

Perda hemática e sinais ou sintomas durante avaliação puerperal: implicações para a assistência de enfermagem

Blood loss and signs or symptoms during puerperal assessment: implications for nursing care

Pérdida hemática y signos o síntomas durante la evaluación puerperal: implicaciones para la atención de enfermería

Mariana Torreglosa Ruiz^I; Natália Alves Paraiso^{II}; Ana Rita Marinho Machado^{III};
Maria Beatriz Guimarães Ferreira^{IV}; Anneliese Domingues Wysocki^V; Marli Villela Mamede^{VI}.

RESUMO

Objetivo: relacionar perda hemática com queixas, sinais ou sintomas de alterações sanguíneas no puerpério, por meio da mensuração do nível de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht). **Método:** estudo epidemiológico, seccional, realizado com 100 primíparas em um hospital paulista de ensino, entre agosto e dezembro/2012. Analisadas informações do cartão pré-natal/prontuário e dosado Hb e Ht, na admissão da parturiente e 48 horas pós-parto. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo (HCRP nº 4172/2011). **Resultados:** mulheres com maiores perdas sanguíneas apresentaram diferença estatística para descoramento de mucosas e queixas sintomáticas - fraqueza, cansaço, desânimo e/ou apatia. Hipotensão e taquicardia não apresentaram relação com queda do hematócrito. **Conclusão:** assistência de enfermagem de qualidade pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna, nos quadros de hemorragia pós-parto, a partir da identificação precoce e valorização de queixas e sinais/sintomas das puérperas e devidas intervenções. **Palavras-chave:** Hemorragia pós-parto; período pós-parto; cuidados de enfermagem; sinais e sintomas.

ABSTRACT

Objective: to relate blood loss with complaints, signs or symptoms of blood disorders in the postpartum period, by measuring hemoglobin (Hb) and hematocrit (Ht) levels. **Method:** epidemiological cross-sectional study of 100 primiparas at a São Paulo teaching hospital, from August to December, 2012. Information from antenatal and hospital records were analyzed and Hb and Ht dosed, at mother's admission and 48 hours postpartum. The study was approved by São Paulo University research ethics committee (HCRP No. 4172/2011) **Results:** women with greater blood loss showed statistical differences in mucous membrane pallor and symptomatic complaints (weakness, fatigue, depression and/or apathy). Hypotension and tachycardia showed no association with decreased hematocrit. **Conclusion:** quality nursing care can contribute to reducing maternal morbidity and mortality in cases of postpartum hemorrhage, by early identification of, and consideration for, postpartum women's complaints and signs/symptoms, and appropriate interventions. **Keywords:** Postpartum hemorrhage; postpartum period; nursing care; signals and symptoms.

RESUMEN

Objetivo: relacionar pérdida hemática con quejas, signos o síntomas de alteraciones de sangre en período post-parto, mediante medición del nivel de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Ht). **Método:** estudio epidemiológico seccional realizado junto a 100 primíparas en un hospital universitario de Sao Paulo, entre agosto y diciembre / 2012. Fueron analizadas informaciones de registros prenatales y dosificados Hb y Ht en la admisión de la madre y 48 horas después del parto. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de Universidad de São Paulo (HCRP N. 4172/2011). **Resultados:** mujeres con mayor pérdida de sangre mostraron diferencia estadística para blanqueo de mucosas y quejas sintomáticas: debilidad, fatiga, desánimo y/o apatía. Hipotensión y taquicardia no tuvieron relación con la disminución del hematocrito. **Conclusión:** cuidados de enfermería de calidad pueden contribuir a la reducción de morbimortalidad materna, en casos de hemorragia postparto, por medio de identificación temprana y valorización de quejas y signos/síntomas de mujeres puérperas y procediendo a las debidas intervenciones. **Palabras clave:** La hemorragia posparto; puerperio; cuidados de enfermería; signos y síntomas.

INTRODUÇÃO

O puerpério pode ser definido como o período cronologicamente variável do ciclo gravídico-puerperal em que ocorrem manifestações involutivas, fazendo com que modificações locais e sistêmicas causadas pela gestação no organismo materno retornem ao estado pré-gravídico¹.

Neste período, a assistência à puérpera deve ocorrer de maneira interdisciplinar e responder de maneira integral às necessidades apresentadas pelas mesmas,

demandando atenção e disponibilidade da equipe de saúde² para prevenção de mortes puerperais evitáveis. Tal necessidade se torna ainda mais relevante ao se observar que no período de 1996 a 2015 ocorreram no Brasil 12.843 mortes puerperais, sendo destas 10.840 ocorreram imediatamente e até 42 dias após o parto e 2.003 entre 43 dias a um ano após o parto, o que representa 38% das mortes maternas brasileiras³.

^IDoutora. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nat_paraiso@hotmail.com.

^{III}Doutora. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: anarita@mednet.com.br.

^{IV}Doutora. Universidade de Uberaba, Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Uberaba, Minas Gerais, Brasil. E-mail: mariabgfo@gmail.com.

^VDoutora. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Curso de Graduação em Enfermagem. Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: lilisew@yahoo.com.br.

^{VI}Doutora. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil. E-mail: mavima@eerp.usp.br.

A maior causa de morte puerperal é a hemorragia pós-parto (HPP), caracterizada pela perda de sangue acima de 500 ml no parto vaginal e 1000 ml nos partos cesáreos⁴. Embora o diagnóstico da HPP, predominantemente clínico, seja simples de ser realizado e envolva apenas a mensuração da perda sanguínea por meio de avaliação visual e critérios laboratoriais⁵, ainda atinge cerca de 536 mil mulheres/ano no mundo^{6,7}, tendo a morte como desfecho em aproximadamente 25% dos casos⁴⁻⁸. No Brasil, a HPP é responsável por mais de 41% das mortes maternas⁹.

Ante o exposto, verifica-se a importância da avaliação de enfermagem no auxílio à detecção dos quadros de HPP, estando sob sua responsabilidade quantificar a perda de sanguínea no puerpério, realizar diagnóstico precoce de sinais e sintomas de HPP, melhorar a comunicação interdisciplinar e mobilizar uma resposta rápida e adequada da equipe, o que demanda capacitação e preparo adequados^{4,5,7}. Desta forma, o objetivo deste estudo foi relacionar perda hemática com queixas, sinais ou sintomas de alterações sanguíneas no puerpério, através da mensuração do nível de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht).

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, prevenir e tratar os casos de perda sanguínea aumentada pode evitar a maioria das mortes por HPP e esta deve ser uma das metas primordiais do cuidado puerperal¹⁰, atentando para uma avaliação rigorosa e criteriosa.

Perdas sanguíneas que evoluem para HPP geralmente cursam com sinais e sintomas de hipovolemia até 24 horas após o parto. Assim, reconhecer sinais, sintomas e causas pode reduzir significativamente a morbimortalidade associada à HPP¹¹.

Quando investigados os obstáculos para a prevenção e tratamento de um quadro de HPP, na ótica dos pacientes o principal é a falta de informação sobre o que está acontecendo. Já os profissionais apontaram falta de guidelines acessíveis nos postos de trabalho; falta de conhecimento para reconhecer sinais e sintomas e falhas na comunicação entre a equipe¹². Neste sentido, é de extrema importância a capacitação. Após capacitação da equipe sobre HPP e utilização de um 'bundle' para prevenção e tratamento dos casos de HPP, houve redução em 20,8% dos casos de morbidade materna grave¹³.

Uma vez que a morte materna causada por HPP está associada à qualidade da assistência obstétrica durante o parto e pós-parto, postergar a avaliação e monitoramento pode resultar em óbito materno dentro das primeiras 24 horas pós-parto⁹. Neste ponto, é importante ressaltar que embora seja alto o índice de satisfação das puérperas quanto ao atendimento recebido pela equipe de saúde durante o atendimento intrahospitalar, falhas relacionadas atendimento ou ausência de registros, ausência de vigilância constante durante o puerpério imediato, de protocolos e de sistematização

da assistência ao período pós-parto persistem⁹, o que revela falhas assistenciais ocultas que podem levar a riscos na avaliação da HPP nestas puérperas.

Quando analisados os casos de óbitos maternos e a assistência hospitalar prestada, verifica-se que o processo envolve fatores sociais e assistenciais. Além de deficiências estruturais nos serviços, notam-se deficiências técnicas dos profissionais que envolvem desde a não investigação de sinais e sintomas até a demora em reconhecer a gravidade dos casos, o que contribui para evolução ao óbito¹⁴, indicando a importância de valorizar a queixa do paciente para evitar a gravidade e consequentemente, os óbitos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado em uma unidade obstétrica de um hospital de ensino de grande porte do interior paulista.

A amostra foi constituída por primíparas que deram à luz a recém-nascidos vivos como resultados de gestação única, independente da via de parto e de intervenções realizadas durante o pré-natal, parto e puerpério, no período entre agosto e dezembro de 2012. Ressalta-se que a escolha por primíparas ocorreu na tentativa de garantir a homogeneidade amostral e reduzir os possíveis efeitos da paridade nos resultados, uma vez que a literatura aponta que a paridade e o número de gestações superiores a três sejam preditores para aumento do risco de HPP^{15,16}. Além disso, alguns estudos comprovam a associação entre multiparidade e atonia uterina, que é a principal causa de HPP^{17,18}.

A amostra foi determinada de forma a assegurar um erro máximo de 10% entre a prevalência estimada e a prevalência de HPP na população, com intervalo de confiança de 95%, consistindo em um mínimo de 68 primíparas. Contudo, foram coletados dados de 100 primíparas, por conveniência, respeitando dessa forma o cálculo amostral proposto.

Constituíram-se como critérios de exclusão do estudo puérperas que tiveram: partos gemelares; gestações prévias que resultaram em abortos e/ou abortos de repetição; abortos; óbitos fetais e natimortos; e portadoras de coagulopatias e/ou doenças hematológicas (exceto ocorrência de anemia durante a gestação).

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento próprio estruturado e elaborado com base em um estudo de revisão publicado na Biblioteca Cochrane¹⁹ e já utilizado em uma dissertação de mestrado²⁰, que foi testado mediante estudo piloto. O estudo piloto foi realizado com uma amostra de 10 (10%) sujeitos e os dados foram incluídos no estudo, uma vez que não foi necessária reformulação do instrumento.

O instrumento apresentava as seções, a saber: *dados maternos* (dados sociodemográficos, clínicos e história obstétrica); *trabalho de parto*, solicitando os resultados he-

matimétricos (Hb e Ht) durante a admissão da parturiente e intervenções realizadas neste período; *sala de parto* (tipo de parto, dados do nascimento, integridade do períneo e dequitação); *terceiro período* (uso do manejo ativo nessa fase, necessidade de ocitócitos ou ergotamina).

O final do instrumento contemplou duas seções: *complicações puerperais* (estimação visual de perda de grande ou média quantidade de sangue; necessidade de hemotransfusão; nível de Hb <9 mg/dl 24 horas após o parto; necessidade de suplementação com ferro no puerpério em dose terapêutica; necessidade de curagem ou curetagem; descoramento de mucosas; duração do terceiro período superior a 30 minutos; necessidade de ocitócitos endovenoso adicionais para controle do sangramento; alterações hemodinâmicas – hipotensão, taquicardia, hipotermia, lipotímia e outras complicações); e *Resultados hematimétricos* 48 horas após o parto (nível de Hb e Ht) e registro de ocorrência de HPP em prontuário.

Para avaliação da perda hemática nas puérperas foi realizado o levantamento das dosagens de Hb e Ht na admissão da parturiente e 48 horas pós-parto. A perda hemática foi calculado a partir da subtração do valor do Ht da admissão pelo valor do Ht do pós-parto. Consideraram-se como HPP, valores maiores ou iguais a queda de 10% do valor do Ht da admissão⁸.

Consideraram-se como sinais e sintomas da perda hemática registros de lipotímia, alterações dos sinais vitais, descoramento das mucosas e apatia, coletados por meio da revisão dos cartões de pré-natal e prontuários impresso e eletrônico.

Para a realização das análises, a ocorrência de HPP foi considerada como variável dependente e o relato de queixas e/ou sinais e/ou sintomas de hemorragia as variáveis independentes.

Os dados foram duplamente digitados, com posterior validação, empregando-se o aplicativo *Microsoft Excel*[®], com consequente análise estatística no aplicativo *Data Analysis and Statistical Software (Stata 9)*.

Listaram-se as principais variáveis de interesse em categorias e o efeito de cada variável foi avaliado através da análise de variâncias (Teste F) no intuito de comparar as médias dos resultados encontrados entre puérperas com e sem sinais sugestivos de HPP.

Para as variáveis que apresentaram valores de p inferiores a 0,250 no teste F e que apresentavam distribuição normal, foi realizada a Regressão Linear Múltipla, em que o efeito de cada uma das variáveis foi ajustado aos níveis das demais, a fim de buscar relações que explicassem o evento (variável de interesse). Foram consideradas significantes variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP HCRP e FMRP - USP), processo HCRP n° 4172/2011. Foram observados os

princípios éticos da pesquisa, conforme a Resolução nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

Entre as 100 puérperas participantes do estudo, a idade variou entre 13 e 38 anos, com média de $23,0 \pm 5,7$ anos, sendo que 18% eram adolescentes e 5% consideradas gestantes idosas (idade superior a 35 anos); 65% não possuíam parceiro fixo; 51% haviam concluído o ensino médio e, 76% declararam-se de cor branca. Quanto à situação no mercado de trabalho, 60% das mulheres não exerciam atividade remunerada.

Verificou-se que a maioria das pacientes (71%) possuía, pelo menos, uma patologia e 29% não tinham nenhuma alteração, mas foram encaminhadas à instituição por residirem na área de abrangência do complexo hospitalar. Como patologias mais frequentes, encontraram-se as síndromes hipertensivas (26%), anemia (10%), diabetes (8%) e infecção pelo Papiloma Vírus Humano (8%).

Todas as participantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal e o número de consultas variou entre uma e 24, média de 8,7 (dp: 4,0) consultas. Ao serem admitidas na instituição, 64% apresentavam gestação a termo, 6% eram pós-termo e 30% prematuras. O trabalho de parto resultou em 62% dos casos em parto normal, e 38% evoluíram para parto cesáreo.

Sinais/sintomas e controle da HPP

O uso de ocitocina adicional em doses terapêuticas para o controle de sangramento e tônus uterino foi a intervenção mais realizada no pós-parto imediato (20%), sinalizando que houve complicações relacionadas ao tônus e/ou sangramento. O nível de hemoglobina < 9 mg/dl (48 horas pós-parto), também, foi um resultado frequente (20%), e além disto, 14% das mulheres tiveram registros de episódios de lipotímia e necessidade de suplementação com sulfato ferroso. Entretanto, identificou-se baixo índice de curetagem (1%) e hemotransfusão (3%) na amostra estudada. O nível de Ht 48 horas pós-parto variou de 19 a 48%, com média de 31,7% (dp: 5,2%).

Aproximadamente 20% das puérperas apresentaram sinal e/ou sintoma de perda sanguínea excessiva, evidenciados por meio da ocorrência de lipotímia, e/ou descoramento de mucosas e/ou alterações dos sinais vitais (hipotensão e taquicardia). As mulheres que apresentaram tais queixas relataram com mais frequência presença de fraqueza, cansaço, desânimo e apatia, como mostrado na Tabela 1.

Os dados expostos demonstram que mulheres com maiores perdas sanguíneas apresentaram descoramento de mucosas ao exame físico e citação de queixas de fraqueza, cansaço, desânimo e/ou apatia nos registros em prontuários. O relato das queixas e o descoramento de mucosas exprimiram significância estatística na perda hemática, conforme a Tabela 2.

Frente a um quadro de HPP, a mulher pode apresentar-se sintomática ou tolerar a perda sanguínea, dado o incremento de um a dois litros de sangue na volemia materna durante a gestação²¹.

Contudo, o organismo tende a responder à hipovolemia com alterações dos sinais vitais, os quais incluem aumento da frequência respiratória e cardíaca. Além disso, a redução do volume sanguíneo circulante pode ser expressa pela palidez da pele e mucosas, diminuição da temperatura corporal e sudorese excessiva. À medida que a perda se torna contínua, o fluxo sanguíneo cerebral é reduzido e a mulher pode apresentar-se inquieta, confusa, ansiosa e, por fim, letárgica. Diante deste quadro é necessário esforço conjunto para o reconhecimento e intervenções precoces²¹⁻²³. Há que se ressaltar que mesmo em casos mais graves, em que a perda sanguínea pode levar a choque hipovolêmico, o diagnóstico é essencialmente clínico baseado em uma boa anamnese e exame físico^{22,24}.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve estar atento aos sinais e sintomas de choque e instituir o tratamento o mais precoce possível a fim de restaurar o volume intravascular e reverter a perfusão inadequada, redistribuindo o volume de líquidos. Nesse sentido, ele é responsável pela execução do tratamento prescrito, a monitorização da paciente, prevenção de complicações e promoção de conforto, sendo sua atuação essencial para o tratamento adequado e melhor prognóstico da paciente²⁴.

TABELA 1: Distribuição percentual de sinais ou sintomas relatados ou identificados durante avaliação puerperal. Ribeirão Preto, Brasil, 2012.

Avaliação puerperal	%
Lipotímia	14
Descoramento das mucosas	6
Alterações hemodinâmicas (hipotensão e taquicardia)	2
Sem alterações	88

TABELA 2: Distribuição das variáveis referentes a queixas e sinais e/ou sintomas indicativos de HPP. Ribeirão Preto, Brasil, 2012.

Variável	n	Média	Desvio padrão	p
Descoramento de mucosas (exame físico)				0,003
Sim	6	10,7	5,0	
Não	94	4,5	4,7	
Lipotímia				0,215
Sim	14	6,4	4,6	
Não	86	4,6	5,0	
Paciente sintomática				<0,001
Sim	22	8,3	5,7	
Não	78	3,9	4,3	

Destaca-se que a lipotímia também reflete as perdas sanguíneas excessivas e pode ser definida como perda da força muscular, porém sem perda de consciência, conservando as funções respiratórias e cardíacas. Pode ser acompanhada de palidez cutâneo-mucosa, sudorese profusa, zumbido no ouvido e sensação de premonição de desmaio²¹. Assim, sua ocorrência deve ser valorizada e investigada.

Os resultados apresentados neste estudo apontam a necessária atenção aos sinais e/ou sintomas e/ou queixas das puérperas, tal como a valorização da prática da anamnese e exame físico, uma vez que a presença dos sintomas e o descoramento de mucosas foram significantes nesta amostra.

Ao descrever a assistência de enfermagem no puerpério imediato, enfermeiros elencaram como principais ações: gerenciar/administrar as ações de enfermagem – que incluem o papel do enfermeiro em prever e prover a assistência com recursos humanos e materiais; assistir/intervir em enfermagem – descrita a partir de uma ação biologicista baseada apenas em procedimentos técnicos, tais como auxílio ao banho, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, sem valorizar ações previstas na sistematização da assistência de enfermagem (SAE)²⁵.

Os enfermeiros ressaltaram ainda que mulheres submetidas ao parto cesáreo são tidas como pacientes de alta complexidade enquanto mulheres que tiveram parto normal são classificadas como pacientes de cuidados mínimos, enfocando o modelo assistencial biomédico. Quando abordado o tema investigar/pesquisar em enfermagem, os mesmos demonstraram lacunas no trabalho da enfermagem nesta área, não valorizando o uso das práticas baseadas em evidências; já sobre o tema ensinar/aprender na enfermagem, os mesmos indicaram o papel educador da equipe de enfermagem, bem como, a carência de educação permanente de toda a equipe²⁵.

Fica explícita a necessidade da implementação da SAE no puerpério, indo além do biológico e das técnicas, tendo como princípio o atendimento integral e holístico, valorizando sinais e sintomas, queixas e atendimento das necessidades humanas afetadas²⁵.

Entretanto, percebe-se que os enfermeiros compreendem a importância da SAE, mas esta requer conhecimento, visão crítica e sensibilidade para o atendimento das necessidades do paciente, viabilizando melhores condições de trabalho do enfermeiro. Assim, os mesmos apontam como dificuldades a sobrecarga de trabalho, o número restrito de profissionais, a falta de qualificação e de investimentos para sua operacionalização e a falta de compromisso dos profissionais com a atualização e qualidade da assistência²⁶.

Nesse sentido, um estudo apontou que o processo de enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (psicobiológicas e psicossociais), possibilita identificar as reais necessidades das puérperas. A partir

da identificação das necessidades afetadas, pode-se promover assistência de qualidade e individualizada²⁷.

Dada a complexidade de um quadro de HPP, e tendo em vista a implementação da SAE na assistência puerperal, sugere-se a adoção dos seguintes diagnósticos de enfermagem: hemorragia pós-parto, risco para hemorragia pós-parto e sangramento vaginal. Ressalta-se que o diagnóstico de enfermagem demonstra um diagnóstico clínico, em que a equipe de enfermagem é responsável por atingir um resultado, após uma intervenção. Nos casos de HPP, trata-se de um diagnóstico colaborativo, ou seja, que exige atuação interdisciplinar. Assim, a inclusão destes diagnósticos na SAE sugere necessidade de capacitação dos profissionais que trabalham na área obstétrica para o atendimento desta necessidade afetada²⁸.

Para detectar um quadro de HPP é necessária habilidade para quantificar o sangramento vaginal excessivo pós-parto, com instrumentos fidedignos de avaliação, que incluam a identificação de sinais e sintomas hemorrágicos, quantificação exata da perda e confirmação laboratorial dos resultados hematimétricos. Destaca-se que a subestimação da perda sanguínea pós-parto pode acarretar quantificação errônea e retardar o reconhecimento dos sintomas, aumentando o risco de morbimortalidade associado à HPP. Assim, faz-se necessário capacitar toda a equipe, especialmente, a enfermagem, para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de hemorragia⁷.

Um estudo que avaliou a qualidade da assistência prestada às puérperas em uma maternidade pública de Manaus questionou as mulheres sobre qualidades que os profissionais da equipe de enfermagem deveriam ter e quais consideraram inexistentes no nos profissionais que a assistiram. Dentre as qualidades que deveriam existir destacaram: educação (25,7%); atenção (22%) e paciência (10,4%); já entre características que sentiram falta no atendimento apontaram a falta de humanização (24,7%); de atenção (21%) e de responsabilidade (14,3%). Os resultados evidenciaram fragilidades no atendimento, principalmente quanto ao princípio da assistência humanizada e a necessidade de maior atenção dos profissionais para com as puérperas²⁹.

Sabe-se que a Enfermagem se constitui em um importante componente da equipe de saúde que presta assistência a pacientes internados em instituições hospitalares, uma vez que é ela que permanece as 24 horas do dia no hospital e que mantém maior contato com o paciente, no entanto, nota-se que a equipe, muitas vezes, não se envolve emocionalmente no cuidado do paciente, até como forma de barreira para se proteger do sofrimento psíquico³⁰.

A qualidade e segurança do cuidado fornecido ao paciente é diretamente afetada pelo quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem, pela quantida-

de de profissionais de acordo com a categoria profissional (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros), pela proporção enfermagem/pacientes e, também, pela complexidade dos pacientes que estão sob cuidados³¹.

Neste sentido, a literatura aponta divergência de visão ao se comparar o atendimento da equipe de enfermagem, entre quem o vivencia (puérperas) e a equipe assistencial. Um estudo qualitativo apontou que, durante o puerpério, tanto a equipe assistencial quanto a puérpera voltam o foco de atenção, principalmente, para o atendimento das necessidades nutricionais do recém-nascido, enfocando avaliações e orientações nas questões relativas ao aleitamento materno e cuidados com o bebê³².

Além disso, foi possível através da análise dos discursos, identificar no referido estudo a categoria temática *Pós-parto: cuidado materno esquecido?*, que apontou lacunas no cuidado integral à saúde da puérpera. Sob a ótica das mulheres, a assistência puerperal se restringiu a cuidados técnicos voltados, principalmente, para as incisões cirúrgicas e orientações para a alta (evitar esforço físico, abstinência sexual e retirada de pontos). Entretanto, para a equipe de enfermagem, o cuidado no puerpério trata-se de avaliação de saúde de rotina, baseado em técnicas como a aferição da pressão arterial e glicemia, sem grandes particularidades³².

Os resultados apresentados no presente estudo revelam a importância da equipe de enfermagem para a promoção de uma assistência segura e de qualidade para as puérperas.

CONCLUSÃO

Identificou-se a existência da relação entre perda hemática significativa e sinais e sintomas como desconforto das mucosas, queixas de fraqueza, cansaço, desânimo e apatia.

A rapidez no diagnóstico – identificação dos sinais e sintomas - dos quadros de HPP é imprescindível para se minimizar o risco de vida das puérperas.

Enfatiza-se a importância de uma assistência de enfermagem sistematizada no puerpério e com qualidade, baseada nas melhores evidências. Entre as ações do enfermeiro, é necessário valorizar as queixas da puérpera, utilizando ferramentas pertinentes, como escuta sem julgamentos, anamnese e exame físico minucioso, para melhor intervir.

A assistência de qualidade pode reduzir substancialmente os índices de morbimortalidade materna relacionada aos quadros de HPP e, concomitantemente, contribuir para o alcance da quinta meta de Desenvolvimento do Milênio (reduzir a mortalidade e promover a saúde materna).

Os autores compreendem como limitações do estudo a restrição da população ao município estudado e a reduzida amostra, que impossibilitam a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Pré natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, de Mello DF. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):180-6. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>
3. Sistema Único de Saúde. Óbitos maternos, segundo local de residência no período de 1996 a 2015. [Internet]. 2017 [citado em 08 set 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>.
4. Prata N, Bell S, Holston M, Quaiyum MA. Is attendant at delivery associated with the use of interventions to prevent postpartum hemorrhage at home births? The case of Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014, 14: 24. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-24>
5. Gabel KT, Weeber TA. Measuring and communicating blood loss during obstetric hemorrhage. *JOGNN*. 2012; (41):551-558. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01375.x>
6. Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Maternal Mortality - an update approach. *Com Ciências Saúde*. 2011 [citado em 10 jun 2017]; 22(Sup 1):S141-52. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf
7. Edmonds JK, Hruschka DA, Sibley LM. A comparison of excessive postpartum blood loss estimates among three subgroups of women attending births in Matlab, Bangladesh. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(4):378-82. <http://doi:10.1016/j.jmwh.2009.08.003>.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Simulations Consortium Learning Objectives Postpartum Hemorrhage Caused by Uterine Atony. Washington (DC): ACOG; 2013.
9. Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Bruggemann OM, Drake E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(3):711-8.
10. Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra(Swi): WHO; 2014.
11. Evensen A, Anderson J, Fontaine P. Postpartum hemorrhage: prevention and treatment. *Am Fam Physician*. 2017; 95(7):442-9.
12. Woiski MD, Belfroid E, Liefer J, Grol RP, Scheepers HC, Hermens RP. Influencing factors for high quality care on postpartum haemorrhage in the Netherlands: patient and professional perspectives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:272. <http://doi: 10.1186/s12884-015-0707-9>
13. Main EK, Cape V, Abreo A, Vasher J, Woods A, Carpenter A, Gould JB. Reduction of severe maternal morbidity from hemorrhage using a state perinatal quality collaborative. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216(3):298e.298e11. <http://doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.017>
14. Saito PY, Teixeira NZF, Nakagawa JTT. Análise da assistência hospitalar dos casos de óbitos maternos: uma reflexão crítica. *Rev enferm UERJ*. 2016; 24(1):e12530. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.12530>
15. Ruiz MT, Soler ZASG. Características do atendimento da equipe obstétrica à mulher durante o quarto período do parto em um hospital geral de ensino. *Enferm Brasil*. 2007; 6(4):248-55.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Parity and postpartum haemorrhage. London(UK): RGOG; 2013.
17. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM, Winikoff B, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Postpartum haemorrhage management, risks and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG*. 2014; 121 (Suppl.1):5-13. <http://doi:10.1111/1471-0528.12636>.
18. Kominiarek MA, Kilpatrick SJ. Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication. *Semin Perinatol*. 2007; 31: 159-66. <http://doi: 10.1053/j.semperi.2007.03.001>
19. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester (UK): John Wiley & Sons Ltd; 2007.
20. Ruiz MT. Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no puerpério [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2008.
21. Leifer G. *Enfermagem Obstétrica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
22. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support. Student Course Manual*. 9ª ed. Chicago(USA): ACS; 2012.
23. Felice CD, Susin CF, Costabeber AM, Rodrigues AT, Beck MO, Hertz E. Shock: emergency diagnosis and treatment. *Rev AMRIGS*. 2011; 55(2):179-96.
24. Costa ICN, Rocha AKL. Assistência de enfermagem a pacientes com diagnóstico de Choque. *InterScientia*. 2014; 2(1):77-88.
25. Cassiano AN, Holanda CSM, Costa RKS, Morais FRR, Maranhão TMO. Nursing care to woman in immediate puerperium: a narrative description. *J res: fundam care online*. 2015; 7(1):2061-71. <http://doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2061-2071>
26. Castro RR, Alvino ALFN, Rouberte ESC, Moreira RP, Oliveira RL. Conceptions and challenges in the systematization of nursing care. *Rev enferm UERJ*, 2016; 24(5):e10461. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.10461>
27. Leite MCA, Medeiros AL, Nóbrega MML, Fernandes MGM. Nursing care postpartum women using the Horta's Theory and INCP. *Rev RENE*. 2013; 14(1):199-208.
28. Silva AF, Nóbrega MMI, Macedo WCM. Nursing diagnoses/ outcomes for parturient and puerperal women using the International Classification for Nursing Practice. *Rev Eletr Enf*. 2012; 14(2):267-76. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11211>.
29. Llapa-Rodriguez EO, Cunha S, Inagaki ADM, Mattos MCT, Abud ACF. Quality of postpartum nursing care in a mother's view. *Rev enferm UFPE*. 2013; 7(1):76-82. <http://doi: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201311>
30. Filizola CLA, Ferreira NMLA. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997; 5:9-17.
31. Garcia PC, Fugulin FMT. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(4):651-8.
32. Pereira MC, Gradim CVC. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(1):35-42. <http://doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.19572>