



Instituto de Ensino Superior de Londrina
Recredenciada pela Portaria do MEC nº 951 de 11/11/2020

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE MIRANDA SIDRÔNIO DA SILVA
MICHELE PINHEIRO PEREIRA DO REGO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA
PUERPERAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Londrina – PR

2022



Instituto de Ensino Superior de Londrina

Recredenciada pela Portaria do MEC nº 951 de 11/11/2020

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALINE MIRANDA SIDRÔNIO DA SILVA

MICHELE PINHEIRO PEREIRA DO REGO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA PUERPERAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado a Faculdade Inesul – Instituto de Ensino Superior de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Renata Gois

Coordenador(a): Ednalva de Oliveira Miranda Guizi.

Londrina – PR

2022



ALINE MIRANDA SIDRÔNIO DA SILVA
MICHELE PINHEIRO PEREIRA DO REGO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HEMORRAGIA
PUERPERAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado a Faculdade Inesul – Instituto de Ensino Superior de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADA EM: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: _____ Assinatura _____

Orientador(a) _____ Assinatura: _____

Profº(a) convidado(a):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____



^{1,2} Acadêmico(a) do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior de Londrina – INESUL

³ Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Ensino Superior do INESUL.

SILVA.A.S¹.;REGO. M.PP². **Assistência de enfermagem na hemorragia puerperal: uma revisão de literatura.** 2022. 33 páginas. Trabalho de conclusão de curso graduação em enfermagem – INESUL, Londrina, 2022.

RESUMO

Hemorragia pós-parto (HPP) tem sido uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, porém na maioria dos casos de HPP ela pode ser controlada e prevenida desde que os enfermeiros e demais profissionais da saúde envolvidos no processo tenham condições hábeis para identificar possíveis sintomas e colocar em prática as técnicas de prevenção e controle dessa enfermidade. A parturiente necessita de constantes observações de qualquer alteração em seu quadro clínico e o profissional de enfermagem deve estar atento para que seja tomada a melhor decisão e que assim minimize qualquer possibilidade de complicação. A construção deste trabalho de conclusão de curso visa responder ao seguinte questionamento: Quais contribuições o profissional de enfermagem pode trazer frente à detecção da hemorragia pós-parto? Assim o objetivo geral consiste em entender como o profissional de enfermagem pode atuar na prevenção e no tratamento dos casos de hemorragia pós-parto; enquanto que os específicos se resumem em descrever a hemorragia pós-parto e suas principais causas; compreender a atuação do profissional de enfermagem na assistência à hemorragia pós-parto e apontar as contribuições do enfermeiro na prevenção da hemorragia pós-parto e na prevenção da morte materna. Constatou-se que o cuidado da enfermagem diante da HPP deve se subsidiar na observação e nos protocolos baseados em evidência, para que assim ocorra a prevenção e à detecção precoce da enfermidade com vista a se evitar a Morte Materna por HPP.

Palavras-chave: hemorragia, período pós-parto, cuidados de enfermagem



SILVA¹. A.S REGO². M.PP.; **Nursing care in puerperal hemorrhage: a literature review**. 2022. 33 pages. Undergraduate Nursing Course Completion Work – INESUL, Londrina, 2022.

ABSTRACT

Postpartum haemorrhage (PPH) has been one of the leading causes of maternal mortality worldwide, but in most PPH cases it can be controlled and prevented provided that nurses and other health professionals involved in the process are able to identify possible symptoms and put into practice the techniques of prevention and control of this disease. The parturient needs constant observations of any change in her clinical condition, and the nursing professional must be aware of the decision to be made and thus minimize any possibility of complication. The construction of this course completion work aims to answer the following question: What contributions can the nursing professional bring to the detection of postpartum haemorrhage? Thus the general objective is to understand how the nursing professional can act in the prevention and treatment of cases of postpartum haemorrhage; while the specifics are summarized in describing postpartum haemorrhage and its main causes; to understand the nursing professional's role in assisting postpartum hemorrhage and to point out the contributions of the nurse in the prevention of postpartum haemorrhage and in the prevention of maternal death. It was found that nursing care in the face of PPH should be based on observation and evidence-based protocols, so that prevention and early detection of the disease can occur in order to avoid maternal death by PPH.

Keywords: hemorrhage, postpartum period, nursing care.



1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
3 ETIOLOGIA PARA DESENVOLVIMENTO DA HPP	11
4 PREVENÇÃO DA HPP	14
4.1 Profilaxia medicamentosa com ocitocina.....	15
4.2 Tração controlada do cordão umbilical combinada com manobra de BRANDT-ANDREWS	16
4.3 Massagem uterina periodica	16
4.4 Aleitamento materno e involução uterina.....	16
5 DIAGNÓSTICA DA HPP	17
5.1 Estimativa visual.....	17
5.2 Estimativa volêmica através de pesagem de compressas	18
5.3 Estimativa da perda volêmica através do uso de dispositivos coletores	18
5.4 Estimativa por parâmetros clínicos.....	18
5.5 Estimativa clínica por meio de índice de choque.....	19
6 TRATAMENTO DA HPP	19
6.1 Tratamento medicamentoso.....	19
6.2 Massagem uterina bimanual	20
6.3 Balão de tamponamento intrauterino	21
6.4 Traje antichoque não peneumáticos em obstetricia	21
6.5 Intervenções cirurgicas.....	22
7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO GREENBERG	24
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28



1 INTRODUÇÃO

O parto normal é definido pelo início espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho de parto, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Sabe-se que, a hemorragia pós-parto é considerada uma emergência obstétrica, sendo uma das principais causas de morte materna no mundo (BRASIL, 2017)

No Brasil, é a segunda causa de mortalidade materna, ficando atrás das doenças hipertensivas. As complicações e mortes por ela desencadeadas podem ser decorrentes da demora no reconhecimento dos sinais clínicos e consequente atraso na assistência imediata. O enfermeiro, na maioria das vezes, é o profissional que primeiro a identificar e iniciar o tratamento desta complicação (BRASIL, 2017)

A Hemorragia pós-parto, é a principal causa de óbitos maternos no mundo, sendo o predomínio maior dessa patologia encontrada na África e na ÁSIA. Essa comorbidade é responsável por 30% de mortes de puérperas em relação a todas as doenças associadas ao período gravídico (MONTENEGRO E REZENDE FILHO, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) a hemorragia pós-parto é classificada pela perda sanguínea de 500 ml ou mais no período de 24 horas, após a mulher parir, podendo ser evitadas com o uso de uterotônicos em tempo hábil. Tantos países em desenvolvimento como desenvolvidos demonstram preocupação com as mortes maternas ocasionadas pela hemorragia, e relacionam estas condições as socioeconômicas e o acesso a saúde, assim essa comorbidade possui grande magnitude na saúde pública por possuir potencial para ocasionar o óbito materno, sendo negligenciada pelos profissionais de saúde (LOPES E MACEDO, 2018).

A hemorragia pós-parto pode ser ocasionada de patologias associadas ao período da gravidez, como por exemplo, descolamento de placenta, placenta prévia, gravidez gemelar, eclampsia entre outros fatores de risco que podem levar a



patologia. Deve-se sempre considerar hemorragia qualquer tipo de sangramento que para o profissional na sua avaliação seja excessivo, além das clínicas apresentadas pela paciente (OMS, 2014).

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.

Portanto este estudo objetivou descrever os cuidados de enfermagem na hemorragia puerperal.



2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura. Determinou-se a questão norteadora “quais as principais causas puerperais que levam à hemorragia pós-parto?”. Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizou-se de descritores indexados e não indexados (palavras-chave) nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores foram obtidos a partir do medical subject theadings (mesh), dos descritores em ciências da saúde (DECS). Consultou-se por meio de descritores e palavras-chave as bases de dados BVS (biblioteca virtual da saúde), coordenada pela BIREME e composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela rede BVS, como LILACS, além da base de dados da pubmed e outros tipos de fontes de informação.



3 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.

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 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).

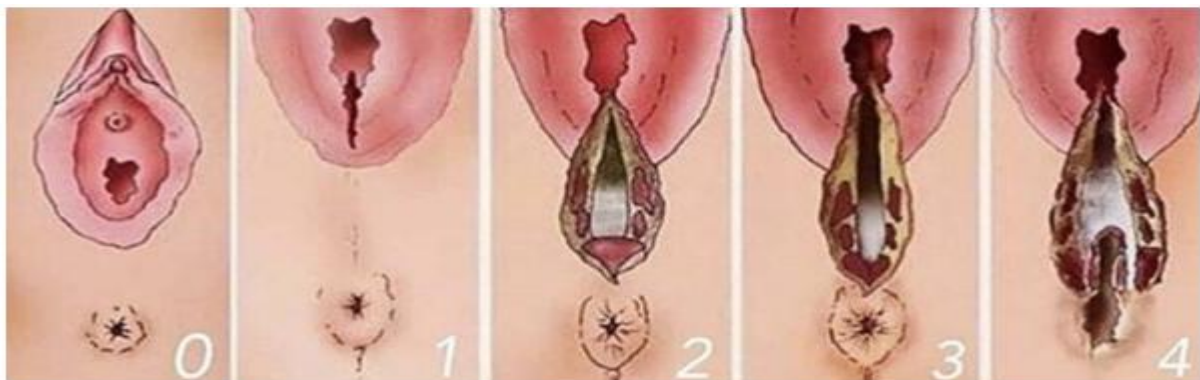
A principal causa de HPP é a atonia uterina, definida como a incapacidade do útero de contrair. É responsável por 70% dos casos de hemorragia puerperal (PERIARD, 2011). A exaustão da musculatura uterina pode ser consequência de um trabalho de parto prolongado ou antecipado, descolamento prematuro da 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; ELREFAEY H., 2012).

Com a saída da placenta, as fibras miométriais do útero se retrai, fazendo a hemostase pós-parto. As artérias e veias espilaradas 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:

- ✓ Grau 1: A lesão ocorre apenas na pele e mucosas;
- ✓ Grau 2: Há lesão dos músculos perineais, porém não atinge o esfíncter anal;
- ✓ Grau 3: 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.
- ✓ Grau 4: Há lesão do períneo e abrange o complexo do esfíncter anal (interno e externo) e o epitélio anal.



FONTE: Doula.Brasil



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).

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).

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 (BAGGIERI, 2011).

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 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.

4.1 Profilaxia medicamentosa com ocitocina

A OMS (2014) recomenda que o manejo ativo no terceiro período do parto seja combinado ao uso de uterotônicos, clameamento 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 endovenosa 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 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).

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).

4.3 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).

4.4 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.

5 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).

5.1 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).

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 1.0



5.2 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/cm³, 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.

5.3 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).

5.4 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).

5.5 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).

ÍNDICE DE CHOQUE

Frequência cardíaca materna ÷ Pressão arterial sistólica= Se IC maior ou igual 0 transfusão maciça.

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.

6 TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

6.1 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).

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).

6.2 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).



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).

6.3 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).

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).

6.4 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).

6.5 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).

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).

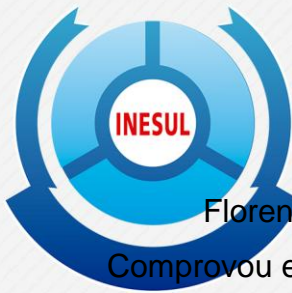
7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE GREENBERG

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.



Instituto de Ensino Superior de Londrina

Recredenciada pela Portaria do MEC nº 951 de 11/11/2020

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 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 faz necessário profissionais capacitados para assistir as necessidades em saúde do usuário e do serviço (MARCONDES, 2015).



8 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

ALMEIDA, M. S, SILVA, I. A. x' Enferm USP [internet]. 2008. AMAZONAS. **Governo do Estado. Maternidade Ana Braga completa 08 anos de funcionamento.** Manaus, 2012. Acesso em: 10 de abril, 2022. Disponível em: <http://www.amazonas.am.gov.br/2012/05/maternidade-ana-braga-completa-oito-anos-defuncionamento/>.

ALVES, Valdecyr Herdy et al. **Complicações no período puerperal: bases para assistência de enfermagem.** In: MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; SOUZA, Kleyde Ventura de Souza; DUARTE, Elysangela Ditts (Org.).

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: Acesso em: 25 agosto de 2022.

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: Acesso em: 25 agosto de 2022.

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: Acesso em 25 agosto de 2022.

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>. Acesso em: 25 agosto de 2022.

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: 25 agosto de 2022.

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 Acesso em: 25 agosto de 2022.

BRASIL. **Diretrizes para o manejo de hemorragias pós-parto**. Minas Gerais. Março 2017. Disponível em: . Acesso em 14/08/2022.

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:. Acesso em 26/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CANADÁ. **Postpartum hemorrhage**. Alarm International Program. 4. ed. cap 06. 2016. Disponível em: . Acesso em 09/10/2022.

COSTA, Nilma Maia da; et al. **Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura**. Rio Grande do Norte, 2011. Disponível em: <



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: 11/10/2022.

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:Acesso em: 22/09/2022. EVENSEN Ann;

FEBRASGO – **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Prevenção da infecção puerperal e redução da mortalidade materna**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em . Acesso em 6 de novembro de 2015.

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: 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: Acesso em: 27 ago. 2022.

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: Acesso em: 29 ago. 2022.

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. 2022.



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: Acesso em 10/08/2022.

LARA, Sonia Regina de; CESAR, Mônica Bimbatti (coords.). **Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia**. 21. ed. 2017. Editora Manole Ltda. [Minha Biblioteca].

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/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0262.pdf>>. Acesso em 25/09/2022.

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 27/08/2022.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. **Infecção puerperal em centro de parto normal: ocorrência e fatores predisponentes**. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn, jan-fev, 58 (1) 55-60. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005.

MACHADO, L.C. **Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da grande São Paulo, Brasil**. cad saúde publica, 2009.

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: Acesso em: 22 ago. 2022.



MANAUS, Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. **SEMSA busca redução de mortalidade materna.** Manaus: Portal da Prefeitura de Manaus, 29/05/2013.

MINAS GERAIS. Belo Horizonte. Assistência ao Parto e Nascimento - Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. 2015.

MINAS GERAIS. Hospital Sofia Feldman. Diretrizes Clínicas: **Prevenção e Manejo da Hemorragia Pós-parto.** 2014.

MINAS GERAIS. Protocolo de hemorragia puerperal. 2016. Disponível em: Acesso em 26/09/2022. MONTENEGRO, Carlos Barbosa, REZENDE FILHO, Jorge de. *Rezende Obstetrícia Fundamental*. 14ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. [Minha Biblioteca]. Disponível em: . Acesso em: 22/08/2022.

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: . Acesso em: 29 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.** 2014. Disponível em: Acesso em 22/09/2022.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** 2018. Disponível em: Acesso em 06/07/2022.

PERIARD, Alexandre Moraes; et al. **Atonia uterina e hemorragia pós-parto.** Rev Med Minas Gerais. n.21. p.22-26. 2011. Disponível em . Acesso em: 11/10/2022.



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): SANTOS, Nívea Cristina

Moreira. Assistência de Enfermagem Materno-Infantil. 3ed. Saraiva. pg 204-206. 2009 [Minha Biblioteca]. Disponível em: Acesso em: 13/09/2022.

SASS, Nelson; OLIVEIRA, Leandro Gustavo de. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Disponível em: Acesso em: 27 ago. 2019. WHO. World Health Organization. Updated WHO **Recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of Postpartum Haemorrhage**. Out 2017.