



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

Haimée Emerich Lentz Martins

**OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM:
TECNOLOGIA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

Florianópolis/SC
2014

Haimée Emerich Lentz Martins

**OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM:
TECNOLOGIA PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA
HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Maria de Lourdes de Souza

Florianópolis/SC
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Haimée Emerich Lentz

M379o Observação em Enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto / Haimée Emerich Lentz Martins ; orientador, Dr^a. Maria de Lourdes de Souza - Florianópolis, SC, 2014.

182p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Hemorragia Pós-parto. 2. Observação. 3. Tecnologia de Enfermagem. I. Souza, Maria de Lourdes de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

HAIMÉE EMERICH LENTZ MARTINS

**OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM: TECNOLOGIA PARA
PREVENÇÃO E CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO**


Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:


DOCTOR EM ENFERMAGEM

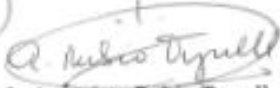
e aprovada em 03 de julho de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem**.



Dr^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

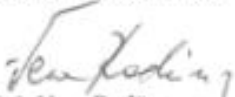
Banca Examinadora:



Dr^a Maria de Lourdes de Souza
Presidente - UFSC


Dr^a Evangelina Kotzias Atherino
dos Santos
Membro - UFSC


Dr^a Maria Antonieta Rúbio Tyrrell
Membro - EEAN/UF RJ


Dr^a Rosângela da Silva Santos
Membro - UERJ


Dr^a Vera Radünz
Membro - UFSC


Dr^a Grace Teresinha Marcon Dal Sasso
Membro - UFSC

Dedico este trabalho

Aos meus amores do passado...

*Que ainda estão presentes em minha memória e em
meu coração.*

*À minha mãe, Edmée Emerich Lentz, pelo dom da
vida, pelos ensinamentos, pelo seu jeito silencioso e
amoroso, obrigada por seres minha mãe e representares o
amor mais bonito do meu passado.*

*À minha tia-mãe Erna Prestes Castilhos, por ter sido
a pessoa marcante e essencial em minha vida, exemplo de
mulher forte, à frente do seu tempo...*

Aos meus amores do presente...

*Meu marido, Leonidas Carlos Martins, e meus filhos,
Leon Emerich Lentz Martins e Rafael Leonardo Emerich
Lentz Martins.*

*Já disse e repito, a minha vida com vocês é perfeita, e
sem vocês não seria vida.*

Aos meus amores do futuro...

*À Luana Pacheco Abreu, que chegou e ficou para
completar a beleza da minha família. Eu te admiro muito.*

Para todos vocês:

*“Eu gostaria de lhe agradecer pelas inúmeras vezes
que você me enxergou melhor do que eu sou. Pela sua
capacidade de me olhar devagar, já que nessa vida muita
gente já me olhou depressa demais” (Pe. Fábio de Melo).*

*“Conhecimento é fruto de longa paciência, de
ardorosa boa vontade e de profunda meditação”
(Georges Dejean).*

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho somente foi possível pela graça do bem maior que temos: Deus.

À minha Orientadora, Dra. Maria de Lourdes de Souza, pela virtude da paciência, da sabedoria e do conhecimento, conduzindo a orientação como a arte de aprender.

À enfermeira Dra. Vânia Nequer Soares, que chegou num momento decisivo para a concretude desta caminhada. Aprendi muito com a tua capacidade de organização.

Aos profissionais de apoio como bibliotecária, técnica em informática, jornalista, digitadores, tradutores, enfim, todos que participaram da finalização deste trabalho.

Ao corpo técnico e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Aos colegas das turmas 2010/2 e 2011/1 do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela convivência acadêmica.

Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC), que me acolheu como profissional e me encaminhou ao Curso de Doutorado.

Aos meus familiares, amigos, vizinhos, companheiros de comunidade, que nesta caminhada souberam respeitar e aceitar minhas ausências.

Aos membros da banca, que aceitaram e disponibilizaram seu tempo e conhecimento na avaliação deste trabalho.

Enfim, a todos e todas que de uma forma ou de outra participaram destes quatro anos de vida acadêmica que posso não ter nomeado, o meu obrigada.

“Não fostes vós que me escolhesteis; fui eu que vos escolhi e vos designei, para dardes fruto e para que o vosso fruto permaneça” (Jo, 15, vers. 16).

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **Observação em enfermagem:** tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto. 2014. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes de Souza

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no mundo. A maioria dos casos de HPP pode ser prevenida e controlada, em qualquer local onde ocorra o parto, desde que haja condições para colocar em prática as evidências atuais sobre prevenção e controle dessa morbidade. A mulher no pós-parto imediato necessita de observação da enfermeira para que sejam tomadas medidas necessárias, que previnam as hemorragias, bem como minimizem as suas complicações. A observação do volume da perda sanguínea, da altura e da contração uterina, o reconhecimento das causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta da HPP é fundamental. O cuidado de enfermagem deve estar subsidiado na observação, fundamentado em protocolos baseados em evidência, com vistas à prevenção, à detecção precoce e ao controle da HPP. Para a construção desta tese e, particularmente, para a sistematização de um instrumento para a observação de enfermagem na prevenção e no controle da HPP, utilizou-se os fundamentos de Florence Nightingale sobre a arte de observar pela enfermeira

Objetivos: apresentar uma série histórica da mortalidade materna associada à HPP, no período de 1997 a 2013, ocorrida no Estado de Santa Catarina; identificar na literatura as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP; apresentar a observação como tecnologia da enfermagem para a prevenção e o controle da HPP; e sistematizar um instrumento de observação de enfermagem para a prevenção e o controle da HPP. **Método:** epidemiológico, desenho do estudo do tipo descritivo-retrospectivo, série histórica com dados populacionais, acerca dos óbitos maternos ocorridos no período de 1997 a 2013 no Estado de Santa Catarina; revisão integrativa dos estudos publicados sobre as práticas da enfermagem com base em evidências na prevenção e no controle da HPP; estudo teórico sobre o conceito de observação de Florence Nightingale. **Resultados:** Após a sistematização dos dados foram construídos três manuscritos. O primeiro manuscrito, *MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013*, refere-se aos 574 óbitos maternos analisados, dos quais 78 estiveram relacionados à hemorragia, correspondendo a 13,59% dos óbitos. No segundo

manuscrito, *AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS- PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA*, foi identificado que a enfermagem (midwives/parteras, nurses /enfermeiras, traditional birth attendant/ parteras tradicionais), em conjunto com outros profissionais, implementam o manejo ativo do terceiro estágio do parto, elaboram e implantam protocolos, treinamentos e avaliação de resultados dessa prática nos serviços. O terceiro manuscrito, *A OBSERVAÇÃO COMO TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO A PARTIR DOS ESCRITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE*, foi desenvolvido por meio da busca dos estudos sobre Florence Nightingale (1820-1910), e a observação por ela preconizada, como um dos requisitos essenciais ao cuidado de enfermagem. Após o reconhecimento da observação para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto, procedeu-se à sistematização de um instrumento como suporte para a observação da enfermeira e da enfermeira obstetra para a prevenção e o controle da HPP. **Considerações finais:** As mortes maternas por HPP devem ser reduzidas devido ao impacto social que acarretam e, porque, com a assistência devida elas são preveníveis. Além disso, o governo brasileiro pactuou a redução da mortalidade materna quando participou da definição dos objetivos do milênio. A observação da enfermeira, enfermeira obstetra, se constitui em tecnologia de enfermagem que contribui para a redução da mortalidade materna associada a HPP.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto. Observação. Tecnologia de enfermagem.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the main causes of maternal morbidity and mortality worldwide. Most cases of PPH could be prevented and controlled, regardless of where the delivery takes place, as long as there are conditions to apply the current evidences on the prevention and control of this morbidity. Women in immediate postpartum require observation from nurses so that the necessary measures are taken to prevent hemorrhage, as well as to minimize complications. The observation of the volume of blood loss, uterine height and contraction, and the identification of the hemorrhage causes, and the risk factors and warning signs of PPH are fundamental. Nursing care must be supported on the observation and grounded on evidence-based protocols, with the aim to prevent, early detect and control PPH. The foundations of Florence Nightingale on the nurse's art of observing were used to develop this thesis and, particularly, to systematize an instrument for nursing observation in the prevention and control of PPH. **Objectives:** present a historical series regarding maternal mortality associated with PPH, from 1997 to 2013, in the state of Santa Catarina; identify nursing practices in the literature related to the prevention and control of PPH; present the observation technique as a nursing technology for the prevention and control of PPH; and systematize an instrument of nursing observation for the prevention and control of PPH. **Method:** epidemiological, descriptive-retrospective design, historical series with population data regarding maternal deaths that occurred from 1997 to 2013 in the state of Santa Catarina; integrative review of the studies published regarding evidence-based nursing practices for the prevention and control of PPH; theoretical study on the concept of observation by Florence Nightingale. **Results:** Three manuscripts were built after the systematization of the data obtained. The first manuscript, *MATERNAL MORTALITY FROM HEMORRHAGE IN SANTA CATARINA, BRAZIL, BETWEEN 1997 AND 2013*, refers to the 574 maternal deaths analyzed, of which 78 were related to the occurrence of hemorrhage, corresponding to 13.59% of the deaths. The second manuscript, *NURSING PRACTICES IN THE PREVENTION AND CONTROL OF POSTPARTUM HEMORRHAGE: AN INTEGRATIVE REVIEW*, revealed that nursing professionals (midwives, nurses, traditional birth attendants), together with other professionals, implement the active handling of the third stage of the delivery, and elaborate and implement protocols, trainings and assessments of results of this practice in the services. The third manuscript, *Observation as a nursing technology for the prevention and control of postpartum hemorrhage according to the writings of Florence Nightingale (1820-1910)*, and the observation preconized by her as one of the essential requisites for nursing care.

After recognizing the observation technique in the prevention and control of PPH, an instrument was systematized to support the observation of nurses and obstetric nurses in the prevention and control of PPH. **Final considerations:** Maternal deaths from PPH must be reduced due to the social impact they bring on and because they are preventable with the due care. Furthermore, the Brazilian government has agreed on the reduction of maternal mortality upon its participation in the definition of the millennium objectives. The observation of nurses and obstetric nurses constitutes a nursing technology that contributes to reduce the maternal mortality associated with PPH.

Keywords: Postpartum hemorrhage. Observation. Nursing technology.

RESUMEN

Hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no mundo. A maioria dos casos de HPP pode ser prevenida e controlada, em qualquer local onde ocorra o parto, desde que haja condições para colocar em prática as evidências atuais sobre prevenção e controle dessa morbidade. A mulher no pós-parto imediato necessita de observação da enfermeira para que sejam tomadas medidas necessárias, que previnam as hemorragias, bem como minimizem as suas complicações. A observação do volume da perda sanguínea, da altura e da contração uterina, o reconhecimento das causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta da HPP é fundamental. O cuidado de enfermagem deve estar subsidiado na observação, fundamentado em protocolos baseados em evidência, com vistas à prevenção, à detecção precoce e ao controle da HPP. Para a construção desta tese e, particularmente, para a sistematização de um instrumento para a observação de enfermagem na prevenção e no controle da HPP, utilizou-se os fundamentos de Florence Nightingale sobre a arte de observar pela enfermeira

Objetivos: apresentar uma série histórica da mortalidade materna associada à HPP, no período de 1997 a 2013, ocorrida no Estado de Santa Catarina; identificar na literatura as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP; apresentar a observação como tecnologia da enfermagem para a prevenção e o controle da HPP; e sistematizar um instrumento de observação de enfermagem para a prevenção e o controle da HPP. **Método:** epidemiológico, desenho do estudo do tipo descritivo-retrospectivo, série histórica com dados populacionais, acerca dos óbitos maternos ocorridos no período de 1997 a 2013 no Estado de Santa Catarina; revisão integrativa dos estudos publicados sobre as práticas da enfermagem com base em evidências na prevenção e no controle da HPP; estudo teórico sobre o conceito de observação de Florence Nightingale. **Resultados:** Após a sistematização dos dados foram construídos três manuscritos. O primeiro manuscrito, *MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013*, refere-se aos 574 óbitos maternos analisados, dos quais 78 estiveram relacionados à hemorragia, correspondendo a 13,59% dos óbitos. No segundo manuscrito, *AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS- PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA*, foi identificado que a enfermagem (midwives/parteiras, nurses /enfermeiras, traditional birth attendant/ parteiras tradicionais), em conjunto com outros profissionais, implementam o manejo ativo do terceiro estágio do parto, elaboram e implantam protocolos, treinamentos e avaliação de resultados dessa prática nos serviços. O terceiro manuscrito, *A OBSERVAÇÃO COMO*

TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO A PARTIR DOS ESCRITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE, foi desenvolvido por meio da busca dos estudos sobre Florence Nightingale (1820-1910), e a observação por ela preconizada, como um dos requisitos essenciais ao cuidado de enfermagem. Após o reconhecimento da observação para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto, procedeu-se à sistematização de um instrumento como suporte para a observação da enfermeira e da enfermeira obstetra para a prevenção e o controle da HPP. **Considerações finais:** As mortes maternas por HPP devem ser reduzidas devido ao impacto social que acarretam e, porque, com a assistência devida elas são preveníveis. Além disso, o governo brasileiro pactuou a redução da mortalidade materna quando participou da definição dos objetivos do millenium. A observação da enfermeira, enfermeira obstetra, se constitui em tecnologia de enfermagem que contribui para a redução da mortalidade materna associada a HPP.

Palabras claves: Hemorragia postparto. Observación. Tecnología de enfermería.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Os 4Ts da etiologia da HPP	33
Quadro 2 - Fatores de risco da hemorragia pós-parto	34
Quadro 3 - Sinais e sintomas resultantes da perda de sangue	38
Quadro 4 - Escolha de uterotônicos na HPP	41
Quadro 5 - Recomendações baseadas em evidências na prevenção de HPP	43
Quadro 6 - Recomendações com base em evidências no tratamento da HPP	45

Manuscrito I:

Tabela 1 - Distribuição percentual das mortes maternas por hemorragia, por Macrorregião do Estado de Santa Catarina, de 1997 a 2013*	76
Tabela 2 - Distribuição percentual das mortes maternas específicas por hemorragia, por categoria de causa básica, ocorridas no Estado de Santa Catarina no período de 1997 a 2013.....	77
Tabela 3 - RMMEH ocorrida em Santa Catarina por Macrorregião de saúde, de 1997 a 2013.....	78

Manuscrito II:

Quadro 1 - Artigos obtidos nas bases de dados <i>on-line</i> entre setembro 2013 a fevereiro de 2014.....	92
Quadro 2 - Artigos selecionados sobre as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP, ordenados por categoria	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

°C	- Graus Celsius
ACNM	- <i>American College of Nurse-Midwives</i>
ANM	- <i>Auxiliary Nurse Midwife</i>
Bpm	- Batimentos por minuto
BU	- Biblioteca Universitária
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
C&C	- Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando
CEPSH	- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CI	- Intervalo de Confiança
CID	- Código Internacional de Doenças
CINAHL	- <i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COMUT	- Serviço de Comutação Bibliográfica
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Nacional de Saúde do Brasil
Embase	- <i>Biomedical Answers</i>
EPS	- Estimativa da perda de sangue
EUA	- Estados Unidos da América
FEBRASGO	- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	- <i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
GDG	- <i>Guideline Development Group</i>
HPP	- Hemorragia Pós-Parto
HSPH	- <i>Harvard School of Public Health</i>
ICM	- <i>International Confederation of Midwives</i>
IM	- Intramuscular
IOCHPP	- Instrumento de Observação, Controle da Hemorragia Pós-Parto
IV	- Intravenoso
Lilacs	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MATEP	- Manejo Ativo do Terceiro Estágio do Parto
MCG	- Micrograma

MedLine	- Medical Literature On Line
MG	- Miligrama
MmHg	- Milímetros de Mercúrio
MS	- Ministério da Saúde
NCOP	- Não classificado em outra parte
NIH	- <i>National Institute of Health</i>
NLM	- <i>National Library of Medicine</i>
NV	- Nascidos Vivos
O00	- Gravidez ectópica
O43	- Transtorno da placenta
O44	- Placenta prévia
O45	- Descolamento prematuro da placenta
O46	- Hemorragia anteparto NCOP
O67	- Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto
O72	- Hemorragia pós-parto
ODM	- Objetivos do Milênio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PBE	- Prática Baseada em Evidência
PEN	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PubMed	- Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RMMEH	- Razão de Mortalidade Materna Específica por Hemorragia
RMMH	- Razão de Mortalidade Materna por Hemorragia
RPM	- Respiração por minuto
RR	- Risco relativo
SBA	- <i>Skill Birth Attendant</i>
SC	- Santa Catarina
SciELO	- <i>Scientific Electronic Library On line</i>
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
SGOC	- Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
TBA	- <i>Traditional Birth Attendant</i>
TCC	- Tração Controlada do Cordão
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UI	- Unidade Internacional
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para Infância
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	27
3 CONTEXTUALIZAÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: A MORTALIDADE E A MORBIDADE MATERNA NO MUNDO, NO BRASIL E EM SANTA CATARINA	29
3.2 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ASPECTOS DA CLÍNICA.....	32
3.2.1 Definições	32
3.2.2 Etiologia e os fatores de risco da hemorragia pós-parto.....	33
3.2.3 Fisiologia do terceiro estágio do parto.....	36
3.2.4 Estimativa de perda sanguínea no diagnóstico da HPP	37
3.2.5 Sinais e sintomas de alerta da HPP.....	37
3.3 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA NA PREVENÇÃO, NO CONTROLE E NO TRATAMENTO.....	38
3.3.1 Evidências na prevenção da hemorragia no terceiro estágio do trabalho de parto	39
3.3.2 Evidências no controle e tratamento da HPP	44
3.4 A ENFERMAGEM NO CUIDADO NO PARTO E NASCIMENTO	46
3.5 INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP).....	50
4 REFERENCIAL TEÓRICO A OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE FLORENCE NIGHTINGALE	55
5 PERCURSOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO	63
5.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	63

5.2 ETAPA 1 – DESENHO DO ESTUDO – MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013.....	63
5.3 ETAPA 2 – DESENHO DO ESTUDO – AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HPP: REVISÃO INTEGRATIVA	64
5.4 ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DE ARTIGO SOBRE OBSERVAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HPP.....	67
5.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
6 RESULTADOS	69
6.1 MANUSCRITO I – MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013.....	70
6.2 MANUSCRITO II – AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS- PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	86
6.3 MANUSCRITO III – A OBSERVAÇÃO COMO TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS- PARTO A PARTIR DOS ESCRITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE.....	127
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	143
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES	163
Apêndice A – Instrumento de observação em enfermagem para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto (IOCHPP).....	165
ANEXOS.....	177
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética - UFSC	179
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética - CONEP.....	181

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no mundo, no entanto, a maioria dos casos de HPP pode ser efetivamente prevenida e controlada, em qualquer local onde ocorra o parto, desde que existam as condições para colocar em prática as evidências atuais sobre a prevenção e o controle dessa morbidade (OMS, 2012).

A hemorragia pós-parto pode apresentar diferentes cenários clínicos. Pode aparecer imediatamente ao nascimento, com sangramento em grandes quantidades, ou lentamente no decorrer do processo do nascimento sem resposta a tratamentos. Também pode estar associada a problemas sistêmicos, tais como distúrbios de coagulação (LALONDE *et al.*, 2006).

Estimativas apontam que entre 25% e 35% das mortes maternas no mundo podem ser atribuídas às hemorragias obstétricas e a Ásia e a África são os continentes com maior número de vítimas (KHAN *et al.*, 2006; WHO, 2010; OMS, 2012). Estudos têm alertado para tendência de aumento da incidência da HPP em países desenvolvidos, entre eles Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA (KNIGHT *et al.*, 2009). No Brasil, as hemorragias constituem a segunda causa de morte materna (SOUZA *et al.*, 2013).

A incidência de hemorragia após o parto, como morbidade, varia muito, dependendo dos critérios usados para definir o transtorno. Uma estimativa razoável é de que ocorra entre 1% e 5% dos partos. Uma das causas mais comuns da HPP é a atonia uterina, ou seja, a falta de contração eficaz do útero depois do parto, o que complica um em cada 20 nascimentos e está presente em pelo menos 70% dos casos de HPP. Outras causas que podem estar relacionadas à HPP são: lacerações do canal do parto, retenção da placenta, rotura uterina e distúrbios na coagulação (SHEINER *et al.*, 2005; WHO, 2007; LEDUC *et al.*, 2009; CHELMOW, 2010).

Uma das metas traçadas nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos pelas Nações Unidas em 2000, é a redução da mortalidade materna em três quartos até 2015. Para esse objetivo ser alcançado, as mortes maternas devem ser significativamente reduzidas. Para isso, os profissionais de saúde nos países em desenvolvimento

precisam ter acesso adequado às tecnologias de tratamento, como medicamentos e recursos para treinamento em procedimentos pertinentes. Além disso, os países precisam de diretrizes baseadas em evidências sobre a segurança, qualidade e utilidade das várias intervenções. Essas condições serão a base para o desenvolvimento de estratégias políticas necessárias para garantir a implementação de intervenções sustentáveis e realistas (OMS, 2012).

A capacitação dos profissionais das maternidades sobre as melhores práticas baseadas em evidência na prevenção, controle e tratamento da HPP, a organização adequada dos serviços para atendimento ao parto, o desenvolvimento das habilidades de observação para cuidado e a identificação dos sinais de alerta da HPP podem agilizar o atendimento aos casos de HPP e salvar muitas vidas.

A OMS (2005) considera que investir em melhores serviços obstétricos e em obstetizes, bem como em parteiras profissionais, continua sendo vital para a redução da morbidade e mortalidade materna. Para atender às necessidades da maioria das populações com dificuldade de acesso a serviços, a intervenções tecnológicas e a profissionais qualificados, essa medida da OMS precisa ser priorizada com a meta de salvar a vida de muitas mulheres.

O treinamento dos profissionais em maternidades para monitorar as mulheres após o parto e para o manejo clínico adequado a partir do uso de protocolos é o ponto-chave para redução da gravidade e dos resultados adversos da HPP (KNIGHT *et al.*, 2009). Isso porque estudos referem que a identificação e o diagnóstico da HPP são deficientes devido à não confiabilidade na mensuração do sangue perdido no momento do parto e pós-parto, na maioria das vezes subestimada em torno de 30% a 50%, dificultando e retardando o tratamento da HPP (AL KADRI; AL ANAZI; TAMIM, 2011; GLOVER, 2003).

O manejo ativo do terceiro estágio do parto com a administração de um uterotônico é indicado para reduzir a incidência de HPP, todavia, de 6 a 16% das mulheres que recebem profilaxia uterotônica ainda terão hemorragia pós-parto que necessite de rápidas intervenções. A maioria das HPPs ocorre nas primeiras quatro horas do parto, o que indica que são complicações que ocorrem no terceiro estágio do parto (RAMANATHAN, ARULKUMARAN, 2006; KANE *et al.*, 1992).

Hemorragias pós-parto não fatais resultam em outras complicações, como anemia por deficiência de ferro, lesão da pituitária (síndrome de Sheehan), levando a problemas de lactação, coagulopatias, exposição a produtos sanguíneos e danos a diversos órgãos associados à hipotensão e ao choque (LEDUC *et al.*, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (2011), reforça que as intervenções essenciais projetadas para facilitar a tomada de decisão em países de baixa e média renda, como alocar os limitados recursos para o máximo impacto sobre a saúde de mulheres e crianças, com base nas evidências científicas, são imprescindíveis na redução da mortalidade materna. As evidências específicas para a hemorragia são: manejo da anemia materna com ferro e prevenção da HPP por meio do manejo ativo do terceiro estágio do parto e tratamento a partir das melhores evidências (WHO, 2011a).

Essas intervenções foram classificadas de acordo com três níveis de atenção: cuidados que podem ser fornecidos na comunidade por assistentes sociais, agentes comunitários de saúde e voluntários com formação limitada; cuidados primários, também fornecidos à comunidade em uma clínica por profissionais da enfermagem, agentes comunitários de saúde com mais formação; e cuidados de referência fornecidos por médicos e enfermeiros qualificados e por parteiras profissionais em um hospital capaz de fazer cesariana e prestar cuidados de emergência (WHO, 2011a).

A partir da segunda metade do século XX, é recomendado o manejo ativo do terceiro estágio do parto, composto por três intervenções: a administração de uterotônico profilático (ocitocina) antes da expulsão da placenta, clampeamento precoce seguido de tração controlada do cordão (TCC), e massagem uterina contínua após expulsão da placenta, como medidas para prevenção e/ou redução da perda de sangue materno, do tempo do terceiro estágio do parto e das complicações da hemorragia (WHO, 2007, 2009; ICM/FIGO, 2012). O manejo ativo passou a ser adotado por diversos países, como Reino Unido, Irlanda, países da Ásia e da África, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, EUA, Argentina, Colômbia, e mesmo alguns estados brasileiros vêm adotando essas evidências e recomendações para prevenção da HPP em seus protocolos (BURKE, 2010; ALTHABE *et al.*, 2011; COLÔMBIA, 2013; ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011).

A OMS, em 2012, ao reexaminar a contribuição intrínseca de cada componente do "manejo ativo do terceiro estágio do parto" à luz de novas evidências, reforçou a indicação do uso de uterotônicos para prevenção da HPP para todas as parturientes. A tração controlada do cordão umbilical passou a ser considerada como componente opcional, devendo ser realizada apenas por profissionais treinados, e a massagem uterina contínua não é mais recomendada para mulheres que receberam ocitocina profilática, por causar desconforto. No entanto, o monitoramento do tônus uterino, através da palpação abdominal, é

recomendado em todas as mulheres para a identificação precoce de atonia uterina. Em resumo, considera o uso de uterotônicos como a principal intervenção no manejo ativo do parto normal ou na cesariana (OMS, 2012).

Na intervenção da HPP os profissionais e gestores da saúde devem avaliar as tecnologias e os procedimentos que estão sendo adotados, bem como implementar novas práticas para melhorar a segurança das parturientes. O planejamento dessa atenção deve assegurar a disponibilidade de serviços com recursos como pessoal qualificado, medicamentos, equipamentos e produtos do sangue, entre outros (SOUZA *et al.*, 2013).

A HPP, muitas vezes, não é identificada até que a mulher apresente sintomas evidentes. Um modelo de cuidados contínuos para a prevenção e o manejo da HPP é indicado para a melhoria dos cuidados de saúde no parto, com maior impacto para salvar a vida das mulheres, diminuindo a morbimortalidade materna (BETSY, 2002).

A mulher no pós-parto imediato necessita de observação para que se tomem as medidas necessárias para prevenir as hemorragias e se minimizem as suas complicações. A observação do volume da perda sanguínea, da altura e da contração uterina, o reconhecimento das causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta são fundamentais para prevenir e controlar a HPP.

Para Málvarez e Rodrigues (2011), a prestação do cuidado em saúde tem como foco principal fazer o bem ao paciente, considerando todo o aparato tecnológico e os avanços científicos envolvidos. Segundo a autora, o cuidado define a essência da enfermagem e esta usufrui socialmente de um espaço comum de confiança, proteção, esperança e capacidade de solidariedade junto aos pacientes, às famílias e às comunidades.

A enfermagem, enquanto prática profissional, deve ser reinterpretada a partir do conhecimento científico, de modo a gerar teorias, conceitos, métodos, hipóteses e inovações tecnológicas (SOUZA *et al.*, 2010).

Ressalta-se, assim, que o cuidado de enfermagem na HPP deve estar subsidiado na observação e fundamentado em protocolos baseados em evidência, com vistas à prevenção, detecção precoce e controle da HPP.

Para a construção desta tese e, particularmente, da sistematização de um instrumento para a observação da enfermeira na prevenção e controle da HPP, utilizou-se como marco teórico a produção de Florence

Nightingale sobre a arte de observar em enfermagem. Segundo sua concepção, a observação é como a aplicação de um guia para o cuidado dos pacientes, para avaliar a melhora ou a falta de respostas frente às intervenções de enfermagem. Assim, no cuidado da enfermagem, a observação e a prática são atividades concorrentes.

Dessa forma, o presente estudo foi norteado pelos objetivos que seguem.

2 OBJETIVOS

- Apresentar uma série histórica da mortalidade materna associada a HPP, ocorrida no Estado de Santa Catarina, de 1997 a 2013;
- Identificar na literatura as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP;
- Apresentar a observação como tecnologia da enfermagem para a prevenção e o controle da HPP;

3 CONTEXTUALIZAÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: A MORTALIDADE E A MORBIDADE MATERNA NO MUNDO, NO BRASIL E EM SANTA CATARINA

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias do término da gravidez, independentemente do local ou duração desta, causada ou agravada pela própria gravidez ou seu manejo (OMS, 2001).

No contexto populacional é ponderada com suporte do indicador Razão de Mortalidade Materna (RMM) que é calculada pelo número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV), sendo esta a medida mais comum da magnitude da mortalidade materna e o indicador para análise do alcance do 5^o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que tem como meta reduzir essa taxa em três quartos entre 1990-2015, implicando uma média de redução anual de 5,5% (WHO, 2010).

Relatório de grupo de trabalho coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e divulgado em 2014, apresenta o Brasil como o quarto país mais lento na redução da mortalidade materna. O trabalho foi feito com base na análise das taxas entre 2000 e 2013 de 75 países da América. As Estimativas da OMS e do UNICEF indicam redução progressiva das taxas de mortalidade materna no mundo, com alguns países alcançando declínios significativos. No entanto, recente análise encontrou uma taxa de redução anual de 1,3% entre 1990 e 2008, bem abaixo dos 5,5% necessários para atingir o ODM (OMS, 2012).

As estimativas de mortalidade materna do ano de 1990 apontavam 543.000 mortes em decorrência de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal no mundo, representando uma RMM de 400 mortes maternas por 100.000 NV. Apenas 5% ocorreram em países desenvolvidos. Assim, enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentavam taxas de mortalidade materna próximas a 10 óbitos maternos por 100.000 NV, países como Bolívia, Peru e Haiti chegavam a mais de 200 óbitos por 100.000 NV. Na América Latina, estimava-se que 16 mil mulheres morreram no mesmo ano devido a complicações da gestação, representando uma RMM de 140 por 100.000 NV (OMS,

2012).

Novas estimativas da OMS indicam que em 2013 ocorreram 287.000 mortes maternas no mundo, com uma RMM de 210 por 100.000 NV. Na América Latina e no Caribe estimaram-se 8.800 óbitos maternos, e a RMM reduziu para 85 por 100.000 NV, apontando uma redução das taxas em relação a 1990. No Brasil, segundo essas estimativas, a RMM diminuiu no mesmo período de 120 para 56 por 100 mil NV – queda de 51%. Mas, para atingir a meta do 5º ODM, o Brasil deverá apresentar RMM estimada em 35 óbitos por 100 mil (OMS, 2012).

Globalmente, a HPP permanece como uma das mais significativas causas de mortalidade e morbidade materna. A OMS estima que entre 25% a 35% das mortes maternas no mundo podem ser atribuídas a hemorragias obstétricas e aponta a Ásia e a África como os continentes com maior número de vítimas (KHAN *et al.*, 2006; WHO, 2010).

A hemorragia, como causa de morte materna, varia nas diferentes regiões geográficas do mundo. Um estudo de revisão sistemática sobre a causa de mortalidade materna demonstrou que a hemorragia permanece em primeiro lugar na África e na Ásia, e em segundo na América Latina e no Caribe, onde as principais causas de morte materna são os transtornos hipertensivos da gestação. A proporção de mortes maternas por hemorragia estimadas para esses continentes foi de 33,9% na África, 30,8% na Ásia, 20,8% na América Latina e no Caribe, enquanto a taxa estimada pelos autores para os países desenvolvidos ficou em 13,4% (KNIGHT *et al.*, 2009).

No Brasil, as hemorragias constituem a segunda causa de morte materna em ordem de importância. Segundo estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde do período de 1997 a 2009, ocorreram nesse período 3.179 mortes maternas relacionadas a hemorragias obstétricas, ou seja, 14,26% do total dos óbitos maternos. A RMM por hemorragia, conforme esse estudo, diminuiu de 10,34 por 100.000 NV em 1997, para 9,96 em 2009. Foi demonstrado ainda que as RMMs eram mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste, com valores de 12,73 e 13,07 por 100.000 NV respectivamente; na região Sul a RMM foi de 6,49. As HPPs contribuíram com 40,8% para o total das hemorragias obstétricas no Brasil (SOUZA *et al.*, 2013).

No Estado de Santa Catarina, no período de 1997 a 2010, perfizeram 12,42% do total das mortes, e a HPP foi a mais frequente, com 42,62% do total das hemorragias obstétricas (MARTINS *et al.*,

2013).

Embora os índices de mortes maternas tenham caído em todo o mundo, continua sendo um problema relevante do setor da saúde, não somente por serem mortes evitáveis, que ocorrem em 99% dos casos nos países em desenvolvimento, refletindo a situação social em que vivem as mulheres, mas também por demonstrar as fragilidades com a qualidade do atendimento no período gravídico-puerperal e a organização dos serviços de saúde (WHO, 2010).

As altas RMMs ainda encontradas no Brasil se configuram como um problema de saúde pública. Podem estar relacionadas a diferenças socioeconômicas e ao acesso desigual aos serviços de saúde entre as regiões com menor acessibilidade (SOUZA *et al.*, 2013).

A redução da mortalidade materna no Brasil é uma meta que deve ser garantida na prática pelos serviços de saúde e toda a sociedade. O governo brasileiro tem assinado acordos e tratados internacionais afirmando a intenção de transformar esse cenário. Durante a reunião da Cúpula do Milênio em 2000, o Brasil foi um dos 191 países a assinar o acordo com o compromisso de atingir as metas relativas a redução da mortalidade materna. Visando cumprir com este compromisso o Ministério da Saúde lançou em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, um movimento político articulado com vários setores do governo e com a sociedade organizada para o enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e neonatal. Consistia num conjunto de ações governamentais voltado à qualificação e organização da atenção obstétrica e neonatal em todos os municípios brasileiros. Em 2011, lançou a Estratégia Rede Cegonha, que compreende um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres grávidas. É estruturado a partir de quatro componentes: I) pré-natal, II) parto e nascimento, III) puerpério e atenção integral à saúde da criança, e IV) sistema logístico e transporte (BRASIL, 2011a).

Essas políticas governamentais têm como finalidade o alcance das metas preconizadas nos ODMs, entre as quais a redução da mortalidade materna em três quartos até 2015. No ano de 1990 a RMM corrigida foi de 140 óbitos por 100.000NV, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos. No relatório há a hipótese de que a melhora na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade), com maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (OMS, 2012).

Limitações que incidem sobre o cálculo das RMMs, relacionadas

às falhas nos sistemas de informação de muitos países e à ausência de investigação adequada das causas das mortes maternas, determinam o uso de modelagens estatísticas para estimação da mortalidade materna. Esse indicador, no entanto, foca apenas as mortes, deixando uma lacuna nos casos de milhões de mulheres que sofrem com eventos de *near miss* (quase morte) ou casos de morbidade grave (MORSE, 2011).

Assim, diante dessas limitações e da permanência das RMMs elevadas, emerge a proposta de um novo indicador: o Índice de Morbidade Materna Grave/Severa, ou *Near Miss*, que inclui as mulheres que quase morreram por complicações no ciclo gravídico-puerperal, mas sobreviveram devido ao acaso ou ao bom atendimento hospitalar. Pesquisas que avaliam o perfil epidemiológico da morbidade materna grave/*near miss* demonstram que os marcadores clínicos mais frequentes na identificação desta são a pré-eclâmpsia grave (68,5% dos casos) e a hemorragia grave (19,1% dos casos) (MORSE, 2011). Também deve-se considerar o aumento real da frequência e gravidade da HPP mesmo nos países com elevados recursos (KNIGT *et al.*, 2009).

A mortalidade por HPP pode ser evitada, e sua prevenção inicia no atendimento pré-natal, em alguns casos identificando e classificando o risco da gestante para desenvolver HPP, registrando na carteira pré-natal e no prontuário as medidas requeridas e tratando anemias, hipertensão e outras. Durante o parto é recomendado o manejo ativo como medida preventiva, seguido de monitoramento e observação criteriosa de medidas para o controle da HPP na sua vigência (RUIZ, 2008).

O setor da saúde e os profissionais têm responsabilidade na adoção de medidas que mudem essa situação.

3.2 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ASPECTOS DA CLÍNICA

3.2.1 Definições

Estudos apontam que não existe uniformidade com relação aos critérios a serem utilizados para a definição da HPP nos diferentes serviços e países, o que dificulta sua identificação, seu registro e suas estatísticas (KARLSSON, PÉREZ SANZ, 2009; KNIGT *et al.*, 2009). A hemorragia pós-parto definida pela OMS refere-se a perda de sangue superior a 500 ml no parto vaginal ou superior a 1000 ml na cesárea (OMS, 2012).

A definição da HPP, no entanto, conta com a subjetividade da

avaliação dos profissionais, que tendem a subestimar ou superestimar as perdas sanguíneas. Autores sugerem para propósitos clínicos considerar como HPP qualquer perda sanguínea que leve à instabilidade hemodinâmica (JACOBS, 2013; ICM/FIGO, 2012).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2012) classifica a HPP em: primária (imediate) e secundária (tardia). A primária ocorre nas primeiras quatro horas depois do parto. Aproximadamente 70% das HPP ocorrem nesse período e estão relacionadas a atonia uterina no terceiro estágio do parto. A HPP secundária (tardia) ocorre entre 24 horas depois do nascimento do bebê e seis semanas após o parto. A maioria das HPP tardias se deve à retenção de produtos da concepção, infecção ou ambos.

3.2.2 Etiologia e os fatores de risco da hemorragia pós-parto

Como já foi registrado, a causa mais comum e importante da HPP é a atonia uterina (70% dos casos), ou falta de contração eficaz do útero depois do parto. Um útero atônico pode estar relacionado a: superdistensão por gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia, infecção uterina, drogas (relaxantes uterinos), fadiga do útero após um trabalho de parto prolongado ou induzido, inversão uterina, retenção da placenta, uma placenta normalmente anexada ou placenta acreta (LALONDE *et al.*, 2006).

Outras causas menos frequentes são: lacerações, retenção de tecidos e coagulopatias. Uma forma esquemática para ajudar a lembrar essas causas, desenvolvida em diferentes estudos, é a dos “4 Ts” (tônus, trauma, tecido, trombina), que estão apresentadas no quadro 1, em ordem decrescente de importância como causa de HPP (BURKE, 2010; ICM/FIGO, 2012).

Quadro 1- Os 4Ts da etiologia da HPP

T	Causa	%
Tônus	atonia uterina	70%
Trauma	laceração do canal do parto	30%
Tecidos	retenção de tecidos da placenta	10%
Trombina	coagulopatias adquiridas ou preexistentes	1%

Fonte: adaptado de Burke (2010) e ICM/FIGO(2012).

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

No intraparto, outras situações aumentam o risco de hemorragia, algumas associadas à implantação e dequitação da placenta, como descolamento prematuro da placenta, placenta acreta, percreta, increta – nesses casos o útero pode entrar em atonia por hipóxia devido a uma hemorragia maciça. Outras situações de hemorragia no parto são episiotomias, lacerações de canal e cérvix, trabalho de parto prolongado, corioamnionite, retirada manual da placenta, uso indiscriminado de ocitocina, anestesia geral, sulfato de magnésio, levando a anemias e situações clínicas maternas que desencadeiam desordem fisiológica generalizada, necessitando de reconhecimento para intervenção necessária (KARLSSON, PÉREZ SANZ, 2009; BAGGIERI *et al.*, 2011).

Quadro 2 - Fatores de risco da hemorragia pós-parto

	CAUSAS	FATORES DE RISCO
Atonia uterina (Tônus)	Sobredistensão uterina	Gestações múltiplas Feto macrosômico Polidrâmnio
	Corioamnionite	Rotura prolongada de membrana Febre
	Fadiga muscular	Parto prolongado ou rápido Elevada multiparidade Uso indiscriminado de ocitocina
Retenção de tecidos (Tecido)	Placenta	Acretismo placentário Cirurgia uterina prévia
	Coágulos	Dequitação incompleta da placenta
Lesão do canal do parto (Trauma)	Laceração do canal do parto – colo, vagina, períneo	Parto instrumental Período expulsivo precipitado Episiotomia
	Rotura uterina	Cirurgia uterina prévia Parto instrumental Distócia Hiperdinamia Versão cefálica externa
Continua...		

	CAUSAS	FATORES DE RISCO
Conclusão		
	Inversão uterina	Remoção manual Acretismo placentário Excessiva tração do cordão
Alterações de coagulação (Trombina)	Adquiridas	Pré-eclâmpsia Síndrome HELLP Coagulação intravascular Disseminada - CIVD Embolia do líquido Amniótico Sepsis Descolamento prematuro da placenta
	Condições preexistentes	Hemofilia A Doença de Von Willebrand Doença hepática História prévia de HPP História de trombose e terapêutica anticoagulante

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

Por outro lado, estudos alertam que cerca de dois terços das hemorragias ocorrem em mulheres sem fator de risco, de modo que a prevenção e a identificação da intervenção precoce e o tempo desses eventos desempenham um papel fundamental na produção de efeitos adversos (OYARZÚN; KUSANOVIC, 2011). Tendo em vista essas razões o manejo ativo do parto tem sido recomendado a todas as mulheres independentemente de apresentarem fatores de risco (WHO, 2009; ICM/FIGO, 2012).

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

- **tônus:** compressão uterina com massagem e uso de agente uterotônico;
- **tecidos:** remoção manual ou por meio de curetagem de restos placentários, membranas ou coágulos;
- **trauma:** identificar ruptura uterina, inversão uterina e reparação da laceração cervical, vaginal e períneo;
- **trombina:** reverter quadro com anticoagulantes e substituir fatores.

3.2.3 Fisiologia do terceiro estágio do parto

A separação da placenta é decorrente da contração e retração do miométrio, que torna mais fina a parede uterina e reduz o tamanho da área da placenta. À medida que diminui, a placenta começa a se soltar da parede uterina porque, ao contrário do útero, não é elástica e não pode se contrair e retrair. Na área de separação forma-se um coágulo, conhecido como coágulo retroplacentário, entre a decídua e a placenta, o que promove ainda mais a separação. As contrações uterinas subsequentes separam completamente a placenta da parede uterina, e esta desce para o segmento uterino inferior e depois para a vagina, de onde é expelida.

São quatro os sinais mais frequentes nos primeiros cinco minutos após o parto que indicam a separação da placenta: útero globular firme, sangue em jorro ou em fio (dependendo da inserção), alongamento do cordão e aumento do útero no abdômen (CUNNINGHAM *et al.*, 2001) (MAGANN *et al.*, 2005).

No local da placenta, fluem, a cada minuto 500 a 800 ml de sangue. Se não houver nenhum mecanismo depois da expulsão para controlar a hemorragia, será a essa velocidade que a mulher perderá sangue. Sangrará até à morte numa questão de minutos. Tendo em média cinco litros de sangue em circulação, uma mulher pode perder todo o seu sangue entre seis e dez minutos (BURKE, 2010).

A contração e a retração do músculo uterino, que provocam a separação da placenta, também comprimem fortemente os vasos sanguíneos, controlando dessa forma a hemorragia. Isso é possível devido à presença de fibras musculares oblíquas no segmento uterino superior. Mais tarde, formam-se coágulos de sangue em torno dos vasos sanguíneos no local da placenta que também vão parar a hemorragia. Uma bexiga cheia ou qualquer produto que fique no útero após a expulsão, como tecido placentário, membranas ou coágulos, interferem na capacidade do útero de se contrair e vão causar hemorragia excessiva (BURKE, 2010).

Devido à urgência e importância da HPP, os profissionais devem agir rapidamente antes que essa intercorrência se torne uma condição irreversível, podendo trazer prejuízos graves e até a morte (OMS, 2005).

Nessas condições é importante realizar uma estimativa de perda de sangue com a maior precisão possível e observar cuidadosamente os sinais e sintomas de hipovolemia e/ou choque, registrando-os corretamente e tomando as medidas de controle e tratamento adequadas.

3.2.4 Estimativa de perda sanguínea no diagnóstico da HPP

A realização de uma estimativa precisa da perda de sangue não é fácil e na maioria dos estudos aparece como um problema, uma vez que influencia na acurácia da quantidade de sangue perdida, na confirmação do diagnóstico de HPP e até na definição da intervenção correta a ser providenciada (AL KADRI *et al.*, 2011).

A verdadeira quantidade de sangue perdida pode ser ocultada devido à absorção em toalhas, absorventes ou lençóis, ao derramamento para o chão e à mistura com o líquido amniótico. Estudos indicam que na maioria dos casos a perda de sangue é subestimada. Perdas de sangue de até 300 ml são mais prováveis de ser bem estimadas, mas, quanto maiores forem as perdas, maior será o risco de subestimação. A subestimação das perdas de sangue pode constituir um erro, o que significa que a gravidade de uma HPP pode não ser reconhecida e conseqüentemente ser tratada de forma inadequada. A reposição de sangue e líquidos será insuficiente. Esses erros podem conduzir à morte ou morbidade materna (GLOVER, 2003).

A prática frequente de medição de líquidos pode ajudar as parteiras a se tornarem mais competentes na avaliação mais precisa da perda de sangue. Se uma estimativa de perda de sangue acima de 500 ml for duplicada, a estimativa será mais precisa (LEVY; MOORE, 1985).

Um dos estudos demonstrou que as parteiras e outros profissionais de saúde subestimam a perda de sangue em 30 a 50%, aumentando a imprecisão quanto maior for a perda de sangue (GLOVER, 2003). O mesmo estudo mostrou que as estimativas das parteiras que trabalhavam em unidades de parto melhoraram após a inclusão dessa habilidade nos currículos da formação. Dildy *et al.*, (2004) afirmam que a estimativa visual da perda de sangue é notoriamente imprecisa mesmo entre os profissionais de saúde mais qualificados.

3.2.5 Sinais e sintomas de alerta da HPP

Para fins clínicos, qualquer perda de sangue que leva à instabilidade hemodinâmica deve ser considerada HPP. A quantidade de perda de sangue e a condição prévia de saúde da mulher é que darão o parâmetro de avaliação se uma hemorragia é leve, moderada ou grave (JACOBS, 2013; ICM/FIGO, 2012).

O sangramento excessivo, ou hemorragia, resulta em perda de

líquido intravascular e conseqüente diminuição de oferta de oxigênio aos tecidos e órgãos. O organismo aciona mecanismos de compensação tais como taquicardia reflexa, a vasoconstrição periférica e o aumento da contratilidade do miocárdio, o que ajuda a manter a perfusão do tecido.

Dessa forma, a medida precisa da perda de sangue no parto é essencial para o controle e monitoramento da HPP. Portanto, os profissionais devem observar os sinais e os sintomas que a mulher venha a manifestar no momento do parto para definir prontamente as ações que devem ser adotadas.

No quadro 3 são apresentados os sinais e sintomas que devem ser avaliados durante o parto.

Quadro 3 - Sinais e sintomas resultantes da perda de sangue

Grau de hipovolemia/choque	Perda de sangue	Sinais
Leve	< 20%	Sudorese
		Extremidades frias
		Ansiedade
		Aumento do leito capilar
Moderado	20% a 40%	Os sinais acima mais
		Taquicardia
		Taquipneia
		Hipotensão postural
		Oligúria
Severo	>40%	Os sinais acima mais
		Hipotensão
		Agitação/confusão
		Instabilidade dinâmica

Fonte: LEDUC *et al.*, (2009).

3.3 HEMORRAGIA PÓS-PARTO: PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA NA PREVENÇÃO, NO CONTROLE E NO TRATAMENTO

A prática baseada em evidência (PBE) é definida como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidado individual do paciente. Compreende o processo que integra a competência clínica individual dos profissionais com os achados clínicos gerados pelas pesquisas

sistemáticas existentes (níveis de evidência) e nas necessidades, escolhas e circunstâncias do paciente (CRAIG; SMYTH; MULLALLY, 2004). A PBE promove a segurança do paciente, uma vez que utiliza informações válidas e relevantes para a prática dos profissionais da saúde.

As evidências da prática da enfermagem não devem estar focadas puramente nas intervenções e terapêuticas clínicas; devem estar relacionadas com as evidências provenientes de vários domínios além do clínico, para a tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem (CRAIG; SMYTH; MULLALLY, 2004).

As evidências clínicas, disponíveis sobre intervenções durante o trabalho de parto e o parto em si são derivadas de estudos realizados com rigor metodológico e científico e podem ser viabilizadas e adotadas em diferentes realidades e serviços. A Organização Mundial da Saúde, face altos índices de mortes maternas, editou vários documentos, manuais e *guidelines* com orientações classificadas como benéficas durante a atenção ao parto e para a prevenção e tratamento da HPP (OMS, 2005, 2012; WHO, 2007, 2009;). Os *guidelines* foram elaborados a partir de estudos com ensaios controlados e randomizados sobre intervenções capazes de reduzir não somente a mortalidade materna como também as complicações que a antecedem.

3.3.1 Evidências na prevenção da hemorragia no terceiro estágio do trabalho de parto

Em torno de 80% dos sangramentos ocorrem nas primeiras horas do pós-parto, o que mostra relação direta com o terceiro estágio do trabalho de parto (EL-REFAEY *et al.*, 2000; BRUCKER, 2001; ICM/FIGO, 2003; LALONDE *et al.*, 2006).

Por definição, o terceiro estágio do parto consiste no período que transcorre entre o nascimento do bebê e a expulsão da placenta (BURKE, 2010).

O terceiro estágio do parto é manejado de diferentes formas ao redor do mundo. O manejo ativo, considerado uma abordagem profilática, tornou-se prática rotineira em países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Nova Zelândia, além de países da Ásia e da África. A transição da prática de conduta expectante para um método ativo vem sendo adotada no Canadá e nos Estados Unidos, e para tanto nesses países tem-se buscado trabalhar com equipes multidisciplinares a fim de melhorar a segurança materna e os resultados maternos e neonatais

(BURKE, 2010; LEDUC *et al.*, 2009).

O manejo expectante, por sua vez, se refere a uma abordagem fisiológica do terceiro estágio e inclui: clampeamento do cordão após a parada da pulsação; contato precoce pele a pele; amamentação precoce para facilitar a liberação de ocitocina endógena; dequitação da placenta dentro de uma hora, facilitada pelo esforço do puxo materno; droga uterotônica, apenas se necessária, é utilizada depois da dequitação da placenta (BRUCKER, 2001).

O argumento favorável ao manejo expectante (ou fisiológico) é a menor possibilidade de iatrogenias em consequência das intervenções propostas pelo manejo ativo (BRUCKER, 2001).

No entanto, a intervenção recomendada por evidências em diferentes estudos para prevenção da HPP por atonia uterina seria o manejo ativo do terceiro estágio do parto (MATEP), recomendada tanto pela OMS como pela International Confederation of Midwives (ICM) e International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (ICM/FIGO, 2012). A intervenção é para redução dos casos e das complicações de HPP, bem como das mortes maternas, considerando-se assim que essa medida poderia impactar na 5^a meta dos ODMs, a partir da redução das mortes por hemorragia obstétrica.

As organizações citadas acima, elaboraram nos últimos anos, três documentos sobre essas evidências. A mais recente, de 2012, reforça a necessidade de divulgação dessa prática entre países, gestores, profissionais, com vistas a sua ampla utilização e ao impacto na redução da mortalidade materna por hemorragia.

Os três componentes do manejo ativo do terceiro estágio do parto são:

- a administração de ocitocina dentro de um minuto após o nascimento do bebê;
- a tração controlada do cordão;
- a massagem uterina após a dequitação da placenta.

A descrição de cada componente é apresentada a seguir.

Componente 1: Uso de uterotônico – droga de escolha sendo a ocitocina.

Após um minuto do nascimento do bebê, deve ser aplicada a ocitocina 10 UI por via intramuscular (IM), palpando antes o abdômen para descartar a presença de um bebê adicional.

A ocitocina deve ser a droga de escolha porque é eficaz dois a três minutos após a injeção, tem efeitos adversos mínimos e pode ser

usada em todas as mulheres. Se a ocitocina não estiver disponível, outros uterotônicos podem ser utilizados, tais como: ergometrina ou metilergometrina 0,2 mg IM; sintometrina (combinação de ocitocina 5 UI e ergometrina 0,5 mg por ampola) IM, ou 600 mcg de misoprostol por via oral.

No quadro 4 são descritos os fármacos uterotônicos mais usados com respectiva ação, vantagem e desvantagem.

Quadro 4 - Escolha de uterotônicos na HPP

Úterotô-nico	Ação	Vantagem	Desvantagem
Ocitocina	É um extrato hipofisário (lobo posterior) que pode ser preparado sinteticamente. Causa contração do músculo liso e assim tem uma ação poderosa no músculo uterino. Atua em 2 ½ minutos quando administrado por via intramuscular.	Tem ação rápida e não apresenta efeitos secundários na maioria dos casos. É mais estável em climas quentes.	Não tem ação contínua
Sintometrina	É uma preparação combinada de ergometrina e ocitocina e que é administrada por injeção intramuscular.	Tem os efeitos combinados da ação rápida da ocitocina e a ação sustentada da ergometrina.	Existe maior risco de haver hipertensão temporária e vômitos.
Ergometrina	A ergometrina é uma preparação de derivados do centeio. Deve ser administrada por via intramuscular e endovenosa. Leva de seis a sete minutos para ter efeito quando administrada por via intramuscular e 45 segundos quando administrada por via endovenosa. O seu efeito dura cerca de duas a quatro horas.	É o mais barato dos fármacos ocitócicos e tem uma ação sustentada. É contraindicada a mulheres com hipertensão arterial e/ou doença cardíaca. Quando armazenada à temperatura ambiente e exposta à luz, pode perder sua potência. A preparação oral não é eficaz no manejo ativo do terceiro estágio do parto.	Cefaleias, náuseas, vômitos e hipertensão.

Fonte: Adaptado de Burke (2010), ICM/FIGO (2012), LEDUC *et al.*, (2009) e OMS (2005).

Destaca-se que os uterotônicos exigem armazenamento adequado: a ergometrina ou o metilergometrina entre 2 e 8 °C e proteger da luz e do congelamento; o misoprostol, em *blister* de alumínio, à temperatura ambiente, em um recipiente fechado; a ocitocina, entre 15 a 30°C, além de proteger do congelamento. Aconselhamento sobre efeitos adversos e contraindicações dos mesmos medicamentos deve ser dado às parturientes. Os uterotônicos provocam a contração do útero, aceleram a expulsão da placenta e reduzem a perda de sangue (ICM/FIGO, 2012).

Componente 2: Tração controlada do cordão

A tração controlada do cordão umbilical, não intempestiva, enquanto se aguarda a separação da placenta, parece ser medida eficiente para evitar a inversão uterina e o sangramento consequente (LISTOW, 2007).

Consiste em colocar uma mão sobre o útero e a outra segurando firme o segmento inferior do cordão entre o dedo polegar e o dedo indicador realizando uma pressão constante e suave de forma ascendente e para trás. Uma contração é realizada para manter o corpo do útero acima da sínfise púbica e dirigindo-se à posição cefálica e para trás (manobra de Brandt-Andrews) (KHAN *et al.*, 2006).

Componente 3: Massagem uterina

Na sequência dos componentes do manejo ativo, a massagem do fundo do útero após a dequitação é o terceiro componente do MATEP, que deve ser realizada até a contração do útero e continuar a cada 15 minutos se necessário nas duas primeiras horas, certificando-se que o útero não relaxe (amoleça) após parar a massagem.

Entre os argumentos favoráveis ao manejo ativo está a redução do tempo do terceiro estágio do parto (diminuindo os riscos de hemorragia), das hemorragias severas (mais de 1000 ml), de transfusão sanguínea, de uterotônicos adicionais e de morbimortalidade materna (PRENDIVILLE; ELBOURNE; MCDONALD, 2009).

Posteriormente, a OMS (2012), avaliando a contribuição intrínseca de cada componente do MATEP, à luz de novas evidências disponíveis, reforçou a indicação do uso de **uterotônicos** para prevenção da HPP a todas as parturientes. Sendo a ocitocina a droga de escolha, outros uterotônicos injetáveis e misoprostol continuaram a ser recomendados como alternativas em locais onde a ocitocina não está disponível. A **tração controlada do cordão** (TCC) foi revisada por novos estudos, sendo agora considerada um componente opcional em locais onde profissionais qualificados estão disponíveis, e a **massagem**

uterina contínua não é mais recomendada em mulheres que receberam ocitocina profilática, pois pode causar desconforto materno, e não foram encontradas evidências que comprovassem seu efeito na redução da perda de sangue. No entanto, o monitoramento do tônus uterino, por meio de palpação abdominal, é recomendado em todas as mulheres, para a identificação precoce de atonia uterina pós-parto.

No quadro 5 são apresentadas as doze recomendações baseadas em evidências da OMS (2012) para prevenção da Hemorragia Pós-parto.

Quadro 5 - Recomendações baseadas em evidências na prevenção de HPP

1. Uterotônicos – o uso para a prevenção de HPP durante o terceiro estágio do trabalho é recomendado para todos os nascimentos (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
2. Ocitocina (10 UI, IV/IM) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
3. Em locais onde a ocitocina não estiver disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (se apropriado ergometrine/metilergometrina ou a combinação de drogas fixas de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol por via oral (600 mcg) é recomendado (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
4. Em locais onde as parteiras não estão presentes e a ocitocina não estiver disponível, a administração do misoprostol via oral (600 mcg) por parte dos trabalhadores de saúde da comunidade e leigos é recomendada para a prevenção de HPP (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
5. Em locais onde profissionais e parteiras qualificadas estão disponíveis, TCC será recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração do terceiro estágio do trabalho de parto como importante (fraca recomendação, alta qualidade de evidência).
6. Em locais onde parteiras não estão disponíveis, TCC não é recomendada (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
7. Clampeamento tardio do cordão (realizado um a três minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos ao iniciar os cuidados essenciais simultâneos (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
8. Pinçamento do cordão precoce (< um minuto após o nascimento) não é recomendado, a menos que ocorra asfíxia do recém-nascido, e ele precise ser movido imediatamente para reanimação (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
9. Massagem uterina contínua não é recomendada como uma intervenção para prevenir HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática (fraca recomendação, baixa qualidade de evidência).
10. Avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce de atonia uterina é recomendada para todas as mulheres (forte recomendação, muito baixa qualidade de evidência).
11. Ocitocina (IV ou IM) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção de HPP na cesariana (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
12. Tração controlada do cordão é o método recomendado para a remoção da placenta na cesariana (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).

Fonte: OMS (2012).

O Grupo de Desenvolvimento de Guideline (*Guideline Development Group-GDG*) da OMS (2012), com base em novas evidências, considera o uso de uterotônicos a principal intervenção no manejo ativo do parto. A utilização de misoprostol para a prevenção da HPP por profissionais de saúde da comunidade é indicado em ambientes onde parteiras não estão presentes. Nesse *guideline* também foram emitidas recomendações para reduzir a perda de sangue no parto por cesariana, sendo elas: ocitocina como o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção de HPP e tração do cordão é recomendado em detrimento da remoção manual da placenta na cesariana.

3.3.2 Evidências no controle e tratamento da HPP

A mulher no pós-parto imediato necessita de observação e vigilância contínua, para que se tomem as medidas necessárias para prevenir diversos agravos e suas complicações. Os profissionais de saúde, incluindo médicos e a enfermagem (enfermeiras, obstetrias, parteiras profissionais/*midwives*), precisam estar sensíveis às demandas das parturientes e qualificados para atendê-las no caso de uma HPP.

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

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

Remover o útero (histerectomia) deveria ser a última opção de tratamento. Deve-se, portanto, buscar o tratamento precoce da HPP, com o uso de drogas para aumentar as contrações uterinas (tais como ocitocina, ergometrina e prostaglandinas), ou o uso de técnicas cirúrgicas (como amarrar ou bloquear artéria uterina), intervenções radiológicas (como o bloqueio da artéria principal para o útero utilizando espumas de gel) e drogas hemostáticas (tais como ácido tranexâmico e fator VII recombinante) (BAGGIERI *et al.*, 2011; OMS 2012).

As principais e atuais recomendações para tratamento da HPP baseadas em evidência encontram-se no quadro 6.

Quadro 6- Recomendações com base em evidências no tratamento da HPP.

1. Ocitocina por via intravenosa por si só é o fármaco uterotônico recomendado para o tratamento de HPP (forte recomendação, moderada qualidade de evidência).
2. Se a ocitocina intravenosa não estiver disponível ou se o sangramento não responde à ocitocina, é recomendado o uso de ergometrina por via intravenosa, dose adicional de ocitocina-ergometrina, ou uma droga de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 mcg) (forte recomendação, baixa qualidade de evidência).
3. Recomenda-se o uso de cristaloides isotônicos em preferência ao uso de coloides para a reposição volêmica intravenosa inicial de mulheres com HPP (forte recomendação, baixa qualidade de evidência).
4. Recomenda-se o uso de ácido tranexâmico no tratamento da HPP se ocitocina e outros uterotônicos não conseguem controlar a hemorragia ou se o sangramento pode ser em parte devido a trauma (fraca recomendação, qualidade moderada de evidência).
5. Massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP (forte recomendação, muito baixa qualidade de evidência).
6. Se as mulheres não respondem ao tratamento com uterotônicos ou se uterotônicos estão indisponíveis, é recomendado o uso do balão intrauterino para o tratamento da HPP devido à atonia uterina (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
7. Se outras medidas falharem, o uso de embolização da artéria uterina será recomendado como um tratamento para a HPP devido à atonia uterina (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
8. Se o sangramento não parar apesar do tratamento com uterotônicos e outras intervenções conservadoras disponíveis (por exemplo: massagem uterina, tamponamento com balão), o uso de intervenções cirúrgicas será recomendado (forte recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
9. O uso de compressão uterina bimanual é recomendado como medida temporária até o apropriado atendimento estar disponível para o tratamento da HPP devido a atonia uterina após o parto vaginal (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
10. O uso da compressão externa aórtica para o tratamento de HPP devido a atonia uterina depois do parto vaginal é recomendado como uma medida temporária até cuidados mais adequados estarem disponíveis (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
11. O uso de aparatos antichoque não pneumáticos é recomendado como medida temporária até que os cuidados adequados estejam disponíveis (fraca recomendação, evidências de baixa qualidade).
12. Se a placenta não é expelida espontaneamente, é recomendado o uso de ocitocina IV/IM (5 UI ou 10 UI) em combinação com tração controlada do cordão (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
13. Não se recomenda o uso de ergometrina para o manejo de retenção da placenta, pois isso pode causar contrações uterinas tipo tetânicas que podem atrasar a expulsão da placenta (recomendação fraca, evidência de muito baixa qualidade).
14. Não se recomenda o uso de prostaglandina E2 alfa (dinoprostona ou sulprostone) para a gestão de retenção de placenta (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).
15. Uma única dose de antibióticos (ampicilina ou cefalosporina de primeira geração) é recomendada se a remoção manual da placenta é praticada (fraca recomendação, evidência de muito baixa qualidade).

Para a implementação e o uso efetivo das medidas de prevenção e tratamento da HPP, são necessárias medidas de organização dos serviços que foram sintetizadas pela OMS (2012), entre elas: 1) o uso de protocolos formais pelas unidades de saúde para a prevenção e tratamento da HPP; 2) o uso de protocolos formais para o encaminhamento das mulheres para um nível superior de atendimento em serviços de referência; 3) o uso de treinamento com simulações de tratamento da HPP para a formação em serviço tanto dos profissionais do pré-atendimento hospitalar como dos hospitais; 4) acompanhamento do uso de uterotônicos após o nascimento para a prevenção de HPP, como indicador de processo de avaliação programática (cálculo: número de parturientes que receberam ocitocina/total de parturientes atendidas no serviço x 100).

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

Todas essas recomendações serão efetivas se as enfermeiras colocarem na prática a observação que, no conceito preconizado por Florence Nigthingale, foi explorado como marco teórico da presente tese e que, junto às evidências sobre prevenção e controle da HPP, subsidia a sistematização de um instrumento para observação pela enfermeira, enfermeira obstétrica para a prevenção e o controle da HPP.

3.4 A ENFERMAGEM NO CUIDADO NO PARTO E NASCIMENTO

Na mediação do cuidado à saúde da mulher no período gestacional, a enfermeira tem papel fundamental para o desenvolvimento de uma prática voltada à qualidade da atenção ao cliente. O momento do parto, ao mesmo tempo que pode ser uma conquista da mulher, pode também representar uma grande ameaça. O parto e o nascimento podem ser considerados como parte da vida sexual e emocional da mulher, e os profissionais envolvidos nesse processo assumem a função de facilitadores, uma equipe que apoia a mulher por meio de intervenções que não interrompam o processo natural da parturição (ODENT, 2002). Dessa forma a enfermeira assume grande importância na prática da assistência à saúde da mulher, por atuar em serviços de saúde, na assistência ao pré-natal, no planejamento familiar, na educação em saúde, na assistência ao parto, representando um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas relacionados ao período gravídico-puerperal (MACEDO *et al.*, 2008). O cuidado

designado como especificidade da enfermeira é o que se refere ao conjunto da organização da assistência – e por isso parece tão impalpável. O cuidado às pessoas se constitui a própria essência da enfermagem e decorre das seguintes ações: produção de dados, informações e conhecimento – tripé que a caracteriza e dá sustentação como disciplina e profissão (SOUZA *et al.*, 2010). O cuidar se faz em realidades que envolvem a situação de vida e saúde das pessoas, junto às mulheres, especificamente no período da gravidez, no parto e no pós-parto. O cuidado de enfermagem é realizado desde o momento em que a mulher deseja engravidar até o pós-parto.

É oportuno recentrar a atenção para o destinatário desse cuidado. As mulheres que vão parir devem ser tratadas com dignidade, respeito e com poderes sobre os cuidados que estão recebendo. Dessa forma, então, ficarão mais confiantes em ter um resultado positivo de saúde se contarem com a participação da enfermeira/enfermeira obstetra/parteira profissional, por meio de seu conhecimento e apoio.

A história tem dado à profissão da enfermagem o privilégio do encargo social do cuidado e a coloca hoje em lugar de destaque de aporte ao bem-estar e à segurança humana, outorgando ao cuidado sua condição imprescindível que o define como insumo essencial para a saúde (MALVAREZ; RODRIGUES, 2011).

O cuidado de enfermagem usufrui socialmente de um espaço comum de confiança, proteção, esperança e da capacidade de solidariedade junto aos pacientes, às famílias e às comunidades, o que vincula a enfermagem à noção de segurança para a população atendida (MALVAREZ; RODRIGUES, 2011).

Essas condições sociais se expressam mediante mecanismos biológicos e individuais, que podem ser identificados como determinantes próximos da saúde materna. Entre eles, se encontram o estado de saúde prévio à gestação, sua conduta reprodutiva, o acesso aos serviços de saúde disponíveis, todos interferindo diretamente sobre a qualidade da gravidez e do parto, com reflexos para riscos e complicações, incidindo diretamente nos índices de morbimortalidade materna.

Diversas restrições econômicas, sociais, geográficas e da qualidade da atenção condicionam os diferentes aspectos da saúde materna e são fonte de variabilidade do risco de se tornar enferma ou mesmo de morrer durante a gravidez e o puerpério.

No entanto, o foco para as causas clínicas da morte materna já é de relevância nos estudos sobre a identificação das fases em que os atrasos podem ocorrer na gestão ou no manejo das complicações

obstétricas (BARNES-JOSIAH; MYNTTI; AUGUSTIN, 1998).

Quatro são os principais fatores de atrasos ou demora que vêm contribuindo para complicações como a HPP, entre outras, com a consequente elevação das mortes maternas. São eles: atraso no reconhecimento do problema (incapacidade de quantificar com precisão a quantidade de perda de sangue); demora em decidir buscar ajuda em serviços obstétricos de referência e qualificados; demora em conseguir um centro de referência para tratamento; atraso na prestação do tratamento de qualidade (MAINE *et al.*, 1999).

Assim, a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal tem no cuidado uma perspectiva de prevenção das situações de morbimortalidade materna, principalmente aquelas que colocam em risco a vida das mulheres. Nesses casos há de se contar com o conhecimento da equipe assistente e de uma estrutura para o atendimento.

A atenção qualificada exige profissionais capacitados que assistam à mulher no parto, mantenham sua destreza atualizada e ofereçam atenção que satisfaça as necessidades das mulheres a que assistem. Esta atenção também deve contar com equipamentos, medicamentos essenciais e sistema de referência e contrarreferência em funcionamento. Que façam parte de um programa de educação e de saúde que incentive a competência clínica e o desenvolvimento de habilidades pessoais e de comunicação eficazes (DOTTO, 2006).

A qualidade de um atendimento ou serviço conta com três aspectos importantes: aspecto técnico, que engloba as características científicas e tecnológicas do produto ou serviço; aspecto humano, que se concentra nas boas relações entre cliente e provedor; aspecto econômico, para minimizar custos (CHO, 2011). Assim sendo, a assistência sanitária deve estar fundamentada no conhecimento científico e baseada em evidência; os cuidados sanitários devem ocorrer de acordo com as expectativas dos pacientes; e deve-se assegurar a continuidade dos cuidados.

Florence Nightingale (1820-1910) preconizou a observação como guia da enfermagem. Por meio da observação demonstrou em suas estatísticas que se obtinha a redução da mortalidade dos pacientes com práticas de melhor higiene, dieta e cuidados sanitários gerais. Ela demonstrou que a enfermeira deve usar o raciocínio lógico criativo e inovador.

Apesar das recomendações de Florence Nightingale, marco da enfermagem moderna, numa pesquisa realizada no município de São Paulo sobre as competências de profissionais da saúde na assistência à

maternidade, foi identificado que 72% dos profissionais que atuam na atenção básica relataram que as dificuldades estavam relacionadas à operacionalização do atendimento de gestantes e puérperas por falta de conhecimento, capacitação ou treinamento. Referiram ainda a exigência institucional de produtividade no número de atendimentos, os recursos materiais escassos e inadequação das instalações físicas das unidades de saúde. Entre as questões respondidas por esses profissionais sobre atividades nunca ou quase nunca realizadas, estavam listadas: a avaliação pré-concepcional de mulheres e/ou casais da comunidade, a manutenção de intercâmbio com os serviços de atenção especializada para o risco obstétrico e/ou perinatal e a obtenção de garantia de vaga para o parto no hospital de referência (NARCHI, 2010).

Acerca dos obstáculos encontrados na assistência ao parto, os resultados da pesquisa apontaram que 50% estavam relacionados à sobrecarga de trabalho, maior número de médicos do que enfermeiros por plantão, falta de apoio ou de valorização, baixa remuneração, salário não diferenciado para a especialidade, pagamento por produtividade ou número de partos somente aos médicos obstetras, inadequação da estrutura física para a atenção humanizada, falta de material, de impressos e de protocolos assistenciais, proibições institucionais à atenção humanizada, falta de divulgação do trabalho, de atualização e de preparo pessoal ou da categoria (NARCHI, 2010).

Na análise da assistência à mulher os autores demonstram como o ambiente interfere no processo do parto e na segurança da mulher e do neonato (PROGIANTI; VARGENS, 2004). Portanto, cuidar das mulheres visando a prevenção e o controle da HPP, precisa também lhes proporcionar um ambiente propício para recuperação.

De modo complementar faz-se necessário informar as mulheres sobre o parto, vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, oferecendo condições para que o trabalho de parto seja respeitoso pois, ela tem o direito de decidir como protagonista. Para tanto exige habilidades, muitas delas intrínsecas a enfermeira: a fala, o olhar, a escuta, atitudes que fazem parte do ambiente relacional e do respeito a mulher na sala de parto. Deslandes e Minayo, (2002) afirmam que a interação da usuária do serviço de saúde com a enfermeira se traduz num complexo estado de ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, social e emocional.

3.5 INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP)

A história das tecnologias no cenário do cuidar em enfermagem, por muito tempo, era compreendida como a materialização de ideias criativas do próprio profissional que prestava o cuidado, usando de improvisação ou adaptações de materiais e modalidades de abordagem que suscitavam o novo e, com ele, o prazer de construir formas mais confortáveis de realização do trabalho, segundo os princípios de tempo, segurança e economia (PAIM *et al.*, 2009).

Assim, a realização dessa prática, dentro da complexidade das transformações do contexto social contemporâneo, deve estar atenta ao uso adequado e preciso da tecnologia no cuidado da assistência à saúde individual e coletiva das pessoas. Nesse sentido, é necessário que a enfermagem identifique a tecnologia como manifestação do conhecimento, que pode ser um processo, método, técnica, produto ou mesmo um artefato, desenvolvido pelo meio acadêmico, pelo estado ou proveniente do saber popular (ITS, 2004).

O uso da tecnologia pela enfermagem precisa garantir que seja apropriado para a comunidade, gerando mudanças de atitudes e práticas que proporcionem transformações na assistência à saúde da coletividade. Na atualidade, a enfermagem vem produzindo tecnologias, tanto em direção a atender às necessidades dos indivíduos como a facilitar o trabalho da equipe de enfermagem ou até mesmo reduzir custos para a instituição de trabalho (MENDES *et al.*, 2002).

Segundo a OMS, um *checklist* simplificado (ou lista de verificação simplificada) é uma tecnologia que pode melhorar de forma significativa a adesão de profissionais de saúde a práticas essenciais e cuidados básicos para a realização de partos (WHO, 2013).

De 2008 a 2010, a Harvard School of Public Health (HSPH) e a OMS desenvolveram o projeto WHO *Safe Childbirth Checklist* (*checklist* do Parto Seguro da OMS), que abrangia intervenções baseadas em evidências sobre as principais causas de mortalidade materna e fetal e neonatal. Os 29 itens do *checklist* são direcionados a essas causas, como intervenções para controle de hemorragia, infecção, parto obstruído e doença hipertensiva ou das complicações de parto prematuro, infecções e asfíxia ao nascer como causas neonatais (WHO, 2013).

Essa lista foi testada em dez países, principalmente na África e no sul da Ásia. No estudo realizado no sul da Índia pela Harvard School of

Public Health (HSPH) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), de 29 práticas sobre o parto avaliadas, 28 apresentaram melhora após a adoção do *checklist*. Nesse estudo observaram as práticas de profissionais de saúde durante 499 partos, da admissão até a alta, introduzindo a lista de verificação para estabelecer uma linha de base. Em seguida, compararam os resultados com 795 partos realizados após a implantação do *checklist*. Os resultados revelaram que o número de práticas essenciais desempenhadas pelos funcionários do hospital aumentou de uma média de 10 de 29 itens, para 25 de 29 itens após a implementação do *checklist*, um aumento de 150% na adesão geral às práticas essenciais ao parto.

Os pesquisadores concluíram que a lista de verificação contribui ativamente para que profissionais de saúde se lembrem de executar práticas comprovadas, tais como a lavagem das mãos, manejo de infecção, a avaliação do sangramento pós-parto, amamentação dentro de uma hora após o nascimento. Outro estudo em larga escala em mais de 100 hospitais no norte da Índia foi programado para determinar se esse modelo pode contribuir efetivamente para salvar a vida de mulheres e recém-nascidos.

Bosk *et al.*, (2009), em artigo na revista *The Lancet*, apresentam, a partir de uma experiência de utilização de *checklist* para controle de infecções em cateter profundo na unidade de terapia intensiva (UTI). As potencialidades, as limitações e os desafios no uso de *checklist* devem ser levados em consideração anteriormente à implantação de um *checklist* na prática. Primeiro, ressaltam que o *checklist* não pode ser entendido como uma solução para os problemas dos pacientes, pois pode desviar a atenção dos profissionais sobre como um cuidado seguro é realmente alcançado. Destacam que a implantação generalizada de listas de verificação/*checklist* sem uma apreciação de como ou por que elas existem e funcionam pode ser uma ameaça potencial à segurança dos pacientes e no atendimento de alta qualidade.

Referem os autores que o cuidado seguro é alcançado quando três procedimentos são realizados de forma coordenada:

- Resumir e simplificar o que fazer (como um *checklist* simplificado);
- Mensurar e fornecer *feedback* sobre os resultados e os cuidados prestados; e
- Melhorar a cultura de aceitação de *guidelines*, protocolos, *checklist*, por meio da construção de expectativas de padrões de desempenho em processos de trabalho.

Os *checklists* podem ajudar os trabalhadores a executar uma tarefa, reduzindo a ambiguidade sobre o que fazer. No entanto, determinar a melhor maneira de proceder em um ambiente de cuidados de saúde complexo não é fácil, nem simples. Determinar o conteúdo de *checklist* para um problema clínico pode ser ambicioso e desafiador, referem Bosk *et al.*, (2009). Por outro lado, os autores afirmam que existem processos para identificar e sintetizar evidências para comporem uma lista de verificação. Um procedimento importante é identificar intervenções com potencial para melhorar os resultados clínicos, ou seja, procedimentos com fortes evidências em estudos de boa qualidade científica e que tenham as menores barreiras para implantação.

Mesmo com base em provas rigorosas, muitas vezes os *checklists* não são implantados e usados adequadamente, principalmente na prática médica, em parte porque a maneira com que os médicos são socializados cria resistências a interferências com a utilização de *checklist*. Em outros casos porque sentem que um *checklist* subestima sua expertise, os infantiliza, ou acreditam ser um impedimento desnecessário à rápida tomada de decisão a respeito de medidas necessárias para o cuidado eficaz. Entender e interromper essa cultura profundamente arraigada é um desafio muito maior do que a identificação dos componentes de uma lista de verificação, afirmam Bosk *et al.*, (2009).

Sem atenção ao trabalho de adaptação aos *checklists* por parte dos trabalhadores, estes provavelmente sofreriam o mesmo destino que as orientações de *guidelines*, que muitas vezes não são utilizadas, mesmo quando foram utilizadas evidências robustas. A evidência é um passo necessário, mas não suficiente para traduzir evidências em prática. A implantação de *checklist*, portanto, precisa ser combinada com a compreensão e uma estratégia para mitigar barreiras técnicas, culturais, sociais/políticas e psicológicas (até mesmo emocionais) para o uso das evidências contidas nos *checklists* ou *guidelines*, além de uma estratégia que forneça um *feedback* e valorize os trabalhadores que tiveram melhores performances.

Para alcançar resultados de saúde em contextos mais amplos seria importante: recrutar defensores/*advocacy* dentro da organização, manter a equipe focada em objetivos, criar uma aliança com a administração central para assegurar recursos, mudar as relações de poder, criar incentivos sociais e de reconhecimento para obter cooperação, abrir canais de comunicação com as unidades que enfrentam os mesmos desafios e fazer uso de auditoria e *feedback*. Portanto, deve-se ter em mente que o *checklist* pode ser apenas mais um componente para atingir os objetivos de segurança e melhores resultados para o paciente, mas

isoladamente poderá não obter os resultados esperados (BOSK *et al.*, 2009).

Como referido anteriormente, o Programa Checklist Parto Seguro, da WHO (2013), tem como objetivos apoiar os profissionais de saúde que atuam diretamente com parturientes e determinar a eficácia do *checklist* como ferramenta promissora na contribuição para alcançar os ODM 4 e 5. O *checklist* é considerado pela OMS uma plataforma/tecnologia para a aprendizagem.

A OMS vem buscando, com vista à efetividade dessa estratégia, cobrir as lacunas de conhecimento importantes em relação ao *checklist*, tais como: aceitação, viabilidade e possibilidades de utilização; uso do *checklist* para adesão às melhores práticas; mecanismos e recursos que facilitam ou dificultam a utilização de *checklist* (tais como: problemas de custo, recursos humanos, treinamento, tempo, impacto organizacional relacionado aos procedimentos).

A sistematização de um instrumento para observação da enfermagem para a prevenção e o controle da HPP visa contribuir para redução das mortes maternas associadas a HPP.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A OBSERVAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE FLORENCE NIGHTINGALE

O referencial teórico numa pesquisa é o guia do pesquisador, ele dá o sentido e norte para o cumprimento do propósito do estudo. O referencial teórico dá sustentação à formulação do problema de pesquisa assim como fundamentação teórica à medida que vai se compilando e analisando os dados. Um referencial teórico numa pesquisa nos compele ao dever de sermos mais naquilo que já somos e fazemos, naquilo que vemos e ouvimos, tocamos e sentimos, falamos, cremos e esperamos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, optou-se por utilizar a concepção teórico-conceitual de Florence Nightingale (1859), visto que a autora apresenta o conceito de observação enfocando o cuidado de enfermagem de fazer bem a partir do que vemos e ouvimos, tocamos e sentimos, falamos, cremos e esperamos.

A escolha foi por uma abordagem teórica que sustentasse uma assistência de enfermagem pertinente à prevenção e ao controle da hemorragia pós-parto. Embora Florence Nightingale não tenha desenvolvido suas atividades junto às parturientes, optamos por sua concepção de observação, e outros estudos de enfermeiros, como estrutura de apoio à sistematização de um instrumento de observação como tecnologia para a enfermagem na prevenção e controle da hemorragia pós-parto.

Quem foi Florence?

Florence Nightingale nasceu em 12 de maio de 1820, em Florença, na Itália. Ela nasceu enquanto os seus pais, William Edward Nightingale e Francis, estavam viajando pela Europa em um *tour*. Tinha uma irmã um ano mais velha, que se chamava Panthenope.

A educação inicial de Florence Nightingale foi dada por professoras particulares. Mais tarde, a tarefa foi realizada pelo pai que, apresentando habilidade para a matemática transmitiu à sua filha.

A sua formação estava acima do comum entre as moças do seu tempo. Tinha conhecimento em história, filosofia, artes, religião; falava latim e grego (LEOPARDI, 1999).

Uma mulher de duas mentes, os seus diários eram cheios de entusiasmo, e foram meticulosamente registradas observações cuidadosas de tudo o que lhe despertava interesse (BROWN, 1988).

Entre os detalhes vistos como recepções, danças e pinturas, o que mais chamava a sua atenção era a situação de vida dos pobres. A diversão e a frivolidade não tinham prioridade em suas observações e anotações; fixou a sua atenção para a miséria das pessoas que viviam em áreas atingidas pela guerra. Aos 17 anos, Florence Nightingale registrou em seu diário que estava sendo chamada ao serviço de Deus e acreditava que, estando servindo aos homens, estaria servindo a Deus. O tipo de vida das mulheres da sua época, voltado para a luxúria, fazia com que Florence Nightingale pensasse cada vez mais sobre o chamado de Deus, mas a sua família insistia em negar a sua vocação. Florence Nightingale não se identificava com aquele estilo de vida. Embora tivesse que acompanhar a sua família nas viagens e festas, ficava sempre atenta às diferenças sociais as quais se apresentavam perante os seus olhos (BROWN, 1988).

Foi a inteligência, a devoção, a personalidade forte e decidida que fizeram Florence Nightingale resistir aos imensos obstáculos que a afastavam de sua vocação e fazer surgir um trabalho dignificante na vida dos doentes do século XIX (DUNBAR; DOLAN, 1969). Em 1844, com 24 anos, Florence Nightingale decidiu ir trabalhar com doentes. Procurou por um hospital para aprender enfermagem e, secretamente, passou a estudar os relatórios hospitalares e a escrever o que era necessário para as melhorias, e encaminhou relatórios aos hospitais da Alemanha e França.

Em 1846, com 26 anos, recebeu informações sobre uma Instituição de Diaconisas em Kaiserswerth, na Alemanha, e lá havia mulheres respeitadas e religiosas enfermeiras de doentes.

Aos 27 anos, apresentou um problema de saúde que a fez viajar a Roma para tratamento, afastando-se mais uma vez do seu objetivo: trabalhar com doentes.

Após o seu retorno, seguiu em viagem com amigos à Índia, foi quando Florence Nightingale se encorajou e, persistindo na intuição de sua vocação, retornou para a cidade de Kaiserswerth na Alemanha. Lá, Theodor Fliedner, pastor luterano alemão, fundador da escola das diaconisas luteranas, procurava por mulheres cristãs que atuassem como enfermeira para cuidar de doentes. Então Florence Nightingale foi indicada, por ser hábil para observar, respeitável mulher religiosa e enfermeira para cuidar de doentes. Em Kaiserswerth, a vida era dura: acordavam às 5 horas da manhã, o tempo para as refeições era de dez

minutos, e havia muito trabalho, mas os dias também eram preenchidos de momentos de oração, com oferendas de suas vidas a Deus, e Florence Nightingale encontrava-se feliz por estar fazendo o que sempre quis em sua vida (BROWN, 1988).

Escreve à sua família:

“Give me time, give me faith”, she asked . “Trust me, help me Give me your blessing”¹.

O seu pai é acometido com uma doença nos olhos, e Florence Nightingale retorna à sua casa para cuidá-lo. A partir daí, ele se alia na luta da filha.

Mais uma vez contra a vontade da mãe e irmã, Florence Nightingale vai para Paris treinar enfermagem no *Catholic Sisters of Charity*.

Todas as suas energias reprimidas passaram a entrar em ação; visitou hospitais, asilos, instituições na Inglaterra, Alemanha, França, Áustria e Itália. Assistiu a cirurgias, caminhou nas enfermarias com os médicos, e observou-os examinando os pacientes com vários tipos de doença (BROWN, 1988).

O conhecimento que Florence Nightingale adquiriu, estudando escondida todos esses anos, serviu para que ela fosse perita no campo da investigação e na tomada de decisão.

Em 1853, ela assumiu o posto de Superintendente do Instituto de Mulheres Gentes para o cuidado do doente, em Londres.

Em 1854, atuou como voluntária na epidemia de cólera em Londres. No mesmo ano, ocorreu a Guerra da Criméia, na qual os soldados ingleses morriam em consequência do abandono em que ficavam (NIGHTINGALE, 1858).

Florence Nightingale estava com 34 anos, era mulher madura, treinada, com alta reputação e com amigos influentes na política inglesa; preparada para o desafio, é encaminhada com mais 38 voluntárias, entre elas religiosas e leigas para trabalhar como enfermeira na Guerra. Chegou ao hospital de Scutari, na Turquia, em 1845, e, encontrando total desorganização no hospital, tomou ciência da situação, trabalhando na higienização, limpeza e no conforto dos soldados. Conseguiu baixar os índices de mortalidade com o trabalho de muita organização, vontade e capacidade. Tudo isso foi resultado de sua observação e crítica sobre o que era feito nos serviços hospitalares (NIGHTINGALE, 1858).

¹ “Dê-me um tempo, dê-me fé”, ela argumentou. Acreditem em mim, ajudem-me..... Deem-me vossa bênção.

Florence Nightingale ficou conhecida como “A dama do lampião”. Ao término da guerra, retornou a Londres, já com a saúde bastante precária, e lá recebeu algumas homenagens, entre elas o valor de 40 mil libras, o qual empregou na criação da primeira escola de enfermagem moderna, em 1860, anexa ao Hospital St. Thomas em Londres.

Entre as suas obras, duas mereceram destaque: *Notas sobre Hospitais e Notas sobre a Enfermagem* (NIGHTINGALE, 1858).

Florence Nightingale faleceu no dia 13 de agosto de 1910, em Londres, aos 90 anos.

Qual o seu contexto?

Florence Nightingale viveu no século XIX, na sociedade inglesa, denominada era vitoriana. Foi uma época em que a sensibilidade estava manifestada na literatura, pintura, arquitetura; enfim, uma época evocada muito fortemente pela moral, os bons costumes e a religião.

O lugar da mulher era a casa, suas atividades estavam voltadas ao bordado, pintura, poesia, todas atividades desenvolvidas dentro de casa (BROWN, 1988).

A função principal da mulher estava voltada para o matrimônio e a reprodução; sua aparência e postura deveriam ser de recato, educação e sem manifestação perante o grupo social.

Com o advento da Revolução Industrial, a sociedade inglesa ficou dividida em aristocracia, a classe burguesa e o proletariado composto pelos trabalhadores das fábricas. O domínio econômico e político ficaram nas mãos dos burgueses, gerando uma categoria social explorada com precárias condições de trabalho e vida, apresentando problemas de miséria e saúde.

Na saúde, emergiram epidemias como a cólera, as condições sanitárias eram precárias, rede de esgoto a céu aberto, os hospitais eram lugares para se ter medo, escuros, sujos, mal administrados, não havia a mínima noção de higiene, pacientes compartilhavam a mesma cama. Não era raro ver um paciente com a perna quebrada compartilhar cama com paciente que estava morrendo de tuberculose. O conceito de higiene era mal interpretado, os pisos de madeira de alguns hospitais nunca foram limpos, nas paredes corriam umidade e cheiravam a fungo.

Os médicos não lavavam as mãos antes do procedimento cirúrgico e, com as mesmas roupas que usavam na rua, entravam para a sala de cirurgia.

A enfermeira, nesta época, era desqualificada; geralmente, eram mulheres desocupadas, ligadas ao vício da bebida, sendo algumas,

prostitutas.

O ambiente dos hospitais apresentava um aspecto de albergue onde amigos e parentes dos pacientes contrabandeavam gim (BROWN, 1988).

A observação em Florence Nightingale

Florence Nightingale afirma que só com a observação e a experiência se pode aprender a observar; sempre se parte de falar a verdade, ou seja, a enfermeira deve descrever o que ela observa e não o que está em sua imaginação. O ato de observar, dizia ela, requer a combinação de memória para falar toda a verdade, nada além da verdade (DUNBAR; DOLAN, 1969).

A lição mais importante, na prática, que pode ser dada aos enfermeiros, é ensiná-los o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam uma melhora, e quais os que indicam o inverso, os que são importantes, os que são a evidência de negligência e de que tipo de negligência.

Ao falar sobre o que é ser uma boa enfermeira, ela dizia que é uma mulher de sentimentos e uma observadora sagaz. O trabalho da enfermeira exige mais do que inspiração ou necessidade de trabalhar para ganhar a vida; requer aprendizagem por experiência e cuidadosa indagação (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Para Florence Nightingale, na prática da observação, é necessário:

- treinamento para saber observar; a enfermeira tinha que aprender o hábito da observação. Dizia Florence Nightingale: “o enfermeiro sem o hábito da observação se torna inútil”;
- rigoroso critério de descrição do que está sendo observado;
- a logicidade no raciocínio prático;
- a ética, a solidariedade, o respeito, o acolhimento;
- reconhecimento do local no qual o doente vive e como adoece;
- precisão, rapidez, segurança;
- reconhecimento dos sinais da doença manifesta, relacionando sempre ao ambiente em que está inserido; e
- a observação da enfermeira requer, também, registrar o que vê.

A observação, enquanto conceito e prática, contribui no resultado da assistência prestada. Por isto mesmo, Florence Nightingale afirmava que parecia um estranho princípio anunciar como requisito básico em um hospital que não se deva causar dano aos enfermos (DUNBAR; DOLAN, 1969). Não causar dano, hoje interpretado por segurança do

paciente, constitui-se em imperativo ético da enfermagem enquanto disciplina.

Os ensinamentos de Florence Nightingale

Para Florence Nightingale, seus ensinamentos não foram centrados sobre a natureza da doença, nem mesmo em Kaiserswerth, mas seu aprendizado se dera por meio da experiência, observação e reflexão. Na organização do ensino da enfermagem ela procurou reproduzir as condições que, no seu entender, tinham proporcionado a sua aprendizagem dos fatos relacionados com a doença (ATTEWELL, 1998).

Com a vivência da prática no cuidado ao doente, Florence Nightingale visualizava que no trabalho das enfermeiras tinham que desenvolver suas habilidades para observação dos pacientes e do seu entorno, a qual considerava uma atividade em contínua renovação. Toda enfermeira deveria usar cotidianamente o senso da observação, a perseverança e a inteligência. A partir de suas experiências e observações, Florence Nightingale recorreu ao raciocínio indutivo para propor normas de saúde. Observou que o entorno do ambiente de guerra em Scutari, a falta de iluminação e água potável, a eliminação inadequada dos dejetos, a sujeira nos corpos e utensílios dos soldados favoreciam o aparecimento de infecções e outras afecções. Foi a partir de sua observação que pôde aplicar controles no entorno e a partir dessa prática construiu a formação de enfermagem e a atenção aos pacientes.

É importante ressaltar que Florence Nightingale abordou o conceito de observação de forma ampla, valorizando sempre o entorno do paciente. Aplicou-a como guia para avaliar as intervenções de enfermagem. Afirma-se que a teoria de Florence Nightingale, baseada nas suas observações, foi mais explicativa que preditiva, no entanto, ela não deixa claro se pretendia, em algum momento, desenvolver uma teoria de enfermagem. Mas definiu a enfermagem como a ciência e a arte de cuidar, para garantir condições de recuperação dos doentes (PFETTSCHER *et al.*, 1999).

Florence Nightingale afirmava que só com a observação e a experiência se pode aprender a enfermagem; a enfermeira deve descrever o que ela observa e não o que está em sua imaginação. O ato de observar, dizia ela, requer a combinação de memória para falar toda a verdade, nada além da verdade (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Preconizou que a lição prática mais importante que pode ser dada à enfermeira é ensinar-lhe o que observar, como observar os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário,

quais são os de importância, quais os indicativos de negligência e que tipo de negligência. Afirmou ainda, que, uma boa enfermeira deveria ser uma observadora segura, direta e rápida (DUNBAR; DOLAN, 1969).

O seu livro *Notes on Nursing: what is and what is not*, de 1859, reflete as condições que, no seu entender, tinham proporcionado a sua aprendizagem dos fatos relacionados com a doença. Um dos capítulos do livro trata da observação e em 17 itens ela descreve os detalhes necessários para o desenvolvimento da observação na prática da enfermagem (NIGHTINGALE, 1859).

Inicia com a abordagem junto ao doente, como fazê-la e o que apreender dessa abordagem. A ênfase estava na elaboração das perguntas. A enfermeira deveria fazer sempre perguntas adequadas para elucidar todo o caso, e que apresentasse as condições reais em que o paciente se encontrava. O que a enfermeira deveria obter eram fatos, e para isto, deveria saber observar. Essa observação deveria ser precisa, completa e constante, evitando erros de inadvertência quando acontecesse algo inesperado.

Duas são as causas mais comuns de negligência no cuidado: a falta de atenção total (é ouvida somente uma parte da solicitação) e a falta de observação. Nesse aspecto, Florence Nightingale adverte as enfermeiras para que tenham o cuidado de colocar as coisas sempre nos mesmos lugares. Ainda no capítulo sobre a observação, Florence Nightingale descreve os diferentes temperamentos dos pacientes, citando especificamente o do tipo irritado e o do tipo acumulativo. O primeiro é aquele que, submetido a um choque ou a uma situação de ansiedade, irrita-se logo e depois dorme muito confortavelmente; o de temperamento acumulativo, submetido a um choque, aparenta uma calma perfeita, até apática, e algum tempo após vai definhando vagorosamente. Para Florence Nightingale a superstição é fruto da má observação, especificamente ao doente ela relata cuidados quanto aos alimentos, o que ele aceita ou rejeita, quanto ingeriu, como foi a digestão, como está o apetite; um depende do outro, diz ela, e isso somente é perceptível a partir de uma concreta observação. Para evitar a morte do paciente por inanição deve a enfermeira observar os quesitos referentes ao preparo da comida, à escolha da dieta, à escolha dos horários da dieta e à falta de apetite.

Florence Nightingale chama atenção para observação sobre a aparência do doente. Segundo ela, a doença aparece estampada no físico do paciente, ao qual denominava: fisionomia da doença. A enfermeira experiente faz a distinção pelo aspecto físico do paciente, se ele está bem ou mal (DUNBAR; DOLAN, 1969). A enfermeira deve ser capaz

de observar na expressão verbal e não verbal dos pacientes, os sofrimentos, os sentimentos que a doença está causando. Muitos preferem sofrer sozinhos, outros já necessitam de piedade e mais presença.

Florence Nightingale também relata os acidentes ocorridos pela falta de observação da enfermeira, e mais uma vez, chama a atenção a prática da observação, de estar atenta ao entorno do doente. Além disso, ao se deparar com a morte do paciente, precisa registrar o que foi observado em relação aos sintomas que precederam a morte. Sobre o assunto, Florence Nightingale ainda referia:

nunca ouvi alguém dizer, embora fosse a coisa mais lógica a se fazer nestas situações: deve ter havido algum sinal que eu deveria ter visto, se tivesse observado melhor, deixe-me tentar lembrar o que era para que eu possa observá-lo da próxima vez. Não, não é isto que as pessoas dizem. Afirmam audaciosamente que não havia nada para ser observado, ao invés de admitir que foi falha na observação. (DUNBAR; DOLAN, 1969, p. 119-120).

Ainda sobre a observação, Florence Nightingale registra duas questões centrais: primeiro, a observação não serve para coletar informações variadas ou fatos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto. Segundo, a finalidade prática da observação não é um fim em si mesmo, como se o seu interesse fosse a investigação e não a cura. A observação, enquanto conceito e prática, contribui no resultado da assistência prestada. (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Para ela, na prática da observação, são necessários: rigoroso critério de descrição do que está sendo observado, logicidade no raciocínio prático, ética, solidariedade, acolhimento, reconhecimento dos sinais da doença manifesta, relacionando-se sempre com o entorno, o ambiente em que o doente está inserido, e o registro de tudo o que é observado (DUNBAR; DOLAN, 1969).

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

5.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Para analisar as medidas de prevenção e controle da HPP, como problema de saúde que afeta um grande número de mulheres no pós-parto, e as contribuições da enfermagem na realização da observação e do cuidado dessas mulheres, o presente estudo foi fundamentado no método epidemiológico com desenho do tipo descritivo-retrospectivo, com os óbitos maternos ocorridos no período de 1997 a 2013; na revisão integrativa sobre as práticas da enfermagem com base em evidência, na prevenção e no controle da HPP, e num estudo teórico sobre o conceito de observação de Florence Nightingale. O estudo teve a finalidade de ampliar o corpo de conhecimentos da enfermagem sobre a prevenção e o controle da HPP, tendo como produto um instrumento para observação da enfermeira visando contribuir para a redução de mortes maternas por HPP.

Visando o alcance dos objetivos definidos para este estudo, são apresentadas as três etapas, que são: desenho do estudo epidemiológico; desenho da revisão integrativa sobre as práticas da enfermagem na HPP; desenho do estudo teórico sobre o conceito de observação preconizado por Florence Nightingale e aproximá-lo a enfermagem para a prevenção e para o controle da HPP; e sistematização do instrumento de observação em enfermagem para a prevenção e o controle da HPP.

5.2 ETAPA 1 – DESENHO DO ESTUDO – MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013

Trata-se de um estudo fundamentado na epidemiologia e com desenho do tipo descritivo-retrospectivo, de base populacional, numa série temporal de 1997 a 2013, sobre HPP, no Estado de Santa Catarina.

5.3 ETAPA 2 – DESENHO DO ESTUDO – AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HPP: REVISÃO INTEGRATIVA

O estudo de revisão integrativa foi realizado buscando responder à seguinte pergunta de pesquisa: quais as evidências e as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da hemorragia pós-parto?

A revisão integrativa combina a literatura empírica ou teórica para uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado. Assim, o autor trabalha com profundidade as questões relacionadas com o problema de forma lógica e coerente, une conceitos e proposições, descreve e analisa a eficiência de um trabalho (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; GANON, 1987).

Foram realizadas as seis fases distintas, que incluem: identificação do tema ou pergunta; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; BROOME, 2000).

1ª fase: Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa

A primeira fase consiste na elaboração da pergunta de pesquisa do tema delimitado para a construção da revisão integrativa e, posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos.

A pergunta de pesquisa deve ser explícita e clara para auxiliar na identificação das palavras-chave, na delimitação da busca das informações, bem como na escolha dos estudos e das informações a serem extraídas (BROOME, 2000).

Alguns autores consideram a primeira fase como norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; BEYEA, NICOLL, 1998; GANONG, 1987). A pergunta de pesquisa neste estudo é: quais as evidências e as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP?

2ª fase: Amostragem ou busca na literatura

Uma vez definido o tema ou problema, iniciou-se a busca na literatura, sobre as referências médicas, de enfermagem e também aquelas relacionadas às áreas da saúde em geral. O elemento-chave para a realização adequada de uma revisão integrativa é a busca exaustiva da

literatura. O processo de busca inclui artigos publicados em periódicos, pesquisas em bases de dados, consulta à lista de referências bibliográficas, teses, dissertações e livros-textos.

As bases de dados fornecem acesso a citações e, frequentemente, a resumos dos estudos publicados na literatura da saúde, e os periódicos são fóruns de divulgação de avanços e novas ideias, provendo aos leitores um mecanismo para contínua atualização em pesquisa sobre diversos assuntos.

A fase de busca na literatura em uma revisão integrativa deve ser claramente documentada, incluindo as palavras-chave utilizadas, as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; BROOME, 2000).

A seleção dos estudos a serem incluídos na revisão integrativa é uma tarefa importante, pois é um indicador crítico para avaliar o poder de generalização e confiabilidade das conclusões. A omissão do procedimento pode ser a principal ameaça para a validade da revisão (SILVEIRA, 2005).

Os artigos não disponíveis na íntegra na base de dados podem ser localizados por meio de acervos das bibliotecas de universidades, portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ainda pelo Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT), oferecido nas principais instituições de ensino superior.

3ª fase: Categorização dos estudos

Essa fase envolve a elaboração ou utilização de um instrumento de coleta de dados já validado, que tem como objetivo extrair as informações chaves de cada artigo selecionado (BEYEA; NICOLL, 1998).

O instrumento adotado deve contemplar alguns itens básicos: identificação do estudo, introdução e objetivos (dados do estudo e avaliação crítica), características metodológicas (análise do delineamento de pesquisa, amostra, técnica para coleta de dados e análise dos dados), resultados (descrição e análise crítica dos resultados, fatores relacionados encontrados, incluindo-se os aspectos específicos do tema estudado, como os possíveis fatores relacionados ao diagnóstico em questão), conclusões (descrição e análise crítica e nível de evidência em que o estudo se encontra, identificando-se, no exemplo apresentado, a força de evidência na associação dos fatores identificados em relação ao diagnóstico estudado). Na literatura nacional apontam-se dois exemplos de instrumentos para a extração de dados dos artigos incluídos

na revisão (POMPEO, 2007; URSI, 2005).

Para facilitar o acesso e a recuperação das informações, os artigos podem ser organizados e categorizados em *softwares* bibliográficos ou fichários (BROOME, 2000).

Broome (2000) ressalta que a organização dos artigos em ordem cronológica possibilita o conhecimento da evolução histórica do fenômeno ou problema estudado.

4ª fase: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

A fase de análise da qualidade das pesquisas primárias incluídas em uma revisão integrativa é uma atividade complexa, que exige tempo e conhecimento do pesquisador. Nessa fase, os artigos selecionados são analisados criticamente em relação aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A avaliação da qualidade dos estudos é crucial para a integridade científica da revisão integrativa. Alguns questionamentos devem ser considerados para nortear a análise crítica das pesquisas, tais como: qual é a questão de pesquisa? por que esta questão? para quem a questão é importante? como eram as questões de pesquisas já realizadas? a metodologia do estudo está adequada? os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos? o que a questão de pesquisa responde? a resposta está correta? quais pesquisas futuras serão necessárias? (BEYEA; NICOLL, 1998).

Após a leitura exaustiva dos artigos selecionados e a extração dos principais dados com a utilização do instrumento adotado, podem-se construir quadros com informações detalhadas de cada artigo, permitindo a sua análise posterior. A elaboração desses quadros proporciona uma síntese de cada artigo para o revisor realizar um exame dos resultados e conclusões evidenciados em cada artigo.

5ª fase: Interpretação dos resultados

Essa fase é análoga à discussão de resultados em estudos primários. Consiste na comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão integrativa com o conhecimento teórico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Portanto, nessa fase o pesquisador poderá fazer sugestões para a prática de enfermagem, discutir condições de impacto político ou prático, contestar resultados em relação às teorias e fazer recomendações para futuros revisores (GANONG, 1987).

Os artigos devem ser classificados de acordo com o nível de

evidência. Nesta tese foi adotada a avaliação de proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

A enfermagem ainda não dispõe de pesquisas em quantidade suficiente que retratem evidências fortes, ou seja, ensaio clínico randomizado controlado, considerado o padrão ouro na PBE (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). No entanto, a ausência de evidências fortes não impossibilita a tomada de decisões baseada em evidências; o que é requerido é a melhor evidência disponível, e não a melhor evidência possível (CRUZ; PIMENTA, 2005).

6ª fase: Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa

A revisão integrativa deve conter detalhes explícitos das pesquisas primárias a fim de fornecer ao leitor condições de averiguar a adequação dos procedimentos realizados, bem como declarar possíveis limitações metodológicas na elaboração da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A elaboração da revisão integrativa levou a identificação de evidências tanto para conceituar os fatores relacionados como para identificar outros fatores do diagnóstico e controle da HPP.

A partir da identificação e definição dos fatores relacionados e características definidoras, pode-se construir um instrumento para submeter à apreciação de especialistas e, assim, dar continuidade ao processo de validação do conteúdo (FEHRING, 1987).

Dessa forma, os resultados encontrados por meio da elaboração da revisão integrativa contribuirão para o aprofundamento do tema estudado, proporcionando ao enfermeiro conhecimento científico para seguir os passos subsequentes no processo de validação das evidências e do *checklist* para observação em enfermagem na HPP.

5.4 ETAPA 3 – ELABORAÇÃO DE ARTIGO SOBRE OBSERVAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HPP

Desenvolveu-se um artigo de natureza teórica sobre observação em enfermagem, com base no conceito de observação de Florence Nightingale e sua aplicação na assistência à mulher durante o parto, bem como, a sistematização de um instrumento para observação de enfermagem na prevenção e no controle da HPP.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Com base no capítulo VII da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). Porém, para a realização deste estudo, não foram envolvidos seres humanos, vista que o estudo foi realizado com dados secundários, publicados pelo Ministério da Saúde (SIM/DATASUS/MS) e, também, em pesquisa bibliográfica.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados em três manuscritos, em observância à instrução normativa 10/PEN/UFSC de 15 de junho de 2011, sendo estes: 1) Mortalidade materna por hemorragia em Santa Catarina, Brasil, no período de 1997 a 2013; 2) As práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP: revisão integrativa; e 3) A observação como tecnologia de enfermagem para a prevenção e o controle da HPP a partir dos escritos de Florence Nightingale.

O primeiro manuscrito é intitulado:

“Mortalidade materna por hemorragia em Santa Catarina, Brasil, no período de 1997 a 2013”.

O segundo manuscrito é intitulado:

“As práticas da enfermagem na prevenção e no controle da hemorragia pós-parto: revisão integrativa”.

O terceiro manuscrito tem por título:

“A observação como tecnologia de enfermagem para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto a partir dos escritos de Florence Nightingale.”

6.1 MANUSCRITO I – MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA EM SANTA CATARINA, BRASIL, NO PERÍODO DE 1997 A 2013

MATERNAL MORTALITY FROM HEMORRHAGE IN SANTA CATARINA, BRAZIL, BETWEEN 1997 AND 2013

LA MORTALIDAD MATERNA POR HEMORRAGIA EN SANTA CATARINA, BRASIL, DE 1997 A 2013

Haimée Emerich Lentz Martins^I
Maria de Lourdes de Souza^{II}

^I Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: haimeelentz@hotmail.com

^{II} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Docente do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Presidente do Instituto REPENSUL, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

RESUMO: A hemorragia representa um conjunto de causas que incidem sobre a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Porém, com a atenção devida, pode ser evitada. O presente estudo foi realizado com o objetivo de apresentar uma série histórica da mortalidade materna associada à Hemorragia Pós-parto, ocorrida no Estado de Santa Catarina. Foi realizado com suporte do método epidemiológico, em estudo do tipo descritivo-retrospectivo, com os óbitos maternos ocorridos no período de 1997 a 2013. Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde do Brasil. Como resultado, foi possível observar que, dos 574 óbitos maternos analisados, 78 estiveram relacionados à hemorragia, correspondendo a 13,59%. A hemorragia pós-parto continua, portanto, a ser um problema de saúde pública no Estado de Santa Catarina, vista

que na série observada há falta de redução de sua prevalência.

Palavras-chave: Causas de Morte. Hemorragia Pós-parto. Mortalidade materna.

ABSTRACT: Hemorrhage represents a set of causes that happen to women during the pregnancy-postpartum cycle. However, provided with the due care, it can be prevented. The present study was developed with the objective of presenting a historical series regarding maternal mortality associated with postpartum hemorrhage, in the state of Santa Catarina. The study was carried out with the support of the epidemiological method, and a descriptive-retrospective design, considering maternal deaths that occurred from 1997 to 2013. Data were obtained from the Mortality Information System and the Information System on Live Newborns, of the Brazilian Ministry of Health. As a result, it was possible to observe that, of the 574 maternal deaths analyzed, 78 were related to the occurrence of hemorrhage, corresponding to 13.59%. Therefore, postpartum hemorrhage is still a public health problem in the state of Santa Catarina, since there was no reduction observed in its prevalence in the analyzed series.

Keywords: Cause of death. Postpartum hemorrhage. Maternal mortality.

RESUMEN: La hemorragia representa un conjunto de causas que inciden en la mujer durante el ciclo gravidez- puerperio. No obstante, con la debida atención, puede evitarse. Este estudio fue realizado objetivando presentar una serie histórica de la mortalidad materna asociada a la Hemorragia Postparto, en el Estado de Santa Catarina. Se efectuó en base al método epidemiológico, en estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, con los óbitos maternos registrados entre 1997 y 2013. Datos obtenidos del Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM) y del Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC), del Ministerio de Salud de Brasil. Como resultado, fue posible observar que, de los 574 óbitos maternos analizados, 78 estuvieron relacionados a la hemorragia, correspondiendo esto al 13,59%. La hemorragia postparto continúa, en consecuencia, resultando un problema de salud pública en el Estado de Santa Catarina, visto que en la serie observada no existe reducción de su prevalencia.

Palabras claves: Causas de muerte. Hemorragia Posparto. Mortalidad materna.

INTRODUÇÃO

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias do término da gravidez, independentemente do local ou duração desta, causada ou agravada pela própria gravidez ou seu manejo (OMS, 2001, BRASIL, 2007a).

Novas estimativas da Organização Mundial de saúde (OMS) indicam que em 2010 ocorreram 287.000 mortes maternas no mundo, com uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 210 por 100.000 Nascidos Vivos (NV). Na América Latina e no Caribe estimaram-se 8.800 óbitos maternos, e a RMM reduziu para 81 por 100.000 NV, apontando uma redução das taxas em relação a 1990. No Brasil, segundo essas estimativas, a RMM diminuiu no mesmo período de 120 para 56 por 100.000 NV – queda de 51%. Para atingir a meta do 5^o Objetivo do Milênio, o Brasil deverá apresentar RMM de 35 óbitos por 100.000 NV (WHO, 2011).

A hemorragia pós-parto (HPP) é desencadeada por várias causas e continua a ser a principal causa de mortalidade materna, representando pelo menos 30% de todas as mortes maternas, ocorrendo na maioria em países em desenvolvimento (KNIGHT *et al.*, 2009). A causa mais comum e importante da HPP é a atonia uterina (70% dos casos), ou falta de contração eficaz do útero depois do parto. Um útero atônico pode estar relacionado a: superdistensão por gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia, infecção uterina, drogas (relaxantes uterino), fadiga do útero após um trabalho de parto prolongado ou induzido, inversão uterina, retenção da placenta, uma placenta normalmente anexada ou placenta acreta (LALONDE *et al.*, 2006).

A importância da hemorragia como causa de morte materna varia entre as diferentes regiões do mundo. Estudo sobre causa de mortalidade materna no mundo, a partir de uma revisão sistemática, demonstrou que a hemorragia permanece como a primeira causa na África e na Ásia, e como segunda causa na América Latina e no Caribe, onde as principais causas são os transtornos hipertensivos da gestação. A proporção de mortes maternas por hemorragia estimadas para esses continentes foi de 33,9% na África, 30,8% na Ásia, 20,8% na América Latina e no Caribe, enquanto a taxa estimada para os países desenvolvidos foi de 13,4% (KHAN *et al.*, 2006).

No Brasil, a hemorragia constitui a segunda causa de morte materna. Estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde do período de 1997 a 2009 indica que ocorreram nesse período 3.179 mortes maternas

relacionadas às hemorragias, perfazendo 14,26% do total dos óbitos maternos. A RMM específica por hemorragia, conforme esse estudo, diminuiu de 10,34 por 100.000 NV em 1997 para 9,96 em 2009, sendo mais elevada nas regiões Norte e Nordeste, com 12,73 e 13,07 por 100.000 NV, respectivamente. Na região Sul foi de 6,49 NV. A HPP, no conjunto das causas que a desencadearam, corresponde a 40,8% do total das hemorragias obstétricas no Brasil (SOUZA *et al.*, 2013).

No estado de Santa Catarina, no período de 1997 a 2010, as hemorragias obstétricas perfizeram 12,42% do total das mortes, e a hemorragia pós-parto foi a mais frequente, com 42,62% (SOUZA; ALMEIDA; GARCIA, 1987).

A hemorragia pós-parto é o excesso na perda de sangue associado com o trabalho de parto ou nascimento da criança. Definida como perda de sangue maior que 500 ml ou como uma quantidade que afeta adversamente a fisiologia materna, como a pressão sanguínea e o hematócrito. É dividida em duas categorias: imediata, até 24 horas após o nascimento, ou tardia, 24 horas após o parto (HOFMEYR; ABDEL-ALEEM, H.; ABDEL-ALEEM, M. A., 2013).

Essa definição tem no entanto o inconveniente de levar em conta a subjetividade da avaliação dos profissionais que tendem a subestimar as perdas sanguíneas, autores sugerem para avaliação clínica como HPP, qualquer perda sanguínea que leve à instabilidade hemodinâmica (JACOBS, 2013; ICM/FIGO, 2007).

Algumas condições são fatores de risco para a ocorrência das hemorragias pós-parto e devem ser identificadas ainda no acompanhamento pré-natal, tais como quadros que levem à hiperdistensão uterina, como polidrâmnio, gestação gemelar e macrosomia fetal; condições que comprometam a contração e retração uterina como a presença de miomas uterinos, hipoproteinemia, grande multiparidade; obesidade; e hemorragia pós-parto em gestação anterior.

No intraparto, outras situações se constituem em riscos de hemorragia, algumas associadas à implantação e dequitação da placenta, como descolamento prematuro da placenta, placenta acreta, percreta, increta. Nesses casos, o útero pode entrar em atonia por hipoxia devido a uma hemorragia maciça. Outras situações de hemorragia no parto são: episiotomias, lacerações de canal e cervix, trabalho de parto prolongado, corioamnionite, retirada manual da placenta, uso indiscriminado de ocitocina, anestesia geral, sulfato de magnésio, levando a anemias e situações clínicas maternas que desencadeiam uma desordem fisiológica generalizada, necessitando de reconhecimento para intervenção necessária (KARLSSON, PÉREZ SANZ, 2009;

BAGGIERI, *et al.*, 2011).

Por outro lado, estudos alertam que cerca de dois terços das hemorragias ocorrem em mulheres sem fator de risco, de modo que a prevenção e a intervenção precoce e a tempo desses eventos desempenham um papel fundamental na produção de efeitos adversos (OYRZÚN; KUSANOVIC, 2011).

Na hemorragia pós-parto por atonia uterina, o manejo ativo do parto tem sido recomendado a todas as mulheres independentemente de apresentarem fatores de risco para prevenção da hemorragia pós-parto (WHO, 2009; ICM/FIGO, 2007).

Diante desse contexto, decide-se como objetivo do estudo apresentar uma série histórica da mortalidade materna associada à HPP, ocorrida no Estado de Santa Catarina de 1997 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo fundamentado na epidemiologia e com desenho do tipo descritivo-retrospectivo, de base populacional, numa série temporal de 1997 a 2013, no Estado de Santa Catarina.

Os dados foram coletados no DATASUS/Ministério da Saúde do Brasil, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC), e são referentes às mulheres que morreram e eram residentes em Santa Catarina no período de 1997 a 2013 (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007c).

Os óbitos foram identificados a partir de informações contidas na declaração de óbito, como ano, região de ocorrência e causa básica codificada conforme décima classificação internacional de doenças - CID 10^a, na qual são definidos os diagnósticos relacionados à hemorragia que foram considerados como critério de inclusão. Portanto, foram incluídos os óbitos cuja causa por categorias estavam classificadas nos códigos a seguir: O00 gravidez ectópica, O43 transtorno da placenta, O44 placenta prévia, O45 descolamento prematuro da placenta, O46 hemorragia anteparto NCOP, O67 Trabalho de parto e parto complicados por hemorragia intraparto, não classificadas em outra parte, NCOP, O72 hemorragia pós-parto.

Com os dados obtidos foi aplicado o fator de correção resultante de pesquisa desenvolvida na realidade brasileira (LUIZAGA *et al.*, 2010), após calculada a razão de mortalidade materna por hemorragia (RMMH) para cada ano da série temporal, bem como a porcentagem de óbitos por hemorragia conforme causa básica por categoria CID 10

(OMS, 2001).

A RMMH foi calculada adotando a fórmula: número de óbitos por causa materna relacionada à hemorragia, sobre o número de nascidos vivos no período, multiplicado por uma constante 100.000 (BRASIL, 2007b,c).

Os dados foram sistematizados em planilha eletrônica com suporte do programa Excel 2007. A classificação em macrorregião neste estudo é a definida na Lei Complementar 381 de 7 de maio de 2007 (SANTA CATARINA, 2007).

Este estudo foi desenvolvido com dados secundários, publicados pelo Ministério da Saúde/DATASUS, portanto não requeria a aprovação prévia por Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC), mesmo assim, foi submetido por ser desenvolvido no contexto do projeto TO 13075/2012- FAPESC, Parecer N° 120.343 e N° 169.110 do ano de 2012 (Anexos A e B). e, por isso mesmo, respeita o que determina a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

No período de 1997 a 2013, foram identificadas em Santa Catarina 78 mortes relacionadas à hemorragia, representando 13,59% do total dos óbitos maternos.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados sobre as mortes maternas relacionadas à hemorragia por macrorregião e a sua distribuição percentual. A variação dos percentuais foi de 19,18% na Macrorregião do Vale do Itajaí e 8,11% na Macrorregião da Serra Catarinense.

Tabela 1 - Distribuição percentual das mortes maternas por hemorragia, por Macrorregião do Estado de Santa Catarina, de 1997 a 2013*

Macrorregião de saúde de Santa Catarina	Período do óbito													%						
	Específica por Hemorragia (E) Geral													N	%	E/G				
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009				2010	2011	2012	2013
Vale do Itajaí	2	1	1	1	1	5	2								1	2	14	73	12,7	19,2
Sul		1	1	2	1			2	1	1							11	89	15,5	12,4
Foz do Rio Itajaí		1			2	2		2		3							11	60	10,5	18,3
Meio Oeste							1	5	1	1	1				1	1	12	83	14,5	14,5
Grande Florianópolis		1		1		1			1	2					2		9	55	9,59	16,4
Grande Oeste			2		1			1	1						2		7	72	12,5	9,72
Nordeste		1					1		1		1				1		7	62	10,8	11,3
Planalto Norte										2	1						4	43	7,49	9,3
Serra Catarinense			1		1		1										3	37	6,45	8,11
Total	3	3	6	5	2	7	6	5	7	5	8	1	2	1	6	6	78	574	100	13,6

* Fonte: SIM (BRASIL, 2007a)

Na Tabela 2 apresentam-se as mortes maternas por hemorragia nas categorias específicas segundo a CID10 ocorridas em Santa Catarina no período de 1997 a 2013. Das 78 mortes maternas por hemorragia registradas nesse período, o maior percentual foi de 38,46% para hemorragia pós-parto e o menor 1,30% para transtorno da placenta.

Tabela 2 - Distribuição percentual das mortes maternas específicas por hemorragia, por categoria de causa básica, ocorridas no Estado de Santa Catarina no período de 1997 a 2013.

CATEGORIA CID10	PERÍODO - ANO													Total	%				
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009			2010	2011	2012	2013
O72 Hemorragia pós-parto	1	1	3	1	1	5	1	2	2	3	2	0	2	1	2	2	1	30	38
O45 Descolamento prematuro da placenta	1	1	2	2	1	1	1	2	1	0	2	1	0	0	1	1	1	18	23
O00 Gravidez ectópica	0	0	0	2	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	2	1	1	11	14
O44 Placenta prévia	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	8	10
O46 Hemorragia anteparto NCOP	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	5	6,4
O67 Trabalho de parto, parto compl. hemorragia intraparto NCOP	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	5	6,4
O43 Transtorno da placenta	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3
Total	3	3	6	5	2	7	6	5	7	5	7	1	2	1	6	6	6	78	100

* Fonte: SIM (BRASIL, 2007b)

A RMMEH por macrorregião do Estado de Santa Catarina, no período de 1997 a 2013, foi de 6,32 por 100.000 NV, conforme apresentado na Tabela 3. A maior RMMEH foi na macrorregião Sul, com valor de 10,51 por 100.000 NV, e a menor foi na macrorregião Nordeste, com 3,60 por 100.000 NV (Tabela 3).

Tabela 3 - RMMEH ocorrida em Santa Catarina por Macrorregião de saúde, de 1997 a 2013

Macrorregião de saúde de Santa Catarina	Razão de Mortalidade Materna Específica por Hemorragia (RMMEH)															No período		
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		2012	2013
Foz Rio Itajaí			14,7			31,8	30,8			44						25,2	13	9,4
Vale do Itajaí	16,2		8,35	8,71		47	19,5								8,66	17		7,4
Meio Oeste							12		60	12,2		12,7			13,1	13,5	27,8	8,9
Sul		8,07	7,81	16,8	88,1			19,1		9,45	9,72						19,7	11
Planalto Norte										37,2	19,2		21,1					4,6
Serra Catarinense		19,6		22,2			24,4											3,9
Grande Oeste			16,8		9,77			10,7	11,2						22,7			4,2
Grande Fpolis		8,18		7,87			8,68			8,7	17,6				16,0		8,6	4,5
Nordeste	8,22		8,22				9,84	9,31					8,64	8,9			8,1	3,6
Estado de SC	2,7	4	6,2	6,2	11	8,8	8,3	6,7	8,9	7,5	10	1,4	3,3	1	6,7	7,1	7,7	6,3

Fonte: SIM (BRASIL, 2007b,c).

DISCUSSÃO

Embora os índices de mortes maternas tenham diminuído em todo o mundo, continua sendo um problema social relevante, por se tratar de mortes evitáveis, que ocorrem em 99% dos casos nos países em desenvolvimento, refletindo a situação social em que vivem as mulheres, e também por demonstrar as fragilidades na qualidade do atendimento no período gravídico-puerperal e na organização dos serviços de saúde (WHO, 2010).

O Brasil registrou uma redução na mortalidade materna, desde 1990, de praticamente 51%, segundo informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e o Banco Mundial/Organização das Nações Unidas (ONU) (SCHIMIDT; OLIVEIRA, 2012).

O Ministério da Saúde destaca ainda que existem dois fatores que dificultam o real monitoramento da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o subregistro das declarações das causas de óbito.

Outro problema associado ao estudo da morte materna está

relacionado às causas básicas, que são sub estimadas, em decorrência do incorreto preenchimento da declaração de óbito. Os dados são associados com a incerteza, com a dificuldade em se identificar uma causa materna como causa do óbito claramente reconhecida e registrada, especialmente em locais onde o sistema de registro vital não existe ou é falho (BAGGIERI *et al.*, 2011).

Sobre as mortes maternas por causas hemorrágicas, estudos têm alertado para o aumento real da frequência e gravidade da HPP observada mesmo nos países com elevados recursos (KNIGHT *et al.*, 2009). Apontam que, por não existir uniformidade com relação aos critérios a serem utilizados para a definição da HPP nos diferentes serviços e países, há dificuldade para a sua identificação, seu registro e suas estatísticas (KARLSSON, PÉREZ SANZ, 2009; KNIGHT *et al.*, 2009).

A hemorragia na gestação, no parto ou no puerpério representa um conjunto de causas de morte materna que na CID10 foram agrupadas como categorias, e que neste estudo permanecem com variações em seus números – por isso necessitam de maior observação quanto a sua tendência, pois ações como preenchimento das fichas de investigação e da própria declaração de óbito ainda são efetuadas de modo incorreto em grande parte dos países. Com essas limitações nos registros os números podem não estar expressando as variações no risco dessas mortes (SOUZA *et al.*, 2007).

O percentual de mortes maternas por hemorragia no estado de Santa Catarina, no presente estudo, foi de 13,59%, dado apresentado na Tabela 1. As variações percentuais observadas em todas as macrorregiões ainda persistem, o que pode indicar diferenças na qualidade dos serviços de saúde existentes e também da qualidade do preenchimento da declaração de óbito. O maior percentual de mortes foi identificado para a Macrorregião do Vale do Itajaí: 19,18%. Cabe destacar que embora permaneça sendo a macro com maior índice desde o último estudo em 2010, os índices diminuíram 6,35% nos três últimos anos. Apesar da redução observada, a hemorragia pós-parto permanece com altos índices e está relacionada à falta de instalações adequadas e de profissionais treinados para o atendimento das emergências obstétricas.

Numa pesquisa realizada no município de São Paulo (NARCHI, 2010) sobre as competências de profissionais da saúde na assistência à maternidade, foi identificado que 72% dos profissionais que atuam na atenção básica relataram que as dificuldades estavam relacionadas à operacionalização do atendimento de gestantes e puérperas por falta de conhecimento, capacitação ou treinamento; além da exigência

institucional de produtividade no número de atendimentos, por recursos materiais escassos ou por inadequação das instalações físicas das unidades de saúde. Entre as questões apresentadas por esses profissionais sobre atividades nunca ou quase nunca realizadas, estavam a manutenção de intercâmbio com os serviços de atenção especializada para o risco obstétrico e/ou perinatal e a obtenção de garantia de vaga para o parto no hospital de referência. Quanto à assistência ao parto, 50% estavam relacionados à sobrecarga de trabalho e à falta de estrutura (como ausência de materiais para os atendimentos).

Com os dados apresentados na Tabela 2 sobre os casos de hemorragia nas categorias da CID 10 (WHO, 2010), a hemorragia pós-parto permanece como a causa mais frequente de hemorragias ocorridas no momento do parto no estado de Santa Catarina.

Para prevenção e controle da HPP e do impacto que desencadeiam, vem sendo destacada como ponto-chave na literatura, nos *guidelines* e nos documentos da OMS, FIGO- ICM, a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde das maternidades para o adequado manejo do terceiro estágio do parto (KNIGHT *et al.*, 2009; ICM/FIGO, 2007; OMS, 2005, 2012, WHO, 2007, 2009).

O manejo ativo do terceiro estágio do parto envolve intervenções para promover a expulsão da placenta e contração uterina com a intenção de prevenir ou reduzir a perda sanguínea. Conforme *guideline* atualizado da ICM/FIGO (2012), o manejo ativo inclui três componentes: administração de ocitocina ou outro uterotônico (quando aquela não estiver disponível) dentro de um minuto após o nascimento da criança, tração controlada do cordão e massagem uterina após dequitação da placenta.

Mais recentemente, a OMS (2012) editou recomendações sobre o manejo ativo do terceiro estágio do parto à luz de novas evidências disponíveis. O Grupo de Desenvolvimento e Orientação (GDG) considera a ocitocina a droga de escolha para prevenção da HPP. Em ambientes que não disponham de profissionais capacitados para atendimento ao parto, como em regiões rurais e domiciliares, a intervenção é uso do misoprostol oral para prevenção da HPP.

A irregularidade da Razão de Mortalidade Materna Específica por Hemorragia - RMMEH observada nos dados obtidos neste estudo e apresentados na Tabela III revela que não há variação uniforme de aumento ou redução (SOUZA, 1983).

Na série deste estudo a RMMEH foi de 6,32 mortes maternas por hemorragia para cada 100.000 NV, e no estudo anterior foi de 5,73 mortes maternas por hemorragia para cada 100.000 NV. Sendo assim, a

razão de mortalidade materna deste estudo foi maior do que aquele encontrado no anterior (MARTINS; SOUZA, 2013), ou seja, houve aumento da RMMEH, a mulher se expõe a um risco seis vezes maior do que em relação a outras causas no desencadeamento da morte.

Neste estudo, a distribuição da RMMEH na macrorregião Sul apresentou o valor de 10,51/100.000 NV para a série estudada, mantendo-se com valor mais da metade acima da média do Estado. Isso revela um risco de morte por hemorragia quatro vezes maior nessa macrorregião. O problema não está dissociado dos demais desencadeadores desses tipos de mortes já nomeados anteriormente, e estudos como os de Prendiville; Elbourne e McDonald (2013) e da ICM/FIGO (2012) confirmam que o uso rotineiro do manejo ativo reduz a incidência de HPP, a quantidade de perda de sangue, a necessidade de transfusão de sangue e de uterotônico adicional, e deveria ser incluído em todo programa destinado a reduzir a morte por HPP.

Associado ao uso do manejo ativo, a observação também é um suporte básico para uma assistência organizada e sistematizada (HORTA, 1970). A observação possibilita que os profissionais se situem, se orientem e reconheçam os fatos, as situações, de modo devido. Por meio da observação, por exemplo, de uma série histórica, é possível identificar se o fenômeno apresenta ou não uma tendência e quais são os seus determinantes. A observação adequada pode, ainda, resultar na precisão do registro dos dados e na construção devida da informação. No caso das HPPs, possibilita a criação de protocolos e diretrizes para sua prevenção e controle, visando a assistência qualificada e segura.

É fundamental a observação atenta e precisa durante os primeiros minutos e horas após o nascimento, a fim de identificar os problemas rapidamente. Diante de uma situação clínica, nem tudo pode ser feito simultaneamente, o profissional de saúde deverá a partir da observação fazer uma avaliação detalhada do caso e agir de acordo com o surgimento dos eventos subsequentes (PRENDIVILLE, ELBOURNE, MCDONALD, 2009; ICM/FIGO, 2012).

Florence Nightingale preconizou que na assistência a observação de enfermagem deve ser minuciosa, com a coleta e o registro de dados de modo preciso. O que por ela demonstrado, quando aplicado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, contribui para a redução de mortes maternas.

A observação preconizada por Florence Nightingale e o modo como sistematizou dados e construiu informações resultou no controle das doenças endêmicas e sanitário das cidades. A aplicação da

observação na saúde da mulher resultará no melhor registro de dados, na visibilidade social do problema e na definição de medidas para superação dos problemas identificados.

CONCLUSÃO

A análise da série histórica sobre a mortalidade materna associada à hemorragia possibilita afirmar que esse conjunto de causas continua sendo de alta prevalência em Santa Catarina. Observou-se também que a RMMEH manteve-se instável em todas as macrorregiões do Estado. Isso mostra o risco de morte por hemorragia ao qual as mulheres estão expostas e sugere que o evento mantém-se sem o devido controle no contexto dos serviços assistenciais. A observação é um dos recursos para uma prática profissional adequada e esta, por sua vez, deve ser baseada nas evidências científicas e, com isso, reduzir a mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

BAGGIERI, R. A. A. *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 96-101, 2011. Disponível em: <<http://www.fcmscsp.edu.br/files/AA05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Comitê de Morte Materna**. 3. ed. Brasília: MS, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. 2007b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2007c. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

HOFMEYR, G. J.; ABDEL-ALEEM, H.; ABDEL-ALEEM, M. A. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 7, CD006431, jul. 2013.

HORTA, W. A. Editorial dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 4, n. 1-2, p. 3-4, mar./set. 1970.

ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Prevention and treatment of post-partum haemorrhage: new advances for low resource settings. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 97, n. 2, p.160-163, 2007.

_____. Guidelines: prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 117, p. 108-118, 2012.

JACOBS, J. A. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. **UpToDate**, Version 17.1, [33 Fls], Ene. 2009. Disponível em: <<http://www.utdol.com/utd/store/index.do>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

KARLSSON, H.; PÉREZ SANZ, C. [Postpartum haemorrhage]. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v. 32, Suppl. 1, p. 159-67, 2009.

KHAN, K. S. *et al.* WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v. 367, n. 9516, p. 1066-74, Apr. 2006.

KNIGHT, M. *et al.* Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 9, p. 55, [10f], nov. 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

LALONDE, A. *et al.* Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 94, n. 3, p. 243-53, Sep. 2006.

LUIZAGA, C. T. M. *et al.* Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2010.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L. Mortalidade materna por hemorragia, no estado de Santa Catarina - Brasil, 1997 a 2010. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013.

NARCHI, Z. N. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/12.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: 10ª revisão. 6. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/EDUSP, 2001. v. 2.

PRENDIVILLE, W. J. P.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. J. Active versus expectant management in the third stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2009.

SANTA CATARINA. Lei complementar n. 381, de 07 de maio de 2007. Disponível em: <www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task>. Acesso em: 15 maio 2014.

SCHIMDT, F.; OLIVEIRA, T. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%**. Portal da Saúde – SUS 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21.html>>. Acesso em: 26 maio 2013.

SOUSA, M. H. *et al.* Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Rev. Saude Publica** [online], v. 41, n. 2, abr. 2007.

SOUZA, M. L. Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto: obituário hospitalar, 1975 a 1979. Florianópolis, SC (Brasil). **Rev. Saúde Públ.**, v. 17, n. 4, p. 279-289, ago. 1983.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, [8 telas], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

SOUZA, M. L.; ALMEIDA, P. A. M.; GARCIA, W. Z. Mortalidade materna na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, no período de 1975 a 1983: 1. Incidência. **J. Bras. Ginecol.**, v. 97, n. 7, p. 351-4, jul. 1987.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta.** Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2010.

_____. Global Health Observatory (GHO). **Maternal and reproductive health.** Geneva: WHO, 2011b. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/en/index.html>. Acesso em: 17 jan. 2012.

_____; UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Countdown to 2015 decade report (2000 - 2010):** taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva: World Health Organization; UNICEF, 2010. Disponível em: <http://www.childinfo.org/files/CountdownReport_2000-2010.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

6.2 MANUSCRITO II – AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA

THE PRACTICE OF NURSING IN THE PREVENTION AND CONTROL OF HPP: INTEGRATIVE REVIEW

LAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HPP: REVISIÓN INTEGRADORA

Haimée Emerich Lentz Martins^I
Maria de Lourdes de Souza^{II}

^I Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: haimeelentz@hotmail.com

^{II} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Docente do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Presidente do Instituto REPENSUL, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

RESUMO: A hemorragia pós-parto (HPP) ocupa os primeiros lugares na morbidade e na mortalidade materna em todo o mundo. As recomendações baseadas em evidências relacionadas à prevenção da HPP apontam o manejo ativo do terceiro estágio como medida de rotina, aplicada às parturientes em todas as maternidades. **Objetivo:** Identificar na literatura as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP. **Método:** Revisão integrativa de artigos on-line indexados nas bases de dados MedLine, PubMed, Lilacs, SciELO, Embase, CINAHL e Web of Science (período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014); estratégia de busca por palavras-chave e descritores (MESH), como: "*post-partum hemorrhage*" OR "*post partum hemorrhage*" OR "*postpartum hemorrhage*" OR "*post-partum haemorrhage*" OR "*post*

partum haemorrhage" OR "*postpartum haemorrhage*"; e palavras-chave: *nursing* OR *midwife** OR *midwife**, *nursing* AND *intervention*, *nursing* AND *care*, *technolog** AND *nursing*, *nursing* AND *prevent**, *nursing* AND *care*. **Resultados:** Os 22 estudos selecionados foram categorizados em: 1. Implementação do Manejo Ativo do Terceiro Estágio do Parto (MATEP); 2. Uso do Misoprostol; 3. Estimativa da perda de sangue (EPS); 4. Treinamento da enfermagem sobre o manejo da HPP; 5. Outros manejos para prevenção da HPP; 6. Uso de tecnologia para registro de dados sobre a HPP. Na presente revisão foi identificado que a enfermagem (midwives/parteras, enfermeiras, parteras tradicionais), em conjunto com outros profissionais, vem colaborando para a implementação do MATEP, ao elaborar e implantar protocolos, treinamentos e avaliação de resultados dessa prática nos serviços. **Conclusão:** Apesar de recomendações globais para adotar o manejo ativo do parto, onde quer que um profissional qualificado realize tal atendimento, este ainda não é amplamente praticado, mesmo em hospitais de referência, no Brasil e em muitos outros países.

Palavras-chave: Enfermagem. Hemorragia pós-parto. Prevenção.

ABSTRACT: Postpartum hemorrhage (PPH) ranks among the main causes for maternal morbidity and mortality worldwide. Evidence-based recommendations related to the prevention of PPH point to the active handling of the third stage of the delivery as a routine measure, to be applied to women in labor at all maternity hospitals. **Objective:** Identify nursing practices in the literature related to the prevention and control of PPH. **Method:** Integrative review of online articles indexed in the databases MedLine, PubMed, Lilacs, SciELO, Embase, CINAHL and Web of Science (in the period between September 2013 and February 2014); search strategy by keywords and descriptors (MESH), such as: "*post-partum hemorrhage*" OR "*post partum hemorrhage*" OR "*postpartum hemorrhage*" OR "*post-partum haemorrhage*" OR "*post partum haemorrhage*" OR "*postpartum haemorrhage*"; and keywords: *nursing* OR *midwife** OR *midwife**, *nursing* AND *intervention*, *nursing* AND *care*, *technolog** AND *nursing*, *nursing* AND *prevent**, *nursing* AND *care*. **Results:** The 22 studies selected were categorized as: 1. Implementation of the active handling of the third stage of the delivery; 2. Use of Misoprostol; 3. Blood loss estimate; 4. Nursing training on the handling of PPH; 5. Other handling measures to prevent PPH; 6. Use of technology to record data on PPH. The present integrative review

revealed that nursing professionals (midwives, nurses, traditional birth attendants), together with other professionals, have contributed to implement the active handling of the third stage of the delivery, and to elaborate and implement protocols, trainings and assessments of results of this practice in the services. **Conclusion:** Despite the global recommendations to adopt the active handling of the delivery, wherever a qualified professional delivers such care, this practice is still not broadly developed, even in reference hospitals in Brazil and many other countries.

Keywords: Nursing. Postpartum hemorrhage. Prevention.

RESUMEN: La hemorragia postparto (HPP) ocupa los primeros lugares en la morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo. Las recomendaciones basadas en evidencias relacionadas a la prevención de la HPP destacan el manejo activo del tercer estado como medida rutinaria, aplicada a las parturientas en todas las maternidades. **Objetivo:** Identificar en la literatura las prácticas de enfermería en prevención y control de la HPP. **Método:** Revisión integrativa de artículos online indexados en las bases MedLine, PubMed, Lilacs, SciELO, Embase, CINAHL y Web of Science (desde setiembre 2013 hasta febrero 2014); estrategia de búsqueda por palabras clave y descriptores (MESH), como: "*post-partum hemorrhage*" OR "*post partum hemorrhage*" OR "*postpartum hemorrhage*" OR "*post-partum haemorrhage*" OR "*post partum haemorrhage*" OR "*postpartum haemorrhage*"; e palabras-chave: *nursing* OR *midwife** OR *midwife**, *nursing* AND *intervention*, *nursing* AND *care*, *technolog** AND *nursing*, *nursing* AND *prevent**, *nursing* AND *care*. **Resultados:** Los 22 estudios seleccionados fueron categorizados en: 1. Implementación del Manejo Activo del Tercer Estado del Parto (MATEP); 2. Uso del Misoprostol; 3. Estimativa de pérdida de sangre (EPS); 4. Capacitación de enfermería sobre manejo de la HPP; 5. Otros manejos para prevención de la HPP; 6. Uso de tecnología para registro de datos sobre la HPP. En la presente revisión se verificó que la enfermería (midwives/parteras, enfermeras, parteras tradicionales), junto con otros profesionales, vienen colaborando en la implementación del MATEP, al elaborar e implantar protocolos, capacitaciones y evaluación de resultados de dicha práctica en los servicios. **Conclusión:** A pesar de recomendaciones globales para adopción del manejo activo del parto en cualquier lugar que un profesional calificado efectúe tal práctica, éste no

es aún ampliamente practicado, inclusive en hospitales de referencia, en Brasil y en muchos otros países.

Palabras claves: Enfermería. Hemorragia posparto. Prevención.

INTRODUÇÃO

A hemorragia de origem obstétrica e as desordens hipertensivas da gravidez constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna nos países em desenvolvimento. A hemorragia é a primeira causa de morte materna na África (33,9%) e na Ásia (30,8%) e a segunda causa na América Latina e no Caribe (20,8%) (OMS, 2012). Globalmente, 35% das mortes maternas estão associadas a hemorragia pós-parto (WHO, 2009).

A taxa estimada de mortalidade por hemorragia para os países desenvolvidos era bem inferior, 13,4% (OMS, 2012), no entanto, estudos têm alertado para a tendência ao aumento da incidência da HPP como causa de morbidade materna severa (*near miss*) em países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, especialmente as relacionadas à atonia uterina (KNIGHT *et al.*, 2009; CALLAGAN; KUKLINA; BERG, 2010).

No Brasil, estudo realizado com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde do período de 1997 a 2009 revelou que ocorreram 3179 mortes maternas relacionadas a hemorragia, perfazendo 14,26% do total dos óbitos maternos – destas, 1296 (40,8%) ocorreram após o parto (SOUZA *et al.*, 2013).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma emergência obstétrica associada tanto ao parto vaginal como à cesariana. A OMS define HPP como a perda de 500 ml de sangue após parto vaginal e 1000 ml de sangue para partos cesáreos, e acrescenta a queda de 10% do hematócrito comparado ao exame feito à admissão da parturiente, e/ou sangramento importante que requeira hemotransfusão. A hemorragia que ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto é denominada de hemorragia primária (ou precoce), e a que ocorre a partir de 24 horas após o nascimento até seis semanas é denominada hemorragia pós-parto tardia (ou secundária) (KNIGHT *et al.*, 2009; CALLAGAN; KUKLINA; BERG, 2010).

Em torno de 80% das mortes de mulheres no puerpério imediato estão associadas ao sangramento excessivo nas primeiras 24 horas do pós-parto; é a hemorragia primária, o que mostra relação direta com o

terceiro estágio do trabalho de parto, sendo a atonia uterina a principal causa. Outras causas associadas à hemorragia pós-parto são retenção da placenta, lacerações do canal do parto ou períneo, rotura uterina, inversão uterina, distúrbios da coagulação (SHEINER *et al.*, 2005; WHO, 2007; KARLSSON, 2009).

Para prevenção e controle da HPP e de seus resultados adversos, vem sendo destacado como ponto-chave na literatura, nos *guidelines* e documentos da OMS, ICM/FIGO a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde das maternidades para o adequado manejo do terceiro estágio do parto (KNIGHT *et al.*, 2009; ICM/FIGO, 2009; OMS, 2005, 2012; WHO, 2007, 2009).

A Organização Mundial da Saúde considera o manejo ativo do terceiro estágio do parto a principal intervenção para prevenção e consequente redução das mortes maternas por hemorragia, levando-se em consideração as evidências clínicas (WHO, 2012). Atualmente, as evidências científicas têm sido incorporadas nas práticas clínicas e na tomada de decisão por profissionais, serviços e gestores de saúde, com vistas aos melhores resultados e à segurança dos usuários.

O manejo ativo do terceiro estágio do parto envolve intervenções para promover a expulsão da placenta e a contração uterina com a intenção de prevenir ou reduzir a perda sanguínea. As intervenções incluem uso de uterotônicos, tração controlada do cordão e massagem uterina. Outras intervenções relacionadas à prevenção da hemorragia pós-parto vêm sendo estudadas, como o contato pele a pele, a amamentação precoce, o tempo de clampeamento do cordão (LEDUC *et al.*, 2009).

O objetivo deste estudo foi identificar na literatura as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP.

MÉTODOS

Foi desenvolvida uma revisão integrativa para responder à seguinte pergunta: quais são as práticas da enfermagem para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto?

Para a presente revisão foram consultadas as bases de dados MedLine, PubMed, Lilacs, SciELO, Embase, CINAHL e Web of Science. As bases de dados MEDLINE e CINAHL foram acessadas por meio de *links* disponibilizados pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (BU/UFSC). A base de dados Scielo foi acessada pelo portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A

base de dados Embase foi acessada pelo portal do Ministério da Saúde, e as bases de dados Web of Science, PUBMED e LILACS foram acessadas pelo portal de periódicos da Capes.

A estratégia de busca foi por palavras-chave e descritores (MESH), e utilizou-se como sintaxe-base para todas as pesquisas: ("*post-partum hemorrhage*" OR "*post partum hemorrhage*" OR "*postpartum hemorrhage*") OR ("*post-partum haemorrhage*" OR "*post partum haemorrhage*" OR "*postpartum haemorrhage*").

As palavras-chave inseridas à sintaxe para delimitar as pesquisas foram: *nursing* OR *midwife** OR *midwife**, *nursing* AND *intervention*, *Nursing* AND *care*, *technology** AND *nursing*, *nursing* AND *prevent**, *Nursing* AND *care*.

O período de pesquisa e seleção dos artigos compreendeu os meses de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 (os estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez). A pesquisa não teve restrição quanto ao período de publicação, para que pudéssemos buscar o maior número de artigos sobre essa temática. Para a gestão dos dados recuperados utilizou-se o *software* gerenciador de bibliografias Endnote (ALVES, 2013).

Os critérios de inclusão dos estudos foram em relação ao idioma: artigos em português, inglês e espanhol. Em relação ao tipo de estudo, foram buscados artigos de ensaio clínico controlado, de meta-análise, multicêntrico, de estudo clínico randomizado, estudos de revisão, revisão sistemática, coorte, caso controle e demais estudos observacionais e experimentais.

Quanto aos tipos de publicação, foram selecionadas revistas indexadas em bases de dados especializadas em medicina, saúde e enfermagem, e como fonte complementar foram utilizadas publicações específicas sobre o tema, produzidas por entidades como: Organização Mundial da Saúde (OMS), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), International Confederation of Midwives (ICM), National Institute of Health (NIH), National Library of Medicine (NLM) e outros *guidelines* nacionais e internacionais.

Foram excluídos estudos sobre tratamento cirúrgico e outros não relacionados à prevenção e ao controle da HPP. Foram excluídas também publicações do tipo: jornais não indexados, manuais, cartas, anais, livros, *e-books*, com suas sintaxes em inglês e espanhol. Conforme estratégia utilizada foram incluídos 22 artigos para análise final, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Artigos obtidos nas bases de dados *on-line* entre setembro 2013 a fevereiro de 2014

ARTIGOS SELECIONADOS
Total de artigos encontrados: 2.774
Total de artigos repetidos: 382
Total de artigos exportados pelo Endnote: 2.392
Total de artigos rejeitados pelo título: 1.535
Total de artigos restantes: 857
Total de artigos rejeitados pelo resumo: 591
Total de artigos selecionados pelo resumo: 266
Total de artigos selecionados em texto completo: 36
Total de artigos excluídos após leitura do texto completo: 14
Total de artigos incluídos: 22

Após a leitura os estudos foram categorizados por temas a partir dos seus objetivos e conteúdo, evidenciando seis categorias de análise das práticas da enfermagem na prevenção e no controle da hemorragia pós-parto (HPP). Os resultados da revisão integrativa são apresentados segundo estas categorias: 1. Implementação do Manejo Ativo do Terceiro Estágio do Parto (MATEP) em serviços, regiões e países; 2. Uso do misoprostol na prevenção da HPP; 3. Estimativa da perda de sangue (EPS) na HPP; 4. Treinamento da enfermagem sobre o manejo da HPP; 5. Outros manejos para prevenção da HPP; 6. Uso de tecnologia para registro de dados sobre a HPP.

Os artigos também foram classificados conforme os níveis de evidência a partir do desenho do estudo, seguindo-se a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que define: **NÍVEL I** – evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; **NÍVEL II** – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; **NÍVEL III** – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; **NÍVEL IV** – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; **NÍVEL V** – evidências

originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; **NÍVEL VI** – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; **NÍVEL VII** – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

A síntese dos artigos segundo título, objetivos, local do estudo, nível de evidência e categoria de análise foi apresentada no quadro 2, e a síntese dos estudos foi apresentada segundo as categorias definidas pelo autor, as quais foram discutidas posteriormente para a proposição de recomendações para a prática da enfermagem.

RESULTADOS

Na revisão dos 22 artigos sobre as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da hemorragia pós-parto, identificou-se que 6 (30%) foram na Ásia; 5 (26%), na África; 3 (15%), na América Central; 1 (5%), na América do Norte; 1 (5%), na Oceânia; 1 (5%), na Europa; e 2 (10%), na América do Sul.

Uma síntese dos 22 artigos selecionados para esta revisão de literatura, especificando as informações relativas ao ano de publicação, título, local do estudo, objetivo, desenho do estudo, nível de evidência e categorização dos estudos, está apresentada no quadro 2.

A maioria 11(52,4%) dos estudos foram realizados em comunidades de áreas rurais, 6 (27,2%) em hospitais, 2 (9%) em centros de saúde, 2 (9%) em universidades e um (4,5%) foi um *survey* postal que abrangeu todo o país (quadro 2).

Em relação aos anos de publicação dos artigos, conforme é indicado no quadro 2, a distribuição foi a seguinte: 1989, um (1); 2002, um (1); 2003, um (1); 2006, três (3); 2007, dois (2); 2008, dois (2); 2009, dois (2); 2010, seis (6); 2011, dois (2); e 2012, dois (2).

Também no quadro 2 é apresentada a classificação dos níveis de evidência dos artigos, identificou-se que 12 (54,5%) eram de nível VI, 5 (22,7%) de nível III, 5 (22,7%) de nível II, ou seja, a maioria dos estudos foram classificados como de baixa evidência científica.

Nas bases de dados pesquisadas não foram identificados estudos brasileiros sobre práticas da enfermagem na hemorragia pós-parto.

Quadro 2 - Artigos seleccionados sobre as práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP, ordenados por categoria

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categorização das práticas de enfermagem no estudo
1989	BULLOUGH, C. H.; MSUKU, R. S.; KARONDE, L. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. <i>Lancet</i> . v. 2, n. 8662, p. 522-5, Sep., 1989.	Malawi - 4 províncias rurais/comunidades	Avaliar se o aleitamento imediatamente após o parto reduz a frequência da hemorragia pós-parto (HPP) e a frequência de retenção da placenta.	Estudo randomizado controlado Nível II	Outras estratégias de manejo da HPP
2002	BJ DE VAATE, A. et al. Knowledge, attitudes and practices of trained traditional birth attendants in the Gambia in the prevention, recognition and management of postpartum haemorrhage. <i>Midwifery</i> . v. 18, n. 1, p. 3-11, Mar. 2002.	Gâmbia – Áreas rurais/ Comunidades	Avaliar o conhecimento, as atitudes, as práticas das parteiras tradicionais na prevenção, no reconhecimento e no manejo da HPP.	Estudo descritivo-qualitativo – Nível VI	Treinamento da enfermagem sobre manejo da HPP
2003	GLOVER, P. Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? <i>Aust. J. Midwifery</i> . v. 16, n. 2, p. 21-4, Jun. 2003.	Austrália - Universidade de Flinders	Identificar as estimativas de perda de sangue por médicos e enfermeiras obstetras, por meio de estações de simulação.	Estudo descritivo-quantitativo Nível VI	Estimativa de Perda de Sangue (EPS) no parto
2006	CHANDHIK, N. et al. Oral misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage by paramedical workers in India. <i>Int. J. Gynaecol. Obstet.</i> v. 92, n. 2, p. 170-5, Feb. 2006.	Índia – 5 Estados Centros de Saúde	Identificar habilidades de paramédicos após treinamento para manejo ativo do terceiro estágio de parto com uso do misoprostol, para prevenir hemorragia pós-parto.	Estudo randomizado não controlado Nível II	Uso do misoprostol na prevenção da HPP
Continua...					

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categorização das práticas de enfermagem no estudo
Continuação					
2006	FOSTER, J.; REGUEIRA, Y.; HEATH, A. Decision making by auxiliary nurses to assess postpartum bleeding in a Dominican Republic maternity ward. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. v. 35, n. 6, p. 728-34, Nov.-Dec. 2006.	República Dominicana – maternidade de referência	Compreender o processo de tomada de decisão de auxiliares de enfermagem sobre sangramento pós-parto.	Estudo qualitativo-etnográfico/observação participante Nível VI	Estimativa de Perda de Sangue (EPS) no parto
2006	TSU, V. D. et al. Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: assessing the effectiveness of active management of third-stage labor. J. Obstet. Gynaecol. Res. v. 32, n. 5, p. 489-96, Oct. 2006.	Vietnã - províncias rurais – comunidades	Avaliar a eficácia do manejo pós-parto com o uso de ocitocina em um país com baixos recursos.	Estudo quase experimental Nível III	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços.
2007	BUCKLAND, S. S.; HOMER, C. S. Estimating blood loss after birth: using simulated clinical examples. Women Birth. v. 20, n. 2, p. 85-8, Jun. 2007.	Austrália - Universidade New South Wales	Identificar a precisão da estimativa de perda de sangue através de exemplos clínicos simulados.	Estudo descritivo-quantitativo Nível VI	Estimativa de Perda de Sangue (EPS) no parto
2007	HASSAN-BITAR, S.; WICK, L. Evoking the guardian angel: childbirth care in a Palestinian hospital. Reprod. Health Matters. v. 15, n. 30, p. 103-13, Nov. 2007.	Palestina - 1 hospital público referência	Avaliar a qualidade dos cuidados de uma maternidade de referência na Palestina.	Estudo qualitativo – Nível VI	Treinamento da enfermagem sobre manejo da HPP
2008	GOUDAR, S. S. et al. Variation in the postpartum hemorrhage rate in a clinical trial of oral misoprostol. J. Matern. Fetal Neonatal Med. v. 21, n. 8, p. 559-64, Aug. 2008. doi: 10.1080/14767050802132158.	Índia - Área rural/ Comunidades	Identificar os fatores associados à variação da taxa de hemorragia pós-parto aguda (HPP), em um ensaio clínico randomizado sobre o misoprostol.	Estudo randomizado controlado Nível II	Uso do misoprostol na prevenção da HPP.
Continua...					

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categoriação das práticas de enfermagem no estudo
Continuação					
2008	LOW, L. K. et al. Postpartum hemorrhage prevention: a case study in northern rural Honduras. J. Midwifery Womens Health. v. 53, n. 1, p. e1-6, Jan.-Feb. 2008. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.08.014.	Honduras – centro de saúde	Investigar a relação entre a perda de sangue pós-parto e o manejo do terceiro estágio do parto, por auxiliares de enfermagem. Objetivo secundário: identificar fatores de risco para HPP em comparação com a perda estimada de sangue	Estudo descritivo-quantitativo Nível VI	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços.
2009	PRATA, N. et al. Prevention of postpartum hemorrhage: options for home births in rural Ethiopia. Afr. J. Reprod. Health. v. 13, n. 2, p. 87-95, Jun. 2009.	Etiópia - Áreas rurais / comunidades	Estudo de intervenção com foco na segurança do misoprostol para a profilaxia da HPP em partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais. Avaliar a prevalência de referências nos casos de hemorragia e intervenções adicionais necessárias.	Estudo randomizado não controlado Nível III	Uso do misoprostol na prevenção da HPP
2009	SOSA, C. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. Obstet. Gynecol. v. 113, n. 6, p. 1313-9, Jun. 2009. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66b05.	Argentina e Uruguai – 24 maternidades públicas	Identificar os fatores de risco para hemorragia pós-parto imediato após o parto vaginal em uma população sul-americana.	Cluster randomizado controlado – Nível II	Estimativa de Perda de Sangue (EPS) no parto
2010	BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. J. Perinat. Neonatal Nurs. v. 24, n. 3, p. 215-28; quiz 229-30, 2010 Jul-Sep. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90.	EUA Chicago / Illinois – 1 hospital terciário	Combinar a prática baseada em evidências com um projeto estadual de educação com vistas à adoção de protocolo de manejo ativo da HPP em um grande hospital terciário e avaliar os resultados de um serviço.	Estudo de avaliação de serviço descritivo quantitativo qualitativo Nível VI	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços
Continua...					

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categorização das práticas de enfermagem no estudo
Continuação					
2010	EDMONDS, J. K.; HRUSCHKA, D.; SIBLEY, L. M. A comparison of excessive postpartum blood loss estimates among three subgroups of women attending birthsin Matlab, Bangladesh. J. Midwifery Womens Health. v. 55, n. 4, p. 378-82, Jul-Aug. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.08.003.	Bangladesh – Matlab Áreas rurais/ Comunidade	Identificar e comparar as estimativas de perda excessiva de sangue relatadas por dois grupos de trabalhadores não qualificados e um grupo de parteras qualificadas.	Estudo descritivo-quantitativo – Nível VI	Estimativa de Perda de Sangue (EPS) no parto
2010	FARRAR, D. et al. Care during the third stage of labour: a postal survey of UK midwives and obstetricians. BMC Pregnancy Childbirth. v. 10, p. 23. May. 2010. doi: 10.1186/1471-2393-10-23.	Reino Unido – pais todo	Identificar a prática rotineira para o manejo do terceiro estágio do parto no Reino Unido.	Estudo <i>Survey postal</i> , descritivo Nível VI	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços.
2010	MOBEEN, N. et al. Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: a randomised placebo-controlled trial. BJOG. v. 118, n. 3, p. 353-61, Feb. 2011. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02807.x.	Paquistão - Aldeias rurais, Província Pakhtunkhwa, comunidades	Avaliar a eficácia e a segurança de 600 mcg misoprostol oral para a prevenção da HPP em partos domiciliares.	Estudo randomizado controlado Nível II	Uso do misoprostol na prevenção da HPP
2010	SANGHVI, H. et al. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 108, n. 3, p. 276-81, Mar. 2010. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.12.003.	Afganistão - Áreas rurais/ comunidades	Testar a segurança, aceitação, viabilidade e eficácia da educação baseada na comunidade e distribuição de misoprostol para a prevenção da hemorragia pós-parto em partos domiciliares.	Estudo Experimental não controlado Nível III	Uso do misoprostol na prevenção da HPP
Continua...					

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categorização das práticas de enfermagem no estudo
Continuação					
2010	VIVIO, D. et al. Integration of the practice of active management of the third stage of labor within training and serviceimplementation programming in Zambia. J. Midwifery Womens Health. v. 55 n. 5, p. 447-54, Sep-Oct. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.015.	Zâmbia – 5 hospitais	Avaliar a incorporação do protocolo de manejo ativo pelas parteiras na prática clínica e identificar os pontos facilitadores ou barreiras na implantação do protocolo do manejo ativo.	Estudo Quantitativo-descriptivo Nível VI	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços
2011	ALTHABE, F. et al. Using Uniject to increase the use of prophylactic oxytocin for management of the third stage of labor in Latin-America. Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 114, n. 2, p. 184-9, Aug. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.003.	Argentina – 5 maternidades de pequeno porte	Avaliar a eficácia do uso profilático da ocitocina por provedores de saúde (obstetras, parteiras e enfermeiras) que trabalham em pequenas maternidades na Argentina.	Estudo Randomizado não controlado Nível III	Implementação do MATEP em países, regiões e serviços
2011	ANDREATTA, P. et al. Using cell phones to collect postpartum hemorrhage outcome data in rural Ghana. Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 113, n. 2, p. 148-51, May. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.020	Ghana Áreas rurais/comunidades	Avaliar o uso de telefones celulares por parteiras profissionais e tradicionais na África rural para relato da hemorragia pós-parto (HPP)	Estudo descritivo-qualitativo Nível VI	Uso de tecnologia na notificação da HPP
2012	ANDREATTA, P.; PEROSKY, J.; JOHNSON, T. R. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. J. Midwifery Womens Health. v. 57, n. 4, p. 371-5, Jul.-Aug. 2012. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00152.x	Ghana – 3 Áreas rurais-comunidades	Analisar o impacto da compressão uterina bimanual no manejo da hemorragia pós-parto por atonia uterina.	Estudo descritivo-quantitativo Nível VI	Outras estratégias de manejo da HPP
Continua...					

Ano de publicação	Título do artigo	Local do estudo	Objetivos do estudo	Desenho do estudo/nível de evidência	Categorização das práticas de enfermagem no estudo
Conclusão 2012	GARCIA, K.; MORRISON, F. B.; SAVRIN, C. Teaching guatemalan midwives about postpartum hemorrhage. MCN Am. J. Matern. Child. Nurs. , v. 37, n. 1, p. 42-7, 2012. Jan-Feb. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182387c0a.	Guatemala Áreas rurais/ comunidades	Avaliar o efeito de uma intervenção para prevenir e tratar a hemorragia pós-parto (HPP) através do ensino culturalmente sensível no conhecimento de enfermagem das parteiras tradicionais.	Estudo quase experimental Nível III	Treinamento da enfermagem sobre manejo da HPP

Os resultados que seguem são apresentados conforme as seis categorias das práticas da enfermagem na prevenção e no controle da HPP, identificadas na literatura, conforme definido na metodologia.

Manejo Ativo do Terceiro Estágio do Parto (MATEP) para a prevenção e controle da HPP

Esta categoria inclui seis artigos, apresentados segundo o país da realização do estudo. Destes, um(1) foi nos Estados Unidos da América(EUA),um(1) no Reino Unido,um(1) na América Latina (Argentina), um(1) na América Central (Honduras), um(1) na Ásia (Vietnã) e um(1) na África (Zâmbia). Dos seis estudos, dois eram quase experimentos, um *survey*/inquérito postal, dois estudos transversais descritivos e um estudo de avaliação de serviço após implantação de protocolo.

Nos Estados Unidos, o Departamento de Saúde Pública de Illinois, Chicago, e a Comissão de Segurança Obstétrica de um hospital terciário decidiu implementar o manejo ativo da terceira fase do parto e incluir essa evidência em um protocolo com vistas à redução da incidência da HPP, que estava em elevação, e comparar os resultados com o protocolo anterior (manejo expectante) (BURKE, 2010).

Uma abordagem multidisciplinar, incluindo enfermagem, medicina, serviços de anestesia e farmacêuticos, foi necessária para implementar com sucesso o novo protocolo. O protocolo do manejo ativo era composto por: administração de ocitocina com expulsão do ombro anterior ou imediatamente depois do nascimento do bebê; clampeamento e corte do cordão umbilical dentro de três minutos após o nascimento do bebê; suave tração controlada do cordão após contração uterina e separação da placenta. A expulsão da placenta é seguida por massagem uterina. O MATEP foi considerado benéfico em comparação com a conduta expectante, com base na redução da taxa de HPP, na redução do uso de uterotônicos adicionais e do custo do atendimento. A taxa global de HPP decresceu de 4,52% para 4,21%.

No Reino Unido, médicos obstetras e parteiras (*midwives*) a partir de um *survey* postal responderam a um questionário sobre cuidados durante a terceira fase do trabalho de parto (vaginais e cesarianas) e seus pontos de vista sobre a necessidade de mais evidências e de estudos randomizados para orientar os cuidados durante o terceiro estágio (FARRAR *et al.*, 2010).

Responderam ao questionário 53% (1194/2230) dos médicos e 71% (1702/2400) das enfermeiras. A maioria dos médicos (93%) e das enfermeiras (73%) relataram "sempre ou geralmente" usar o manejo

ativo do terceiro estágio no parto vaginal. Ao usar o manejo ativo, dois terços dos médicos e um terço das enfermeiras costumavam ministrar droga uterotônica com o aparecimento do ombro anterior do bebê, e 94% de ambos os grupos usavam a tração controlada do cordão "sempre ou geralmente" no parto vaginal. A sintometrina (ocitocina e ergometrina) era o uterotônico de escolha no parto vaginal e foi utilizada por 86% das enfermeiras e 79% dos médicos.

Na província de Corrientes, na Argentina, foi realizado estudo com objetivo de avaliar a efetividade do manejo ativo do terceiro estágio do parto (MATEP) e do uso da ocitocina usando o dispositivo Uniject (ALTHABE *et al.*, 2011).

Foi desenvolvido um estudo quase experimental com grupo não controlado de mulheres (942 antes da intervenção e 951 após intervenção) em cinco maternidades. Observaram que a taxa média de uso profilático de ocitocina aumentou 71 pontos percentuais, passando de 14,6% antes da intervenção para 85,6% dos partos com o uso do Uniject no período de intervenção – 96% dos profissionais referiram que esse dispositivo facilitou a administração da ocitocina. A prática da tração controlada do cordão ampliou de 7% para 47,8%, e da massagem uterina de 6,3% para 48,9%. O manejo ativo contribuiu especialmente para a redução do uso adicional de uterotônico no pós-parto.

Estudo transversal descritivo foi conduzido para avaliar o manejo da terceira fase do trabalho de parto e a estimacão da perda de sangue pós-parto realizada pelas auxiliares de enfermagem numa clínica materno-infantil em Honduras (LOW *et al.*, 2008).

A amostra foi composta por 229 mulheres grávidas, das quais 49,2% tiveram de uma a quatro gravidezes, 45,2% eram moradoras em zona rural, 80,3% foram atendidas por auxiliares de enfermagem. Foi realizado treinamento prático e teórico sobre manejo da hemorragia, massagem uterina, compressão bimanual, observação da placenta, revisão de métodos para estimar a perda de sangue. A estimativa da perda de sangue para o grupo que recebeu ocitocina foi de 300 ml, enquanto a estimativa para aqueles que não fizeram ocitocina foi de 250 ml. Trinta e quatro (15%) das mulheres tiveram HPP com perda de sangue superior a 500 ml. Das mulheres que receberam ocitocina no pós-parto 12% tiveram HPP, em comparação com 19% das mulheres que não receberam ocitocina. Os resultados do estudo demonstraram que a formação consistente dos membros da equipe da clínica materno-infantil contribuiu para a implementação do manejo ativo do parto e para registros mais fidedignos da estimativa da perda de sangue.

No Vietnã foi realizado estudo com apoio do Ministério da Saúde

para avaliar a eficácia do MATEP considerando-se a realidade e as condições locais de um país com poucos recursos (TSU *et al.*, 2006).

Para esse fim o estudo realizado foi quase experimental, e nele se estabeleceu a aplicação de um protocolo para MATEP, adotado em todos os partos atendidos por enfermeiras obstetras/*midwives* em uma província, enquanto o protocolo anterior continuava a ser adotado em outras três províncias para efeito de comparação. O protocolo incluía injeção intramuscular de 10 UI de ocitocina após dois minutos do nascimento do bebê, a tração controlada do cordão umbilical e a massagem uterina para estimular contrações. Embora não fosse parte do protocolo oficial, clampeamento imediato do cordão umbilical também foi ensinado durante o treinamento. Um total de 3607 mulheres participaram do estudo (1236 no distrito de intervenção e 2371 nos distritos de comparação). O estudo demonstrou êxito na redução da hemorragia pós-parto (34%), redução de HPP devido à atonia uterina (30%), redução do tempo do terceiro estágio para além de 30 minutos (80%), redução do uso adicional de ocitocina (40%) e redução da necessidade de compressão bimanual (40%). O estudo demonstrou os benefícios do manejo ativo do parto na redução da incidência da HPP.

Na Zâmbia, um roteiro de entrevista foi usado para obter informações das parteiras/*midwives* sobre sua prática e formação para o uso do MATEP e sobre as estratégias alternativas para a prevenção de HPP, como o uso do misoprostol. Foi também utilizado um roteiro de observação dos partos (VIVIO *et al.*, 2010).

O roteiro inclui os três elementos originais do MATEP: administração de uterotônico até um minuto após o nascimento do bebê, tração controlada do cordão, massagem uterina e clampeamento do cordão umbilical, elemento adicional do protocolo atualmente recomendado. Foram entrevistadas 62 enfermeiras obstétricas, das quais a maioria tinha conhecimento de que a administração de um uterotônico faz parte do manejo ativo, e mais da metade das entrevistadas citaram a tração controlada do cordão como uma estratégia para a promoção da expulsão da placenta. Algumas entrevistadas citaram clampeamento precoce do cordão como um componente do protocolo do MATEP, embora a observação do parto tenha indicado que essa era uma prática comum. Praticamente todas (n=58) as enfermeiras obstétricas responderam que cortam o cordão imediatamente ou dentro de um minuto após o nascimento. Apenas um terço das entrevistadas indicaram o conhecimento da massagem uterina como um componente do protocolo do manejo ativo, no entanto era utilizada com frequência. Durante a observação dos partos verificou-se ainda que a ocitocina foi o

uterotônico de primeira escolha (70 de 82 nascimentos). A maioria das mulheres (n=48; 58,5%) recebeu apenas uma única injeção de uterotônico. Vinte e cinco nascimentos (40,4%) foram realizados em conformidade com todos os elementos e prazos do protocolo de manejo ativo atualmente recomendado no país.

O uso do misoprostol na prevenção da HPP

Foram incluídos nesta categoria cinco estudos desenvolvidos em comunidades rurais da Índia (dois), do Afeganistão (um), do Paquistão (um), e da Etiópia (um), sendo três randomizados e dois não randomizados.

No Afeganistão, foi realizado estudo não randomizado para testar a segurança, aceitação, viabilidade e eficácia do misoprostol para a prevenção da hemorragia pós-parto nos domicílios em uma comunidade rural (SANGHVI *et al.*, 2010).

A amostra contou com 3187 mulheres, sendo 2039 no grupo de intervenção e 1148 no grupo de comparação. Orientações às mulheres e seus familiares antes do parto sobre segurança, dose, efeitos adversos do misoprostol e sobre a aceitação ou não das mulheres em usar a medicação foram realizadas por agentes comunitários treinados. Das mulheres do grupo de intervenção, 2021 (99%) aceitaram a oferta do misoprostol (três comprimidos de 200 mcg); destas, 1421 mulheres usaram o misoprostol, todas tomaram corretamente após o nascimento, incluindo 20 mulheres com gestações gemelares, e 80% tiveram partos no domicílio com parteiras tradicionais/TBA (*Tradicional Birth Attendant*).

Efeitos adversos com uso do misoprostol foram: calafrios transitórios, náuseas e elevação da temperatura. A cobertura na área de intervenção de uso de uterotônico foi de 92% *versus* 25% de cobertura no grupo controle. Entre as mulheres no grupo de intervenção, 92% disseram que usariam misoprostol em sua próxima gravidez.

Na Etiópia, foi realizado estudo de intervenção randomizado para testar a segurança do misoprostol em partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais/TBA (*Tradicional Birth Attendant*) (PRATA *et al.*, 2009).

A amostra incluiu 966 mulheres, 485 no grupo de intervenção e 481 no grupo de não intervenção, atendidas por parteiras tradicionais. O grupo de intervenção recebeu misoprostol 600 mcg via oral, administrado imediatamente após o nascimento do bebê e em caso de gêmeos após o segundo nascimento. As parteiras tradicionais foram treinadas quanto aos efeitos adversos após o parto e identificaram: suor

excessivo, que apareceu com maior frequência no grupo de intervenção (27,5% vs. 17,5%); e tremores, também significativamente mais relatados no grupo de intervenção (12,2% vs. 6,7 %). A presença de hemorragia excessiva no grupo de intervenção foi de 8,9%, menor em comparação com as mulheres do grupo de não intervenção, 18,9%. Uma mulher do grupo de intervenção precisou de tratamento adicional com ocitocina injetável ou ergometrina, e 6,2% das mulheres do grupo de não intervenção receberam transfusão de sangue, *versus* menos do que 1% de mulheres no grupo de intervenção. Ocorreu uma morte materna no grupo de intervenção; a mulher tomou misoprostol mas não teve HPP, a morte ocorreu no puerpério. A autópsia verbal revelou que a mulher tinha HIV positivo, com piora do quadro, rapidamente chegando a óbito.

Na Índia, um estudo randomizado visou identificar a habilidade de paramédicos treinados (parteiras/*midwives* e parteiras tradicionais/TBA (*Tradicional Birth Attendant*), auxiliares de parteiras/ANM (*auxiliary nurse midwives*) no manejo ativo do parto e na oferta do misoprostol, para mulheres de regiões rurais de cinco estados(CHANDHIOK *et al.*, 2006).

A amostra foi de 1200 mulheres grávidas, sendo o grupo de intervenção formado por 600 mulheres grávidas que receberam 600 mcg de misoprostol oral na terceira fase do trabalho de parto; ao grupo de comparação, de 600 mulheres, foi aplicado o programa do governo com metergin intramuscular e comprimido de metergin após expulsão da placenta. O desfecho primário foi a perda de sangue após o parto, que foi medida usando-se um coletor de plástico calibrado. No grupo de intervenção 98,3% da placenta foram removidos por tração controlada do cordão umbilical. Em 10 mulheres houve expulsão espontânea da placenta. No grupo de comparação, a maioria das mulheres tiveram expulsão espontânea da placenta. No grupo de comparação 30 mulheres (5%) tiveram a placenta removida manualmente. No grupo de intervenção houve uma redução significativa na duração do terceiro estágio do parto. A quantidade de perda de sangue no grupo de intervenção (mediana, 100 ml) foi significativamente menor do que o observado no grupo de comparação (mediana, 200 ml). Um total de nove mulheres tiveram HPP, 4 (0,7 %) no grupo de intervenção e 5 (0,8%) no grupo de comparação. Efeitos adversos como tremores e temperatura acima de 38 °C foram observados em 10% das mulheres que receberam misoprostol, e foram significativamente menores no grupo de comparação. Náusea foi maior no grupo que usou metergin intramuscular.

Outro estudo realizado na Índia foi um ensaio clínico randomizado sobre o misoprostol oral, para identificar os fatores associados à variação da taxa de hemorragia aguda no pós-parto (GOUDAR *et al.*, 2008).

A amostra foi constituída de 812 participantes para o grupo misoprostol e 808 para o grupo placebo. Todos os partos foram assistidos por auxiliares de parteiras (ANM – *auxiliary nurses midwives*). A taxa de HPP para todas as auxiliares de parteiras no começo do treinamento para o uso do misoprostol era de 20%, e ao final do treinamento, baixou para 4%. A duração da segunda fase do trabalho de parto diminuiu e com isso houve redução da taxa de HPP. O incremento de 30 dias na duração do treinamento (que representa aumento de formação e no monitoramento) diminuiu as chances de HPP em 3,4%. Estudo anterior a este demonstrou que o misoprostol administrado por via oral no terceiro período do parto reduz significativamente a hemorragia pós-parto em cerca de 50%. Os resultados do presente estudo trazem uma análise secundária que sugere que a melhoria nas habilidades das auxiliares de parteira/ANM pode ter um efeito independente sobre a redução da HPP. Isso sugere a importância de investimento por parte dos governos locais e nacionais em treinamento e monitoramento para a garantia da assistência qualificada do parto.

No Paquistão um ensaio duplo-cego, controlado por placebo, foi conduzido para avaliar a eficácia do misoprostol na prevenção da hemorragia pós-parto, e as parteiras foram treinadas para uso do misoprostol no terceiro estágio, incluindo a realização de massagem uterina, tração do cordão umbilical, corte tardio do cordão e sucção imediata no peito (MOBEEN *et al.*, 2011).

A amostra foi constituída por 1119 mulheres grávidas, 534 receberam 600 mcg de misoprostol oral e 585 receberam placebo. Os resultados foram: perda de sangue de aproximadamente 500 ml foi observada em 16,5% no grupo misoprostol e 21,9% no grupo placebo; perda de sangue de 750 ml, 5,6% no grupo misoprostol e 7,2% no grupo placebo; perda de sangue de 1000 ml, 1,9% no grupo misoprostol e 3,4% no grupo placebo. Quanto aos efeitos adversos, a maior diferença ocorreu na apresentação de tremores (9,45% no grupo misoprostol e 3,9% no grupo placebo) e calafrios (9,9% no grupo misoprostol e 5,0% no grupo placebo). Quanto a transferência para referência com maior nível de especialidade: 9 (1,7%) foram do grupo misoprostol e 10 (1,7%) do grupo placebo; devido à HPP 2 (0,4%) do grupo misoprostol e 3 (0,5%) do grupo placebo; devido à retenção de placenta 7 (1,3%) do

grupo misoprostol e 7 (1,3%) grupo placebo. Nenhuma morte materna ocorreu em ambos os grupos.

Estimativa da perda de sangue (EPS) no parto

Seis estudos específicos sobre essa temática foram selecionados nessa categoria, entre os quais três são descritivos quantitativos, três são descritivo-qualitativos e um é *cluster* randomizado controlado. Os estudos foram realizados na Austrália (dois), República Dominicana (um), Honduras (um), Bangladesh (um), Argentina e Uruguai (um). A enfermagem foi treinada para a acurácia na estimativa da perda de sangue no parto.

No estudo desenvolvido na Austrália foi referido que existiam poucos estudos sobre perda sanguínea no parto em livros e periódicos e sobre como as parteiras aprendem a estimar perda de sangue no parto. Para atingir o objetivo do estudo criaram-se estações de simulação no laboratório da Escola de Enfermagem e Obstetrícia para simular a perda de sangue no parto (GLOVER, 2003).

Nas seis estações de simulação havia materiais como lençóis, absorventes com quantidades de sangue artificial que variaram de 100 ml, 250 ml, 400 ml, 600 ml, 900 ml e 1000 ml, e foi solicitado que os participantes estimassem a quantidade de sangue. A amostra do estudo foi composta por 26 profissionais, cinco médicos, 20 parteiras e um estudante de obstetrícia. As parteiras foram consistentes em suas estimativas de perda de sangue até 300 ml. Na estação de 600 ml a mensuração foi subestimada em cerca de 100 ml ou mais, ou seja, 33% estimaram a perda em apenas 500 ml; somente uma parteira foi precisa em avaliar a perda de 900 ml. Em 1100 ml duas parteiras foram precisas na avaliação. No estudo foi identificada a subestimação da perda sanguínea em 30-50% e recomenda que a estimativa de perda de sangue deve ser incluída nos currículos de formação na obstetrícia. Sugere que é necessário dobrar as estimativas de perda de sangue no parto quando for considerada acima de 500 ml, por segurança.

Outro estudo foi desenvolvido na Austrália para avaliação da perda de sangue no pós-parto em estações de simulação de uma universidade (BUCKLAND; HOMER, 2007).

A amostra foi composta de 8 participantes, duas parteiras, um obstetra, cinco estudantes de obstetrícia. A estimativa da perda de sangue mediana foi semelhante ao real volume de sangue nos níveis mais baixos (350 ml); nos níveis mais altos (600 ml), quando um recipiente foi usado com graduação a estimativa foi mais precisa. No entanto, quando a perda de sangue ocorria em roupas de cama ou

absorventes higiênicos a precisão diminuía.

Na República Dominicana foi realizado estudo qualitativo, etnográfico e observacional para avaliar o sangramento no pós-parto numa maternidade de referência (FOSTER; REGUEIRA; HEATH, 2006)

A amostra foi composta por 24 auxiliares de enfermagem. Um questionário foi projetado para prever o processo de decisão de todos os auxiliares na maternidade. As participantes referiram que, se um absorvente de uma mulher ficasse saturado dentro de 15 minutos e houvesse eliminação de grandes coágulos, eles avaliariam que o sangramento pós-parto era anormal, bem como se a mulher se queixasse de vertigem, tontura e náuseas. Em seguida, os auxiliares de enfermagem verificavam a pressão arterial e, caso estivesse baixa, determinavam que o sangramento tinha sido excessivo. As auxiliares de enfermagem tinham uma maneira de avaliação da hemorragia no pós-parto que levava em conta os escassos recursos das mulheres que atendem (falta de absorventes ou outro coletor). As auxiliares de enfermagem estavam cientes da importância de monitorar o volume de sangue mais tempo, avaliar a resposta à massagem uterina e identificar os sinais de choque. No entanto, essa avaliação foi iniciada apenas quando a parturiente ou sua família se queixavam de algum problema relacionado. Estudo desenvolvido em Bangladesh avaliou e comparou a perda excessiva de sangue após o parto relatado por profissionais qualificados (*skill birth attendant* – SBA), entre médicos, parteiras/*midwives* e enfermeiras comparados com as parteiras tradicionais/TBA (*Tradicional Birth Attendant*), e mulheres leigas em Matlab, Bangladesh (EDMONDS; HRUSCHKA; SIBLEY, 2010).

A amostra foi composta por 37 parteiras tradicionais (TBA), 14 parteiras qualificadas (SBA) e 98 mulheres leigas. Foi aplicado questionário com seis perguntas sobre o conhecimento da perda excessiva de sangue. Os resultados indicam diferenças significativas na avaliação da perda de sangue entre os grupos de mulheres leigas, parteiras tradicionais e SBA. O relato da perda de sangramento excessivo no momento do nascimento das mulheres leigas foi significativamente maior que os das SBAs e TBAs. O conhecimento das SBAs sobre sangramento excessivo correspondeu com a definição biomédica de HPP grave (>1000 ml). O volume exato de sangue em esteiras, sacos de juta e absorventes é desconhecido. Concluíram que a capacidade de reconhecer a perda de sangue pode interferir na morbidade e mortalidade materna. A mensuração incorreta da perda de sangue pode levar à subestimação da quantidade real, especialmente em

ambientes com poucos recursos e nos quais mulheres leigas e parteiras tradicionais prestam assistência aos partos domiciliares utilizando dispositivos de coleta de sangue não confiáveis.

Na Argentina e no Uruguai foi desenvolvido um estudo *cluster* randomizado controlado em 19 maternidades públicas dos respectivos países para avaliar os fatores de risco para HPP na população latino-americana, e como resultado secundário para estimar a perda sanguínea a partir de um método padronizado de coleta e mensuração das perdas sanguíneas no pós-parto. A amostra foi composta por 15.263 mulheres no pós parto imediato. O desfecho primário do estudo foi hemorragia pós-parto padrão, definida como perda de sangue maior ou igual a 500 ml, e hemorragia grave, definida como a perda de sangue maior ou igual a 1000 ml, identificando os fatores de risco associados. O desfecho secundário foi a perda de sangue avaliada em todo parto vaginal. Os dados foram coletados de prontuários, livro de registro de cada hospital. Enfermeiras, parteiras e médicos foram treinados para medição da perda de sangue no pós-parto. Foi utilizado um saco de plástico transparente para coleta de sangue colocado sob os glúteos após o nascimento do bebê. O sangue coletado foi colocado num frasco calibrado e registrado no formulário pela parteira e pela enfermeira. A perda de sangue média foi de 215 ml, e a mediana foi de 150 ml. No geral, 10,8% tiveram hemorragia pós-parto maior ou igual a 500 ml e 1,86% hemorragia pós-parto grave maior ou igual a 1000 ml, 0,35% recebeu transfusão de sangue. O manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto, a multiparidade e o baixo peso ao nascer mostraram-se como efeitos protetores. A incidência da hemorragia pós-parto grave em mulheres com retenção de placenta foi de 17,1%, macrossomia de 4,9%, parto induzido 3,5%, laceração de primeiro grau 2,8%, episiotomia 2,7%, necessidade de sutura perineal 2,5% e nuliparidade 2,3%.

A frequência de transfusão sanguínea foi de 4,3% para morte fetal, 3,6% para laceração de períneo e 0,5% para retenção da placenta. Os resultados da análise da hemorragia pós-parto moderada e da hemorragia pós-parto grave foram semelhantes antes e depois da intervenção.

Educação continuada para o manejo da HPP

Foram selecionados três estudos nessa categoria, sendo um estudo qualitativo na Gâmbia, um estudo qualitativo na Palestina e um estudo quase experimental na Guatemala.

Estudo descritivo qualitativo foi realizado na Gâmbia para avaliar o conhecimento, as atitudes, as práticas das parteiras tradicionais na

prevenção e no manejo da HPP (BIJ DE VAATE *et al.*, 2002).

A amostra incluiu 22 parteiras tradicionais. A entrevista foi conduzida por uma trabalhadora sênior rural treinada em métodos qualitativos e fluente nas línguas predominantes na Gâmbia. No manejo da terceira fase do trabalho de parto, 20 das 22 parteiras tradicionais relataram seguir as instruções do manual de treinamento. Após o parto as parteiras verificavam a posição da placenta colocando a mão sobre o útero e puxando o cordão suavemente. Seis parteiras afirmaram também que usavam seus próprios métodos tradicionais, tais como ervas ou sabão para beber ou fazer a mãe soprar em uma garrafa, para incentivar a expulsão da placenta. Das oito parteiras que já tinham participado de um caso de retenção de placenta, seis afirmaram terem ficado retidas por um prazo de uma hora. Seis parteiras referiram dificuldades para encontrar transporte para os casos graves. As parteiras não têm relógios de pulso nem relógios de parede. A ergometrina era a droga usada pelas parteiras (quatro comprimidos de 0,5 mg cada) após a dequitação da placenta.

Apesar de todos os protocolos as parteiras verificavam que os comprimidos administrados não eram suficientes para ajudar no controle do sangramento excessivo. Cinco parteiras sugeriram que necessitaria do fornecimento de drogas mais avançadas para controle da HPP. Se há ausência de alguma parte placentária ou membranas remanescentes na vagina, estas são removidas manualmente. Algumas respondiam que encaminhavam ao hospital porque não tinham luvas. A perda de sangue era avaliada a partir do número de pedaços de pano encharcados com sangue e da forma como o sangue fluía. As parteiras usavam a ergometrina para o sangramento, mas 14 parteiras tradicionais usavam o banho da mãe em água e sal ou oferecendo ervas por via oral para controlar a hemorragia. As parteiras não foram treinadas sobre as causas da perda de sangue excessiva. As parteiras tradicionais estavam cientes do risco de morte devido à hemorragia pós-parto e sabiam quando a mulher estava anêmica e que os sinais eram de edema e palidez. Quatro das parteiras tradicionais sabiam que o sangramento em mulheres anêmicas, mesmo que pequeno, era perigoso, colocando em risco a vida da mulher. As informações dos treinamentos foram incorporadas ao conhecimento e às práticas das parteiras tradicionais, embora estas fossem analfabetas. No estudo é referido que articular e maximizar as habilidades de todos os trabalhadores de saúde nos cuidados primários é importante para reduzir a HPP e qualificar os partos domiciliares.

Estudo descritivo-qualitativo foi desenhado para avaliar a qualidade dos cuidados de uma maternidade de referência na Palestina

(BITAR *et al.*, 2007). A amostra foi composta por 31 profissionais de saúde: nove parteiras, 14 enfermeiros e oito médicos. Foi aplicado um questionário semiestruturado para a descrição do seu trabalho, responsabilidades, práticas no cuidado ao parto, barreiras percebidas para o cuidado, necessidades de formação e estratégias de melhoria. No cuidado durante o parto, médicos e parteiras relataram altos níveis de estresse. Para as parteiras, esse estresse se deve às condições de trabalho, baixos salários, falta de pessoal e falta de apoio e supervisão. Para os médicos e obstetras, o estresse está relacionado à falta de experiência com casos complicados nas emergências, para os quais se sentiam despreparados. Em cada turno havia apenas um médico na sala de parto e um obstetra estava de plantão, número considerado insuficiente. As parteiras prestavam todos os cuidados para 91% dos partos vaginais. Os médicos faziam a prescrição de medicamentos, as suturas de episiotomia, os partos de alto risco e as cesarianas. Bloqueio epidural e meperidina para alívio da dor com frequência não estavam disponíveis. As mulheres referiram que frequentemente tiveram seu parto sozinhas e sem o apoio de outrem. Quando o bebê nascia apenas uma parteira estava presente. Isso resultou em práticas de parto inseguras, com cuidados inadequados da mãe durante a terceira fase do trabalho de parto. Controle de infecção era insuficiente e as mulheres muitas vezes tiveram parto sem lençóis nas camas.

Foram observadas práticas inapropriadas no momento do parto, como: restrição da mobilidade, na alimentação e na ingestão de líquidos; infusões intravenosas de rotina com ocitocina durante o parto; não utilização de partograma; falta de apoio familiar; uso pouco frequente de métodos não farmacológicos de alívio da dor; pouca utilização do manejo ativo da terceira fase do trabalho de parto; e uso da episiotomia de rotina. As mulheres queriam iniciar a amamentação logo após o parto, mas a parteira não tinha tempo para ajudá-las. Esse padrão de atendimento foi consistente com os relatórios dos provedores. Exames vaginais frequentes foram realizados, mas nem sempre documentados e registrados. No cuidado pós-parto muitas mulheres não receberam adequada assistência; apenas 10% foram questionadas sobre sangramento após o parto vaginal, e apenas 13% tiveram seus lóquios e altura uterina verificadas. Esses resultados foram consistentes com relatos dos enfermeiros. Mais da metade das mulheres no pós-parto não tiveram a pressão arterial verificada. A hemorragia pós-parto permaneceu como uma emergência frequente. O conhecimento dos cuidados de maternidade pelos enfermeiros foi muito limitado. A partir desse estudo foi elaborado um relatório detalhado sobre as condições

precárias da maternidade e encaminhado aos gestores dos mais altos níveis de governo. O relatório conseguiu atrair a atenção para as más condições do parto normal e da assistência obstétrica de emergência no setor público na Palestina. A avaliação ajudou a sensibilizar os gestores para a necessidade de alocar mais apoio financeiro na área dos cuidados na saúde da mulher. Além disso, foi criado um plano de intervenção para melhorar a qualidade do atendimento durante o parto, sendo desenvolvidos treinamentos para todos os trabalhadores da área de maternidade.

Foi realizado estudo na Guatemala, quase experimental e qualitativo, para avaliar o efeito de um treinamento no conhecimento das parteiras tradicionais para prevenir e tratar a hemorragia pós-parto (HPP), na perspectiva cultural dos participantes (GARCIA; MORRISON; SAVRIN, 2012). A amostra do estudo abrangeu 16 parteiras da cidade de Sarstun. Foi usado pré-teste e pós-teste com o modelo de *checklist* comportamental do American College of Nurse Midwives (ACNM), com os seguintes passos: 1) solicitar ajuda; 2) ajudar no esvaziamento da bexiga; 3) ajudar na contração uterina 3a) massagear o útero; 3b) colocar o bebê para amamentar; 3c) estimular mamilos; 4) colocar o bebê pele a pele com a mãe; 5) palpar o útero com as duas mãos; 6) colocar um absorvente; 7) não colocar nada no canal do parto; 8) consultar um hospital de referência. Participaram 16 parteiras tradicionais, das quais 69% falavam *Kek Chi*, 15% espanhol e 15% as duas línguas. As parteiras praticavam a obstetrícia em média há 9 anos. O escore no pré teste foi de 1,385 passando para 4,846 no pós-teste. Os escores brutos dos testes foram indicativos de uma forte significância da intervenção educativa no aumento do conhecimento das parteiras. Nesse estudo foi revelado que programas educacionais que consideram a cultura dos participantes, desenvolvidos por enfermeiros, podem ter um forte impacto sobre o conhecimento e comportamento das parteiras tradicionais, bem como melhorar os indicadores de saúde materna, mesmo em países com poucos recursos.

Outras estratégias de manejos para prevenção e controle da HPP

Nessa categoria foram selecionados dois estudos: o primeiro é um estudo descritivo-quantitativo realizado em Gana sobre a massagem uterina bimanual e o segundo um estudo randomizado controlado realizado no Malawi sobre amamentação precoce no manejo da HPP.

O objetivo do estudo realizado em Gana foi analisar o impacto do uso da compressão uterina bimanual no manejo da hemorragia pós-parto

por atonia uterina pela equipe de saúde (ANDREATTA *et al.*, 2012). A amostra foi composta por 30 profissionais: obstetras, enfermeiras-parteiras, estudantes de obstetrícia e parteiras não qualificadas em três regiões de Gana. A técnica da compressão uterina bimanual foi demonstrada em um simulador que usa uma matriz de emissores de luz para fornecer *feedback* ao usuário sobre o grau de compressão do útero. Um participante realizava a compressão externa na altura do fundo do útero com as duas mãos e outro realizava a pressão interna contra o corpo do útero com uma única mão. Individualmente os participantes não foram capazes de comprimir completamente o útero e manter a compressão por mais de dois minutos e meio sem ficar fatigados. Em equipe, os participantes foram capazes de comprimir completamente o útero e manter a compressão durante o tempo máximo de cinco minutos. Estudos adicionais deverão ser realizados para definir os parâmetros de desempenho para o uso de duas pessoas para a compressão uterina bimanual em todos os casos de HPP para incluí-lo entre as melhores práticas e diretrizes clínicas. Os resultados devem ser avaliados para determinar se há necessidade de alteração dos padrões dessa prática e incluir essa opção como alternativa para prevenir a HPP em áreas remotas.

O segundo estudo sobre outras formas de manejo realizado no Malawi teve como objetivo avaliar se o aleitamento precoce, imediatamente após o parto, reduz a frequência da hemorragia pós-parto e a frequência de retenção da placenta. A amostra foi constituída por 34 parteiras que estimularam a um grupo a sucção precoce e 35 que acompanharam um grupo controle. A frequência de HPP não diferiu significativamente entre os grupos de mulheres que amamentaram (7,9%) *versus* controle (8,4%). Três pacientes no grupo de aleitamento e uma no grupo de controle foram transferidas para o hospital com HPP não associada com a retenção de placenta. A média de sangue perdido nos dois grupos foi semelhante (amamentando 258-163 ml, grupo controle 256-148 ml). No entanto esse resultado só é válido no contexto de uma política de início de sucção do seio após o parto com a presença de parteiras treinadas em vez de parteiras tradicionais, o que pode trazer um efeito diferente. A precisão de perdas de sangue por TBA, que eram na sua maioria analfabetas, pode ser posta em dúvida. Os resultados, embora baseados em pequenos números, sugerem que a amamentação pode ser um mecanismo fisiológico benéfico para a mãe.

Uso de tecnologia como equipamento na prevenção da HPP

Inclui um estudo realizado em Gana, que utilizou equipamento

como celular para transmitir dados sobre HPP. Trata-se de um estudo exploratório para avaliar o uso do telefone celular por parteiras tradicionais no relato da hemorragia pós-parto na África rural. A amostra foi constituída por 10 parteiras de províncias de Gana. As parteiras foram treinadas para enviar mensagens de texto a partir de telefones celulares usando um protocolo numérico simples para informar dados sobre idade materna, uso de compressão bimanual uterina, mortalidade materna e neonatal e pré-natal de todos os nascimentos durante o período de 90 dias em que transcorreu a pesquisa. As parteiras profissionais e as tradicionais foram capazes de elaborar os relatórios e usar os protocolos de mensagens de texto para informar os resultados clínicos de suas comunidades rurais. Foram informados 425 nascimentos durante o período de estudo, com HPP ocorrendo em 13 casos (3,1%). Os resultados indicam que é possível treinar parteiras para usarem telefones celulares a fim de transmitir dados relacionados à saúde, utilizando protocolos específicos para celulares. Os relatórios de profissionais de áreas rurais podem assim ser transmitidos em tempo real.

DISCUSSÃO

A hemorragia pós-parto persiste como causa de morbidade materna grave tanto em países com baixos recursos como em países com elevados recursos. Nos países com baixos recursos, onde os partos são realizados em locais com pouca estrutura e, na sua maioria, em domicílios, são numerosos os desafios a serem superados para a prevenção e tratamento da HPP e que impedem a redução mais rápida da mortalidade materna. Para tanto devem ser superados a indisponibilidade de prestadores de cuidados de saúde qualificados, a falta de recursos como uterotônicos e refrigeração adequada, a insuficiente ou incorreta prática do manejo ativo da terceira etapa do parto, a subestimação da perda de sangue e, ainda, a deficiência na comunicação e infraestrutura de transporte.

Embora a maioria das mortes maternais ocorra em países de baixa renda, publicações recentes têm demonstrado e alertado para o aumento na incidência de HPPs severas e suas complicações em países de altos recursos. As razões para esse aumento não são claras, afirmam alguns autores, devido à falta de informações precisas sobre os casos de HPP nesses países. A confirmação dessa tendência e de possíveis fatores associados a esse aumento é importante para o desenvolvimento de

recomendações para enfrentar a HPP no futuro (KNIGHT, 2009). Estudo de revisão sistemática sobre HPP em países desenvolvidos recomenda o treinamento para todos os funcionários das maternidades em matéria de avaliação de perda de sangue e a monitorização das mulheres após o parto como estratégias-chave para reduzir a gravidade da HPP e prevenir resultados adversos. Esses estudos reforçam que médicos devem ser mais vigilantes, dada a possibilidade de um real aumento da frequência e da gravidade da HPP observada mesmo nos países com elevados recursos, como Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA. Isso vale principalmente para pequenos hospitais onde ocorrem poucos partos e protocolos de manejo podem não estar definidos de forma adequada, assim como os medicamentos e equipamentos podem não estar disponíveis para lidar com uma grave e inesperada HPP (KNIGHT, 2009).

Segundo a ICM/FIGO (2012) o manejo ativo do terceiro estágio do parto é a mais forte evidência para a prevenção da HPP e deve ser implementada em todos os partos. Conforme *guideline* atualizado da ICM/FIGO (2012) o MATEP inclui três componentes: a administração de ocitocina ou outro uterotônico (quando este não estiver disponível) dentro de um minuto após o nascimento da criança, a tração controlada do cordão e a massagem uterina após dequitação da placenta.

Estudo de atualização de revisão sistemática com metanálise sobre manejo ativo reafirma que o MATEP reduz significativamente a incidência de HPP, o tempo de duração do terceiro estágio (para menos de 40 minutos) e a necessidade de uterotônico adicional (em 80%) e a necessidade de transfusão sanguínea. Para o autor o manejo ativo é superior ao manejo expectante no sentido de prevenir a HPP e outras complicações graves na terceira fase do trabalho de parto, e o seu uso deveria ser rotina para todos os partos vaginais em maternidades, domicílios e centros de nascimento (PRENDIVILLE; ELBOURNE; MCDONALD, 2009).

Mais recentemente a OMS (2012) editou recomendações sobre o manejo ativo do terceiro estágio do parto à luz de novas evidências disponíveis. O Grupo de Desenvolvimento de Orientação (GDG) considera a ocitocina a droga de escolha para prevenção da HPP. Com isso, os outros dois componentes do manejo ativo – tração controlada do cordão e massagem uterina – não são recomendados, por falta de fortes evidências. Em ambientes que não disponham de profissionais capacitados para atendimento ao parto, como em regiões rurais e domiciliares, a intervenção recomendada é o uso do misoprostol oral para prevenção da HPP.

Nos procedimentos cirúrgicos, cesariana, a OMS recomenda uso da ocitocina e da tração controlada do cordão em detrimento da remoção manual da placenta.

A presente revisão sobre as práticas para a prevenção e o controle da HPP resultou na identificação de que as enfermeiras e as parteiras, em conjunto com outros profissionais, vem colaborando para a implementação do MATEP ao elaborar e implantar protocolos, treinamentos e avaliação de resultados das práticas nos serviços, em diferentes contextos.

O primeiro componente do MATEP se refere ao uso da ocitocina (10 UI aplicada por via intramuscular até um minuto após o nascimento do bebê, ou após aparecimento do ombro anterior dele) como a droga de escolha na prevenção e tratamento da HPP (WHO, 2009), embora em alguns países, como o Reino Unido, a sintometrina continue a ser usada por muitos profissionais como uterotônico tanto por médicos como por parteiras/*midwives*. Para Farrar *et al.*, (2010) a insistência do uso da sintometrina no serviço de saúde do Reino Unido se deve à resistência por parte dos profissionais, à falta de consciência das evidências e diretrizes nacionais, ou porque tornou-se um hábito, ou uma crença. Nos estudos realizados nos Estados Unidos, na Argentina, em Honduras, no Vietnã, a droga utilizada foi a ocitocina injetável em seringa padrão ou com uso do dispositivo Uniject, e na Zâmbia foi utilizado o misoprostol, uma vez que o estudo e a intervenção ocorreram em região rural.

O segundo componente é a tração controlada do cordão, que consiste em colocar uma mão sobre o útero e a outra segurando firme o segmento inferior do cordão entre o dedo polegar e o dedo indicador, realizando uma pressão constante e suave de forma ascendente e para trás (BURKE, 2010). A tração controlada do cordão não é recomendada na ausência de drogas uterotônicas ou antes de sinais da dequitação da placenta, pois podem ocorrer rotura do cordão, inversão uterina e hemorragia excessiva. A maioria das placentas dequita no prazo de uma hora, e caso isso não ocorra deve-se ficar atento a sinais de hemorragia (ICM/FIGO, 2012).

Na sequência, sobre o manejo ativo, a massagem do fundo do útero após a dequitação é o terceiro componente do MATEP, que deve ser realizada até a contração do útero e continuar a cada 15 minutos se necessário nas duas primeiras horas, certificando-se de que o útero não relaxe (amoleça) após parar a massagem.

Dos seis estudos analisados sobre o uso do MATEP, cinco (Estados Unidos, Argentina, Honduras, Vietnã e Zâmbia) incluíram a massagem do útero nos seus protocolos. O Reino Unido não incluiu a

massagem uterina e incluiu o clampeamento precoce do cordão. Nos estudos do Vietnã e dos Estados Unidos o clampeamento precoce foi usado como componente adicional no MATEP. Apenas o estudo da Zâmbia seguiu a última recomendação da OMS e FIGO, e utilizou o clampeamento tardio do cordão (ICM/FIGO, 2012).

Documento da Organização Mundial da Saúde (2012) Organização Pan-americana de Saúde (BRASIL, 2011b) afirma que o clampeamento imediato do cordão umbilical é uma prática ainda muito utilizada, embora esta seja um elemento do antigo protocolo do manejo ativo. Refere que existe fraca evidência para justificar o clampeamento precoce (10 a 15 segundos após o parto ou parada das pulsações do cordão) como prática benéfica para mãe e para o bebê. O clampeamento tardio (dois a três minutos após o parto) tem sido preconizado por trazer benefício como aumento da reserva de ferro e hemoglobina para o bebê, e melhor estado hematológico dos dois aos quatro meses de idade.

O clampeamento precoce do cordão tem um benefício duvidoso para mãe, pois não parece existir um mecanismo fisiológico que o respalde como recomendação para prevenir a hemorragia pós-parto (ICM/FIGO, 2012). Por outro lado, revisão da Cochrane de dois estudos sobre o clampeamento tardio mostrou que este promove a drenagem precoce da placenta, reduzindo a duração do período de parto, do tempo de expulsão da placenta e da incidência de retenção da placenta. Revisão sistemática realizada por Hutton e Hassan (2007) sobre clampeamento precoce e tardio conclui que, na prática clínica, um mínimo de dois minutos deve ser esperado antes do clampeamento do cordão, para todos os nascimentos de bebês a termo e prematuros.

Todos os estudos revisados confirmaram que o uso rotineiro do manejo ativo reduziu a incidência de HPP, a quantidade de perda de sangue, da necessidade de transfusão de sangue e de uterotônico adicional, portanto deveria ser incluído em todo programa de intervenção destinado a reduzir as mortes por HPP, como preconizado por Prendiville; Elbourne e McDonald (2013) e ICM/FIGO (2012).

Nos estudos sobre uso do misoprostol, a atuação da enfermagem (parteiras/*midwives*, parteiras tradicionais/TBA, auxiliares de parteiras/ANM – *auxiliary nurses midwives*, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários) estava relacionada à distribuição/orientação/administração desse uterotônico em partos domiciliares.

O misoprostol é o uterotônico de escolha para uso na prevenção da HPP em comunidades rurais sem acesso a uterotônicos injetáveis. Os achados do estudo corroboram evidências publicadas sobre a eficácia do misoprostol para a prevenção da HPP quando utilizado para partos

em domicílio e em centros de cuidados primários (WALRAVEN *et al.*, 2005; DERMAN *et al.*, 2006).

Revisão do Centro Cochrane realizada por Høj *et al.*, (2005) avaliou o uso do misoprostol na dosagem de 600 mcg para redução da perda de sangue de pelo menos 1000 ml *versus* placebo. O resultado foi: 11% de redução da hemorragia pelo placebo e 17% de redução da hemorragia com uso do misoprostol, e risco relativo [RR] de 0,66, CI de 95% (HØJ *et al.*, 2005).

Nos cinco ensaios clínicos sobre o misoprostol oral, a dose utilizada foi 600 mcg, confirmada como a dose profilática para uso no manejo ativo da terceira etapa do parto. Os estudos mostraram que houve redução na perda de sangue no pós-parto, e que quando administrado por uma parteira treinada pode ser a opção viável, segura e eficaz para os partos em domicílio, ou seja, em lugares sem acesso a outro recurso. Os efeitos adversos apareceram na seguinte ordem decrescente de frequência: tremores, calafrios, febre, náusea, vômito, diarreia, dor de cabeça, fraqueza, tontura e desmaios.

Segundo a ICM/FIGO (2012) os efeitos adversos mais comuns são tremores transitórios e febre, e com doses superiores a 400 mcg efeitos como náuseas, vômitos e diarreia ocorrem com mais frequência (BURKE, 2010).

Em documento sobre a postura a respeito do uso do misoprostol na comunidade para reduzir HPP e a mortalidade materna, a WHO (2010) refere que para prevenção da hemorragia puerperal, quando não é possível aplicar o manejo ativo do parto, os profissionais de saúde devem oferecer um agente uterotônico (ocitocina ou misoprostol) se estiverem capacitados para usá-lo. Assim os estudos dessa revisão reforçam o uso do misoprotol para a segurança dos partos domiciliares.

A estimativa da perda de sangue no pós-parto é um tema que na maioria dos estudos aparece como um problema, uma vez que influi na precisão da quantidade de sangue perdida, na confirmação do diagnóstico de HPP, até na definição da intervenção correta a ser providenciada. Nos estudos dessa revisão a equipe, constituída por parteiras tradicionais, parteiras qualificadas, auxiliares de enfermagem e enfermeiras, foi treinada e avaliada na acurácia da estimativa da perda de sangue no pós-parto.

Um dos estudos demonstrou que as parteiras e outros profissionais de saúde subestimam a perda de sangue em 30 a 50%, aumentando a imprecisão quanto maior for a perda de sangue (GLOVER, 2003). O mesmo estudo mostrou que as estimativas das parteiras que trabalhavam em unidades de parto melhoraram após

inclusão dessa habilidade nos currículos da formação. Dildy *et al.*, (2004) afirmam que a estimativa visual da perda de sangue é notoriamente imprecisa mesmo entre os profissionais de saúde mais qualificados.

O estudo desenvolvido na Argentina e no Uruguai visava identificar fatores de risco para hemorragia pós-parto, e sua grande contribuição foi a mensuração acurada da perda de sangue, avaliada de forma padronizada nos serviços usando-se um coletor padrão e um recipiente graduado para medir a perda de sangue. A maioria dos estudos, quando se reportam à perda de sangue, o fazem por meio da estimativa visual, e sabe-se que o grau de imprecisão desse método varia muito, como demonstrado em outros estudos (PATEL *et al.*, 2006; GLOVER, 2003). Assim, é muito provável que a classificação quanto à perda de sangue possa resultar em erro devido à falta de conhecimento do pessoal de enfermagem e de outros profissionais sobre a real medida. Os resultados mostraram ainda como fatores de risco para HPP em mulheres na América Latina retenção da placenta, gravidez múltipla, macrossomia (nascimento de RN com peso de 4000 gramas ou mais), episiotomia. Esses fatores de risco também têm sido associados à HPP (BAIS *et al.*, 2004). Concluem que esforços são necessários no momento do parto para aplicar técnicas de prevenção com restrição da episiotomia e uso do manejo ativo como fatores de proteção contra a HPP.

Os treinamentos por meio de simulações resultaram em melhoria da quantificação visual entre os prestadores de cuidados de saúde, porém são necessárias outras técnicas para aprimorar a mensuração da perda de sangue por todos os profissionais. Na maioria dos estudos a medida da perda de sangue era realizada visualmente por meio de forros, lençóis, panos, absorventes. Um único estudo de Edmund; Hruschka e Sibley, (2010) apresentou alternativa para mensuração das perdas de sangue com recipiente de fundo cônico com graduação. Esse instrumento possibilita estimativas mais precisas em relação à avaliação visual. Algumas abordagens são apresentadas para avaliação precisa da HPP em ambientes com baixos recursos, como o uso de canga, um pano de algodão retangular usado para absorver o sangue durante o parto. Duas cangas foram completamente saturadas, sendo usadas como uma unidade de medida de pouco mais de 500 ml. Outra opção era uma bolsa de plástico calibrada para coletar sangue BRASSS-V (GELLER *et al.*, 2004; KODKANY *et al.*, 2004). Uma esteira de camadas de algodão sustentada por um plástico também foi utilizada por famílias e profissionais de comunidades para identificação da hemorragia das

mulheres com partos domiciliares (PRATA *et al.*, 2009).

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

A OMS (2012), em documento sobre a prevenção da HPP, recomenda que parteiras, enfermeiras e parteiras tradicionais sejam treinadas sobre o MATEP, e inclui a administração de misoprostol pelas parteiras tradicionais classificada como uma evidência moderada; a tração controlada do cordão é recomendada para partos vaginais por parteiras/*midwives*, uma evidência de alta qualidade. Em locais onde não existem parteiras qualificadas a tração controlada do cordão não é recomendada.

Sobre outros manejos da HPP, a compressão uterina bimanual é eficiente para controlar a HPP, evitando uma hemorragia mais severa com o aumento da probabilidade de sobrevivência materna (ADRETTA; PEROSKY; JOHNSON, 2012). A compressão bimanual é indicada pela ICM/FIGO (2012) como tratamento da HPP se o sangramento pós-parto persistir após uso de uterotônico.

Outro estudo, sobre outros manejos da HPP, que incluía a amamentação precoce, mostrou que essa medida não era eficaz na redução da frequência de HPP, no entanto, conclui-se que o grau de instrução e conhecimento das parteiras tradicionais interferiu nos resultados, uma vez que não colocavam o bebê para sucção mamária imediatamente após o parto, e também na avaliação das perdas sanguíneas. A estimulação da mama faz com que o útero se contraia, embora esse mecanismo ainda não esteja claro, sabe-se que a estimulação dos mamilos faz com que haja aumento da produção da ocitocina endógena que estimula as contrações uterinas. É uma técnica de intervenção não médica e de fácil manejo. Acerca desta técnica faz-se necessário o alerta de que há situações clínicas em que a mulher não apresenta condições para realizá-la. O uso de telefone celular foi encontrado em estudo para informar dados relacionados à HPP em tempo real, melhorando significativamente a comunicação e a informação em locais com recursos limitados. No estudo ficou visível que a informação repassada pode providenciar de forma rápida os encaminhamentos necessários de uma região longínqua mas também corre o risco de a informação não ser precisa ou até omitir fatos de melhora ou piora dos casos. O uso da tecnologia pela enfermagem precisa garantir que seja apropriada para a comunidade, gerando

mudanças de comportamentos, atitudes e práticas que proporcionem transformações na assistência à saúde. Sua ampla utilização pode ser prática para o desenvolvimento de redes na área da saúde, especialmente em situações de emergências, porque possibilita acesso rápido e direto à informação independentemente da localização física (ANDREATTA *et al.*, 2011). Os sistemas móveis eletrônicos podem desempenhar um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde em um futuro breve. Os sistemas de prescrição eletrônica por dispositivos móveis são parte de uma longa linha de inovações tecnológicas. Serviços de saúde e instituições acadêmicas devem portanto apoiar o uso da tecnologia e não sufocar o progresso tecnológico. Por outro lado o desenvolvimento de aplicativos deve ser apoiado por robustas estruturas de governança, e avaliação dos resultados clínicos e potenciais consequências inesperadas que estes podem trazer (CHARANI *et al.*, 2014).

CONCLUSÕES

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

As complicações da HPP com a conseqüente elevação das mortes maternas estão associadas ao atraso no reconhecimento preciso da quantidade da perda de sangue, à demora para decidir buscar ajuda em serviços obstétricos de referência e ao atraso na prestação da atenção requerida.

Na literatura há destaque da necessidade de educação continuada para que as práticas baseadas em evidência sejam aplicadas nos serviços de saúde. Desse modo, os profissionais podem contribuir para uma assistência que garanta às mulheres uma atenção segura.

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

A redução da incidência de HPP beneficia a saúde das mulheres, diminui a demanda sobre o sistema de saúde e o impacto econômico e social.

REFERÊNCIAS

- ALTHABE, F. *et al.* Using Uniject to increase the use of prophylactic oxytocin for management of the third stage of labor in Latin America. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 114, n. 2, p. 184-9, Aug. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.003.
- ALVES, M. B. M. **Gerenciador Bibliográfico:** endnote Basic. Florianópolis, 2013. 53 slides, color. Acompanha texto. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/design/SLIDES_endnoteweb2012.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.
- ANDREATTA, P.; PEROSKY, J.; JOHNSON, T. R. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. *J. Midwifery Womens Health.* v. 57, n. 4, p. 371-5, Jul.-Aug. 2012. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00152.x
- BAIS, J. M. *et al.* Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on moderate (> or = 500 ml) and severe (> or = 1000 ml) postpartum haemorrhage. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.** v. 115, n. 2, p. 166-72, Aug. 2004.
- BITAR, S. H *et al.* Evoking the Guardian Angel: Childbirth Care in a Palestinian Hospital. *Reproductive Health Matters*, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
- BUCKLAND, S. S.; HOMER, C. S. Estimating blood loss after birth: using simulated clinical examples. **Women Birth.** v. 20, n. 2, p. 85-8, Jun. 2007.
- BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. **J. Perinat. Neonatal Nurs.** v. 24, n. 3, p. 215-28; quiz 229-30, 2010 Jul-Sep. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90.

CHANDHIOK, N. *et al.* Oral misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage by paramedical workers in India. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 92, n. 2, p. 170-5, Feb. 2006.

CHARANI, E. *et al.* Do smartphone applications in healthcare require a governance and legal framework? It dependsontheapplication! **BMC Medicine**, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/2>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

DERMAN, R. J. *et al.* Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. **Lancet.** v. 368, n. 9543, p.1248-53, Oct 2006.

DILDY, G. A. *et al.* Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? **Obstet Gynecol**, v. 104, p. 601-6, 2004.

EDMONDS, J. K.; HRUSCHKA, D.; SIBLEY, L. M. A comparison of excessive postpartum blood loss estimates among three subgroups of women attending births in Matlab, Bangladesh. **J. Midwifery Womens Health.** v. 55, n. 4, p. 378-82, Jul-Aug. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.08.003.

EL-REFAEY, H. *et al.* Misoprostol for third stage of labour. **Lancet.** v. 347, n. 9010, p. 1257, May 1996.

_____. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. **Br. J. Obstet. Gynaecol.** v. 104, n. 3, p. 336-9, Mar. 1997.

_____. The misoprostol third stage of labour study: a randomised controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management. **Br J. Obstet. Gynaecol.**, n. 107, p. 1104-1110, 2000.

FARRAR, D. *et al.* Care during the third stage of labour: a postal survey of UK midwives and obstetricians. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 10, p. 23. May. 2010. doi: 10.1186/1471-2393-10-23.

FOSTER, J.; REGUEIRA, Y.; HEATH, A. Decision making by auxiliary nurses to assess postpartum bleeding in a Dominican Republic maternity ward. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.** v. 35, n. 6, p. 728-

34, Nov.-Dec. 2006.

GARCIA, K.; MORRISON, F. B.; SAVRIN, C. Teaching guatemala midwives about postpartum hemorrhage. **MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.** v. 37, n. 1, p. 42-7, 2012 Jan-Feb. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182387c0a.

GELLER, S. E. *et al.* Conducting international collaborative research in developing nations. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 87, n. 3, p. 267-71, Dec. 2004.

GLOVER, P. Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? **Aust. J. Midwifery.** v. 16, n. 2, p. 21-4, Jun. 2003.

GOUDAR, S. S. *et al.* Variation in the postpartum hemorrhage rate in a clinical trial of oral misoprostol. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.** v. 21, n. 8, p. 559-64, Aug. 2008. doi: 10.1080/14767050802132158.

HØJ, L. *et al.* Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomized double blind clinical trial. **BMJ**, v. 331, n.723, Oct. 2005.

HUTTON, E. K.; HASSAN, E. S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **JAMA**, v. 297, n. 11, p. 1241-52, Mar. 2007.

ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. **Joint Statement:** management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. 2009. Disponível em: <http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf>. Acesso em: set. 2011.

_____. Guidelines: prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 117, n. 2, p. 108-18, May. 2012.

KARLSSON, H.; PÉREZ SANZ, C. Hemorragia postparto [Postpartum haemorrhage] [Espanhol]. **An. Sist. Sanit. Navar.** n. 32, Suppl. 1, p. 159-67, 2009.

KNIGHT, M. *et al.* Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 9, p. 55, [10f], nov. 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

KODKANY, B. S. *et al.* Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India: a joint collaboration between the United States and India. **Int. J. Fertil Womens Med**. v. 49, n. 2, p. 91-6, Mar-Apr. 2004.

LEDUC, D. *et al.* Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **J. Obstet. Gynaecol. Can**. v. 31, n. 10, p. 980-93, Oct. 2009.

LOW, L. K. *et al.* Postpartum hemorrhage prevention: a case study in northern rural Honduras. **J. Midwifery Womens Health**. v. 53, n. 1, p. e1-6, Jan.-Feb. 2008. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.08.014.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.

MOBEEN, N. *et al.* Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: a randomised placebo-controlled trial. **BJOG**. v. 118, n. 3, p. 353-61, Feb. 2011. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02807.x.

PATEL, A. *et al.* Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. **Int. J. Gynaecol. Obstet**. v. 93, n. 3, p. 220-4, Jun. 2006.

PRATA, N. *et al.* Prevention of postpartum hemorrhage: options for home births in rRural Ethiopia. **Afr. J. Reprod. Health**. v. 13, n. 2, p. 87-95, Jun. 2009.

PRENDIVILLE, W. J. P.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. J. Active versus expectant management in the third stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2009.

_____. **Active versus expectant management in the third stage of labour** [Cochrane review]. Chichester: The Cochrane Library, 2013.

SANGHVI, H. *et al.* Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 108, n. 3, p. 276-81, Mar. 2010. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.12.003.

SHEINER, E. *et al.* Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v. 18, p. 149, 2005.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, [8 telas], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

TSU, V. D. *et al.* Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: assessing the effectiveness of activemanagement of third-stage labor. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** v. 32, n. 5, p. 489-96, Oct. 2006.

BIJ DE VAATE, A. *et al.* Knowledge, attitudes and practices of trained traditional birth attendants in the Gambia in the prevention, recognition and management of postpartum hemorrhage. **Midwifery**. v. 18, n. 1, p. 3-11, Mar. 2002.

VIVIO, D. *et al.* Integration of the practice of active management of the third stage of labor within training and serviceimplementation programming in Zambia. **J. Midwifery Womens Health**. v. 55 n. 5, p. 447-54, Sep-Oct. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.015.

WALRAVEN, G. *et al.* Misoprostol in the management of the third stage of labour in the home delivery setting in rural Gambia: a randomised controlled trial. **BJOG**. v. 112, n. 9, p. 1277-83, Sep. 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta.**

Geneva: WHO, 2009. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf>.

Acesso em: 26 jan. 2010.

_____. **Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.** Geneva: WHO, 2012.

6.3 MANUSCRITO III – A OBSERVAÇÃO COMO TECNOLOGIA EM ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO A PARTIR DOS ESCRITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE

OBSERVATION AS A NURSING TECHNOLOGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF POSTPARTUM HEMORRHAGE ACCORDING TO THE WRITINGS OF FLORENCE NIGHTINGALE

LA OBSERVACIÓN COMO TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO A PARTIR DE ESCRITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE

Haimée Emerich Lentz Martins^I
Maria de Lourdes de Souza^{II}

^I Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Santa Catarina, Brasil. E-mail: haimeelentz@hotmail.com

^{II} Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Docente do PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN-UFSC). Presidente do Instituto REPENSUL, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lourdesr@repensul.ufsc.br

RESUMO: Este estudo teve por objetivo apresentar a observação como tecnologia de enfermagem para a prevenção e o controle da HPP. O estudo emergiu da observação preconizada por Florence Nightingale como um dos requisitos essenciais ao cuidado de enfermagem. A mulher no pós-parto imediato necessita de observação da enfermeira para que sejam tomadas medidas necessárias, que previnam as hemorragias, bem como minimizem as suas complicações. A observação do volume da perda sanguínea, da altura e da contração uterina, o reconhecimento das

causas da hemorragia, a identificação de fatores de risco e os sinais de alerta da HPP é fundamental. O cuidado de enfermagem deve estar subsidiado na observação, fundamentado em protocolos baseados em evidência, com vistas à prevenção, à detecção precoce e ao controle da HPP, procedeu-se a sistematização de um instrumento de observação em enfermagem para a prevenção e o controle da HPP. A sistematização do instrumento em si não se constitui em produto concluído, porém, é parte de um processo criativo que busca suprir a necessidade de dispor de uma tecnologia para realizar a observação de modo sistemático e de que a enfermagem construa seus próprios indicadores e suportes para inovação no cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto. Observação. Tecnologia de enfermagem.

ABSTRACT: The aim of this study was to present the observation technique as a nursing technology for the prevention and control of postpartum hemorrhage (PPH). The study was based on the observation preconized by Florence Nightingale, as one of the essential requisites for nursing care. Women in immediate postpartum require observation from nurses so that the necessary measures are taken to prevent hemorrhage, as well as to minimize complications. The observation of the volume of blood loss, uterine height and contraction, and the identification of the hemorrhage causes, and the risk factors and warning signs of PPH are fundamental. Nursing care must be supported on the observation and grounded on evidence-based protocols, with the aim to prevent, early detect and control PPH. A nursing observation instrument was systematized for the prevention and control of PPH. The systematization of the instrument itself does not constitute a complete product, however, it is part of a creative process aimed at meeting the need for a technology to perform observation in a systematic manner, as well as for nursing to build its own indicators and support to innovate in nursing care.

Keywords: Postpartum hemorrhage. Observation. Nursing technology.

RESUMEN: Estudio que objetivó presentar la observación como tecnología de enfermería para la prevención y control de la HPP. El estudio surgió de la observación recomendada por Florence Nightingale como uno de los requisitos esenciales del cuidado de enfermería. La

mujer, en el posparto inmediato, necesita observación de la enfermera para que sean tomadas las necesarias medidas de prevención de hemorragias y minimicen sus complicaciones. La observación del volumen de pérdida sanguínea, altura y contracción uterina, reconocimiento de las causas de hemorragia, identificación de factores de riesgo, signos de alerta de HPP resultan factores fundamentales. El cuidado de enfermería debe apoyarse en la observación, fundamentado en protocolos basados en evidencia, apuntando a la prevención, detección precoz y control de la HPP. Se sistematizó un instrumento de observación en enfermería para la prevención y control de la HPP. La sistematización del instrumento en sí no constituye un producto terminado, aunque sí es parte de un proceso creativo que busca suplir la necesidad de disponer de una tecnología para observar en forma sistemática y de que la enfermería elabore sus propios indicadores y soportes para innovación en el cuidado de enfermería.

Palabras claves: Hemorragia posparto. Observación. Tecnología de enfermería.

INTRODUÇÃO

A motivação em escrever este texto surgiu dos estudos sobre Florence Nightingale (1820-1910) e a observação por ela preconizada como um dos requisitos essenciais ao cuidado de enfermagem. O interesse foi ampliado a medida em que se reconheceu que a observação de enfermagem é fundamental para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto, embora os escritos de Florence Nightingale não abordem especificamente a observação no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

A experiência, a prática, o agir da enfermagem se constituem tema de muitos estudos, e Florence Nightingale preconizou que a observação é um componente fundamental na assistência de enfermagem. Assim, as enfermeiras deviam saber observar os pacientes e o seu entorno. Para Florence Nightingale, o conceito de observação valorizava o entorno do paciente, social, físico e psicológico (PFETTSCHER *et al.*, 1999).

Alicerçada nos conhecimentos de Florence Nightingale e outros, no início do século XX, a brasileira Vanda de Aguiar Horta (HORTA, 1970) afirmava que as enfermeiras precisavam desenvolver habilidades e conhecimento sobre o que denominou como instrumentos básicos para

uma assistência organizada e sistematizada. Para esta brasileira, a observação era considerada o primeiro instrumento básico da assistência ou do processo de cuidar da enfermagem. Definia a observação como sendo a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia, ou seja, atenção que se dá a certas coisas. A observação revela o modo de contato com o real. É observando que nos situamos, nos orientamos e reconhecemos as pessoas. Em nossas atividades diárias é clara a importância da observação (BRASIL, 1997).

Na realidade, as enfermeiras não se perguntam sobre o que é observar, como observar e quando fazê-lo, com que objetivo observar e como adquirir essa habilidade. Na concepção de Florence Nightingale a prática da observação inicia com a abordagem junto ao doente, como fazê-la e o que apreender dessa abordagem; a ênfase está na elaboração das perguntas. A enfermeira deve fazer sempre perguntas adequadas para elucidar todo o caso; aquelas cujas respostas apresentem as condições reais em que o paciente se encontra. Para Florence Nightingale, o foco da observação são os fatos e não as opiniões e, para isso, quem pode ter alguma opinião de valor em relação ao doente é a enfermeira que realmente souber observar (ATTEWELL, 1998).

Para Sundberg (1989), observar é o ato ou prática de notar e registrar os fenômenos (fatos e eventos), habilidade essencial usada para auxiliar na identificação de problemas físicos e emocionais.

Hegenberg (1976) afirma que observar não é simplesmente ver, mas ver prestando atenção, controlando, vigiando.

A observação de Florence Nightingale (1859) também primava pela manutenção do conforto, bem-estar dos pacientes e orientava a atenção às suas necessidades físicas e emocionais, visualizando uma assistência humana e segura. Neste sentido, o cuidado de enfermagem é norteado por uma observação sistematizada, o que lhe confere um enfoque científico, o que contribui para a credibilidade e a visibilidade da enfermagem.

É importante se ter em mente o que se pretende observar, manter em alerta todos os sentidos, visão, tato, olfato, audição, paladar, enfim, captar todas as informações que chegam por meio dos órgãos do sentido (ZAGONEL, 2001).

A técnica da observação consiste em ver, ouvir, perceber e interpretar (verbalmente e ou por escrito) aquilo que constitui o foco no momento. A enfermeira atenta à observação deverá olhar para perceber problemas físicos, sinais e sintomas, expressão facial e postura do paciente, dentre outros. Usando o olfato, pode ter informações importantes, como a presença de infecções. Pelo tato pode observar se a

pele está úmida, fria ou quente, e pela audição, identificar uma respiração ruidosa, por exemplo (CASTILHO; CAMPEDELLI, 1989).

Para Florence Nightingale, a observação é parte integrante do processo de cuidar, e este se insere no contexto da sobrevivência humana. Desta noção advém o entendimento do valor intrínseco da vida, que ocupa um lugar central no conjunto dos valores da humanidade (DURBAN, DOLAN, 1969; SOUZA *et al.*, 2005).

Este estudo foi alicerçado no conceito de observação de Florence Nightingale, visando o cuidado de enfermagem no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de apresentar a observação como tecnologia em enfermagem para a prevenção e o controle da Hemorragia pós-parto.

A observação de enfermagem nos escritos de Florence Nightingale

Florence Nightingale descreve como uma enfermeira deve assistir a um doente. Dizia ela: “quem pode ter alguma opinião de valor em relação ao paciente estar melhor ou pior é [...] a enfermeira que realmente seja uma boa observadora (DUNBAR; DOLAN, 1969, p. 119). A partir da observação, ela desenvolve o seu raciocínio sobre o cuidado do doente. Para Florence Nightingale, a lição prática mais importante que pode ser dada à enfermeira é ensinar-lhe o que observar, como observar os sinais e sintomas que indicam a melhora no estado do doente, e os que indicam o contrário. As informações devem ser precisas e fundamentadas no conhecimento da doença (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Na assistência preconizada por Florence Nightingale a observação traz a clareza, a precisão da informação ao indagar sobre as condições da pessoa assistida. As perguntas devem ser adequadas para a elucidação do caso. Perguntas inadequadas resultam em informações incorretas. Ela trabalhou com vários conceitos que compreendiam o que chamou de “assistência ampla”: observação, descrição do que está sendo observado, logicidade no raciocínio prático, ética, solidariedade, respeito, acolhimento, precisão, rapidez, segurança, espaço, reconhecimento dos sinais manifestos da doença e registro do que foi observado e realizado (ATTEWELL, 1998).

Florence Nightingale ensinava por meio de analogias com a vida real. Ao falar sobre meios para desenvolver uma observação precisa e completa, citou o caso de pai e filho passando em frente a uma vitrine de brinquedos; após observação, ambos anotavam tudo e descreviam um

para o outro o que haviam observado na vitrine. Voltavam então ao local para a conferência, sendo que o menino vencia sempre ou estava mais próximo da quantidade de brinquedos observados (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Para Florence Nightingale, a observação precisa e completa é qualidade essencial a uma enfermeira. Na observação ao doente, ela chamava a atenção aos cuidados com a alimentação, dizendo que a enfermeira deve observar e estar atenta quanto ao tipo de dieta oferecida, ao preparo, à escolha adequada, à falta de apetite do paciente e à escolha dos horários. A não observação adequada sobre essas situações pode levar muitos pacientes à morte por inanição, atrasar ou não realizar a cura do paciente (DUNBAR; DOLAN, 1969).

Na observação de Florence Nightingale, também identificou-se a preocupação sobre os mais diversos tipos de paciente, aquele mais calmo, o mais agitado, diferentes tipos de temperamento que a enfermeira deve observar com acurácia para saber lidar com o paciente e associá-lo a algum efeito de droga ou resultado de algum problema não esclarecido, não identificado.

Acerca do estado físico, a observação de Florence Nightingale foi denominada de “fisionomia da doença”. Tal fisionomia deve iniciar com o rosto, a coloração da pele, a circulação, os olhos, a aparência das pupilas como manifestação da irritabilidade cerebral, a língua, a fim de identificar problemas que muitas vezes não estão aparentes. Ela chama atenção a todo o entorno do doente, à distinção do que está aparente e do que não está aparente, e que possa contribuir para identificar a doença. Nessa fisionomia deve a enfermeira estar atenta para detectar a perda gradual de forças do paciente, pois a maioria não se queixa, apenas afirma: “sinto que já não consigo fazer as mesmas coisas que fazia meses atrás” (DUNBAR; DOLAN, 1969, p. 131). Para Florence Nightingale, a observação deve ser minuciosa, e refere que “é assombroso como as pessoas continuam fazendo observações superficiais” (DUNBAR; DOLAN, 1969, p. 130).

Florence Nightingale demonstrou a importância da observação das enfermeiras na ocorrência dos acidentes com os doentes. Afirmava que a causa era a falta de observação, bem como a avaliação das condições gerais, que não podia se restringir às alterações orgânicas porque a opinião a respeito de um desfecho dependeria de todas as condições que envolvessem o paciente.

Questionava: para que serve a observação?

Não se pode perder de vista a observação minuciosa, o seu valor intrínseco na coleta da informação, com vistas a salvar vidas e,

independente do resultado do tratamento, oferecer o cuidado de enfermagem e conforto ao paciente.

As boas práticas de enfermagem na prevenção e controle da HPP à luz da observação de Florence Nightingale

O parto foi considerado como um evento fisiológico, familiar e domiciliar até sua institucionalização após a Segunda Guerra Mundial, quando médicos adquiriram maiores conhecimentos na área da cirurgia, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia. O domínio das técnicas ampliou as possibilidades de muitas intervenções, tais como o parto instrumental e o parto por via abdominal (cesariana), tornando-se como opção de resolução da gravidez (SANTOS, 2002; CARON *et al.*, 2002).

Essa transformação desencadeou a institucionalização do parto, com aparatos técnicos, aumentando as intervenções que na sua maioria não se mostraram como protetoras e benéficas para um parto seguro e com menor nível de risco à vida da mulher e do recém-nascido. (LARGURA, 2000; SANTOS, 2002).

O momento do parto, ao mesmo tempo, pode ser uma conquista da mulher, e também representar uma ameaça, se não houver o acompanhamento de equipe técnica qualificada e disponibilidade de estrutura adequada para o atendimento de situações tais como a HPP.

A hemorragia pós-parto pode apresentar diferentes cenários clínicos. Pode aparecer imediatamente ao nascimento, com sangramento em grandes quantidades, ou lentamente no decorrer do processo do nascimento, sem resposta a tratamentos. Também pode estar associada a problemas sistêmicos, tais como distúrbios de coagulação (LALONDE *et al.*, 2006).

As recomendações baseadas em evidências para a prevenção de HPP, no terceiro estágio do parto, deveriam ser rotineiramente aplicadas na prática. É fundamental que as enfermeiras se apropriem de instrumentos para proceder a observação preconizada por Florence Nightingale, especialmente durante os primeiros minutos e horas após o parto. Com a observação é possível aplicar medidas gerais necessárias, imediatas, para salvaguardar a vida, tais como: reanimação, monitoramento de sinais vitais, solicitação de apoio e ajuda. Será possível, ainda, cumprir com os protocolos e terapias requeridas quando diagnosticada a HPP. Diante de uma situação clínica, nem tudo pode ser feito simultaneamente, por isso a enfermeira deve contar com suporte para observação, de modo a avaliar continuamente a mulher e seu entorno e agir de acordo com o surgimento dos eventos subsequentes

(PRENDIVILLE; ELBOURNE; MCDONALD, 2009; ICM/FIGO, 2012).

A International Confederation of Midwives (ICM), em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a International Federation of Gynecology and Obstetrics (ICM/FIGO, 2001), estabeleceu as competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia para a enfermagem (obstetrias ou parteiras profissionais e parteiras tradicionais), ou seja, os conhecimentos e as habilidades que os profissionais devem ter para assistir a mulher de forma efetiva e baseada nas melhores e mais atualizadas evidências científicas em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal. Esses procedimentos incluem realização de partos de baixo risco, prestação de assistência ao recém-nascido e ao lactente, prevenção e detecção de intercorrências e execução de medidas de urgência, onde houver necessidade (OMS, 2001).

A prática baseada em evidência surge com o objetivo de nortear as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde, com a busca das melhores evidências científicas, a experiência do profissional e a concordância do paciente, sem os riscos e com os benefícios da conduta informada (ATALLAH, 2004).

A prática baseada em evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas” (GRAY, 1997, p. 18). Isso significa não somente fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar fazer bem feito o que se faz, para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos (CRAIG; SMYTH; MULLALLY, 2002). A observação do paciente e seus registros contribuem para que os profissionais e pesquisadores analisem os riscos, identifiquem evidências científicas e proponham novas teorias e abordagens para as situações, como a HPP. Florence Nightingale, observando os doentes, percebeu como reduzir mortes por infecção dos soldados combatentes, na Guerra da Criméia. A observação é fundamental para compreender os fatos e situações, e seus determinantes, haja vista suas contribuições para o controle da epidemia da cólera, em Londres, juntamente com outros profissionais. Portanto, a observação pode resultar em dados e informações que sirvam para a construção de evidências, e estas, para a tomada de decisão acerca, por exemplo, da prevenção e controle da HPP e a tomada de decisão do enfermeiro (DOMENICO, 2003; CRAIG; SMYTH; MULLALLY, 2002; ATALLAH, 2004).

No Brasil, somente a partir de 1998 dispositivos legais, programas e pactos promulgados pelo governo destacaram o papel das enfermeiras, especialmente as especialistas em obstetrícia, na promoção

da maternidade segura. A partir de então muitas providências foram tomadas, como aporte financeiro para a formação de maior quantitativo de enfermeiras obstétricas, estratégias para criação dos centros de parto normal intra ou extra-hospitalares, investimento nas estruturas físicas das maternidades, capacitação e educação permanente dos envolvidos na atenção à saúde materna e perinatal, entre outras (NARCHI, 2009).

A qualificação para o manejo da gestação, parto e pós-parto é uma das estratégias que comprovadamente refletem na redução da morbimortalidade materna e perinatal (PRENDIVILLE; ELBOURNE; MCDONALD, 2013; LALONDE *et al.*, 2006).

A prevenção da hemorragia pós-parto pode ser bem encaminhada a partir da identificação dos fatores de risco, sinais e sintomas, por meio da observação e da história clínica, que devem ser priorizadas no atendimento da mulher desde o atendimento no pré-natal até a assistência ao parto e puerperio.

Portanto, a enfermeira deve desenvolver sua prática a partir da observação da mulher, principalmente por ocasião do terceiro estágio do parto, período de tempo da expulsão do feto até a expulsão da placenta e das membranas, momento em que a prevenção de excessiva perda de sangue é fundamental e crítica (BRUCHER, 2001).

Saber o que está sendo observado, realizado e o registro adequado de dados é um requerimento para as enfermeiras, bem como a observação da contração uterina, avaliando e monitorando o tônus, além da precisão na mensuração da perda de sangue, na verificação dos sinais vitais, explorando particularmente os sinais de choque (pulso, respiração, pressão arterial). Ademais, é fundamental a rapidez e agilidade no reconhecimento dos sinais manifestos das condições de risco para a hemorragia. Todos esses são cuidados imprescindíveis para a segurança da mulher e do recém-nascido.

A enfermeira, ao adotar a observação proposta por Florence Nightingale, proverá cuidado de enfermagem mais adequado e seguro, no pré natal, no parto e puerperio. Assim sendo, a mulher deve ser respeitada no processo de parturição e receber orientação sobre os procedimentos e respostas do organismo frente ao parto. Tais condutas possibilitam um parto com menor risco de hemorragias, maior segurança e sem intervenções desnecessárias.

Quando pensamos a observação como ato de explicar, analisar e registrar, é possível relacioná-la às características críticas da observação e reflexão, em que a enfermeira faz uso do conhecimento para avaliar e, se necessário, modificar o contexto da assistência (NININ, 2009).

A observação de enfermagem como tecnologia para a prevenção e o controle da HPP

O termo “tecnologia”, etimologicamente, vem de “tecno”, derivado de *techné*, que é o saber fazer, e “logia”, que vem de *logos* (“razão”), ou seja, significa a razão do saber fazer (RODRIGUES, 2001).

A produção tecnológica da enfermagem, além de gerar benefício para o paciente e sua segurança, visa também o atendimento das necessidades dos trabalhadores, seja para aprimorar e qualificar a prática profissional ou reduzir custos para a instituição de trabalho (MENDES *et al.*, 2002).

Especificamente na área materna, o partograma é uma das tecnologias construídas com suporte das evidências científicas para a monitorização do trabalho de parto. Mesmo assim, são muitas as maternidades em que profissionais ignoram esse suporte como recurso para controle e realização de um parto seguro e efetivo (WHO, 1994; NICE, 2007).

Na ação do cuidar em sala de parto, várias são as tecnologias que a enfermeira utiliza, seja enquanto saberes ou recursos instrumentais. Dentre essas, destaca-se neste estudo a observação como tecnologia de enfermagem para a prevenção e controle da HPP.

A observação, na perspectiva de Florence Nightingale, deve incluir a análise de vários componentes, dentre estes, a expressão verbal e não verbal, os sinais e sintomas da doença, as informações das pacientes e o quadro clínico apresentado pelas mesmas. No tocante ao cuidado da mulher durante o parto, a observação é um recurso fundamental para prevenir e controlar a HPP. A par da importância disso na prática, a observação é realizada de diferentes maneiras e, na maioria das vezes, de forma assistemática, fragmentada e sem registros adequados. Esse vazio tecnológico justifica o interesse em demonstrar que a observação de enfermagem é uma tecnologia necessária para a prevenção da HPP e da morte materna.

A tecnologia em enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa à qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar (MEIER, 2004). Cabe lembrar que, nas várias definições de tecnologia há componentes voltados não somente a construção do artefato em si mas, também, a observação da enfermeira que presta cuidado, integrando o pensamento clínico e o compromisso ético no cuidar. O envolvimento da enfermeira com a produção de tecnologias impõe-se como uma posição compatível não só com a prática de cuidar e de

ensinar a cuidar, mas também com a prática da pesquisa e da produção científica (FIGUEIRÊDO, 2004).

A produção tecnológica na enfermagem perpassa a reinterpretação da prática profissional subsidiada pelo conhecimento científico, de modo a gerar teorias, conceitos, métodos, hipóteses e inovações tecnológicas (SOUZA *et al.*, 2010).

A tecnologia envolve saberes e habilidade, e quando utilizada de maneira adequada, cria condições para um cuidado de enfermagem seguro e humano. Particularmente na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, os riscos próprios da mulher e do neonato devem ser identificados, para que as atitudes e práticas proporcionem transformações na assistência, e também, contribuam para redução da morbimortalidade materna e neonatal. Esta intencionalidade subsidia, igualmente, a sistematização do instrumento para observação em enfermagem para a prevenção e o controle da HPP.

A observação de enfermagem mediada por um instrumento contribui, além disso, para uma assistência sistematizada adotada na prática como uma tecnologia de suporte na assistência à mulher na sala de parto.

Mediante os resultados da revisão integrativa realizada e de outros estudos incorporados, procedeu-se a sistematização de um instrumento de observação em enfermagem para a prevenção e o controle das HPPs contendo quatro eixos: ambiente, prevenção da HPP, controle da HPP e registro dos dados. Para cada eixo foram inseridos pontos-chave, e estes servem como lembretes para a enfermeira sobre as questões que deve observar quando do cuidado da mulher no terceiro estágio do trabalho de parto. Também foram inseridas as referências que foram consultadas e que poderão ser examinadas pelas enfermeiras da assistência para que se apropriem de novos elementos, com a intencionalidade de aprofundar os estudos e promover a aplicação da tecnologia de observação na prática. As perguntas formuladas no instrumento de observação são apresentadas para que as enfermeiras tenham uma ação interrogante sobre o ambiente, sobre a sua atuação e sobre as condições apresentadas pela mulher. O instrumento sistematizado é incorporado nesta Tese de maneira descritiva. (Apendice A).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento sistematizado para a observação em enfermagem para a prevenção e o controle da HPP se constituiu em um recurso

facilitador do cuidado de enfermagem no terceiro estágio do trabalho de parto.

Os eixos adotados no instrumento não são únicos e nem absolutos, e podem ainda variar, na dependência do contexto cultural e tecnológico do país e da assistência.

O instrumento construído com os fundamentos da observação de Florence Nightingale e de estudiosos sobre o processo do parto e nascimento necessita ser validado, seja no que se refere ao conteúdo, à sua linguagem e à operacionalidade do mesmo. Precisa ainda da definição de indicadores para a avaliação da contribuição da enfermagem na prevenção e controle da HPP.

A sistematização do instrumento, em si, não se constitui em produto concluído. Porém, é parte de um processo criativo que visa responder a necessidade de contar com suporte para realizar a observação de modo sistemático e que a enfermagem construa seus próprios indicadores e suportes para inovação no cuidado de enfermagem.

A sistematização do instrumento apresentado reafirma o compromisso de Florence Nightingale com a observação pela enfermeira como parte indispensável do processo de cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS

ATALLAH, A. N. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagn Tratamento**. v. 9, n. 27, p. 8, 2004.

ATTEWELL, A. Florence Nightingale. **Prospects**: the quarterly review of comparative education. v. 18, n. 1, p. 153-66, 1998.

BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre Observação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a12>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Comitê de Morte Materna**. 3. ed. Brasília: MS, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Avaliação tecnológica em saúde**: subsidiando a melhoria da

qualidade e eficiência do SUS. Brasília (DF): MS, 1998.

BRUCKER, M. C. Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. **J. Midwifery Womens Health**. v. 46, n. 6, p. 381-92, Nov.-Dec. 2001.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 485-92, Jul/Ago 2002.

CASTILHO, V.; CAMPEDELLI, M. C. Observação e registro - subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CRAIG, V. J.; SMYTH, L. R.; MULLALLY, S. **Prática baseada na evidência**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, 2004. (Manual para enfermeiros).

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidência: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 115-8, jan./fev. 2003.

DUNBAR, M. V.; DOLAN, M. **Notes on nursing: what is, and what is not**. New York: Dover Publications, 1969.

FIGUEIRÊDO, N. M. A. *et al.* Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 905-912, nov./dez. 2004.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based healthcare: How to make health policy and management decisions**. London: Churchill Livingstone, 1997.

HEGENBERG, L. **Etapas da investigação científica: observação, medida, indução**. São Paulo: EPU, 1976.

HORTA, W. A. Editorial dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 4, n. 1-2, p. 3-4, mar./set. 1970.

ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Guidelines: prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 117, n. 2, p. 108-18, May. 2012.

LALONDE, A. *et al.* Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 94, n. 3, p. 243-53, Jul. 2006.

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil:** aspectos psicológicos, espirituais, biológicos e sociais; uma análise crítica por um parto mais humano e solidário. 2. ed. São Paulo: [s.n], 2000.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem:** desenvolvimento de um conceito. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MENDES, I. A. C. *et al.* A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 55, n. 5, p. 556-61, set.-out. 2002.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 4, p. 546-51, jul./ago. 2009.

NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Intrapartum care:** care of healthy women and their babies during childbirth – Clinical guideline. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2007.

NIGHTINGALE, F. **Suggestions for thought for searchers after religious truth.** Londres: Eyre & Spottiswoode, 1860. 3 v.

NININ, M. O. G. A atividade de observação nas práticas de orientação a professores: uma perspectiva crítica. **D.E.L.T.A.**, v. 25, n. 2, p. 247-400, 2009.

PFETTSCHER, S. A. *et al.* Florence Nightingale: la enfermería moderna. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Org.). **Modelos y**

teorias en enfermería. Madrid: Ediciones Harcourt, 1999. p. 69-85.

PRENDIVILLE, W. J. P.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. J. Active versus expectant management in the third stage of labour. **Cochrane Database System Review**, n. 3, 2009.

RODRIGUES, A. M. M. Por uma filosofia da tecnologia. In: GRINSPUN, M. P. S. Z. (Org.). **Educação tecnológica: desafios e perspectivas.** 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2001.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico.** 2002. 249p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOUZA, M. L. *et al.* Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.1, p. 75-81, jan.-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

SOUZA, M. L. *et al.* Innovación tecnológica y cuidados de enfermería. **Temperamentvm.** n. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t7172r.php>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

SUNDBERG, M. C. **Fundamentals of nursing: with clinical procedures.** 2. ed. Boston: Jones & Bartlett Pub, 1989.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Partograph in management of labour. World Health Organization maternal health and safe motherhood program. **Lancet.** v. 343, n. 8910, p. 1399-404, 1994.

_____. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.** Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. **Safe motherhood needs assessment.** Geneva: WHO, 2001.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de

metodologia para o cuidado. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A mortalidade materna associada à HPP no Estado de Santa Catarina se constitui em problema de Saúde Pública, haja vista que a RMM se manteve elevada durante todos os anos da série estudada. Não foi observada tendência que demonstrasse controle desse evento em nenhuma região do Estado. A observação da tendência manifesta em uma série histórica de um indicador como a RMM direciona a tomada de decisões e, também, a adoção de novas tecnologias na prática assistencial que contribuam para redução do risco da mulher morrer por HPP.

O parto pode ser acompanhado e monitorizado, portanto, indica a existência de tecnologias para a intervenção adequada para reduzir a RMM por HPP. Nesta perspectiva, ressalta-se que a existência de uma tecnologia não significa que ela resolva na prática o problema, contudo, Florence Nigthingale demonstrou como a observação contribuiu para a redução do impacto da morbimortalidade na sociedade.

A HPP pode ser prevenida, conforme demonstram as evidências encontradas na literatura, desde que as mesmas sejam incorporadas a prática clínica.

As mortes maternas por HPP devem ser reduzidas devido aos compromissos sociais assumidos pelo governo brasileiro, que definiu políticas públicas específicas para a promoção da saúde da mulher e do neonato, visando o cumprimento das metas definidas com os objetivos do millenium.

A cultura de inovação nos serviços de saúde, promovida pela educação continuada, pode contribuir para a produção científica e tecnológica e, ao mesmo tempo, para a aplicação prática do instrumento de observação sistematizado neste estudo.

As enfermeiras, por meio do cuidado de enfermagem, contribuem para reduzir as taxas de HPP e, assim, cumprir com compromisso social a elas delegados desde Florence Nigthingale.

A sistematização de um instrumento para observação, além de sua validação, pode estimular o desenvolvimento de uma cultura de inovação nos serviços de saúde. Pode também desencadear a difusão deste instrumento como um convite aos enfermeiros para observar o que fazem e dar o devido valor àquilo que criam ou sistematizam.

REFERÊNCIAS

AL KADRI, H. M.; AL ANAZI, B. K.; TAMIM, H. M.. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 283, n. 6, p. 1207-1213, 2011.

ALTHABE, F. *et al.* Using Uniject to increase the use of prophylactic oxytocin for management of the third stage of labor in Latin America. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 114, n. 2, p. 184-9, Aug. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.003.

ALVES, M. B. M. **Gerenciador Bibliográfico**: endnote Basic. Florianópolis, 2013. 53 slides, color. Acompanha texto. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/design/SLIDES_endnoteweb2012.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician - gynecologists, number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. **Obstet. Gynecol.** v. 108, n. 4, p. 1039-1047, 2006.

ANDREATTA, P. *et al.* Using cell phones to collect postpartum hemorrhage outcome data in rural Ghana. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 113, n. 2, p. 148-51, May. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.020

ANDREATTA, P.; PEROSKY, J.; JOHNSON, T. R. Two-provider technique for bimanual uterine compression to control postpartum hemorrhage. **J. Midwifery Womens Health.** v. 57, n. 4, p. 371-5, Jul.-Aug. 2012. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00152.x

ATALLAH, A. N. A incerteza, a ciência e a evidência. **Diagn Tratamento.** v. 9, n. 27, p. 8, 2004.

ATTEWELL, A. Florence Nightingale. **Prospects**: the quarterly review of comparative education. v. 18, n. 1, p. 153-66, 1998.

- BAGGIERI, R. A. A. *et al.* Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, v. 56, n. 2, p. 96-101, 2011. Disponível em: <<http://www.fcmscsp.edu.br/files/AA05.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2012.
- BAIS, J. M. *et al.* Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on moderate (> or = 500 ml) and severe (> or = 1000 ml) postpartum haemorrhage. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.** v. 115, n. 2, p. 166-72, Aug. 2004.
- BARNES-JOSIAH, D.; MYNNTI, C.; AUGUSTIN, A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. **Social Science & Medicine**, v. 46, p. 981-993, 1998.
- BETSY, S. Avaliação e cuidado no quarto trimestre. In: **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v. 67, n. 4, p. 877-80, 1998.
- BIJ DE VAATE, A. *et al.* Knowledge, attitudes and practices of trained traditional birth attendants in the Gambia in the prevention, recognition and management of postpartum haemorrhage. **Midwifery**. v. 18, n. 1, p. 3-11, Mar. 2002.
- BITAR, S. H *et al.* Evoking the Guardian Angel: Childbirth Care in a Palestinian Hospital. *Reproductive Health Matters*, 2007.
- BOSK, C. L. *et al.* Reality check for checklists. **The Lancet**, p. 444-445, ago. 2009.
- BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre Observação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, jul. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a12>>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação tecnológica em saúde: subsidiando a melhoria da qualidade e eficiência do SUS**. Brasília (DF): MS, 1998.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Comitê de Morte Materna**. 3. ed. Brasília: MS, 2007a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. 2007b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. 2007c. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede. 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, Brasília(DF), 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

BROOME, M. A. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (ed.). **Concept development in nursing**: foundations, techniques, and applications. 2. ed. Philadelphia: Saunders, c2000.

BROWN, P. Florence Nightingale: the tough british campaigner who was the founder of modern nursing. UK: Exley Publications, 1988.

BRUCKER, M. C. Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. **J. Midwifery Womens Health**. v. 46, n. 6, p. 381-92, Nov.-Dec. 2001.

BUCKLAND, S. S.; HOMER, C. S. Estimating blood loss after birth:

using simulated clinical examples. **Women Birth**. v. 20, n. 2, p. 85-8, Jun. 2007.

BULLOUGH, C. H.; MSUKU, R. S.; KARONDE, L. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. **Lancet**. v. 2, n. 8662, p. 522-5, Sep. 1989.

BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. **J. Perinat. Neonatal Nurs.** v. 24, n. 3, p. 215-28; quiz 229-30, 2010 Jul-Sep. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90.

CALLAGHAN, W.; KUKLINA, E.; BERG, C. Trends in postpartum hemorrhage: United State, 1994-2006. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 202, n. 4, p. 353, Apr. 2010

CARITAS HEALTH GROUP. Women's Health Program. **Guidelines And Protocols Prevention And Treatment Of Postpartum Hemorrhage**. 2005.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 485-92, Um/Ago 2002.

CASTILHO, V.; CAMPEDELLI, M. C. Observação e registro - subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, Maria Coeli (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, Saúde da Mulher e Reprodutiva. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave**: estratégia de monitoramento e avaliação. Montevideú: CLAP/SMR, 2012.

CHANDHIK, N. et al. Oral misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage by paramedical workers in India. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 92, n. 2, p. 170-5, Feb. 2006.

CHARANI, E. *et al.* Do smartphone applications in healthcare require a governance and legal framework? It depends on the application! **BMC Medicine**, 2014. Disponível em:

<<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/2>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

CHELMOW, D. Postpartum haemorrhage: prevention. **Clinical Evidence**, abr. 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21463537>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

CHO, M. **Definiciones, retos globales y estrategia regional del programa de calidad en la atención y seguridad de los pacientes**. [s.n.]: Organización Panamericana de La Salud, 2011.

COLÔMBIA. Guia de prática clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque emorrágico1. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 64, n. 4, Octubre-Diciembre, p. 425-452, 2013.

COMBS, C. A.; MURPHY, E. L.; LAROS JR., R. K. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. **Obstet. Gynecol.**, v. 77, p. 69, 1991.

CRAIG, V. J.; SMYTH, L. R.; MULLALLY, S. **Prática baseada na evidência**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, 2004. (Manual para enfermeiros).

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 415-422, 2005.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Williams Obstetrics**. 21. ed. Norwalk: Appleton Lange, 2001

DERMAN, R. J. *et al.* Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. **Lancet**. v. 368, n. 9543, p.1248-53, Oct 2006.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em:
<http://www.centrocochranedobrasil.org.br/apl/artigos/artigo_516.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.

- DILDY, G. A. *et al.* Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? **Obstet Gynecol**, v. 104, p. 601-6, 2004.
- DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. Enfermagem baseada em evidência: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 115-8, jan./fev. 2003.
- DOTTO, L. M. G. **Atenção qualificada ao parto**: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco - AC. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- DUNBAR, M. V.; DOLAN, M.; **Notes on Nursing**: What is, and what is not. New York: Dover Publications, 1969.
- EDMONDS, J. K.; HRUSCHKA, D.; SIBLEY, L. M. A comparison of excessive postpartum blood loss estimates among three subgroups of women attending birthsin Matlab, Bangladesh. **J. Midwifery Womens Health**. v. 55, n. 4, p. 378-82, Jul-Aug. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.08.003.
- EL-REFAEY, H. et al. Misoprostol for third stage of labour. **Lancet**. v. 347, n. 9010, p. 1257, May 1996.
- _____. The misoprostol third stage of labour study: a randomised controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management. **Br J. Obstet. Gynaecol.**, n. 107, p. 1104-1110, 2000.
- _____. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. **Br. J. Obstet. Gynaecol.** v. 104, n. 3, p. 336-9, Mar. 1997.
- MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. **Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de parto**. Protocolos Clínicos. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2011.
- FARRAR, D. *et al.* Care during the third stage of labour: a postal survey of UK midwives and obstetricians. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 10, p. 23. May. 2010. doi: 10.1186/1471-2393-10-23.
- FAWCET, J. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal

relationship. **Journal Adv. Nurs.**, Oxford, v.17, n. 2, p. 224-228, 1992.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FIGUEIRÊDO, N. M. A. *et al.* Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 905-912, nov./dez. 2004.

FOSTER, J.; REGUEIRA, Y.; HEATH, A. Decision making by auxiliary nurses to assess postpartum bleeding in a Dominican Republic maternity ward. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.** v. 35, n. 6, p. 728-34, Nov.-Dec. 2006.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARCIA, K.; MORRISON, F. B.; SAVRIN. C. Teaching guatemala midwives about postpartum hemorrhage. **MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.** v. 37, n. 1, p. 42-7, 2012 Jan-Feb. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182387c0a.

GELLER, S. E. et al. Conducting international collaborative research in developing nations. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 87, n. 3, p. 267-71, Dec. 2004.

GLOVER, P. Blood loss at delivery: how accurate is your estimation? **Aust. J. Midwifery.** v. 16, n. 2, p. 21-4, Jun. 2003.

GOUDAR, S. S. et al. Variation in the postpartum hemorrhage rate in a clinical trial of oral misoprostol. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.** v. 21, n. 8, p. 559-64, Aug. 2008. doi: 10.1080/14767050802132158.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based healthcare:** How to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone,

1997.

HASSAN-BITAR, S.; WICK, L. Evoking the guardian angel: childbirth care in a Palestinian hospital. *Reprod. Health Matters*. v. 15, n. 30, p. 103-13, Nov. 2007.

HEGENBERG, L. **Etapas da investigação científica**: observação, medida, indução. São Paulo: EPU, 1976.

HOFMEYR, G. J.; ABDEL-ALEEM, H.; ABDEL-ALEEM, M. A. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 7, CD006431, jul. 2013.

HØJ, L. et al. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomized double blind clinical trial. **BMJ**, v. 331, n.723, Oct. 2005.

HORTA, W. A. Editorial dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 4, n. 1-2, p. 3-4, mar./set. 1970.

HUTTON, E. K.; HASSAN, E. S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **JAMA**, v. 297, n. 11, p. 1241-52, Mar. 2007.

ICM/FIGO - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Management of the third stage of labour to prevent post-partum hemorrhage (joint statement). **International Joint Policy Statement**, n. 136, p. 1-2, nov. 2003.

_____. Prevention and treatment of post-partum haemorrhage: new advances for low resource settings. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 97, n. 2, p. 160-3, Mar. 2007.

_____. Joint Statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. 2009. Disponível em: <http://www.pphprevention.org/files/ICM_FIGO_Joint_Statement.pdf>. Acesso em: set. 2011.

_____. Guidelines: prevention and treatment of postpartum

hemorrhage in low-resource settings. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 117, n. 2, p. 108-18, May. 2012.

ITS - INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. Reflexões sobre a construção do conceito de tecnologia social. In: PAULO, A. de et al. (ed.). **Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento.** Rio de Janeiro: Fundação Banco do Brasil, 2004.

JACOBS, J. A. Causes and treatment of postpartum hemorrhage. **UpToDate**, Version 17.1, [33 Fls], Ene. 2009. Disponível em: <<http://www.utdol.com/utd/store/index.do>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Filadélfia, Pensilvânia, 2011. Disponível em: <<http://www.jointcommission.org>>. Acesso em: set. 2011.

KANE, T. T. *et al.* Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes, and prevention. **Studies in Family Planning**, v. 23, p. 45-57, 1992.

KARLSSON, H.; PÉREZ SANZ, C. Hemorragia postparto [Postpartum haemorrhage] [Espanhol]. **An. Sist. Sanit. Navar.** n. 32, Suppl. 1, p. 159-67, 2009.

KHAN, G. Q. *et al.* Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 177, n. 4, p. 770-774, 1997.

KHAN, K. S. *et al.* WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v. 367, n. 9516, p. 1066-74, Apr. 2006.

KNIGHT, M. *et al.* Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 9, p. 55, [10f], nov. 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

KODKANY, B. S. *et al.* Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India: a joint collaboration between the

United States and India. **Int. J. Fertil Womens Med.** v. 49, n. 2, p. 91-6, Mar-Apr. 2004.

LALONDE, A. *et al.* Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 94, n. 3, p. 243-53, Sep. 2006.

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil:** aspectos psicológicos, espirituais, biológicos e sociais; uma análise crítica por um parto mais humano e solidário. 2. ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

LEDUC, D. *et al.* Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **J. Obstet. Gynaecol. Can.** v. 31, n. 10, p. 980-93, Oct. 2009.

LEOPARDI, M. T. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livros; NFR/UFSC, 1999.

LEVY, V.; MOORE, I. The midwife's management of the third stage of labour. **Nursing Times**, v. 85, n. 5, p. 47-50, 1985.

LISTOW, W. Haemorrhage. In: LEWIS, G. **The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving mothers lives:** reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003-2005. The seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2007. Disponível em: <http://www.mdeireland.com/pub/SML07_Report.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2014.

LOW, L. K. *et al.* Postpartum hemorrhage prevention: a case study in northern rural Honduras. **J. Midwifery Womens Health.** v. 53, n. 1, p. e1-6, Jan.-Feb. 2008. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.08.014.

LUIZAGA, C. T. M. *et al.* Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2010.

MACEDO, P. O. *et al.* As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 341-347, jun. 2008.

MAGANN, E. F. *et al.* The length of the third stage of labour and the risk of postpartum hemorrhage. **Obstet. Gynecol.**v. 105, n. 2, p. 290-293, 2005.

MAINE, D. *et al.* Prevention of maternal deaths in developing countries. **Center for Population and Family Health**, New York, 1999.

MALVÁREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: COMETTO, M. C. *et al.* (Org.). **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. v. 1.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L. Mortalidade materna por hemorragia, no estado de Santa Catarina - Brasil, 1997 a 2010. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013.

MEIER, M. J. **Tecnologia em enfermagem**: desenvolvimento de um conceito. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, I. A. C. *et al.* A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 55, n. 5, p. 556-61, set.-out. 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Praxis em salud**: um desafio para lo público. Buenos Aires (AR)/São Paulo (SP): Lugar Editorial/Hucitec, 1997. p.71-112.

MOBEEN, N. *et al.* Administration of misoprostol by trained traditional birth attendants to prevent postpartum haemorrhage in homebirths in Pakistan: a randomised placebo-controlled trial. **BJOG**. v. 118, n. 3, p. 353-61, Feb. 2011. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02807.x.

MORSE, M. L. *et al.* Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. **Cad. Saúde Pública**,v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011.

- NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 4, p. 546-51, jul./ago. 2009.
- NARCHI, Z. N. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/12.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2012.
- NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth – Clinical guideline.** London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2007.
- NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco conceitual nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984, p. 210-229.
- NIGHTINGALE, F. **Subsidiary notes as to the introduction of female nursing into military hospitals in peace and in war.** London: Harrison and Sons, 1858.
- _____. **Notes on nursing: what it is, and what it is not.** London: Harririson, 1859.
- _____. **Suggestions for thought for searchers after religious truth.** Londres: Eyre&Spottiswoode, 1860. 3 v.
- NININ M. O. G. A atividade de observação nas práticas de orientação a professores: uma perspectiva crítica. **D.E.L.T.A.**, v. 25, n. 2, p. 247-400, 2009.
- ODENT, M. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996.
- _____. **Classificação Internacional de Doenças –CID-10.** 4. ed. São

Paulo: Edusp, 1998. v. 2. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/c03.pdf>>. Acesso em:
5 fev. 2014.

_____. **CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: 10ª revisão. 6. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/EDUSP, 2001. v. 2.

_____. **Hemorragia pos-parto**: Manual para professores de enfermagem obstétrica Educação para um maternidade segura: Módulo de educação em obstetrícia. 2. ed. 2005.

_____. **Tendências da mortalidade materna**: 1990 a 2010. Nações Unidas no Brasil, 2012. Disponível em <<http://www.onu.org.br/brasil-tem-queda-de-51-na-mortalidade-materna-registra-relatorio-da-onu/>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

OYARZÚN, E. E.; KUSANOVIC, P. J. P. Urgencias en obstetricia [Emergencies in obstetrics]. **Rev. Méd. Clín. Condes.**, v. 22, n. 3, p. 316-31, may. 2011.

PAIM, L. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto contexto – Enferm.**, v. 18, n. 3, jul./set. 2009.

PATEL, A. *et al.* Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 93, n. 3, p. 220-4, Jun. 2006.

PFETTSCHER, S. A. *et al.* Florence Nightingale: la enfermería moderna. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Org.). **Modelos y teorías en enfermería**. Madrid: Ediciones Harcourt, 1999. p. 69-85.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura** [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

PRATA, N. *et al.* Prevention of postpartum hemorrhage: options for home births in rural Ethiopia. **Afr. J. Reprod. Health.** v. 13, n. 2, p. 87-95, Jun. 2009.

PRENDIVILLE, W. J. P.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. J. Active versus expectant management in the third stage of labour. **Cochrane Database System Review**, n. 3, 2009.

_____. **Active versus expectant management in the third stage of labour** [Cochrane review]. Chichester: The Cochrane Library, 2013.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 194-197, ago. 2004.

RAMANATHAN, G.; ARULKUMARAN, S. Postpartum haemorrhage. **Current Obstetrics & Gynaecology**, v. 16, n. 1, p. 6-13, 2006.

RODRIGUES, A. M. M. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: GRINSPUN, M. P. S. Z.; (Org.). **Educação Tecnológica: desafios e perspectivas**. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2001.

RUIZ, M. T. **Análise da perda hemática durante o processo de parturição 2012**. Escola de Enfermagem de Rbeirão Preto. Universidade de São Paulo. Programa de Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2012.

SANGHVI, H. et al. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 108, n. 3, p. 276-81, Mar. 2010. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.12.003.

SANTA CATARINA. Lei complementar n. 381, de 07 de maio de 2007. Disponível em:
<www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task>. Acesso em: 15 maio 2014.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. 249p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCHIMDT, F.; OLIVEIRA, T. **Ações da Rede Cegonha reduzem mortalidade materna em 21%**. Portal da Saúde – SUS 2012. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5286/162/rede-gegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21.html>>. Acesso em: 26 maio 2013.

SHEINER, E. *et al.* Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, v. 18, p. 149, 2005.

SILVEIRA, R. C. C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SOSA, C. G. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. **Obstet. Gynecol.** v. 113, n. 6, p. 1313-9, Jun. 2009. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66b05.

SOUZA, M. L. Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito, grupo etário, paridade, local de residência e tipo de parto: obituário hospitalar, 1975 a 1979. Florianópolis, SC (Brasil). **Rev. Saúde Públ.**, v. 17, n. 4, p. 279-289, ago. 1983.

_____; ALMEIDA, P. A. M.; GARCIA, W. Z. Mortalidade materna na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, no período de 1975 a 1983: 1. Incidência. **J. Bras. Ginecol.**, v. 97, n. 7, p. 351-4, jul. 1987.

SOUZA, M. H. *et al.* Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. **Ver. Saude Publica** [online], v. 41, n. 2, abr. 2007.

SOUZA, M. L. *et al.* Subsídios para uma ética da responsabilidade em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.14, n.1, p. 75-81, jan.-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. Innovación tecnológica y cuidados de enfermería. **Temperamentvm.** n. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t7172r.php>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. Meninas catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 318-323, jun. 2010.

_____. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, [8 telas], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2013.

SUNDBERG, M. C. **Fundamentals of nursing**: with clinical procedures. 2. ed. Boston: Jones & Bartlett Pub, 1989.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa convergente assistencial :um desenho que une o saber fazer e o saber pensa r na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis:Insular, 2004.

TSU, V. D. *et al.* Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: assessing the effectiveness of activemanagement of third-stage labor. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** v. 32, n. 5, p. 489-96, Oct. 2006.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

VIVIO, D. et al. Integration of the practice of active management of the third stage of labor within training and serviceimplementation programming in Zambia. **J. Midwifery Womens Health.** v. 55 n. 5, p. 447-54, Sep-Oct. 2010. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.015.

WALL, M. L. **Metodologia da Assistência**: um elo entre a enfermagem e a mulher mãe. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

WALRAVEN, G. *et al.* Misoprostol in the management of the third stage of labour in the home delivery setting in rural Gambia: a randomised controlled trial. **BJOG.** v. 112, n. 9, p. 1277-83, Sep. 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.** v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Partograph in management of labour. World Health Organization maternal health and safe motherhood program. **Lancet**. v. 343, n. 8910, p. 1399-404, 1994.

_____. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors**. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.

_____. **Safe motherhood needs assessment**. Geneva: WHO, 2001.

_____. The World Health Report 2005. Geneva, 2005.

_____. Department of Making Pregnancy Safer. Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. WHO: Geneva, 2007.

_____. **WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2010.

_____. Unedited Report. In: EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 18., 2011a, Accra (Ghana). **Proceeding...** Accra (Ghana): WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/selection_medicines/Complete_UNEDITED_TRS_18th.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. Global Health Observatory (GHO). **Maternal and reproductive health**. Geneva: WHO, 2011b. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/en/index.html>. Acesso em: 17 jan. 2012.

_____. **Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage**. Geneva: WHO, 2012.

_____. Safe Childbirth Checklist (SCC). The safe childbirth checklist programme: an overview. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background_document.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____; UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND.

Countdown to 2015 decade report (2000 - 2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva: World Health Organization; UNICEF, 2010. Disponível em:

<http://www.childinfo.org/files/CountdownReport_2000-2010.pdf>.

Acesso em: 10 fev. 2014.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de observação em enfermagem para a prevenção e o controle da hemorragia pós-parto (IOCHPP)

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
1 AMBIENTE		
Observação		
Oferece conforto e bem-estar à parturiente? () Sim () Não	Orientar sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor (banho terapêutico, bola de burt, cavalinho, massagem). Manter parturiente seca, troca do forro perineal, aquecida. Oferecer roupa que preserve sua intimidade. Observar aspecto do períneo como edema, coloração, hematoma. Oferecer líquidos e alimentos leves como sopa, conforme vontade da parturiente. Orientar sobre a presença de acompanhante.	1. Nursing management during labor and birth (Chapter 14). Unit 4: Labor and Birth. EUA, [2010]. p. 331-75. Disponível em: < http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013. 2. Nursing care during labor and birth (Chapter 13). In: PART III: The Family during Birth. EUA. [2010]. p. 266-305. Disponível em: < http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book_pages/murray/pdfs/Murray_266-305_Ch13.qxd.pdf >. Acesso em: 13 nov. 2013.
Oferece condições para parturiente no posicionamento para o parto? () Sim () Não	Ter cuidado e o respeito em ajudar a mulher a adaptar a melhor posição conforme a fisiologia e preferência da mulher.	1. Nursing management during labor and birth (Chapter 14). Unit 4: Labor and Birth. EUA, [2010]. p. 331-75. Disponível em: < http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013. 2. Nursing care during labor and birth (Chapter 13). In: PART III: The Family during Birth. EUA. [2010]. p. 266-305. Disponível em: < http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book_pages/murray/pdfs/Murray_266-305_Ch13.qxd.pdf >. Acesso em: 13 nov. 2013.
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Realiza observação das Precauções Universais? () Sim () Não	Fundamental o uso de touca, máscara, avental esterilizado, protetor para olhos e sapatos, e escovar as mãos antes de colocar as luvas para prevenir a transmissão de infecções.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. Nursing Care During Labor and Pain Management (Chapter 8). Unit four: Labor and Birth. Elsevier Inc. 2005. p. 95-128. Disponível em: < http://www.mea.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780721604787/Chapter_8_Nursing_Care_During_Labor_and_Pain_Management.pdf > Acesso em: 13 nov. 2013.
Os ocitócitos estão disponíveis e com acondicionamento correto? () Sim () Não	A Ocitocina é droga de eleição para prevenção da HPP 10 UI administrada IM 5 UI em solução salina 0,9 ou <i>ringer lactato</i>	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. LALONDE, A.; FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 117, n. 2, p. 108-18, May 2012. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001. No abstract available.
Realiza orientação a parturiente sobre o 3º estágio do parto? () Sim () Não	Explicar com clareza à parturiente como e o porquê. Usar de linguagem empática.	1 OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).
Realiza orientação sobre aspectos legais e as práticas obstétricas do hospital? () Sim () Não	Obtenção do consentimento da mulher para fornecer informações. Precisão na capacidade de responder as perguntas e dúvidas da parturiente. Precisão nas orientações sobre a internação, o parto, o pós-parto.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
2 PREVENÇÃO DA HPP		
observação		
<p>Realiza o exame do útero para avaliar o tônus? () Sim () Não</p>	<p>Levar uma mão ao abdome para detectar a contração uterina e separação da placenta. Evitar a manipulação do fundo uterino até a dequitação da placenta. Após expulsão do feto o útero sofre mudança na forma e na posição, apresentando-se arredondado e na altura da cicatriz umbilical. Após expulsão da placenta, o útero se encontra abaixo da cicatriz umbilical.</p>	<p>1. GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. Department of Health. Women and newborn health service: Clinical Guidelines. Australia: OGCCU; King Edward Memorial Hospital Review Team, 2013. p. 1-4. Disponível em: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionc/14/c14.3.1.pdf>. Acesso em: 13 Nov 2013.</p>
<p>Observa os sinais e sintomas da subinvolução uterina () Sim () Não</p>	<p>Útero é aumentado, está no abdomen acima do umbigo, é pantanoso (amolecido), não contrai, lóquios aparecem em descarga irregular ou excessivo.</p>	<p>1. KUPINA, P. S. Assessment and management of postpartum complications - Chapter 17. In: Guideline Maternal Newborn Nursing. p. 303-37. Disponível em: <http://www.atitesting.com/ati_next_gen/FocusedReview/data/datacontext/RM%20MN%20PN%207.2%20Chp%2017.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.</p>
<p>Observa sinais de dequitação da placenta? () Sim () Não</p>	<p>Desconforto com contração. Mudança no tamanho, forma e posição do útero. Este geralmente pode ser visto, é arredondado, duro e palpável, sangue em pingo. Elevação do fundo uterino no abdômen e desvio para a direita.</p>	<p>1. ICM (International Confederation of Midwives). Strengthening Midwifery Globally. Guideline for Attendance at a Physiological (Expectant) Third Stage of Labour. 2011. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Links/GL2011_001%20Guideline%20for%20attendance%20at%20a%20physiological%20(expectant)%203rd%20stage%20of%20labour.pdf> Acesso em: 13 nov. 2013.</p> <p>2. CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; HAUTH, J. C.; ROUSE, D. J.; SPONG, C. Y. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: Mc Graw-Hill, 2010.</p>
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
<p>Observa sinais de descida da placenta?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p>Sinais de desconforto como contração ou puxos, parturiente quer mudar de posição.</p> <p>Parturiente pode referir peso na vagina e no reto.</p> <p>O cordão umbilical alonga no canal vaginal e o sangue sai em gotas (inserção é lateral no útero) ou em jorro (a inserção na porção superior útero).</p> <p>Sangramento é pequeno, significa uma descida rápida e completa da placenta.</p> <p>Identificação digital da placenta no fundo de saco posterior da vagina.</p>	<p>1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).</p> <p>2. MAGANN, E. F.; EVANS, S.; CHAUHAN, S. P.; LANNEAU, G.; FISK, A. D.; MORRISON, J. C. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum haemorrhage. Obstet. Gynecol. v. 105, n. 2, p. 290-3, Feb. 2005.</p> <p>3. ICM (International Confederation of Midwives). Strengthening Midwifery Globally. Guideline for Attendance at a Physiological (Expectant) Third Stage of Labour. 2011. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Links/GL2011_001%20Guideline%20for%20attendance%20at%20a%20physiological%20(expectant)%203rd%20stage%20of%20labour.pdf> Acesso em: 13 nov. 2013.</p> <p>4. BRUCKER, M. C. Management of the third stage of labor: an evidence-based approach. J. Midwifery Womens Health. v. 46, n. 6, p. 381-92, Nov-Dec. 2001.</p>
3 CONTROLE DA HPP		
observação		
<p>Identifica os fatores de risco para HPP?</p> <p>() Sim () Não</p>	<p><u>Anteparto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pré-eclampsia; - Nuliparidade; - Multiparidade; - Hemorragia pós-parto prévia; - Parto cesariano prévio; - Anemia. <p><u>Intraparto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolongamento do terceiro estágio de parto (acima de 30 minutos); - Episiotomia médio-lateral; - Parada de descida da placenta; - Lacerações pélvicas: cervical, vaginal e perineal. 	<p>1. LEDUC, D. et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. J. Obstet. Gynaecol. Can. v. 31, n. 10, p. 980-93, Oct. 2009.</p> <p>2. COMBS, C. A.; MURPHY, E. L.; LAROS Jr., R. K. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet. Gynecol. v. 77, n. 1, p. 69-76, Jan. 1991.</p> <p>3. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal; Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia</p>
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
	- Parto instrumentado: fórceps e vácuo extrator.	(BH). Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas . Belo Horizonte: PMBH, 2010. Disponível em: < http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706_protocolo.pdf >. Acesso em: 12 Out. 2013.
Identifica a causa e origem da HPP? () Sim () Não	4Ts: - T ônus uterino (atonía uterina); - T rauma (lacerações cervicais, vaginais e perineais; hematomas pélvicos; inversão uterina; ruptura uterina); - T ecido (retenção de tecidos placentários; invasão placentária); - T rombina (coagulopatias).	1. BURKE, C. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. <i>J. Perinat. Neonat. Nurs.</i> v. 24, n. 3, p. 215-28, Jul-Sep. 2010. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181e8ce90. 2. LALONDE, A.; FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. <i>Int. J. Gynaecol. Obstet.</i> v. 117, n. 2, p. 108-18, May 2012. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001. No abstract available. 3. KARLSSON, H.; SANZ, C. P. Hemorragia postparto. <i>An. Sist. Sanit. Navar.</i> v. 32, Supl. 1, p. 159-67, 2009. 4. SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. <i>Advances in Labour and Risk Management (ALARM): Course Manual</i> . 9th ed. Ottawa, Ontario: SOGC, 2002.
Identifica a hemorragia pós-parto? () Sim () Não	Compensada 10 a 15% 500 a 1000 ml. Leve 15 a 25% 1000 a 1500 ml. Moderada 25 a 35% 1500 a 2000 ml. Severa 35 a 45% 2000 a 3000 ml.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). <i>Int. J. Gynaecol. Obstet.</i> v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pós-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Identifica os sinais de hemorragia compensada? () Sim () Não	Perfusão - normal Pulso - 60 – 90 bpm Sinais e sintomas: palpitação, taquicardia, tontura. Pressão arterial sistólica (mmHg) > 100.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pos-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Identifica os sinais de hemorragia leve? () Sim () Não	Perfusão – ligeira queda Sinais e sintomas: fraqueza, sudorese, taquicardia. Pulso - 91 – 100 bpm Pressão arterial sistólica (mmHg) - 80 – 100.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pos-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Identifica os sinais de hemorragia moderada? () Sim () Não	Perfusão – moderada queda. Sinais e sintomas: irritabilidade, palidez, oligúria. Pulso - 101 – 120 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) - 70 – 80.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pos-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Identifica os sinais de hemorragia severa (choque hemorrágico)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perfusão - acentuada queda. Sinais e sintomas: colapso, falta de ar, anúria. Pulso > 120 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) - 50 – 70. Débito urinário < 25ml/h.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pos-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Identifica as alterações dos sinais sensório-motores na hemorragia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Compensada – sem alterações. Leve – normal e/ou agitada. Moderada – agitada, confusa. Severa – letárgica e inconsciente.	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997. 2. IPERBA. INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA. Protocolo OBS 18: Hemorragia Pos-Parto. 10 Jan. 2005. Disponível em: < http://www1.saude.ba.gov.br/iperba/admin/db/userfiles/file/Protocolo-OBS-018-Hemorragia%20Posparto%20Corrigido.pdf >. Acesso em: 13 Dez. 2013.
Identifica as medidas de controle e monitorização da HPP? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pressão arterial média acima de 90 mmHg. Frequência cardíaca igual ou abaixo de 90 bpm. Frequência respiratória acima de 12 e abaixo de 18 rpm. Saturação de oxigênio por oximetria igual ou acima de 95%	1. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists: educational bulletin. Hemorrhagic shock. Number 235, April 1997 (replaces n. 82, December 1984). Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 57, n. 2, p. 219-26, May. 1997.
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Identifica a perda de sangue com precisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Observar a coloração dos lóquios. Sangue constante, gotejamento, sangue vermelho vivo e brilhoso escorrendo a partir da vagina. Absorvente perineal satura em 15 min ou menos. Usar medidor para avaliar perda de sangue.	<ol style="list-style-type: none"> 1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. KUPINA, P. S. Assessment and management of postpartum complications - Chapter 17. In: Guideline Maternal Newborn Nursing. p. 303-37. Disponível em: <http://www.atitesting.com/ati_next_gen/FocusedReview/data/datacontext/RM%20MN%20PN%207.2%20Chp%2017.pdf>. Acesso em 13 nov. 2013.
Identifica o esvaziamento da bexiga? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	A bexiga cheia pode dificultar a fisiologia do terceiro estágio do parto e deslocar a posição uterina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. Nursing management during labor and birth (Chapter 14). Unit 4: Labor and Birth. EUA, [2010]. p. 331-75. Disponível em: <http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf>. Acesso em: 13 Nov 2013.
Observa o tônus uterino? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Um útero aumentado de forma pantanosa, com deslocamento lateral ao exame pélvico esangramento em jorro e irregular indicam atonia uterina. Usar massagem uterina a cada 15 minutos por 1 hora, em caso de atonia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. KUPINA, P. S. Assessment and management of postpartum complications - Chapter 17. In: Guideline Maternal Newborn Nursing. p. 303-37. Disponível em: <http://www.atitesting.com/ati_next_gen/FocusedReview/data/datacontext/RM%20MN%20PN%207.2%20Chp%2017.pdf>. Acesso em 13 nov. 2013. 2. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
		<p>haemorrhage. <i>J. Midwifery Womens Health</i>. v. 49, n. 1, p. 76-7, Jan-Feb 2004.</p> <p>3. LALONDE, A.; FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int. J. Gynaecol. Obstet. v. 117, n. 2, p. 108-18, May 2012. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.03.001. No abstract available.</p> <p>4. WHO (World Health Organization). Recommendation for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland), 2012.</p>
Solicita ajuda e comunica equipe médica? () Sim () Não	Comunica com precisão e rapidez o profissional quando de algum problema nos cuidados à parturiente.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).
Identifica a necessidade de encaminhar casos de anomalia? () Sim () Não	Avaliação do traumatismo e/ou deterioração do estado. Reconhecer com precisão e rapidez a necessidade de organizar o encaminhamento.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).
REGISTRO DOS DADOS		
Observação		
Há registro dos procedimentos realizados? () Sim () Não	Clareza. Precisão. Objetividade.	<p>1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).</p> <p>2. Nursing management during labor and birth (Chapter 14). Unit 4: Labor and Birth. EUA, [2010]. p. 331-75. Disponível em: <http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf>. Acesso em: 13 Nov 2013.</p>
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Registra o tempo de expulsão da placenta? () Sim () Não	Idem.	1. Nursing management during labor and birth (Chapter 14). Unit 4: Labor and Birth. EUA, [2010]. p. 331-75. Disponível em: < http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781752206_Ricci/samples/Chapter14.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013.
Registra o tempo de duração do 3º estágio TPP (mais que 10 minutos é risco HPP) () Sim () Não	Idem.	1. MAGANN, E. F.; EVANS, S.; CHAUHAN, S. P.; LANNEAU, G.; FISK, A. D.; MORRISON, J. C. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum haemorrhage. Obstet. Gynecol. v. 105, n. 2, p. 290-3, Feb. 2005. 2. GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. Department of Health. Women and newborn health service: Clinical Guidelines. Australia: OGCCU; King Edward Memorial Hospital Review Team, 2013. p. 1-4. Disponível em: < http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionc/14/c14.3.1.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013.
Registra aspectos da placenta (integridade, coágulos, presença de calcificação, infarto, edema, odor)? () Sim () Não	Idem.	1. GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. Department of Health. Women and newborn health service: Clinical Guidelines. Australia: OGCCU; King Edward Memorial Hospital Review Team, 2013. p. 1-4. Disponível em: < http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionc/14/c14.3.1.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013. 2. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES; INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNAECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. J. Midwifery Womens Health. v. 49, n. 1, p. 76-7, Jan-Feb 2004.
Continua...		

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS-CHAVE	FONTE DE CONSULTA
Continuação		
Registra os aspectos observados do útero no 3º estágio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Idem.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. Department of Health. Women and newborn health service: Clinical Guidelines. Australia: OGCCU; King Edward Memorial Hospital Review Team, 2013. p. 1-4. Disponível em: < http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionc/14/c14.3.1.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013.
Registra o controle da quantidade de lóquios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pequena quantidade: menos de quatro polegadas (10 cm) de mancha no absorvente. Média quantidade: menos de seis polegadas (15 cm) de mancha no absorvente. Grande quantidade: absorvente saturado dentro de meia hora.	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica).
Registra as intercorrências no transcurso do 3º estágio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Clareza Precisão Objetividade	1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação em obstetrícia. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica). 2. GOVERNMENT OF WESTERN AUSTRALIA. Department of Health. Women and newborn health service: Clinical Guidelines. Australia: OGCCU; King Edward Memorial Hospital Review Team, 2013. p. 1-4. Disponível em: < http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionc/14/c14.3.1.pdf >. Acesso em: 13 Nov 2013.

ANEXOS

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, Insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 1

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 120.343

Data da Relatoria: 08/10/2012

Apresentação do Projeto:

Abrange a exploração sobre a disponibilidade dos recursos para assistência materna neonatal sob a lógica de rede. A exploração bibliográfica sobre as evidências clínicas epidemiológicas e de disponibilidade tecnológica. Esta será seguida de estudo de caso controle para a predição do Risco de Morte Materno neonatal em Santa Catarina para o período de primeiro de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2010. **PRODUÇÃO TECNOLÓGICA. SISTEMA DE ALERTA** conforme classificação de risco materno e neonatal e medidas para evitabilidade do óbito, Modelagem do Banco de Dados e do Sistema de Informação e monitoramento, Monitoramento do Nível do Risco, Causa mais prevalente, Classificação da evitabilidade, Medidas para evitabilidade na rede básica e na rede hospitalar. Impacto sobre o desfecho O desenvolvimento do sistema, em linhas gerais, observará a metodologia de desenvolvimento do ambiente computacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver tecnologia de gestão em rede para prevenção da mortalidade materno-neonatal. **Objetivo Secundário:** ζ Realizar o diagnóstico situacional do Estado de Santa Catarina para atendimento materno e neonatal; ζ Identificar os componentes clínicos, epidemiológicos e de gestão dos serviços de saúde desencadeadores do risco de insucesso da assistência materno neonatal; ζ Produzir fatores de correção da informação e alertas eletrônicos para prevenção da mortalidade materno-neonatal ζ Capacitar lideranças para a inovação, aplicação prática da tecnologia produzida.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não traz riscos aos sujeitos, uma vez que lida com dados de pessoas já falecidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do programa de pós-graduação em enfermagem. Foi solicitada a dispensa de TCLE devido à pesquisa ser realizada em banco de dados secundários de acesso público (SIM/SINASC/DATASUS), com consulta de informações sobre mortalidade materna e neonatal.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

FLORIANÓPOLIS, 11 de Outubro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética - CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, Insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 2

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.110

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Objetivo da Pesquisa:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Após análise da documentação encaminhada, a CONEP esclarece que essa pesquisa não se

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

enquadra em nenhuma Área Temática Especial do Grupo I.

Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos que não são do Grupo I, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP.

Diante do exposto, esta comissão delibera por devolver o protocolo em questão.

BRASÍLIA, 11 de Dezembro de 2012

**Assinador por:
Anibal Gil Lopes
(Coordenador)**

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSÓLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br