após aparecimento do ombro anterior dele) como a droga de escolha na prevenção e tratamento da HPP (WHO, 2009)

O segundo componente é a tração controlada do cordão, que equivale em posicionar uma mão sobre o útero e a outra segurando firme o segmento inferior do cordão entre o dedo polegar e o dedo indicador, realizando uma pressão constante e suave de forma ascendente e para trás (BURKE, 2010). A tração controlada do cordão não é orientada na ausência de drogas uterotônicas ou antes de sinais da dequitação da placenta, pois podem ocorrer ruptura do cordão, inversão uterina e hemorragia em grande volume. (ICM/FIGO, 2012).

Documento da Organização Mundial da Saúde (2012) Organização Pan-americana de Saúde (BRASIL, 2011b) afirma que o clampeamento imediato do cordão umbilical é uma prática ainda muito utilizada, mesmo que este seja um elemento do antigo procedimento do manejo ativo.

Por outro lado, a revisão da Cochrane de dois estudos sobre o clampeamento tardio mostrou que este promove a drenagem precoce da placenta, reduzindo a duração do tempo de parto, do período de expulsão da placenta e da existência de retenção da placenta. A revisão sistemática realizada por Hutton e Hassan (2007) sobre clampeamento precoce e tardio reforça que, na prática clínica, um mínimo de dois minutos deve ser esperado antes do clampeamento do cordão, para todos os nascimentos de bebês a termo e prematuros.

Todos os estudos revisados confirmaram que o uso rotineiro do manejo ativo reduziu a incidência de HPP, a quantidade de perda de sangue, da necessidade de transfusão de sangue e de uterotônico adicional, portanto, deveria ser incluído em todo programa de intervenção destinado a reduzir as mortes por HPP, como preconizado por ICM/FIGO (2012).

A estimativa da perda de sangue no pós-parto é um tema que na maioria dos estudos aparece como um problema, uma vez que influi na precisão da quantidade de sangue perdida, na confirmação do diagnóstico de HPP, até na definição da intervenção correta a ser providenciada. Nos estudos bibliográficos estudados para essa monografia demonstrou que os enfermeiros profissionais de saúde subestimam a perda de sangue em 30 a 50%, aumentando a imprecisão quanto maior for a perda de sangue (GLOVER, 2003). O estudo visava identificar fatores de risco para hemorragia pós-parto, e sua grande contribuição foi a mensuração rigorosa da perda de sangue, avaliada de forma padronizada. A maioria dos estudos, quando se reportam à perda de sangue, o fazem por meio da estimativa visual, e sabe-se que o grau de imprecisão desse método apresenta muitas variações, ( GLOVER,

2003). Assim, é muito provável que a classificação quanto à perda de sangue possa resultar em erro devido à ausência de conhecimento do enfermeiro.

Os estudos sobre treinamento da enfermagem para o manejo da HPP demonstraram a necessidade e a importância da capacitação sobre ações essenciais para a terceira fase do trabalho de parto para os profissionais de saúde.

A compressão bimanual é indicada pela ICM/FIGO (2012) como tratamento da HPP se o sangramento pós-parto persistir após uso de uterotônico.

Dado ao exposto, os cuidados de enfermagem à puérpera apresentaram semelhança na maioria dos estudos encontrados.

Portanto, o profissional Enfermeiro tem um papel fundamental e deve estar preparado para prestar os cuidados às puérperas com complicações que podem necessitar da Unidade de Terapia Intensiva.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos revisados evidenciam que o parto deve ser acompanhado e monitorizado, tendo-se em mente suas diversas dimensões, para que seja garantido à mulher as melhores intervenções, com resultados favoráveis, evitando-se desfechos como a hemorragia pós-parto e a morte da mulher e do neonato.

As complicações da HPP com a consequente elevação das mortes maternas estão associadas ao atraso no reconhecimento preciso da quantidade da perda de sangue, à demora para decidir buscar ajuda em serviços obstétricos de referência e ao atraso na prestação da atenção requerida. Muitas são as adversidades da assistência às mulheres no ciclo puerperal, algumas delas estão associadas com o despreparo do enfermeiro por isso, o enfermeiro deve se mostrar mais sensíveis às dificuldades apresentada pelo paciente, bem como possuir, na sua formação acadêmica, maior preparação técnica a fim de oferecer uma assistência integral. Na literatura há destaque da necessidade de educação continuada para que as práticas baseadas em evidência sejam aplicadas nos serviços de saúde. Sendo assim, os profissionais podem colaborar para uma assistência que garanta às mulheres uma atenção segura.

O manejo ativo do parto é uma intervenção que a enfermagem deve ter competência para implementar, através dos protocolos, a fim de reduzir as taxas de HPP. A prática do manejo ativo do terceiro estágio do parto encurta substancialmente a terceira fase do parto, e assim a enfermagem pode priorizar o cuidado à outras necessidades da mãe e do recém-nascido.

Aos problemas que estão diretamente ligados ao próprio paciente, nesses casos, o enfermeiro pode promover campanhas educativas, sobre a importância da continuidade do acompanhamento ambulatorial.

A redução da incidência de HPP beneficia a saúde das mulheres, e diminui o número de mortes maternas.



## 8. REFERÊNCIAS

1. AGUIAR 2010, Maria Isis Freire de et al. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**
2. AUGUSTO, R.S Ginecologia e **Obstetrícia Módulo. Saúde da mulher checklist**, 10º Edição, São Paulo, Editora Medical- Guides LTDA, 2013.
3. BAGGIERI et al., 2011. <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/issue/view/153>
4. BERGAMASCHI, Suzete de Fatima Ferraz; PRAÇA, Neide de Souza. **Vivência da puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.454-460, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000300006>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000300006&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300006&lang=pt)>. Acesso em: 29 agosto de 2020.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
6. BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. J. Perinat. Neonatal Nurs. v. 24, n. 3, p. 215-28; quiz 229-30, 2010 Jul-Sep. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90.
7. CARITAS HEALTH GROUP. Women's Health Program. Guidelines And Protocols Prevention And Treatment Of Postpartum Hemorrhage. 2005.
8. GLOVER, P. Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? Aust. J. Midwifery. v. 16, n. 2, p. 21-4, Jun. 2003.
9. HUTTON, E. K.; HASSAN, E. S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and metaanalysis of controlled trials. JAMA, v. 297, n. 11, p. 1241-52, Mar. 2007
10. ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.

- Joint Statement:** management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. 2009. Disponível em: <[http://www.pphprevention.org/files/ICM\\_FIGO\\_Joint\\_Statement.pdf](http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf)>. Acesso em: 13 setembro 2020.
11. KARLSSON, H.; PÉREZ SANZ, C. Hemorragia postparto [Postpartum haemorrhage] [Espanhol]. **An. Sist. Sanit. Navar.** N 32, Suppl. 1, p.159-67, 2009
  12. KNIGHT, M. *et al.* Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 9, p. 55, [10f], nov.2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>>. Acesso em: 27 novembro 2020.
  13. Magalhães MC, Teixeira MTB. Morbidade materna extremamente grave: uso do sistema de informação hospitalar. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(3):472-478.
  14. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
  15. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 5. ed. Genebra: OMS, 2012.
  16. REZENDE, J.F: **Obstetrícia** ;13º Edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan,2016
  17. Silva WO. **Monitorização hemodinâmica no paciente crítico.** Revista Hupe, Rio de Janeiro. 2013; 12(3):57-65.
  18. SOUZA, M,L, LAURENTI,R, KNOBEL, R, MONTICELI,M, BRUGGEMANN, O,M, DRAKE E. **Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*2013,Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3165.pdf>>. Acesso em: 20 agosto. 2020.

19. WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. J. Adv. Nurs. v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em: . Acesso em: 06 jun. 2014.
  
20. WR, Carmo et al. **Eclâmpsia: abordagem ao diagnóstico e à conduta.** **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 4, n. 3, p.25-28, 2008.