



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA –
REDE CEGONHA

CARLA THICIANE RODRIGUES DE SOUSA

PROTOCOLO ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DIRECIONADA A PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

FORTALEZA – CEARÁ

2018

CARLA THICIANE RODRIGUES DE SOUSA

**PROTOCOLO ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DIRECIONADA A PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO**

Projeto de Intervenção apresentado ao professor (a) a Coordenação do Curso de Especialização de Enfermagem em Obstétrica – Rede Cegonha da Universidade Federal do Ceará em parceria a Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Ms. Igor Cordeiro Mendes

FORTALEZA – CEARÁ

2018

1 INTRODUÇÃO

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (PITANGUY JO, 1999). Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos (PITTROF R. 2002).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS-FLOYD R. 2001).

As ações mais importantes para o controle da mortalidade materna são dependentes do acesso e da qualidade da atenção realizada pelos serviços de saúde, especialmente na atenção ao parto e puerpério. O acompanhamento ao pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal (VICTORA CG, 2001), desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados (TREVISAN MR, 2002). A atenção pré-natal tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério (OSIS MJD).

O puerpério pode ser dividido em quatro períodos: o primeiro período, o imediato, que se inicia após o término da dequitação, chamado também de quarto período do parto, onde são mais frequentes e graves as complicações hemorrágicas e suas consequências, e que se estende até duas horas pós-parto. Depois é seguido pelo período mediato que vai da 2ª hora até o 10º dia pós-parto. O terceiro período é o tardio, que perdura do 11º dia até o 42º dia pós-parto e, finalmente o quarto, o período remoto que segue após o 42º dia em diante (BRASIL, 2012). Uma das complicações no primeiro período, o imediato, são as hemorragias pós parto.

A Hemorragia Pós Parto (HPP) é comumente definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz: ela não somente está associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global, como também é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países de baixa renda. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica (OMS, 2014).

As causas de hemorragias pós-parto são variadas, incluindo lacerações do canal de parto, retenção placentária, inversão uterina, distúrbios de coagulação, além de atonia uterina, que responde pela maioria dos casos. Além disso, são considerados fatores de risco individuais, como uso indiscriminado de relaxantes uterinos, histórico de hemorragia prévia, obesidade e idade superior a 35 anos. (Maia, Mathias, 2007). Por outro lado, dados da literatura mostram que os fatores de risco têm baixo valor prognóstico e que a HPP pode ocorrer em mulheres sem qualquer fator de risco,

tornando-se fundamental a adoção de protocolos de conduta eficazes e equipe preparada a cada parto (Kahhale, Souza, 2012).

A HPP, após sua caracterização, deve ser classificada em primária e secundária (JACOBS AJ). A forma primária ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, ocorrendo em 4 a 6% de todos os nascimentos, sendo na maioria das vezes devida a atonia uterina. A hemorragia é secundária ou tardia quando ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto. Associa-se com complicação em 1 a 3% dos partos, na maioria das vezes, devido a retenção de restos placentários. Manifesta-se, frequentemente, na segunda semana de pós-parto (DEVINE PC).

A incidência da HPP depende da definição utilizada. A perda de 500 mL ocorre em 18% dos partos e de 1.000 mL ou mais em 1 a 5% deles (DEVINE PC). Dados recentes obtidos no Canadá (JOSEPH KS) e Austrália (CAMERON CA) revelaram incidências de 5,1 e 4,9%, respectivamente. Observa-se no Reino Unido (BASKETT TF) tendência de aumento nas taxas de HPP, o que é parecido em todo o mundo, devido, provavelmente, à maior ocorrência de fatores de risco, como idade materna mais elevada, multiparidade e realização de cesarianas. O óbito materno ocorre em menos de 1% das gestações na maioria dos países desenvolvidos¹ e entre 25 a 30% são devidos à HPP. Estima-se perda de 150.000 vidas por dia devido a HPP, 88% delas ocorrendo nas primeiras quatro horas de pós-parto (DEVINE PC). Mais de 50% de toda morbidade materna na gestação decorre de hemorragia obstétrica. As complicações não fatais são hipotensão e fadiga (prejudicando o contato mãe-filho), anemia importante e coagulopatia, necessidade de hemotransfusão e suas possíveis complicações, isquemia hipofisária e hipotuitarismo (síndrome de Sheehan), redução da lactação, isquemia miocárdica e complicações de tratamento cirúrgico (BASKETT TF)

Com toda essa relevância de incidência de casos, vimos que, um atendimento com mais qualidade e uma atenção redobrada a essas pacientes com fatores de risco, podemos evitar algumas complicações.

O presente estudo de intervenção vem com o propósito de apresentar para os profissionais de enfermagem, técnicos e enfermeiros, um protocolo de prevenção de hemorragias Pós-parto já existente, utilizado em uma maternidade de referência de Fortaleza, tendo em vista uma possível implementação deste protocolo na instituição que trabalho, visando uma melhoria na assistência de enfermagem.

Antes de iniciar minha intervenção, conversei com alguns profissionais do setor que estavam de plantão, sobre um assunto ou problema que eles estivessem com alguma deficiência na unidade e chegamos a esse tema, um protocolo de hemorragia pós parto. Foi constatado que, esse tipo de intercorrência não é muito visto na unidade, e que, devido a isto, muitos tem dificuldades de como lidar diante de uma situação de hemorragia pós parto. Nos dias atuais, os enfermeiros estão ganhando mais espaço, uma maior autonomia durante o trabalho de parto, juntamente com toda a equipe de enfermagem e por isso, devem estar a cada dia mais capacitados para identificar algumas das complicações.

Visto que, como profissional de enfermagem, podemos sim evitar algumas dessas complicações pós-parto e para isso, é muito importante termos um direcionamento de

como conduzir a assistência necessária para com a paciente, e a implementação de um protocolo servirá como um apoio legal onde os profissionais irão se sentir seguros diante de determinadas situações.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Implemetar um protocolo de prevenção de hemorragia pós-parto para equipe de enfermagem.

2.2 ESPECÍFICO

- Apresentar o protocolo já existente para a equipe de enfermagem, enfermeiros e técnico de enfermagem, que trabalham na sala de parto;
- Discutir o protocolo com a equipe;
- Verificar a adequação do protocolo na maternidade;
- Orientar quanto a importância de seguir um protocolo como direcionamento para o atendimentos das pacientes de risco para hemorragia;

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Tratou-se de um estudo de intervenção com pré e pós teste, através de um questionário, com abordagem quantitativa.

4.2 Local do Estudo

Foi realizado no Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann, no município de Fortaleza/CE. Esse hospital foi de escolha por trabalhar no local e ter uma maior acessibilidade para desenvolvimento do estudo. É um hospital secundário e devido a isso, as gestantes que ali fazem o atendimento de pré natal, são as de gravidez de alto risco e que são encaminhadas através da Unidade Básica de Saúde. No caso de internação para o parto ou outra complicação, as mesmas são encaminhadas pela central de leitos, somente, pois não temos atendimento de emergência.

O estudo foi realizado na sala de parto, junto com a equipe de enfermagem. No setor, trabalham 22 profissionais, sendo 07 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem.

4.3 População e Amostra

Profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na sala de parto e que aceitaram participar das orientações no dia que estavam de plantão, no período de 12 a 23 de Março de 2018.

4.4 Critérios de Inclusão

Participaram do projeto, os profissionais de enfermagem, tanto enfermeiros e técnicos de enfermagem que estavam no momento trabalhando na sala de parto e que se dispuseram a receber orientações e conhecer o protocolo de hemorragia pós parto.

4.5 Critérios de Exclusão

Profissionais de enfermagem que se recusaram a participar das orientações. No período da pesquisa não tinha nenhum profissional de férias, licença ou atestado médico.

4.6 Operacionalização dos Dados

1 Etapa – Realização do Pré teste: Foi elaborado um questionário onde os participantes responderam perguntas sobre a vida profissional, cargo exercido, tempo de experiência, tempo de serviço nesta unidade, o conhecimento de algum protocolo de hemorragia pós parto, as principais causas de hemorragias e se o atendimento nessa unidade é satisfatório.

2 Etapa – Realização do Pós Teste: Foi apresentado para a equipe após o pré teste, um protocolo já existente de prevenção de hemorragias pós parto, identificando os fatores de risco, prevenindo a hemorragia e evitando complicações. Depois do conhecimento desse protocolo, eles responderam algumas perguntas com relação à importância de se implantar o protocolo na unidade, o que mudaria com relação ao atendimento e se ele teria alguma dificuldade de seguir as orientações e recomendações do protocolo.

O protocolo utilizado foi um já existente, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, validado em 03/10/2017. Esse protocolo foi escolhido por ser uma maternidade de referência do município de Fortaleza.

5 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

Dos 22 Participaram deste estudo 14 profissionais de enfermagem, sendo 05 enfermeiros (71%) e 09 técnicos de enfermagem (60%). A média de tempo de serviço destes profissionais foi de um a quatro anos. Os participantes foram convidados a participar do estudo no dia que estavam de plantão na sala de parto, em um momento reservado, sendo entrevistados e solicitado o preenchimento do questionário pré e pós apresentação do protocolo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a aplicação do pré teste, revelou que, muitos profissionais que trabalham na área da obstetrícia, não são capacitados. Os enfermeiros que participaram, todos tem especialização em obstetrícia, mas que nunca trabalharam com protocolos. Quanto aos técnicos de enfermagem, não tinham qualquer curso de aperfeiçoamento na área e não conheciam os protocolos. Foi relatado que já viram alguns protocolos, mas que não utilizaram por não ter na unidade. Desses profissionais, 85% deles informaram que, as causas mais frequentes de hemorragia seria atonia uterina e restos placentários e somente 15% informaram atonia e laceração de canal vaginal. Com relação a necessidade de melhorias no atendimento, todos relataram que precisam de mais atenção e agilidade nesses casos, conhecer um pouco mais sobre o tema e que o protocolo seria relevante pois já vivenciaram casos de hemorragia nesta unidade.

Em casos de hemorragia pós parto, os profissionais se direcionavam até a paciente e realizavam o atendimento seguindo rotinas médicas e de enfermagem já estabelecidas na unidade. Alguns profissionais atendiam adequadamente devido ao tempo de experiência no serviço e outros aguardam o posicionamento do médico ou do enfermeiro obstetra.

Com o pós teste, relataram a importância de um aperfeiçoamento dentro da instituição, direcionando os profissionais para condutas adequadas no caso de hemorragia pós parto. Para ele é de fundamental importância a implementação do protocolo para dar autonomia aos profissionais, melhorar a resolutividade e o atendimento as mulheres em caso de hemorragia pós parto.

7. CONCLUSÃO

Após a apresentação do protocolo e orientação para a equipe de enfermagem, foi visto que, falta um suporte para uma melhor atenção às mulheres fatores de risco, e tomada de decisão da equipe de enfermagem. O protocolo foi aceito pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da pesquisa para futura implementação na unidade.

8. ESTRATÉGIAS PARA MANTER A INTERVENÇÃO

A segunda etapa para implementar o protocolo de hemorragia pós parto é efetuar discussões com a coordenação e direção do hospital. Limitação importante nessa primeira etapa deu-se ao vínculo empregatício de alguns profissionais: alguns profissionais trabalham no hospital por vínculo de seleção pública, com duração de dois anos e alguns deles, que contribuíram para o projeto, estão de saída da unidade.

A continuidade da proposta será com uma nova equipe de enfermagem. Iremos discutir o protocolo, ver as possibilidades de implementação, junto com os gestores. Após a apresentação do protocolo, iremos ver a melhor forma para que todos se adaptem a essa mudança. Pretendo ter alguns encontros com a equipe, sensibilizando sobre as mudanças. Irei estar presente em alguns momentos na maternidade, observando os profissionais durante a conduta no atendimento, observando se tivemos uma melhoria.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. CABRAL, R.W. et al. O Cuidado de Enfermagem no Puerpério Cirúrgico: Aplicação de um Modelo de Cuidado. VII Congresso brasileiro de enfermagem Obstétrica Neonatal. ABENFO-MG- Minas Gerais.2010
- Organização Mundial Saúde (2014), Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.
- Kahhale S, Souza E. Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento. 1ª ed. São Paulo: Estação W Comunicação; 2012
- Maia Filho NL, Mathias L, Suzano CES. Gestação prolongada: um texto atualizado. *Perspect Med.* 2007; 18(1):39-42.
- Pitanguy JO. Movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 19-38.
- World Health Organization. *Making pregnancy safer - a health sector strategy for reducing maternal and e perinatal morbidity and mortality.* Geneva: World Health Organization; 2000.
- Abouzahr C, Wardlaw T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? *Bull World Health Organ* 2001; 79:561-8.
- Campbell O. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half century. In: Brouwere VD, van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies. A review of the evidence.* Antwerp: ITG Press; 2001. p. 415-45.
- Ghosh MK. Maternal mortality. *J Reprod Med* 2001; 46:427-33.
- Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may de the key. *BMJ* 2001; 322:917-20.
- World Health Organization. *Care in normal birth. A practical guide - maternal and newborn health.* Geneva: World Health Organization; 1996.
- World Health Organization/United Nations Population Fund/United Nations Children's Fund/ World Bank. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement.* Geneva: World Health Organization; 1999.
- Vaughan JP, Abouzahr C. Reproductive health: widening horizons. *Bull World Health Organ* 2000; 78:569-73.
- Pittrof R, Campbell OM, Filippi VG. What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:277-83.
- Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 48 Suppl:S33-S52.

Osis MJD, Hardy E, Faundes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1993;27:49-53.

Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2002;24:293-9.

Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001;119(1):33-42

Devine PC. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009 Abr; 33(2):76-81.

Devine PC. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009 Abr; 33(2):76-81.

Jacobs AJ. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. [Cited 2009 Sep. 08]. Available from: www.uptodate.com.

Joseph KS, Rouleau J, Kramer MS, Young DC, Liston RM, Baskett TF; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Investigation of an increase in postpartum haemorrhage in Canada. *Br J Obstet Gynaecol.* 2007 May; 114(6):151-9.

Cameron CA, Roberts CL, Olive EC, Ford JB, Fischer WE. Trends in postpartum hemorrhage. *Aust N Z J Public Health.* 2006 Apr;30(2):151-6.

Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a fifteen year population based study. *J Obstet Gynaecol.* 2005; 25(1):7-9.

Devine PC. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009 Abr; 33(2):76-81.

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PRÉ E PÓS TESTE

**TEMA: PROTOCOLO ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DIRECIONADA A PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO**

1. Nome: _____

1.1 Sexo: Feminino____ Masculino_____

1.2 Idade: _____Anos

1.3 Estado civil _____

1.4 Procedência _____

1.5 Religião _____

2. Categoria:

() Técnico de enfermagem Realizou algum curso em obstetrícia () Sim () Não

() Enfermeiro Realizou algum curso em obstetrícia () Sim () Não

3. Tempo de experiência em Obstetrícia: _____

4. Há quanto tempo trabalha na sala de parto desse hospital? _____

5. Conhece algum protocolo de hemorragia pós parto? () Sim () Não

Se sim, faz uso do protocolo? () Sim () Não

6. Na maternidade em que atua é utilizado algum protocolo de hemorragia pós-parto?

() Sim () Não

7. Você acha importante a implementação do protocolo de hemorragia pós parto nessa instituição?

() Sim () Não

8. Quais as causas mais freqüentes de hemorragia pós-parto nessa unidade?

9. Acha que no atendimento dos casos de hemorragia pós-parto há necessidade de melhorar algo?

10. Sente-se necessidade de aprofundar sobre o tema? O que tem feito para melhorar o seu desempenho na sala de parto?

11. Ao longo do seu trajeto profissional houve algum caso de hemorragia pós-parto que lhe chamou mais atenção? E por quê?

12. No atendimento a uma puérpera com hemorragia, a sua conduta de atuação é baseada em normas estabelecidas previamente pelo serviço ou conforme os seus conhecimentos?

PÓS TESTE
APÓS APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO

O protocolo está de fácil compreensão?

O protocolo vai prevenir de alguma forma os casos de hemorragia?

Sim Não

Sentiu dificuldades em seguir o protocolo?

Acredita ser um instrumento válido e confiável para a condução frente a um caso de hemorragia pós-parto?

Você utilizaria o protocolo?

Dê sua opinião á respeito da implementação do protocolo nesta instituição.

ANEXO II

EBSERH

MEAC

UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO OBS.016 Página 1/12
Título do Documento:	HEMORRAGIA PÓS-PARTO	Emissão: 01/03/2016 Revisão Nº: 03 - 03/10/2017

I. AUTORES

- Carolina de Alencar Ohi Garcia
- Clarisse Uchoa de Albuquerque
- Denise Menezes Brunetta
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Mariana Luisa Veras Firmino
- Jordana Parente Paiva
- Francisco Edson de Lucena Feltosa

II. DEFINIÇÃO

Perda sanguínea estimada maior que 500 ml nas primeiras 24 horas após o parto vaginal ou 1000ml após parto cesáreo, podendo causar instabilidade hemodinâmica; e/ou queda maior que 10 pontos no hematócrito e/ou necessidade de transfusão.

Pode ser classificada em precoce, ocorrendo nas primeiras 24h, ou tardia, quando ocorre após 24h até 12 semanas do parto.

III. ACHADOS CLÍNICOS DE HIPOVOLEMIA

PERDA DE SANGUE (ml) GRAU DE CHOQUE (%)	PRESSÃO SISTÓLICA	SINTOMAS E SINAIS
500 a 1000 ml 10-15% - Compensado	Normal	Palpitação, vertigem e taquicardia
1000 a 1500 ml 15-25% - Leve	Queda suave 80 a 100 mmHg	Taquicardia, fraqueza e sudorese
1500 a 2000 ml 25-30% - Moderado	Queda moderada 70 a 80 mmHg	Agitação, oligúria e palidez
2000 a 3000 ml 35-45% - Grave	Queda acentuada 50 a 70 mmHg	Colapso, anúria e dispnéia

IV. EPIDEMIOLOGIA

Incide em 3 a 5% dos partos vaginais, sendo responsável por 25% das mortes maternas em todo o mundo, constituindo a principal causa nos EUA. Pode causar outras complicações, como anemia, fadiga, dificultar cuidados com o recém-nascido, prolongar internamento hospitalar, aumentar necessidade de hemotransfusão e suas reações, insuficiência hipofisária e renal. Quase 90% das mortes causadas pela hemorragia pós-parto ocorrem nas primeiras 4hr após o parto.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	Protocolo Clínico	PRO.OBS.016 Página 2/12
Título do Documento:	HEMORRAGIA PÓS-PARTO	Emissão: 01/03/2016
		Revisão Nº: 03 – 03/10/2017

V. FATORES DE RISCO

- Pré-eclâmpsia;
- Nuliparidade;
- Polidrâmnio;
- Gestação múltipla;
- Hemorragias pós-parto anteriores;
- Cesárea anterior;
- Episiotomia médio-lateral;
- Terceiro estágio prolongado (acima de 30 minutos);
- Parada de descida;
- Lacerações (cérvix, vagina e períneo);
- Perineotomia;
- Parto assistido (fórcipe e vácuo-extrator);
- Trabalho de parto com uso de ocitocina.

VI. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Conduta ativa no terceiro período do parto (Ocitocina 10 Unidades Internacionais intramuscular logo após o desprendimento do ombro anterior e realização da Manobra de Brandt, que consiste na tração controlada do cordão umbilical, com uma das mãos, associada à elevação do corpo uterino por via transabdominal, realizada com a outra mão (Categoria A). A manobra de Brandt não é recomendada em locais onde o parto vaginal não é assistido por profissional. Porém, na cesárea constitui método profilático em detrimento a retirada manual da placenta (*Guideline*, OMS 2012);
 - Identificação dos fatores de risco, da hemoglobina e correção das anemias durante o pré-natal (Categoria C);
 - Realização de episiotomia apenas quando necessário (períneo resistente, período expulsivo prolongado, períneo estreito com < 3 cm e partos assistidos) (Categoria C);
 - Reavaliação dos sinais vitais e do sangramento vaginal após o preenchimento dos formulários do parto (Categoria C);
 - Massagem uterina abdominal não é recomendada como profilaxia;
 - O uso de Misoprostol profilático não se mostra tão efetivo quanto a ocitocina, mas pode-se lançar mão do seu uso em locais onde não se tem disponível a mesma (Nível A).