



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**DAIANNE TEIXEIRA SOARES**

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À  
HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA  
MATERNIDADE

SALVADOR  
2020

**DAIANNE TEIXEIRA SOARES**

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À  
HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA  
MATERNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Telmara Menezes Couto  
**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ridalva Dias Martins

SALVADOR  
2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S676 Soares, Daianne Teixeira.

Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em mulheres atendidas em uma maternidade/Daianne Teixeira Soares. – Salvador, 2020.  
56f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telmara Menezes Couto.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, 2020.

Inclui referências e anexos

1. Hemorragia pós-parto. 2. Fatores associados. 3. Aleitamento materno – Bahia – Brasil. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 618.2:616-083


**DAIANNE TEIXEIRA SOARES**

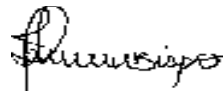
**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À HEMORRAGIA  
PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE**

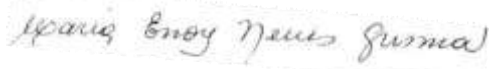
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na Linha de Pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

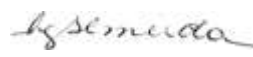
**Aprovado em 14 de outubro de 2020**

**BANCA EXAMINADORA**

Telmara Menezes Couto - Orientadora   
Doutora em Enfermagem  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Tania Cristiane Ferreira Bispo - 1ª Examinadora   
Pós-doutora em Saúde Coletiva  
Professora no curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão - 2ª Examinadora   
Doutora em Saúde Coletiva  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Lilian Conceição Guimarães de Almeida - Suplente   
Doutora em Saúde Coletiva  
Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Aos meus amores do passado, do presente e do futuro  
Ao meu avô Walter Teixeira e minha tia Edwirges Teixeira.  
À minha mainha Edna Teixeira, meus irmãos, familiares e amigas.  
À meus filhos João Victor e Alícia .  
Para minhas orientadoras Dr<sup>a</sup>. Telmara Menezes e Dr<sup>a</sup>. Ridalva Dias:  
“Eu gostaria de lhe agradecer pelas inúmeras vezes que você me enxergou melhor do que  
sou. Pela sua capacidade de me olhar devagar, já que nessa vida muita gente já me olhou  
depressa demais”.

Padre Fábio de Melo

## AGRADECIMENTOS

“Um sonho sonhado sozinho é um sonho.

Um sonho sonhado junto é realidade”

(Raul Seixas)

Agradeço à todas as pessoas que diretamente e indiretamente estiveram envolvidos:  
À Deusa por tudo....

À todas as mulheres que participaram da pesquisa, fazendo este estudo se tornar real.

À minha orientadora Prof. Dr<sup>a</sup>. **Telmara Menezes Couto**, que foi uma parceira nessa trajetória, conduzindo o processo com muita segurança, cuidado, afeto e responsabilidade. Uma relação que me permitiu ter avanços acadêmicos e pessoais, sempre presente nos momentos difíceis, de dúvidas, inseguranças, com uma abordagem amigável, compreensiva e assertiva. Uma mulher forte, que se torna referência na minha vida. Meu coração transborda de amor e gratidão por você!

À minha Co-orientadora Prof. Dr<sup>a</sup>. **Ridalva Dias Martins**, surgiu como um presente nesta caminhada, para agregar, com ensinamentos e orientações fundamentais, permitindo sempre resgatar a leveza e a calma nesse processo de aprendizado. Uma mulher e amiga inesquecível.

Ao **corpo docente, funcionários, alunos, colegas**, em especial ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**, pelo apoio, colaboração, incentivo, ajuda na construção científica e pedagógica.

Ao **Grupo de Pesquisa Gestar**, em especial às mestrandas e doutorandas, pelo acolhimento e parcerias em diversas atividades que contribuíram para o meu desenvolvimento de trabalho em equipe e amizades formadas e fortalecidas neste coletivo.

À **Ebserh**, que proporciona através de normativa de afastamento remunerado e incentivo à pesquisa. À equipe da **Maternidade Climério de Oliveira** que me apoiou durante o período de redução da minha presença laboral devido ao afastamento para dedicação à pesquisa durante o curso de mestrado, com várias adequações da escala e sem esse apoio de vocês todos eu não teria conseguido.

Às pessoas especiais que não poderia deixar de citar: Jaqueline Pires, Juliana Amparo, Vivian Feitosa, Victor Andres, Ayala Mendes, Keyla Pinto, Francieli Oliveira, Evaldo Almeida, Keury Rodrigues pelo carinho, incentivo, apoio, vocês foram essenciais neste processo.

À todas as pessoas que contribuíram e não estão citadas aqui, gratidão!

“Eu sou parte de uma equipe.

Então quando venço, não sou apenas eu quem vence....

De certa forma, termino o trabalho de um grupo enorme de pessoas”

(Ayrton Senna da Silva)

## RESUMO

SOARES, Daianne Teixeira. **Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em mulheres atendidas em uma maternidade.** 2020. 56f. de dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

A hemorragia pós-parto é um grave problema de saúde pública que vem aumentando, repercutindo na comunidade, estando cada vez mais frequente nos sistemas de saúde e representando a causa mais importante de morte materna no mundo. O objetivo geral deste estudo foi investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em uma maternidade. Trata-se de um estudo transversal, durante o período de janeiro a dezembro de 2018, desenvolvido em uma maternidade de Salvador/BA. A amostra foi composta por 83 mulheres, tendo os dados obtidos através de coleta em prontuários. Para o processamento e tratamento dos dados, utilizou-se os softwares Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0, e STATA, versão 14. Foi aplicado os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher e com nível de significância de 5% viabilizando estimar prevalências. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). A prevalência de Hemorragia Pós-Parto foi de 38,6%, com causas atribuídas à atonia (25,6). Na análise multivariada, ajustando-se pela escolaridade, identificou-se associação com Hemorragia pós-parto, mulheres multíparas e as que não amamentaram na primeira hora de vida. Os dados encontrados neste estudo confirmam a magnitude da frequência da hemorragia pós-parto tornando a mulher cada vez mais vulnerável à ocorrência deste agravo apesar do uso de protocolo profilático. Este estudo ressalta o monitoramento das multíparas com desvantagem social por escolaridade e sugere maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida como medidas que podem contribuir para a redução da frequência da hemorragia pós-parto e suas complicações nesta maternidade.

**Palavras-chave:** Hemorragia pós-parto. Mortalidade materna. Aleitamento materno.



## ABSTRACT

SOARES, Daianne Teixeira. **Sociodemographic and clinical factors associated with postpartum haemorrhage in women attended at a maternity**. 2020. 56f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2020.

Postpartum hemorrhage is a serious public health problem that is on the rise, affecting the community, which is increasingly common in health systems and represents the most important cause of maternal death in the world. The general objective of the study was to investigate the sociodemographic and clinical factors associated with postpartum hemorrhage in a maternity hospital. This is a cross-sectional, from January to December 2018, developed in a maternity hospital in Salvador / BA. The sample consisted of 83 women, with data collected through collection in medical records. For the processing and treatment of data, the software Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0, and STATA, version 14, is used. Pearson's Chi-square or Fisher's Exact tests were used, with a significance level of 5% making it possible to estimate prevalence. The measure of association used was the prevalence ratio (PR) with a 95% confidence interval (95% CI). The prevalence of PPH was 38.6%, with causes attributed to atony (25.6). In the multivariate analysis, adjusting for schooling, an association with postpartum hemorrhage, multiparous women and those who did not breastfeed in the first hour of life was identified. The data found in this study confirm the magnitude of the frequency of postpartum hemorrhage, making women increasingly vulnerable to the occurrence of this condition despite the use of a prophylactic protocol. This study highlights the monitoring of multiparous women with social disadvantage due to education and an important incentive to exclusive breastfeeding in the first hour of life as measures that can contribute to reducing the frequency of postpartum hemorrhage and its complications in this maternity hospital.

**Keywords:** Postpartum hemorrhage. Maternal mortality. Breastfeeding.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, segundo características sociodemográficas. Bahia, 2020 .....	30
<b>Tabela 2</b> - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, de acordo com características clínicas do pré-natal. Bahia, 2020 .....	33
<b>Tabela 3</b> - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, de acordo com características do parto. Bahia, 2020 .....	40
<b>Tabela 4</b> - Razões de prevalência ajustadas e intervalos de confiança (95%) dos fatores associados à HPP. Bahia, 2020 .....	44

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MM	Mortalidade Materna
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO TEÓRICA</b> .....	14
2.1 PERFIL DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO .....	14
2.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO .....	17
2.3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENQUANTO ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO ...	21
<b>3 MÉTODO</b> .....	22
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	24
3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	24
3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	24
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	24
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	25
3.8 QUESTÕES ÉTICAS .....	25
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
4.1 PREVALÊNCIA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE .....	26
4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE .....	27
4.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE .....	31
4.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS AO PARTO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE .....	34
4.5 FATORES ASSOCIADOS À HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM UMA MATERNIDADE	41
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>APÊNDICE A</b> - Formulário de coleta de dados .....	53
<b>ANEXO A</b> - Aprovação do comitê de ética em pesquisa .....	54
<b>ANEXO B</b> - Autorização de acesso para coleta de dados .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é um grave problema de saúde pública que representa a principal causa de morte materna em todo o mundo, sendo responsável por 25% de todos os óbitos maternos (MACEDO; LOPES, 2018). É descrita como a perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal ou acima de 1.000 ml após o parto cesáreo nas primeiras 24 horas ou qualquer perda sanguínea pelo trato genital com capacidade de provocar uma instabilidade hemodinâmica (OPAS, 2018a).

No Brasil, configura-se como a segunda causa de mortalidade materna, sendo a primeira síndrome hipertensiva, seguida da infecção puerperal e o aborto (OPAS, 2018a), tendo como principais causas a atonia uterina, laceração de canal de parto, retenção de restos placentários e distúrbios de coagulação. As taxas de mortalidade pelo sangramento pós-parto variam bastante nas várias regiões do mundo (OLIVEIRA; DAVIM, 2019).

A morte materna associada à hemorragia é uma situação presente nos países em desenvolvimento, onde as mulheres estão mais expostas à riscos e condições financeiras desfavoráveis. A razão de mortalidade materna em regiões desenvolvidas em 2015 era de 12/100.000 nascidos vivos (NV), enquanto que nas regiões em desenvolvimento era de 239/100.000, muito superior às regiões mais ricas (WHO, 2015a). Corroborando com isso, estudo constatou que 99% dos óbitos maternos se concentraram nos países em desenvolvimento, sendo mais da metade destes ocorridos em contextos de crises, ambientes inadequados e desprovidos de recursos, destacando as desigualdades sociais e econômicas entre as classes (OPAS, 2018b).

Por conta das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, muitas mulheres vivenciam as complicações que ocorrem durante ou depois do parto, sendo que a maior parte pode ser evitada e tratada, como é o caso da hemorragia pós-parto (OPAS, 2018b). Verifica-se que estas complicações relacionadas ao parto incidem sobre um processo natural (procriação) e concentram-se em áreas menos favorecidas e associadas a pobreza e a miserabilidade. Conclui-se, portanto, que a mortalidade materna passa a constituir um indicador da iniquidade e da disparidade entre o homem e a mulher, bem como um importante indicador de condição de saúde da população, do desenvolvimento econômico, social e da garantia dos direitos das mulheres (WHO, 2015a).

A redução dessas mortes é um objetivo fundamental para o desenvolvimento internacional e a Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que a redução da mortalidade materna abaixo de 5,5% anuais não foi capaz de atingir uma das oito metas de desenvolvimento do milênio e o Brasil não cumpriu o compromisso de alcançar em 2015 o máximo de 35 óbitos maternos a cada

100 mil NV, sendo essa meta de redução novamente pactuada para os objetivos do desenvolvimento sustentável no horizonte temporal de 2030 (ROMA, 2019; OPAS, 2018b; IPEA, 2018).

A HPP pode causar choque materno, síndrome de angústia de doenças respiratórias, coagulopatia e infertilidade secundária. Assim, os fatores que comumente se relacionam com HPP são: atonia uterina, condução e indução do parto, retenção de restos placentários, parto instrumentado, sobrepeso/obesidade, multiparidade, sendo estes já evitáveis que estão ligados a vários componentes, como: intrínseco, econômica, qualidade da assistência durante a gestação, parto e puerpério. Ainda há dúvidas em relação à HPP, e vale ressaltar que 2/3 dos casos ocorrem em pacientes sem fatores associados, mas o 1/3 restante prevenível (TORRES, 2017).

É notória que a maioria dos casos de hemorragia pós-parto pode ser efetivamente prevenida e controlada, em qualquer local onde ocorra o parto, e os óbitos maternos podem ser prevenidos em até 90%. Essa efetividade está intimamente relacionada a um melhor cuidado à saúde das mulheres, bem como a existência de condições para colocar em prática as evidências atuais sobre a prevenção e o controle dessa morbidade (JAUNIAUX et al., 2018; WHO, 2012). Embora haja múltiplas discussões atuais no mundo sobre diagnóstico e tratamento para HPP, de modo geral, pode observar escassez de estudos que abordem seus fatores sociodemográficos e clínicos, medidas preventivas, e controle de sua frequência. Os estudos transversais sobre hemorragia pós-parto são em maioria com o desfecho morte ou near miss, existem poucos estudos sobre sua prevalência no mundo e no Brasil (VÁSQUEZ, 2019).

Diante o exposto, esse estudo responde à necessidade de reduzir a frequência de HPP nessa Maternidade, evitando consequências fatais que esta patologia acarreta. Os fatores sociodemográficos e clínicos associados ao desfecho de HPP nesse ambiente podem oferecer subsídios para elucidar a problemática e criação de planos estratégicos, além de contribuir com a construção de evidências tanto na literatura e promoção de melhorias na qualidade da assistência prestada à saúde da mulher, mais especificamente na prevenção de hemorragias pós-parto. Com isso, oferecer além de informações, ações educativas em saúde, identificação dos casos, a abordagem de redução de danos, tratamento adequado e gerar informações para prevenir a mortalidade materna por HPP. Por ser uma condição cada vez mais frequente nos sistemas de saúde e totalmente evitável, evidenciando a necessidade de identificação e implementação de estratégias para abordar os diversos fatores contribuintes, a HPP torna-se um importante objeto de estudo (RANGEL et al., 2019; PETERSEN et al., 2019; MACEDO; LOPES, 2018).

O interesse pela temática do estudo ocorreu em decorrência do conhecimento empírico sobre ocorrências de hemorragias pós-parto em mulheres que foram assistidas em uma

maternidade escola, somada à percepção de que as mulheres sangram muito, mesmo assistidas por profissionais especializados e submetidas a medidas profiláticas como o manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto, com ênfase na ocitocina após o parto, que constitui atualmente a principal ação de prevenção da hemorragia pós-parto.

Nesse sentido, levantou-se como questão de pesquisa: quais são os fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em mulheres atendidas em uma maternidade? Para responder o referido questionamento, propôs-se como objetivo geral: investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em mulheres atendidas em uma maternidade. E como objetivos específicos: Caracterizar sociodemográfica e clinicamente essas mulheres considerando a ocorrência ou não de hemorragia pós-parto e estimar a prevalência de hemorragia pós-parto entre essas mulheres.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 PERFIL DE MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA POR HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

A Mortalidade Materna (MM) é definida pela morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez e seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais (SOUZA et al., 2013).

Como coeficiente, a mortalidade materna passa a ser um indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população, sendo a quase totalidade das mortes, cerca de 99% em países em desenvolvimento e subdesenvolvimento. A falta de educação, alimentação adequada, suporte social e assistência sanitária associam-se fortemente a mortalidade materna sendo um indicador de iniquidade entre os ricos e os pobres (WHO, 2012).

Por permitirem revelar o desenvolvimento, qualidade de vida da população e igualdade da atenção à saúde da mulher se faz necessário o suporte do coeficiente específico denominado Razão de Mortalidade Materna (RMM) que é definido pela razão entre o número de mortes maternas durante o período de um ano por 100 mil NV durante o mesmo período e representa a medida mais comum da magnitude da mortalidade materna. A RMM foi utilizada como indicador para análise do alcance do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que teve como meta reduzir essa taxa em três quartos entre 1990-2015, implicando uma média de redução anual de 5,5% (WHO, 2009; SILVA et al., 2016).

Em 1990, enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentavam taxas de mortalidade materna próximas a dez óbitos maternos por 100.000 NV, países como Bolívia, Peru e Haiti alcançavam 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. Entre 1990 e 2015, a razão de morte materna no mundo diminuiu cerca de 44% nos últimos 25 anos, saindo de uma RMM de 385 por 100.000 NV a uma RMM de 216 por 100.000 NV (WHO, 2012).

Novas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que em 2013 ocorreram 287.000 mortes maternas no mundo, com uma RMM de 385 para 210 por 100.000 NV em um recorte temporal de 1990 a 2013. Na América Latina e no Caribe estimaram-se 8.800 óbitos maternos, e a RMM reduziu de 140 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 69 por 100.000 NV - queda de 43%. Mas, para atingir a meta do 5º Objetivo do Milênio, o Brasil deveria ter apresentado RMM estimada em 35 óbitos por 100.000 NV (WHO, 2012).

O Brasil não cumpriu o compromisso de chegar em 2015 com no máximo de 35 óbitos maternos a cada 100.000 NV pactuada nos objetivos do milênio. Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 30 por cada 100.000 NV (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018). Todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo, principalmente em áreas rurais e comunidades mais pobres. A mortalidade materna ainda evidencia as desigualdades de gênero, tanto no acesso à educação, nutrição, como no acesso à saúde e seu caráter prevenível, considerando a importância de se estabelecer ações intersetoriais que garantam a qualidade do acesso a saúde a toda população (WHO, 2018).

Inserido nesse contexto, o Brasil encontra-se em um cenário de intensa medicalização do processo do nascimento, com 98% dos partos realizados em hospitais e com boa cobertura do pré-natal, ao mesmo tempo persistindo taxas elevadas de morbimortalidade materna com índice 69 por 10.000 NV representando mais que o dobro da meta assumida (BRASIL, 2015). No Brasil, as hemorragias constituem a segunda causa de morte materna. Sendo primeira causa a hipertensão, e terceira, as infecções e as complicações recorrentes do aborto inseguro (SOUZA et al., 2013). A RMM no Brasil aumentou de 62 para 64/100.000 NV entre 2015 e 2017, com diferença crescente entre as regiões brasileiras: Sul – 38,5, Centro - Oeste - 56,9, Sudeste - 62,3, Nordeste – 73,2 e Norte – 88,9/100.000 NV. A região Nordeste teve o maior número de casos de mortalidade materna por HPP com 34,5% (n=719) enquanto o Sul obteve a menor com 16,5% (n=345). É observado



diferenças regionais significativas no Brasil, variando de 95/100 mil NV na região Nordeste, em Salvador 60/100 mil NV à 41/100 mil NV na região Sul demonstrando mais do que o dobro da razão. Variações da taxa de mortalidade podem estar associadas à qualidade da assistência prestada no período gravídico e puerperal e das informações obtidas através da vigilância do óbito (DATASUS, 2018).

O óbito materno ocorre em menos de 1% das gestações na maioria dos países desenvolvidos e entre 25 a 30% são devidos à HPP. Estima-se perda de 150.000 vidas por dia devido a HPP, 88% delas ocorrendo nas primeiras quatro horas de pós-parto. Quando o desfecho óbito não ocorre, a mulher pode ter complicações não fatais como hipotensão e fadiga (prejudicando o contato mãe-filho), anemia importante, coagulopatia, necessidade de hemotransfusão e suas possíveis complicações, isquemia hipofisária e hipopituitarismo (síndrome de Sheehan), redução da lactação, isquemia miocárdica e complicações de tratamento cirúrgico. Mais de 50% de toda morbidade materna na gestação decorre de hemorragia obstétrica (OPAS, 2018b).

A morbidade materna grave é definida como uma condição potencialmente ameaçadora à vida, subdividida em near miss, descrita como situações de “quase-perda”, em que a paciente efetivamente correu um risco apreciável de óbito, mas sobreviveu e em morbidade materna não grave não near miss, todas as outras condições potencialmente ameaçadoras à vida que não tinham um risco tão grande (SAY et al., 2009).

A prevalência mundial de morbidade materna grave varia de 0,8 a 8,3%, baseado em relatos de várias partes do mundo. O esforço para abordar adequadamente o problema da mortalidade materna pode ser melhor aproveitado no combate à morbidade materna grave, na busca e identificação de lacunas no conhecimento e na adequação dos resultados de pesquisas com boa metodologia para a prática médica. A ideia subjacente é facilitar a adoção de medidas preventivas, factíveis de implementação em todos os níveis de atenção à saúde que atuem mais precocemente na cadeia de eventos que leva da morbidade materna grave à morte (OPAS, 2018b).

Na intenção de reduzir a mortalidade materna, faz iminente trabalhar com a prevalência e morbidade na hemorragia pós-parto, que variam dependendo dos critérios usados para definir o agravo e uma estimativa razoável é de que ocorra em cerca de 5% das mulheres que dão a luz em todo mundo produzindo um número significativo de casos de extrema morbidade materna ou "quase morte", representados pela necessidade de histerectomias, transfusão de hemoderivados, coagulopatia, choque hipovolêmico e anemia grave que podem terminar em dano permanente para as mulheres. Portanto a morbidade obstétrica grave também deve ser reconhecida e o sangramento excessivo pode levar a situações de risco de vida levando à complicações em cerca de 18% de todos os partos (WHO, 2018; FLASOG, 2018).

## 2.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

As definições de HPP são múltiplas no mundo e sua incidência pode variar de acordo o critério usado para a definição deste agravo. Sendo assim, o conceito aceito pela Organização Mundial de Saúde se refere a perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após o parto cesáreo nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica (OMS, 2018). No entanto, existem diretrizes e protocolos que propõem outras definições como perda cumulativa de sangue, maior ou igual a 1.000 ml, independentemente de via de parto (ACOG, 2017).

Para o Ministério da Saúde além de conceituar a hemorragia pós-parto, ele complementa com a classificação em relação à estimativa da perda como hemorragia pós-parto maciça que se refere ao sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000 ml ou que necessite da transfusão mínima de 1200 ml (4 unidades) de concentrado de hemácias ou que resulte na queda de hemoglobina  $\geq 4\text{g/dl}$  ou em distúrbio de coagulação (WHO, 2018).

Em relação ao período puerperal a hemorragia pós-parto pode ser definida por dois tipos: a hemorragia primária que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto e pode complicar 5% a 10% dos partos. As causas mais comuns são atonia uterina, acretismo placentário ou restos intracavitários, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto e os distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos; e a hemorragia secundária acontece após 24 horas, mas até seis semanas após o parto. É mais rara e apresenta causas mais específicas, tais como: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios hereditários de coagulação (WHO, 2018).

Diante deste contexto, as principais causas e mais comuns da hemorragia pós-parto são representadas por um mnemônico dos 4Ts (tônus, tecido, trauma, trombina) que destaca 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. As outras causas que podem estar relacionadas são traumas como lacerações do canal de parto, hematomas, inversão e rotura uterina, a retenção de tecido placentário, e distúrbios na coagulação congênitos ou adquiridos. Em algumas situações mais de um fator pode ser a causa da hemorragia (OPAS, 2018a).

Apesar da existência comprovada de muitos fatores de risco, não há predição fidedigna da ocorrência de hemorragia pós-parto nas gestantes que apresentam os mesmos. Porém, existem fatores de risco que conferiram um alto risco de sangramento catastrófico como parto cesáreo anterior e placenta prévia. Sendo assim, reconhecer fatores de risco para hemorragia pós-parto no

pré-natal e durante a assistência ao parto constitui-se no primeiro passo para se evitar uma morte materna por HPP (PERIARD et al., 2011; DAHLKE et al., 2015).

Dentre os fatores de risco para HPP a literatura classifica em anteparto e intraparto. O primeiro trata-se da história pregressa de HPP, distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrosomia), distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos, uso de anticoagulantes, cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo), placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo), grande múltipara ( $\geq 4$  partos vaginais ou  $\geq 3$  cesarianas), elevação dos níveis pressóricos na gestação (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica), anemia na gestação, primeiro filho após os 40 anos (OPAS, 2018a).

Já os fatores de risco associados ao intraparto podem ser caracterizados com trabalho de parto prolongado, trabalho de parto taquitócito, laceração vaginal de 3º/4º grau, prolongamento de episiotomia, placentação anormal (acreta, prévia), descolamento prematuro de placenta, parto induzido, corioamnionite, parada de progressão do polo cefálico, parto instrumentado como fórceps e vácuo (WHO, 2018).

A identificação de fatores de risco para HPP é uma ação importante na assistência obstétrica que deve desencadear cuidado diferenciado para pacientes com riscos diferentes (baixo, médio e alto) através da estratificação de risco da gestante no pré-natal e no momento da admissão devendo ser realizada de forma contínua, uma vez que o cenário clínico de uma paciente pode-se modificar ao longo do ciclo gravídico puerperal.

A Organização Mundial da Saúde, diante dos 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 da HPP (WHO, 2009).

Tais orientações condizem para prevenção das mortes maternas, as quais poderiam ser evitadas por meio do uso de uterotônicos profiláticos (como a ocitocina, ergometrina e o misoprostol) durante a terceira fase do parto e através da gestão adequada em tempo hábil (WHO, 2012).

O uso de ocitocina 10 UI IM logo após o parto é uma medida eficaz que previne até 60% dos casos de hemorragia puerperal. Trata-se de uma conduta ativa da placenta no terceiro período de parto recomendada para a prevenção da HPP com forte recomendação e moderada qualidade de evidência (BRASIL, 2018; MARTINS, 2014).

A conduta ativa reduz a hemorragia grave e a anemia em todas as mulheres, independentemente do seu risco de hemorragia. No entanto, o manejo ativo também reduz o peso do bebê ao nascer, aumenta pressão sanguínea materna, as cólicas, os vômitos e o número de mulheres que voltaram ao hospital com hemorragia. Para as mulheres com baixo risco de

sangramento, os dados encontrados nesta revisão foram semelhantes e não houve diferença no risco de hemorragia grave (BEGLEY et al., 2015).

Uma revisão sistemática atual com 137 ensaios clínicos randomizados e 87.466 mulheres demonstrou que ergometrina mais ocitocina, carbetocina e misoprostol mais ocitocina são mais efetivas para prevenção de hemorragia pós-parto de que a ocitocina padrão. A Carbetocina tem um perfil mais favorável de efeitos colaterais, no entanto, a maioria dos estudos sobre carbetocina é de pequena escala (GALLOS, 2019).

Existe, portanto, a necessidade de um grande ensaio de alta qualidade comparando a carbetocina com a ocitocina; tal ensaio está sendo conduzido atualmente pela OMS. Sendo assim, na prática não mudaram as recomendações da OMS para a prevenção de HPP, onde a ocitocina isolada continua sendo recomendação padrão e há a necessidade de estudos para avaliar a necessidade de mulheres de risco habitual realmente necessitarem de profilaxia (WHO, 2018).

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. Os uterotônicos bem condicionados provocam a contração do útero, aceleram a expulsão da placenta e reduzem a perda de sangue (JAUNIAUX et al., 2018).

O atraso na identificação da HPP é a principal causa de morbidade e mortalidade sendo que o diagnóstico baseado na estimativa visual e subjetiva tende a subestimar a quantidade da perda sanguínea, portanto foram criadas várias formas de diagnósticos, além das estimativas pela visualização e pesagem, há também diagnósticos baseados em parâmetros clínicos e o índice de choque (OPAS, 2018b).

Todos esses métodos diagnósticos visam desencadear uma série de ações sequenciais, coordenadas e oportunas por uma equipe interdisciplinar para atingir o objetivo central de diminuir a morbimortalidade materna por essa causa, e uma vez que se suspeitar de sangramento aumentado no puerpério independentemente do método de identificação utilizado, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na causa da hemorragia. Não esperar os sinais clássicos de instabilidade hemodinâmica para o início do tratamento (OPAS, 2018a).

Após o diagnóstico da hemorragia pós-parto por estimativa visual, por índice de choque ou 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; WHO, 2012).

Desde o início da abordagem da hemorragia pós-parto, a equipe deve ser alertada e o envolvimento precoce inclusive dos especialistas é necessária para a gestão adequada do

tratamento. A comunicação com a paciente e seu acompanhante também é importante e informações claras sobre o que está acontecendo deve ser dada desde o diagnóstico da hemorragia pós-parto que geralmente ocorre inesperadamente e pode ser muito estressante para a mulher e seu acompanhante, sendo crucial mantê-los informados e reconfortados para uma boa condução do tratamento (RCOG, 2011).

O controle precoce do sítio de sangramento é a medida mais eficaz no combate ao choque hipovolêmico sendo recomendado sempre que possível dentro da chamada hora de ouro que consiste na primeira hora a partir do seu diagnóstico; ou pelo menos estar em fase avançada do tratamento ao final dessa hora (FLASOG, 2018).

A terapêutica deve ser direcionada para a causa do sangramento. Sendo que a abordagem consiste em tratamento medicamentoso, não cirúrgico e cirúrgico. No caso da atonia uterina, principal causa de HPP é essencial o manejo com esquemas terapêuticos, sendo os uterotônicos como ocitocina, metilergometrina e misoprostol utilizados de forma variada pela literatura mundial e não existem estudos consistentes que demonstrem a superioridade de um sobre outro, e recentemente, o uso do ácido tranexâmico está sendo indicado assim que se diagnosticar a HPP e não mais quando o sangramento não responder à ocitocina (WHO, 2018).

A massagem uterina bimanual, o balão de tamponamento intrauterino e uso de trajes não pneumáticas anti-choque (TAN) são medidas não medicamentosas recomendadas e podem ser utilizadas com alguns cuidados e observações essenciais que garantam a segurança. O tamponamento uterino com gases não é recomendado (WHO, 2012; OPAS, 2018a).

O tratamento cirúrgico estará indicado quando houver falha do manejo medicamentoso e das outras estratégias não cirúrgicas tais como o balão de tamponamento intrauterino ou ainda quando a única alternativa para se conter a hemorragia for a abordagem operatória. Existem várias modalidades de tratamento cirúrgico, dentre as quais se destacam: as suturas compressivas, as ligaduras vasculares, a histerectomia e a cirurgia de controle de danos. A remoção do útero (histerectomia) deve ser a última opção de tratamento. Portanto, prioriza 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 e drogas hemostáticas tais como ácido tranexâmico (BAGGIERI et al., 2011; WHO, 2012).

A OPAS/OMS em sua representação no Brasil, em conjunto com o Ministério da Saúde apresentaram a estratégia zero morte materna por hemorragia como esforço coletivo de gestores e profissionais de saúde para acelerar a redução da morbimortalidade materna por hemorragia pós-evento obstétrico operando também no sentido de dar maior poder de decisão às mulheres, para que seus direitos e suas preferências sejam respeitados. Um dos eixos principais para diminuir as

hemorragias obstétricas trazidas nessa estratégia é fortalecer as capacidades dos profissionais da área da saúde em habilidades para controle das emergências obstétricas hemorrágicas, com treinamento destes profissionais para atuar durante as complicações graves obstétricas, o fortalecimento dos serviços de saúde com eliminação das barreiras ao acesso e a garantia de disponibilidade de medicamentos essenciais e sangue seguro para transfusões (WHO, 2018).

No Brasil, essas estratégias são conhecidas como “zero morte materna por hemorragia pós-parto” e tem como um dos principais objetivos capacitar profissionais da área da saúde em habilidades de controle nas emergências obstétricas hemorrágicas (WHO, 2018).

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 (MARTINS, 2014).

### 2.3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENQUANTO ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A hemorragia grave após o nascimento pode matar uma mulher saudável em poucas horas caso ela não seja diagnosticada e atendida imediatamente. Além das intervenções farmacológicas, outras condutas indicadas na HPP envolvem a participação de equipe multiprofissional. 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, 2011).

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 à mulher, sendo a enfermeira obstetra na maioria das vezes a profissional que primeiro realiza a avaliação clínica da puérpera, identifica e inicia o tratamento da HPP, sendo assim fundamental para a prevenção deste agravo e diminuição da mortalidade materna a presença da enfermagem (ANDRADE et al., 2019; VIEIRA, 2018).

A enfermeira pode constituir-se como protagonista na garantia do atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo no caso de complicações no parto e parteiras, enfermeiras, parteiras tradicionais em conjunto com outros profissionais vem colaborando para a implementação do manejo ativo do terceiro estágio de parto ao elaborar e implantar protocolos, treinamentos e avaliação de resultados dessa prática nos serviços (MARTINS, 2014).

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 hemorragia pós-parto e prevenir resultados adversos. 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).

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. 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 (MARTINS, 2014).

Um documento sobre a prevenção da hemorragia pós-parto recomenda que parteiras, enfermeiras e parteiras tradicionais sejam treinadas sobre o manejo ativo do terceiro estágio de parto, 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 e enfermeiras obstetras sendo uma evidência de alta qualidade. Em locais onde não existem parteiras qualificadas a tração controlada do cordão não é recomendada (WHO, 2012). Diante disso, a Organização Mundial de saúde reafirma que para atingir a meta de redução da mortalidade materna será necessário todos estarem preparados, qualificados e com um aprimoramento cuidadoso voltado à saúde das mulheres por meio de políticas e programas estratégicos que garantam intervenções eficazes para a redução da HPP. Deve-se, portanto, a enfermeira como uma das profissionais responsáveis pela assistência à mulher, ser dotada de conhecimento técnico e científico acerca das complicações obstétricas e assim oferecer à puérpera intervenções de enfermagem eficazes para o restabelecimento do bem-estar e do controle da hemorragia pós-parto (WHO, 2012; VIEIRA, 2018).

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de corte transversal. Empregou-se o estudo de corte transversal por permitir, num mesmo momento histórico, a observação tanto do fator quanto do efeito, ou seja, a

exposição e a condição de saúde do indivíduo são definidas concomitantemente (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

Para Lakatos e Marconi (2017), a pesquisa quantitativa utiliza a linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. Esse método considera a realidade como formada por partes isoladas; não aceita outra realidade que não seja os fatos a serem verificados; busca descobrir as relações entre fatos e variáveis; visa ao conhecimento objetivo; propõe a neutralidade científica; rejeita os conhecimentos subjetivos; adota o princípio da verificação; utiliza o método das ciências naturais – experimental-quantitativo – e propõe a generalização dos resultados obtidos, caracterizando-se, finalmente, pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade localizada no município de Salvador, Bahia. Trata-se de uma unidade docente-assistencial de Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia e Saúde Perinatal, constituindo campo de prática para a formação de diversos profissionais da saúde. Possui como missão prestar assistência científica humanizada e de qualidade à população, formar recursos humanos aptos para as boas práticas de ensino, pesquisa e assistência especializada e produzir e consolidar conhecimentos em benefício da humanidade (EBSERH, 2015).

Foi inaugurada em 1910 no intuito de ampliar o atendimento às mulheres pobres e sem amparo social excluídas da cidade de Salvador, na Bahia republicana do século XX. Tornou-se o primeiro espaço reservado para o atendimento obstétrico-ginecológico no Brasil, com finalidade específica de maternidade-escola. Abrigou, nas décadas de 1950 e 1960, o primeiro Centro de Reprodução Humana do Brasil. Foi também a primeira instituição universitária do Brasil a receber o título de Hospital Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (EBSERH, 2015).

Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), a instituição de ensino, pesquisa e assistência à saúde dispõe de atendimento integral ao SUS. Atualmente é composta por setores de emergência, unidade de internação, ambulatórios, administrativo e espaço de convivência. Sendo que o Centro Obstétrico é constituído de sala de espera, 2 (dois) consultórios (exame/admissão), 6 (seis) leitos PPP (pré-parto/parto/pós-parto), 1 (uma) sala para exame (cardiotocografia), 1 (uma) sala para partos naturais ou curetagem, 2 (duas) salas para cesarianas e farmácia satélite 24h. A estrutura física da enfermaria é dividida em leitos para gestantes, puérperas e adolescentes (EBSERH, 2015).



### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi representada por 83 mulheres atendidas no pré-parto da referida maternidade, durante o período de janeiro a dezembro de 2018. Foi realizado um cálculo amostral aleatório simples. Adotou-se uma prevalência estimada com base em estudos anteriores de que 5% de mulheres são acometidas por HPP durante o parto (VÁSQUEZ, 2019). Admitiu-se um erro amostral de 3,0% ( $d=0,03$ ), sob o nível de confiança de 95,0%, tomou-se como denominador o total de 1191 partos realizados durante o ano de 2018 no lócus do estudo. Assim, a população de estudo foi composta por 83 mulheres.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de inclusão: mulheres que tiveram parto normal ou cesáreo, no local do estudo durante o período de estudo. Critérios de exclusão: mulheres em situação de abortos, óbitos fetais e natimortos.

### 3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foi utilizado um formulário (Apêndice A) desenvolvido pela pesquisadora para identificação de variáveis contidas nos prontuários. Após a aprovação da pesquisa, ocorreram encontros com o coordenador do Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) da maternidade selecionada, onde foi acordado o início da coleta de dados a qual foi realizada no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020.

### 3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis explicativas analisadas foram: sociodemográficas (idade, raça, escolaridade, situação conjugal, ocupação, religião, residência, e vinculação à maternidade) e clínicas relacionadas ao pré-natal (número de gestações anteriores, aborto, n de consultas pré-natal, idade gestacional, comorbidade, anemia preexistente, cesárea prévia) e clínicas relacionadas ao parto (via de nascimento atual, distócia, indução farmacológica, classificação de risco, posição do parto, uso de tecnologias leves, assistência ao parto realizada por médico ou enfermeira obstetra, amamentação na primeira hora de vida).

O desfecho de hemorragia pós-parto foi identificado através de dados do prontuário, pelo registro do diagnóstico ou prescrição do tratamento da hemorragia pós-parto pela equipe médica ou registro da administração do tratamento pela equipe de enfermagem.

### 3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o armazenamento, tratamento e análise dos dados, utilizou-se os softwares Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0, e STATA, versão 14. Realizada prevalência de HPP e análise descritiva com frequência absoluta e relativa das variáveis, os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram utilizados para comparação entre percentuais com nível de significância de 5%. Uma regressão logística foi realizada e a medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP) com IC: 95%. As variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  no modelo bivariado foram inseridas no modelo multivariado. Para determinar o modelo final mais parcimonioso foi considerado o menor valor do Critério de Informação de Akaike (AIC).

### 3.8 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa está vinculada a um projeto matriz “Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher”, o qual possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da maternidade em que o estudo foi realizado obtendo parecer nº 3.426.869 e certificado de apresentação para apreciação ética nº 15213819.1.0000.5543 (Anexo A).

Os componentes éticos e legais, contidas nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, em conformidade com os referenciais básicos da bioética que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos: beneficência, tem em vista fazer o maior bem possível e evitar todo e qualquer mal e a não maleficência, não causar nenhum mal intencionalmente; A autonomia, a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas; Já a justiça, representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades. De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2012).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PREVALÊNCIA DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE

A prevalência de HPP foi de 38,6%, com causas atribuídas à atonia (25,6%), seguida de laceração (7,2%), trauma (3,6%) e distúrbio de coagulação (1,2%), resultados não apresentados em tabela. As causas atribuídas à HPP apresentadas neste estudo estão de acordo com literaturas recentes que evidenciam as causas comuns à hemorragia pós-parto, com destaque mundialmente para atonia uterina que é a mais de 80%, seguida de lacerações de trajeto, retenção placentária e distúrbios de coagulação. Porém a prevalência da hemorragia pós-parto neste estudo apresentou uma frequência acima da média encontrada em estudos nacionais e internacionais que variam entre 5 a 15%, sendo de 2 a 4% nos partos normais e 6 a 7% nos partos cesáreos (SAY et al., 2014; MOUSA et al., 2014).

A HPP pode variar sua prevalência de acordo a definição utilizada, sendo que existem diversos conceitos para HPP no mundo, porém, atualmente o mais difundido é o da OMS que define a hemorragia pós-parto como perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal e acima de 1.000 ml após o parto cesáreo nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica A perda de 500 ml ocorre em 18% dos partos e de 1.000 ml ou mais em 1 a 5% deles (WHO, 2018).

Essa variação da prevalência também pode ocorrer de acordo as condições econômicas e sociais sendo que em países desenvolvidos como Canadá e Austrália revelaram taxas de 5,1 e 4,9%, respectivamente. Observa-se que no Reino Unido há uma tendência de aumento na razão de prevalência de HPP, o que é parecido em todo o mundo, devido, provavelmente, à maior ocorrência de fatores de risco, como idade materna mais elevada, multiparidade e realização de cesarianas (MORAES et al., 2009).

No Brasil, as desigualdades sociodemográficas são notáveis entre as regiões brasileiras e conseguem demonstrar parte das diferenças encontradas na hemorragia pós-parto. Estudos mostram que a prevalência de hemorragia pós-parto aparece mais elevada nas regiões Norte e Nordeste que apresentam características menos desenvolvidas sociais e econômicas, apesar de apresentarem intensa diversidade sociocultural, prevalecem uma cultura patriarcal, marcante e caracterizada pela desigualdade entre gêneros. Contudo, mesmo apresentando índices elevados, possivelmente, esses valores podem estar subestimados (ALI et al., 2011).

A HPP pode ser ainda mais alta visto que o agravo é altamente subnotificado no Brasil principalmente na região Nordeste que apresenta a maior taxa de subnotificação de Mortalidade Materna, paralelo à características como elevada porcentagem de analfabetismo, maior público em vulnerabilidade por rendimento econômico, carências sociais e também dos problemas encontrados para acessar e fazer uso dos serviços de saúde (SILVA et al., 2016).

De um modo geral, no mundo todo pode-se observar que frequência da HPP vem aumentando, chegando a 14.000.000 casos por ano e produzindo um número importante de casos de morbimortalidade materna e near miss (quase morte) representados por necessidades de histerectomias, transfusão de sangue, coagulopatia, choque hipovolêmico, anemias severas que podem terminar em danos permanentes. Devido à toda uma série de falhas na atenção e cuidado materno, o risco de morte materna por HPP é muito maior nos países em desenvolvimento e zonas rurais, sendo uma complicação de consequências catastróficas para a família e sociedade em geral (FLASOG, 2018, OPAS, 2018b).

Estratégias para diminuir essa frequência de HPP surgem através de políticas e atualmente a principal conduta profilática tem sido o Protocolo do Manejo Ativo do Terceiro Período do Trabalho de Parto (dequitação) que consiste na administração de medicação uterotônica após o parto reduzindo em 40% o risco de hemorragia, sendo a ocitocina em dose usual de 10 UI via intramuscular a primeira droga de escolha, pois é tão eficaz quanto a ergotamina e as prostaglandinas, mas com menos efeitos colaterais (MORAES et al., 2009).

Porém, mesmo com o uso do protocolo do Manejo Ativo para profilaxia de HPP no Brasil, este agravo é responsável por mais de 41% das mortes maternas. É fato que diante de uma morte materna, muitos profissionais não classificam a HPP como causa mortis, porém ao resgatar o histórico descrito nos prontuários das gestantes, evidencia-se que trata de um quadro clássico de HPP (ALI et al., 2011).

Essas informações permitem mostrar a magnitude da hemorragia pós parto nas mulheres, pela proporção da gravidade, que contribui para a morbidade, near miss e mortalidade; sendo considerado um fenômeno grave e preocupante para a saúde pública, sociedade e Estado (ALI et al., 2011).

#### 4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE

Ao analisar a prevalência de hemorragia pós-parto em mulheres segundo suas características sociodemográficas houve o predomínio de faixa etária de 18 a 29 anos(51,8%),

negras (94,0%), ensino médio/superior (62,7%), com prevalência do ensino médio (55,4%), sem companheiro (83,1%), trabalhar fora de casa (50,6%), com religião (84,5%) e residentes em Salvador/Região Metropolitana (71,1%) predominando Salvador (60,2%). Evidenciou-se que (85,5%) dessas mulheres atendidas não possuíam vínculo com a maternidade. Identificada associação borderline entre HPP no modelo bivariado e as variáveis raça/cor da pele (p-valor=0,070), escolaridade (p-valor= 0,168), situação conjugal (p-valor=0,068), residência (p-valor= 0,172) e vínculo com a maternidade (p-valor=0,117). Ser não negra aumenta a prevalência de HPP (Tabela 1).

De forma isolada não foi encontrado estudos que associem faixa etária à Hemorragia Pós-Parto, mas foi identificado estudos que analisam variável como a idade materna associada à maior complicações no parto, ocasionando mais cesarianas, o que agrava o risco e frequência de HPP e consequentemente o óbito materno. Importante ressaltar que a gravidez em mulheres com idade avançada está cada vez mais frequente e o recente papel da mulher contemporânea induz ao protelamento da gestação para fases em que haja estabilidade financeira, grau educacional almejado e casamento materializado (CARVALHO et al., 2014).

Em relação a variável cor, as mulheres predominantemente se declararam negras (94%), o qual já era esperado devido a maior concentração dessa etnia no Brasil e especificamente em Salvador (SOUSA et al., 2014). De acordo uma pesquisa realizada, mulheres negras acabam estando mais suscetíveis à morbidades que resultam em morte materna, não em consequência que sua raça seja um fator de risco, mas por causa das desigualdades sociais e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo elas ocupantes da maior taxa de usuários do serviço público no Brasil. Neste estudo, as mulheres brancas apresentaram associação no modelo bivariado com HPP, confrontando evidências que trazem as complicações das mulheres negras e seus determinantes sociais acerca da questão racial (MEDEIROS et al., 2018).

O nível de escolaridade apresentou associação com a HPP no modelo bivariado neste estudo, sendo uma variável necessária investigar ao abordar mulheres em relação às condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde pois existem pesquisas que comprovam adultos mais jovens e com baixa escolaridade como indivíduos que se expõe à menor regularidade a exames preventivos, apontando a presença de desigualdades quanto a utilização de serviços (ELIAS et al., 2016).

No que diz respeito à variável do estado civil houve associação com a HPP no modelo bivariado, com predomínio de mulheres sem companheiro (83%), e faz-se extremamente importante pensar a respeito das relações conjugais não oficializadas e/ou abertas, já que é

frequente a ruptura de relação entre o pai e a mãe do bebê ao descobrir uma gestação (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

A ausência de suporte e apoio de uma rede à mulher, dos familiares, quando não a expulsão de casa, apesar de que sejam pouco comuns na sociedade atual supõe que as grávidas solteiras, bem como, as viúvas e separadas judicialmente, têm a propensão a compor um grupo desprotegido. Os argumentos, para tal, são justificados devido à ausência, na maior parte, de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de encorajamento ao autocuidado à mãe, tanto por parte do pai do bebê, como da família. É muito interessante que haja presença de um companheiro durante o período gestacional, sendo entendida como probabilidade de melhoria do aporte emocional e financeiro à mulher, pois, são condições que contribuem para o aparecimento de complicações maternas (CASTRO; RAMOS, 2016).

Concernente a ocupação das mulheres, apesar de ter uma distribuição homogênea entre os dados da variável com 50,6% das mulheres possuem emprego fora de casa e 49,4 % das mulheres são trabalhadoras do lar, a variável revela que uma parcela significativa das mulheres não estão no mercado de trabalho, não possuem vínculo trabalhista ou emprego remunerado fora de casa. Esse achado vai ao encontro do modelo patriarcal, onde o homem (pai, marido) é visto como provedor, responsável pelo sustento da casa e zelador da família vai trabalhar fora e a mulher exercia seu papel de esposa, mãe, dona de casa (CHREON; SEVERO, 2010).

O índice, espelhado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mensura as desvantagens das mulheres e as perdas de potencial desenvolvimento em dimensões como atividade econômica sendo necessário a sociedade brasileira firmar novas políticas com impacto social, menos injusto e mais inclusivo, diminuindo as desigualdades de gênero, uma vez que as atividades de cuidados e afazeres domésticos ainda são realizadas majoritariamente por mulheres, enquanto no mercado de trabalho a presença masculina ainda é mais forte, embora estas relações e papéis estejam em processo de transformação (BRASIL, 2010).

Em relação à religião, houve predomínio de mulheres com religião (84,5%), e a ausência dessa informação em 30,1% dos prontuários revela a subnotificação da religião por parte dos profissionais que realizam a admissão da mulher demonstrando negligência para o preenchimento desta variável e dificuldade de reconhecer a importância de variáveis sociais para pesquisas nesta maternidade. A distribuição da variável religião entre as mulheres não revela nenhuma associação com a HPP.

É possível observar que a maioria das mulheres residem em Salvador e região metropolitana (71,1%), mesmo sendo a maioria das mulheres reguladas (85,5%) devido a Maternidade se encontrar em atendimento apenas via Central Estadual de Regulação durante o

período de estudo. Ambas variáveis como residência e vinculação apresentaram associação com a HPP no modelo bivariado.

**Tabela 1** - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, segundo características sociodemográficas. Bahia, 2020. (N=83)

Variáveis	%	n	N	P	p-valor*	RP	IC95%
<b>Faixa etária</b>							
<18 anos	10,8	3	9	33,3	0,867	1,00	-
18 a 29 anos	51,8	16	43	37,2		1,12	0,41-3,06
30 ou mais	37,3	13	31	41,9		1,26	0,45-3,48
<b>Raça/cor</b>							
Não negra	6,0	4	5	80,0	<b>0,070</b>	1,00	-
Negra	94,0	28	78	35,9		0,45	0,26-0,76
<b>Escolaridade</b>							
Ensino fundamental	37,3	9	31	29,0	<b>0,169</b>	0,66	0,34-1,24
Ensino médio/superior	62,7	23	52	44,2		1,00	-
<b>Situação conjugal</b>							
Sem companheiro	83,1	30	69	43,5	<b>0,068</b>	1,00	-
Com companheiro	16,9	2	14	14,3		0,32	0,09-1,23
<b>Ocupação</b>							
Do lar	49,4	14	41	34,2	0,415	1,00	-
Trabalha fora de casa	50,6	18	42	42,9		1,26	0,72-2,18
<b>Religião</b>							
Sim	84,5	20	49	40,8	0,673	1,00	-
Não	15,5	3	9	33,3		0,82	0,30-2,20
<b>Residência</b>							

Salvador/Região metropolitana	71,1	20	59	33,9	<b>0,172</b>	1,00	-
Interior	28,9	12	24	50,0		1,48	0,86-2,53

#### Vínculo com a maternidade

Sim	14,5	2	12	16,7	<b>0,117</b>	1,00	-
Não	85,5	30	71	42,3		2,54	0,69-9,32

---

% percentual em relação ao total de mulheres com dados para cada variável

n número de mulheres com HPP

N Número de mulheres em cada categoria

P: prevalência; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

\*p-valor obtido pelo teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher

### 4.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE

Entre as características clínicas relacionadas ao pré-natal, verificou-se proporção maior de até duas gestações (83,1%), destacando-se as primigestas (44,6%), sem histórico de abortos (72,3%), frequência de 6 ou mais consultas (73,5%), idade gestacional à termo (62,7%), ausência de comorbidades (63,9%) e de anemia (75,9%). Identificou-se menor proporção de cesárea prévia (22,9%). Foram identificadas associações estatisticamente significantes entre HPP e características do pré-natal como gestação anterior (p-valor=0,117), n° de consultas (p-valor= 0,198) e idade gestacional (p-valor=0,155), (Tabela 2).

A proporção maior de primigestas e secundigestas neste estudo corrobora com estudo americano realizado por Soares (2008), que realizou ampla revisão da literatura sobre tema da variável paridade, referindo como incerta essa associação e resultados adversos na gestação. Segundo os autores, achados que associam paridade e resultados maternos e fetais não são consistentes; enquanto a literatura mais antiga tende a sugerir que multiparidade é um fator de risco negativo para o nascimento e a literatura mais recente não sustenta esses achados.

No que tange ao histórico de abortos, a minoria das mulheres deste estudo apresentaram história prévia desta síndrome hemorrágica e o percentual ainda que em menor distribuição (27,7%) permite observar dados de que 1 (uma) a cada 3 (três) mulheres deste estudo, possuem histórico de pelo menos 01 aborto anterior indicando semelhança com resultados de literatura nacional. A Pesquisa Nacional de Aborto, demonstrou que, aos 40 anos, aproximadamente uma em cada cinco mulheres alfabetizadas nas áreas urbanas do Brasil já fizeram pelo menos um



aborto. Este estudo retrata o aborto como um evento frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões no Brasil (DINIZ, 2010; DINIZ, 2016).

Em relação a quantidade de consultas pré-natal, foi uma variável que apresentou resultado estatisticamente importante, onde a maioria das mulheres (73,5%) apresentaram uma cobertura maior que seis consultas, sendo um quantitativo equivalente ao recomendado pelo Ministério da Saúde que são o mínimo de seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, até o quarto mês de gestação. Esse número de consultas é bem menor do que o recomendado pelo ACOG, que varia entre onze e 14 consultas. Porém, a Organização Mundial de Saúde tem discutido recentemente se o número de consultas recomendado pelo ACOG não seria exagerado, pois alguns estudos têm demonstrado que não há diferença significativa nos resultados perinatais com a redução do número de visitas durante o pré-natal (BRASIL, 2011, VASCONCELLOS, 2014).

De acordo um estudo realizado por Viellas (2014), 75,8% das mulheres gestantes brasileiras iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A proporção de mulheres com início precoce do pré-natal e com número suficiente de consultas foi similar à observada para a cobertura pré-natal: menor em residentes nas regiões Norte e Nordeste, em puérperas com menor escolaridade, sem companheiro, com maior número de gestações prévias, que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interromper a gestação. Os resultados deste estudo mostram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas.

As mulheres deste estudo apresentaram menor distribuição (36,1%) em relação à variável comorbidades, e segundo a OPAS (2018a), reconhecer comorbidade como um dos fatores de risco para hemorragia pós-parto no pré-natal e durante a assistência ao parto, constitui no primeiro passo para se evitar uma morte materna por HPP. Pacientes com fatores de riscos relevantes merecem atenção e cuidados especiais no período pré-natal, periparto e pós-parto.

Dentre diversos fatores de risco da literatura para HPP recebem destaque a presença de anemia e a cesárea prévia. Ambas variáveis neste estudo apresentaram distribuição menor, anemia (24,1%) e cesárea prévia (21,9%). As pacientes anêmicas toleram menos as perdas volêmicas e, portanto, evoluem para um choque refratário de forma mais rápida e a cesárea prévia pode causar mais risco para HPP. Vale ressaltar que sobre os fatores de risco, outros dados da literatura apontam que possuem baixo valor prognóstico e que a HPP pode acontecer em mulheres sem

nenhuma causa, sendo fundamental a adoção de protocolos de conduta eficazes e equipe de saúde preparada (LOMBARDO; ESERIAN, 2016).

**Tabela 2** - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, de acordo com características clínicas do pré-natal. Bahia, 2020. (N=83)

Variáveis	%	n	N	P	p-valor*	RP	IC95%
<b>Gestações anteriores</b>							
Até 2	83,1	24	69	34,8	0,117	1,00	-
3 ou mais	16,9	8	14	57,1		1,64	0,94-2,88
<b>Abortos anteriores</b>							
Não	72,3	25	60	41,7	0,347	1,00	-
Sim	27,7	7	23	30,4		0,73	0,37-1,46
<b>Número de consultas</b>							
6 ou mais	73,5	21	61	34,4	0,198	1,00	-
<6	26,5	11	22	50,0		1,45	0,84-2,51
<b>Idade gestacional à termo</b>							
Sim	62,7	17	52	32,7	0,155	1,00	-
Não	37,3	15	31	48,4		1,48	0,87-2,53
<b>Comorbidade</b>							
Não	63,9	18	53	34,0	0,253	1,00	-
Sim	36,1	14	30	46,7		1,37	0,80-2,36
<b>Anemia preexistente</b>							
Não	75,9	24	63	38,1	0,879	1,00	-
Sim	24,1	8	20	40,0		1,05	0,56-1,96
<b>Cesárea prévia</b>							
Não	77,1	26	64	40,6	0,477	1,00	-
Sim	22,9	6	19	31,6		0,78	0,37-1,61

---

% percentual em relação ao total de mulheres com dados para cada variável.

n número de mulheres com HPP

N Número de mulheres em cada categoria

P: prevalência; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

\*p-valor obtido pelo teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher

#### 4.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS AO PARTO DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE

Sobre as características do parto, a variável via de nascimento verificou maior frequência de cesáreas (59,0%) nesta maternidade, menor frequência de distócia (12,0%) e indução farmacológica (39,8%). Houve distribuição homogênea em partos de alto risco (56,6%) e Risco Habitual (43,4%), e a posição no período expulsivo predominou a horizontal (73,5%) juntamente com a assistência médica (84,3%). Em menor proporção, houve uso de tecnologias leves (24,1%) e de amamentação na primeira hora de vida (18,1%). Evidenciou-se associação entre HPP e não amamentar na primeira hora de vida (p-valor=0,039) (Tabela 3).

É relevante destacar nos resultados que, comparadas aos médicos, houve maior proporção de uso de tecnologias leves na assistência ao parto por enfermeiras obstétricas (p-valor=0,001), com diferença estatisticamente significativa.

A distribuição da variável via de nascimento, destaca o predomínio de cesárea (59%) nesta maternidade durante o período de estudo sendo este resultado maior que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (15%), fator que corrobora com desfechos negativos, maior índice de complicações, a maior prevalência de HPP e contribui para o aumento das taxas de mortalidade materna. Esse índice de cesariana foi considerado alto e próximo do que é apresentado nas literaturas nos países em desenvolvimento (WHO, 2015b; TAKAHASHI et al. 2017).

É comumente publicado que o Brasil lidera o recorde de cesáreas no mundo, e a OMS cita essa taxa como um exemplo de possível abuso deste procedimento. Segundo a organização internacional, o Brasil vive hoje uma “epidemia cirúrgica”, tendo, mais da metade dos partos atualmente, realizados através de cesárea que em 2013 foi registrado no Brasil a incrível proporção de 55,6% de partos cesáreos. A taxa recomendada como ideal para o número de cesáreas encontra-se entre 10 e 15%, levando-se em conta esse parâmetro, a maternidade deste estudo não conseguiu atingir esse valor ideal (WHO 2015b).

Um estudo da Organização Mundial da Saúde coordenado por Villar, realizado em 120 hospitais públicos e privados de oito países da América Latina, dentre eles Argentina, Brasil, Cuba, Equador, México, Nicarágua, Paraguai e Peru, identificou que um terço dos 97 mil partos

analisados durante o período do estudo foi realizado por cesariana; evidenciaram ainda, que à medida que aumentam as porcentagens de cesáreas também aumentam as complicações de saúde para as mães e para os recém-nascidos. Entre os riscos e complicações da cesárea, destacam as hemorragias, as infecções, as reações anestésicas, os problemas respiratórios, dentre outros problemas que prolongam a permanência das parturientes no hospital, podendo levá-las ao óbito (MOUSA, 2007).

Neste sentido, para garantir a segurança da mulher e seu filho, o parto normal deve ser incentivado por estar associado a menos desfechos negativos. Além de ser a via de nascimento mais segura, existe o princípio ético ao médico que tem o compromisso de respeitar a escolha da paciente que opta pelo parto cesáreo (sendo a escolha da gestante indicação aceita pela OMS). Contudo, o que se vê no presente trabalho é uma exacerbação do número de partos cesáreos levando o que deveria ser um procedimento cirúrgico eletivo a ser tratado como regra em grande parte dos nascimentos (RODRIGUES et al., 2016).

Os resultados deste estudo revelam que a variável indução de parto foi em 39,8% de todos os partos, sendo que a maioria dessas induções foram realizadas sem uma indicação clara, inferindo que seja apenas como rotina assistencial com o objetivo de acelerar o trabalho de parto e parto. Sendo as drogas utilizadas como a ocitocina isolada, a associação com o misoprostol, e depois o misoprostol isolado apresentaram de forma homogêneas, sendo que, em estudos, o misoprostol esteve mais associado ao sucesso da indução, acarretando em mais partos vaginais (SCAPIN et al., 2018).

Em um contexto de humanização do parto e nascimento, respeito aos direitos e desejos das mulheres e de práticas obstétricas baseadas em evidências, a indução do parto é um procedimento aceito e recomendado sempre que exista uma indicação para isso. Se bem indicada, a indução evitará, na realidade brasileira a realização desnecessária de uma cesariana, porém o conhecimento de novos métodos e a possibilidade de diagnósticos de complicações fetais cada vez mais precisos e precoces fizeram com que houvesse aumento vertiginoso de partos induzidos (SCAPIN et al., 2018).

Essas práticas apontam para a necessidade de repensar a assistência prestada. Em tempos de modificação do cenário obstétrico, alguns profissionais e estabelecimentos de saúde ainda demonstram resistência quanto ao novo modelo de atenção proposto, que visa à humanização do parto com maior protagonismo da mulher e redução de intervenções desnecessárias (OLIVEIRA et al., 2018).

Variável relacionada ao parto como a Classificação de Risco apresentou distribuição homogênea no grupo de mulheres sendo 43,4% classificadas Risco Habitual e 56% das mulheres

classificadas como Alto Risco. Acompanhando as características clínicas das mulheres internadas, é importante considerar o fato da maternidade desse estudo possuir um serviço de referência em Pré-Natal de Alto Risco e Risco fetal, porém os dados apresentados não confirmam que a maternidade atenda uma maioria expressiva de mulheres que apresentam complicações ou situações que aumentem a probabilidade de desenvolvimento de alguma complicação durante o processo de parto (OLIVEIRA; COSTA; OLIVEIRA, 2015).

A variável posição do parto no período expulsivo (Tabela 2) apresentou resultados da posição vertical como menos utilizada pelas mulheres em 26,5% e 73,5% horizontal predominou, porém a posição horizontal está relacionada devido ao número maior de cesáreas (59%) e no grupo estratificado do parto normal, 65% experimentaram a verticalização, predominando assim neste grupo a posição vertical.

Ao longo da humanidade, as mulheres optaram por dar à luz em diferentes posições, sendo a mais popular pela história, a vertical que possui evidências através de gravuras, cerâmicas e esculturas de praticamente todas as culturas do mundo praticando o parto nessa posição. A posição naturalmente adotada pelas mulheres durante o parto foi descrita, em 1882, por Engelmann (1882), que observou que as mulheres primitivas alcançaram diferentes posições eretas, através do uso de paus, redes com estilingue, móveis, suspensão com cordas ou com roupas com nós, ajoelhado, agachado, sentado, semi-sentado, usando tijolos, pedras, pilhas de areia ou bancos de parto. No entanto, através da tecnificação e medicalização do parto, grande parte das mulheres têm o parto horizontal como resultado do medo da dor, da busca pela segurança da saúde, falta de liberdade de escolha, entre outros fatores, sendo atualmente a posição horizontal mais identificada (ANTEPARA, 2019).

Silva et al. (2015), relembra sobre a garantia da autonomia da mulher no processo de parto justamente ao permitir que a mesma escolha a melhor posição para ela. É exatamente nesse momento, que se torna imprescindível o uso das tecnologias leves pelo profissional de saúde, ao utilizar dos conhecimentos científicos para auxiliar a parturiente na tomada de decisão por meio de orientação com alternativas que favoreçam mãe e filho no processo de trabalho de parto e parto.

No Brasil, diversas mudanças têm influenciado o contexto deste modelo de assistência à mulher no processo de parto. O acesso à melhores níveis de educação, ao mercado de trabalho e o menor número de filhos, acompanhados por melhor acesso a serviços de pré-natal e assistência ao parto, criação de políticas públicas e diretrizes têm afetado positivamente os indicadores de saúde materna. No entanto, ainda persistem alguns desafios, como o uso exagerado de diversas intervenções que representa o modelo tecnocrata, centralizado no risco, no profissional, que contribui através de condutas biomédicas para a perda da autonomia da mulher sobre seu próprio

corpo e suas decisões (SILVA et al., 2013). O processo de parturição tornou-se mecânico, medicalizado e relacionado a procedimentos rotineiros desnecessários. Com isso, as taxas de morbimortalidade materno-infantil, no Brasil, permaneceram altas ao longo dos anos, sendo esse um importante indicador de qualidade da atenção à saúde e à assistência obstétrica (SILVA et al., 2016).

A partir deste modelo hospitalocêntrico, surge um movimento que busca reduzir essas intervenções desnecessárias e fortalecer a mulher resgatando sua autonomia e protagonismo no processo de parto, conhecido como modelo humanizado, surgiu a partir da necessidade de mudanças no cenário de atenção ao parto e nascimento, com intuito de reduzir os desfechos puerperais negativos e contribuir para uma assistência segura pautada em evidências científicas (SILVA et al., 2013).

Em relação as tecnologias de cuidado leves, são práticas que contribuem para a transição desses modelos, e destacou-se neste estudo a minoria (25%) das mulheres que receberam este cuidado. As tecnologias leves são caracterizadas como ações de cuidado, consideradas atributos da relação humana, essenciais para a criação de vínculo entre profissional e paciente na assistência, onde é possível que o profissional desenvolva o cuidado de qualidade através do toque, da conversa, troca de idéias e experiências, da escuta de preferências, reivindicações, uso métodos não farmacológicos para alívio da dor e direito ao acompanhante de sua escolha (SILVA et al., 2008, SABINO et al., 2016).

As tecnologias em saúde são utilizadas para se obter uma assistência eficaz, segura e de qualidade, sempre verificando os benefícios e malefícios gerado por elas, buscando a promoção, prevenção e reabilitação do usuário (BRASIL, 2010).

A restrição causada pela falta de cuidados leves à parturiente no trabalho de parto pode favorecer o aumento do número de distócias, o que prejudica a expulsão do feto e a evolução do parto contribuindo para o risco de parto operatório (ZWELLING, 2010).

Para evitar essa restrição, recomenda-se benefícios das terapias alternativas para o manejo da dor, oferecendo a mulher autonomia, participação nas decisões, liberdade de escolha com medidas de conforto que melhor atendam sua necessidade. Além disso, essas práticas, a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, estão associadas com relaxamento, redução do número de intervenções e diminuição da duração do trabalho de parto que são fatores de risco para HPP (SILVA et al., 2013; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

O profissional que possui maior ligação com a prática dessas tecnologias leves de cuidado são as enfermeiras, pela abordagem à grande maioria das mulheres em trabalho de parto e parto assistindo a mulher e ao feto de forma a buscar humanização da assistência (SABINO et al., 2016).

À fim de fortalecer o Modelo Humanizado no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem investido em programas e políticas públicas, tais como o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (RC). Essas iniciativas possuem como objetivo principal a humanização do parto e nascimento, que perpassa pelo respeito à fisiologia e às evidências científicas. Neste sentido, o processo de parturição fisiológico requer uma assistência de qualidade, baseada em evidências científicas, com monitorização rigorosa do bem-estar materno e fetal, a fim de reduzir a taxa de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2014).

Os resultados deste estudo permitem analisar que a maioria dos partos (84,3%) foram assistidos por médicos obstetras, e 15,7% por enfermeiras obstetras, sendo a via de parto cesáreo predominante, observa-se que estratificando ao grupo parto normal, a enfermeira obstetra assume a minoria dessa assistência (39%) mesmo sendo a classificação de risco dessas mulheres distribuída anteriormente de forma homogênea entre Alto Risco e Risco Habitual.

A equipe de enfermagem obstétrica tem papel fundamental enquanto atores sociais no processo de parto, com autonomia para a assistência ao parto de Risco Habitual, seguindo as boas práticas e respeito às evidências científicas como recomendadas pelo Ministério da Saúde (RAMOS et al., 2018). As enfermeiras possuem habilidades em oferecer as tecnologias leves na assistência visando a qualificação do parto normal por entender que o desfecho positivo deste momento está relacionado à qualidade desta atenção prestada durante a gestação, o parto e após o nascimento, sendo esta tríade responsável por efeitos marcantes sobre a vida da mulher e sua família (FREIRE et al., 2017).

Neste sentido, a assistência da enfermeira obstetra é voltada para a avaliação do bem-estar da mulher, do feto e da evolução do parto, sendo aplicadas ações para a manutenção e o bom funcionamento deste processo. Assim também, viabiliza a oferta de opções, troca de informações e preferências favorecendo o vínculo dessa mulher com a profissional, como aponta Lessa et al. (2018), e, conseqüentemente fortalece o empoderamento feminino, através do exercício da autonomia nas escolhas pelas preferências e respeito das expectativas dessa mulher.

Portanto, a enfermeira obstétrica, ao implantar suas práticas obstétricas nos serviços de saúde com a proposta de humanização recomendada pela OMS, coloca à disposição das usuárias um conhecimento profissional específico, caracterizado por ser essencialmente relacional e derivado de um saber estruturado da enfermeira. Também é aberta e dinâmica porque integra saberes populares e de diversas disciplinas na construção do cuidado. Por ter como instrumentos básicos a fisiologia, proporciona conforto e autonomia ao incentivar as mulheres a reconhecerem e desenvolverem suas próprias habilidades (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Isso significa que a enfermeira obstétrica é um agente estratégico no estímulo ao parto normal, particularmente quando sua prática humanística é potencializada por modelos assistenciais orientados pela humanização e pela utilização de práticas baseadas em evidências científicas que a qualifica para avaliação dos fatores de risco e clínica das mulheres gestantes em processo de parto, contribuindo para um diagnóstico de complicação mais rápido, podendo também utilizar algumas manobras para evitar o óbito materno (MAYA et al., 2018).

O papel da enfermeira obstetra na condução de situações ligadas a hemorragias pós- parto é essencial para a mulher, inclusive no diagnóstico daqueles que são mais propensos a esses riscos, e o papel de humanização e comprometimento com a paciente é uma receita importante na relação deste profissional para intervir corretamente e detectar precocemente possíveis alterações que indiquem sinais da hemorragia. A enfermeira obstetra está apta para agir a fim de trazer para a paciente a possibilidade de danos menores a sua saúde, motivo pelo qual se torna um elemento imprescindível à equipe multidisciplinar (MAYA et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde reconhece essas características e já desde 1996 vem recomendando mundialmente que pelas características menos intervencionistas dos cuidados, as enfermeiras obstetras e as obstetizas, nos países onde sua prática está consolidada, são as profissionais mais apropriadas para o acompanhamento das gestações e partos normais (WHO, 1996).

Diante disso, em concordância com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal refere que a assistência ao parto e nascimento de Risco Habitual que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetiza. Recomenda-se ainda que os gestores de saúde proporcionem condições para a implantação do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetiza na assistência ao parto, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016b).

No que se refere à variável do aleitamento materno na primeira hora de vida apresentou associação com a HPP no modelo bivariado e nota-se nos resultados deste estudo que predominou a frequência maior (81,9%) de mulheres que não amamentaram nessa hora de ouro. A amamentação tem um papel importante sob vários aspectos, e sendo precoce reflete uma série de vantagens para a mulher, como por exemplo a diminuição do risco de hemorragia e depressão pós-parto, aumento do vínculo com o filho, melhora da libido pós-parto, redução de estresse e mau humor (EDMOND et al., 2016).



**Tabela 3** - Prevalência de hemorragia pós-parto e razão de prevalência, de acordo com características do parto. Bahia, 2020 (N=8)

Variáveis	%	n	N	P	p-valor*	RP	IC95%
<b>Tipo de via de nascimento</b>							
Parto Normal	41,0	14	34	41,2	0,683	1,00	-
Cesárea	59,0	18	49	36,7		0,89	0,52-1,54
<b>Distócia</b>							
Não	88,0	28	73	38,4	1,000	1,00	-
Sim	12,0	4	10	40,0		1,04	0,46-2,36
<b>Indução farmacológica</b>							
Não	60,2	20	50	40,0	0,739	1,00	-
Sim	39,8	12	33	36,4		0,90	0,52-1,60
<b>Classificação de risco</b>							
Risco habitual	43,4	14	36	38,9	0,956	1,00	-
Alto risco	56,6	18	47	38,3		0,98	0,57-1,71
<b>Posição do parto</b>							
Horizontal	73,5	25	61	41,0	0,449	1,00	-
Vertical	26,5	7	22	31,8		0,78	0,39-1,54
<b>Uso de tecnologias leves</b>							
Sim	24,1	8	20	40,0	0,879	1,00	-
Não	75,9	24	63	38,1		0,95	0,51-1,78
<b>Assistência ao parto</b>							
Médico	84,3	28	70	40,0	0,758	1,00	-
Enfermeira obstétrica	15,7	4	13	30,8		0,77	0,32-1,83
<b>Amamentação na 1ª hora de vida</b>							

Sim	18,1	2	15	13,3	<b>0,039</b>	1,00	-
Não	81,9	30	68	44,1		3,30	0,88-12,46

% percentual em relação ao total de mulheres com dados para cada variável.

n número de mulheres com HPP

N Número de mulheres em cada categoria

P: prevalência; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

\*p-valor obtido pelo teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher

#### 4.5 FATORES ASSOCIADOS À HEMORRAGIA PÓS-PARTO EM UMA MATERNIDADE

Na análise multivariada com as variáveis que apresentaram resultados estatisticamente importantes no modelo bivariado, permaneceram gestações anteriores e amamentação na primeira hora de vida, ajustando-se pela escolaridade, mulheres multíparas (com 3 ou mais gestações anteriores) tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes. Não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes (Tabela 4).

Esse resultado corrobora com um estudo que fez uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna, que tem como principal causa no mundo a hemorragia pós-parto. Soares (2008), analisou 822 óbitos maternos onde um quarto (206) era de multíparas (cinco ou mais gestações foi seis vezes superior do que para as mulheres com até duas gestações), e os perfis sociodemográfico e o reprodutivo foram mais desfavoráveis para este grupo de mulheres multíparas. A baixa escolaridade, a idade igual ou acima de 30 anos e o pré-natal com menos de quatro consultas apresentaram associação com o maior número de gestações. A proporção de mortes por causas obstétricas indiretas, hemorragias e aborto, foi maior entre as multíparas, e cerca de 90% dos óbitos deste grupo foi considerado evitável.

O elevado número de gestações e partos são trazidos na literatura como fatores de risco para hemorragia pós-parto e morte materna. Entretanto, existem controvérsias a respeito do risco de morte relacionado à paridade. Alguns autores consideram a baixa primiparidade como de maior risco, outros a multiparidade, e ainda outros não atribuem efeitos que isoladamente expliquem o aumento do risco de morte materna pelo aumento da paridade, Segundo Soares (2008), os achados que associam alta paridade e resultados maternos e fetais não são consistentes; enquanto literaturas mais antigas tendem a sugerir que multiparidade é um fator de risco negativo para o nascimento, a literatura mais recente não sustenta esses achados. Nesse mesmo estudo, o autor cita uma pesquisa americana publicada em 2005, na qual foi realizada ampla revisão de literatura sobre o tema. Referiu ser incerta a associação entre alta paridade e resultados adversos na gestação. Os resultados que associam esses fatores são inconsistentes, o que contradiz seu próprio estudo. É percebido,

portanto, que ainda não temos uma conclusão específica relacionada com a paridade e sua influência na mortalidade materna, o que contribui para a não formação de um perfil (POMPERMAYER, 2011).

Algumas complicações apontadas na literatura relacionados à alta paridade incluem a má apresentação fetal, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto disfuncional e hemorragia pós-parto, uma vez que fatores intrínsecos associados à atonia uterina geralmente incluem multiparidade devido ao desgaste de fibras musculares uterinas de gestações anteriores. No entanto, alguns estudos concluem que estes efeitos desfavoráveis estariam relacionados à idade avançada na gestação e/ou às condições socioeconômicas mais desvantajosas como escolaridade e outros determinantes sociais apresentadas normalmente pelas mulheres com alta paridade (SOARES, 2008, TORRES, 2017).

Segundo Ruiz (2017), as hemorragias ante parto e pós-parto, em conjunto, constituíram a segunda causa de morte das múltiparas, com uma proporção superior aos casos de Síndromes Hipertensivas da Gestação, que constituem a primeira causa de morte materna no Brasil. A literatura refere que as hemorragias são complicações frequentes entre as múltiparas. Assim, a identificação e o monitoramento dessas mulheres poderiam reduzir a frequência de HPP deste grupo, contribuindo para a diminuição da frequência de HPP e seus problemas decorrentes.

Ao observar a variável do aleitamento materno neste estudo foi encontrada associação estatística importante onde não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes. O contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida entre a mãe e seu filho têm sido difundidos como práticas de humanização do atendimento à mulher no parto, com o objetivo de promover a qualidade da assistência na sala de parto. O aleitamento materno é recomendação estabelecida no quarto passo dos “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação”, promovidos pela Organização Mundial da Saúde e a União das Nações Unidas, desde a criação do título Hospital Amigo da Criança (IHAC) (TAKAHASHI et al., 2017).

Durante a amamentação, a descarga de hormônio que ocorre reduz o tamanho do útero, libera a placenta, diminui o sangramento pós-parto, causa atraso da menstruação e conseqüente prevenção à anemia. Este efeito é mediado pelo hormônio ocitocina, que é liberado na corrente sanguínea durante a amamentação em altos níveis. O início da liberação da ocitocina começa na hora do parto para a promoção da contração uterina. Sua ação é contínua e potencializada no ato da amamentação pela estimulação que a sucção causa sobre a hipófise (EDMOND et al., 2016).

Tais hormônios como ocitocina e a prostaglandina são responsáveis pela contração uterina durante a terceira fase do parto. Os receptores nos músculos uterinos são estimulados pela ocitocina exógena ou endógena levando a contrações uterinas. A estimulação do mamilo ou a amamentação

são estímulos que podem levar à secreção de ocitocina e consequentes contrações uterinas. Consequentemente, as contrações uterinas podem reduzir o sangramento durante o terceiro estágio do trabalho de parto (PARVIN, 2016).

A amamentação desde a primeira hora de vida traz benefícios relacionados à mulher mesmo após a amamentação como: retorno ao peso pré-gestacional beneficiando a boa forma, menor risco de desenvolver artrite reumatóide, risco reduzido de osteoporose aos 65 anos e menor probabilidade de desenvolver esclerose múltipla (EDMOND et al., 2016).

Amamentar por no mínimo dois meses tem resultados comprovados em relação aos diversos tipos de câncer, reduz o risco de câncer no epitélio ovariano em 25%; e amamentar de 3 a 24 meses é um dos principais fatores protetores do câncer de mama que ocorre antes da menopausa, além de estabilizar o progresso da endometriose materna diminuindo o risco de câncer endometrial e de ovário (VENANCIO et al., 2010).

Apesar de todos os benefícios evidenciados, estudos brasileiros mostraram baixa prevalência do contato e amamentação precoce, como observado em uma maternidade de São Paulo, em que apenas 7% (n=118/1787) das crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança tiveram contato precoce nos primeiros 30 minutos de vida e 24% (n=431/1787) entre 30 e 60 minutos; enquanto em uma maternidade do Rio de Janeiro, 16% das mulheres praticaram a amamentação na primeira hora de vida. Em 2015, a prevalência nacional de aleitamento precoce foi de 43%, ao passo que dados mundiais variaram de 42% na América Latina e Ásia e 49% na Europa Central e Oriental. Na última pesquisa nacional, realizada em 2008, identificou-se aumento da prática do APH para 67,7%, mostrando avanços nas taxas ao longo dos anos (EDMOND et al., 2016; VENANCIO et al., 2010).

O preparo da equipe de saúde para atender a mulher na sala de parto é primordial para que a indicação de intervenções ao parto e as avaliações da condição de nascimento das crianças sejam pertinentes para garantir o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida e, consequentemente, promover o estabelecimento do AME (SACO et al., 2019).

É importante observar que, uma vez que a mãe expulsa o feto e a placenta, desenvolve-se um processo importante, que consiste em uma poderosa contração uterina ocasionada pela ocitocina natural produzida por estímulo da sucção durante o aleitamento materno, cuja função é fechar os vasos sanguíneos do útero, o que permite que o sangramento seja mínimo na mãe. Quando esse processo não ocorre, origina-se atonia uterina ou inércia, pode ter consequências fatais para a parturiente, prevalecendo esta como uma das três principais causas de mortalidade materna no mundo (CHECA VERA; VIZUETE CEVALLOS, 2019).

Porém, a atonia uterina começa quando a contratilidade do útero tende a falhar, uma vez

que o produto foi liberado e também da placenta, resultando em perda excessiva de sangue no leito placentário. Portanto, o manejo clínico fornecido pelo profissional de saúde deve ser muito minucioso para dar prevenir e dar um diagnóstico preciso de atonia uterina e descartar qualquer outro motivo para o sangramento (CHECA VERA; VIZUETE CEVALLOS, 2019).

O tratamento da atonia é realizado pela administração de ocitocina, um hormônio produzido pelo corpo feminino e também sintetizado em laboratório. Um estudo traz que a ocitocina exógena causa a mesma resposta que a da ocitocina endógena. Ambos os tipos de ocitocina estimulam as contrações uterinas no miométrio, fazendo com que os receptores acoplados à proteína G estimulem o aumento do cálcio intracelular nas miofibrilas uterinas, corrigindo dessa forma a atonia (NUCCI, 2018).

A ocitocina sintética é composta de extratos pituitários, porém, não era exatamente a mesma antigamente porque na glândula pituitária há, além da ocitocina, outro hormônio, a vasopressina. Sendo que o pesquisador Du Vigneaud fez a distinção entre os dois hormônios secretados pela hipófise posterior e suas ações específicas: a ocitocina, responsável pela contração uterina, e a vasopressina, responsável pela elevação da pressão sanguínea e antidiurese, e a partir de glândulas bovinas e suínas que a ocitocina foi sintetizada. Oudshoorn argumenta, a autora chama atenção para a necessidade de se pensar os hormônios, e também os cientistas que os “inventaram” e sintetizaram, como elementos heterogêneos que fazem parte de uma complexa rede de interações (NUCCI, 2018).

Segundo a OPAS (2018a), a ocitocina sintética exógena é o hormônio mais indicado e primeira droga de escolha para a prevenção da HPP, através do Manejo ativo do terceiro período, porém, nesta maternidade, os dados permitem observar que todas as mulheres receberam a profilaxia e tiveram uma frequência alta deste agravo. Neste sentido, o fator associado de maior impacto no desfecho da HPP foi a não amamentação na primeira hora de vida, permitindo analisar que a ocitocina endógena produzida pelas mulheres que amamentaram contribui na redução dos casos de HPP na maternidade deste estudo.

**Tabela 4** - Razões de prevalência ajustadas e intervalos de confiança (95%) dos fatores associados à HPP. Bahia, 2020.

Variáveis	RP <sub>ajustada</sub> <sup>a</sup>	IC 95%
<b>Gestações anteriores</b>		
Até 2	1,00	-

3 ou mais	1,97	1,14-3,42
<b>Amamentação na 1ª hora de vida</b>		
Sim	1,00	-
Não	4,16	1,17-14,80
<b>AIC</b>		<b>1.5003</b>

<sup>a</sup> Modelo ajustado pela variável Escolaridade.

## 5 CONCLUSÃO

A hemorragia pós-parto é um grave problema de saúde pública que vem aumentando, se apresentando como fenômeno que revela condições sociais e econômicas do desenvolvimento humano da região. Ao investigar hemorragia pós-parto em mulheres atendidas nesta maternidade de estudo, foi possível identificar que a prevalência deste agravo apresenta-se alto (38,6%), durante o período de janeiro a dezembro de 2018 e a principal causa atribuída foi atoniauterina (25,6%). Em relação às características sociodemográficas das mulheres, foi identificada significância estatística e associação borderline entre HPP e raça/cor da pele (p-valor=0,070), escola (p-valor=0,168), situação conjugal (p-valor=0,068), residência (p-valor=0,172) e vínculo (p-valor=0,117). Ser não negra aumenta a prevalência de HPP nesta maternidade.

Observando as características clínicas do pré-natal foram identificadas associações estatisticamente significantes no modelo bivariado entre HPP e gestação anterior (p-valor= 0,117), nº de consultas (p-valor=0,198) e idade gestacional (p-valor=0,155). Relacionado às características clínicas relacionadas ao parto destaca o predomínio de cesárea (59%) e evidenciou associação entre HPP e não amamentar na primeira hora de vida (p-valor=0,039). Houve destaque relevante nos resultados que durante a assistência ao parto normal, comparadas aos médicos, houve maior proporção de uso de tecnologias leves na assistência ao parto por enfermeiras obstétricas (p-valor=0,001), com diferença estatisticamente significativa.

Ao observar os fatores associados à hemorragia pós-parto na análise multivariada, ajustando-se pela escolaridade, identificou-se que permaneceram mulheres multíparas (com 3 ou mais gestações anteriores) que tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes e não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes.

Os resultados encontrados neste estudo confirmam a magnitude da frequência da hemorragia pós-parto, acima da média nacional e internacional, apontando para a gestante estar mais vulnerável à ocorrência deste agravo e suas complicações. Apesar da existência dos programas, protocolos e políticas para o manejo, controle e prevenção da HPP, ainda existem dificuldades na abordagem integral e efetiva à mulher durante seu processo de parto, prevenção de epidemia de cesáreas, fortalecimento do parto normal, assim como uma assistência multidisciplinar ao parto inclusive de enfermeiras obstetras neste cenário. Ressalta-se a importância do registro e notificação desse agravo nos prontuários assim como, variáveis sociais e clínicas bem como a realização de estudos de cunho qualitativo, para que seja possível compreender as implicações da Hemorragia pós-parto para a saúde da mulher.

Por fim, este estudo sugere a construção de estratégias para redução de cesáreas, maior acesso das mulheres às tecnologias leves de cuidado e ampliação da assistência prestada pela enfermeira obstétrica, de forma que priorize o respeito à fisiologia da mulher durante seu processo de parto. Ressalta-se que o monitoramento das multíparas com desvantagem social por escolaridade e maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida são medidas que podem contribuir para a redução da frequência da hemorragia pós-parto e suas complicações nesta maternidade.



## REFERÊNCIAS

- ABEDI, Parvin et al. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev.** Issue 1, CD010845, 2016.
- ALI, Abdel Aziem A. et al. Maternal near-miss in a rural hospital in Sudan. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 11, n. 48, 2011.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Acog Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, n. 183, 2017. Postpartum hemorrhage. **Obstet. Gynecol.** v.130, n.4, p.e168-e186, 2017.
- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Validation of a clinical simulation setting in the management of postpartum haemorrhage. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 3, p. 624-631, 2019.
- BAGGIERI, Rafael Angelo Avance et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med.** v. 56, n. 2, p. 96-101, 2011.
- BEGLEY, Cecily M et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database Syst. Rev.** Issue 3, 2015.
- BLACK, Robert E et al. **Reproductive, maternal, newborn, and child health.** 3. ed. v. 2, Disease control priorities. Washington, DC: World Bank, 2016.
- BRASIL. **Autonomia econômica, empoderamento e inserção das mulheres no mercado de trabalho.** Revista do observatório Brasil da igualdade de gênero. 1ª impressão. Brasília: Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/733/1/Revista%20-%20Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. **Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS:** como se envolver. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- CARVALHO, Márcia Valéria Pereira de et al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **Rev. Int.** v. 7, n. 3, p.17-27, 2014.

CASTRO, Bárbara Misslane da Cruz; RAMOS, Semírames Cartonilho de Souza. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. **Revista Saúde** (Santa Maria), v. 42, n. 1, p.103-112, 2016.

CHECA VERA, Jenniffer Lizeth; VIZUETE CEVALLOS, Teresa Jacqueline. **Atonía uterina asociada a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 anos en Hospital Gustavo Domínguez enero-junio, 2019**. 2019. Monografía (Especialización en Enfermería Obstétrica) - Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo Los Ríos - Ecuador, 2019. Disponível em: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8079/P-UTB-FCS-OSBT-000157.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 fev. 2020.

DAHLKE, Joshua D, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. **Am J Obstet Gynecol**. v. 213, n. 1, p. 76.e1-10. 2015.

DATASUS. **Módulo Web de Mortalidade Materna**. Dados parciais. 2018. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/2018-Boletim-de-Vigilancia-Epidemiologica-do-obito-n-01.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Cienc. saúde coletiva**. v. 15, (Supl. 1), p. 959-966, 2010.

DINIZ, Debora, MEDEIROS, Marcelo, MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

EBSERH. Empresa brasileira de serviços hospitalares. **Carta de serviço ao cidadão**. Maternidade Climério de Oliveira-MCO. 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/2545070/Carta+de+Servi%C3%A7os+ao+Cidad%C3%A3o/57b1bb40-2d09-46d8-bee8-d80e77dfbf8c?version=1.0>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ELIAS, Conceição de Maria Vaz et al. Perfil sociodemográfico da mortalidade materna em Teresina-PI. **Rev. Int**. v. 9, n. 1, p.118-124, 2016.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev. baiana saúde pública**, v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.

FLASOG. Hemorragia Postparto: donde estamos y hacia donde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Kelly%20Pires/Downloads/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

GALLOS, Loannis et al. Uterotonic drugs to prevent postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. **Health Technol. Assess**. v. 23, n. 9, p. 1-356, 2019.

IPEA. **Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável: proposta de adequação**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8636/1/Agenda%202030%20ODS%20Metas%20Nac%20dos%20Obj%20de%20Desenv%20Susten%202018.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

JAUNIAUX, Eric et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. **Int J Gynaecol Obstet.** v. 140, n. 3, p. 274-280, 2018.

KNIGHT, Marian 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, n. 55, p. 1-10, 2009.

MACEDO, Pollyana de Cássia; LOPES, Hanna Helena. Hemorragia pós-parto: um artigo de revisão. **Revista de Patologia do Tocantins,** v. 5, n. 3, p. 59-64, 2018.

MALVÁREZ, S; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. In: COMETTO, María Cristina et al. (Org.). **Enfermería y seguridad de los pacientes.** Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Kelly%20Pires/Downloads/9789275332467\_spa.pdf. Acesso em: 10 fev.2020.

MARTINS, Haimée Emerich Lentz. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto.** 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129654/329875.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MAYA, Sanjaya Mara Gatis et al. A enfermagem obstétrica na prevenção de óbitos por atonia uterina: uma discussão sobre as condutas da enfermagem. **Textura,** v. 11, n. 20, p. 9-20, 2018.

MEDEIROS, Lidiane Tavares et al. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. **Rev. baiana enferm.** Salvador, v. 32, p.1-11, 2018.

MORAES, Diego Nascimento et al. Hemorragia pós-parto. **Rev Med Minas Gerais.** v. 19, 4 Supl 3, S34-S37, 2009.

MOUSA, Hatem A. et al. Tratamento para hemorragia pós-parto primária. **Cochrane Database Syst. Rev,** Issue 2, CD00324, 2014.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos,** v. 25, n. 4, p. 979-998, 2018.

OLIVEIRA, Rita de Cássia; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. **Rev enferm UFPE on line.** v. 13, n. 1, p. 236-48, 2019.

OPAS. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS, 2018a.

OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OMS) 2018b. Disponível em: [https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820](https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820). Acesso em: 24 jul. 2020.

PERIARD, Alexandre Moraes et al. Atonia uterina e hemorragia pós-parto. **Rev. Med. Minas Gerais**. v. 21, n. 4, Supl 6, p. 1-143, 2011.

PETERSEN, Emily E et al. Sinais vitais: mortes relacionadas à gravidez, Estados Unidos, 2011-2015 e estratégias para prevenção, 13 Estados, 2013-2017. **Rep.** v. 68, n.18, p. 423-429, 2019.

POMPERMAYER, Raquel Coutinho Luciano. **Saúde da mulher**: mortalidade materna, fatores de risco e visão profissional. 2011. Dissertação (Mestrado em políticas públicas e desenvolvimento local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória. 2011.

RANGEL, Rita de Cássia Teixeira et al. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 27, e3165, 2019.

RCOG. **Postpartum hemorrhage**: prevention and management. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists, London, 2011.

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Cienc. Cult.** v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

RUIZ, Mariana Torreglosa et al. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós-parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. spe, p. 55-61, 2015.

SABINO, Leidiane Minervina Moraes et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan.** v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

SAY, Lale et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. **Lancet Glob. Health.** v. 2, e323-333. 2014.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p.484-493, 2016.

SILVA, Luiz Guilherme Pessoa; PAULA, Glaucio de Moraes. Hemorragia pós-parto. In: MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. **Obstetrícia**. 13.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 846-851.

SOUSA, Deise Maria do Nascimento et al. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 4, p.500-506, 2014.

SOUZA, Maria de Lourdes et al, Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 1-8, 2013.

TORRES, Jacqueline Alves; SANTOS, Iraci dos; VARGENS, Octávio Muniz da Costa. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & contexto enferm.** v. 17, n. 4, p. 656-664, 2008.

VÁSQUEZ, Angélica Valeria González. **Factores asociados a hemorragia posparto primaria en las pacientes atendidas en el hospital vicente corral moscoso**. 2019. Tesis (Postgrado en Ginecología y Obstetricia) - Facultad de Ciencias Médicas, Universidade de Cuenca, Cuenca-Ecuador, 2019.

VIEIRA, Solana Nunes et al. Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto. **Rev enferm. UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3247-53, 2018.

WHO. **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. World Health Organization, Geneva; 1996. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/care-in-normal-birth-a-practical-guide/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WHO. **Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta**. World Health. France: World Health Organization, 2009. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44171/9789241598514\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44171/9789241598514_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 15 mai. 2020.

WHO. **Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 15 mai. 2020.

WHO. **Trends in maternal mortality 1990 to 2015**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The world bank group and the united nations population division. Geneva: World Health Organization, 2015a. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

WHO. **Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas**. OMS, Genebra, 2015b. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=C9A33782857F4BA9D5E63D8436AEDE31?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=C9A33782857F4BA9D5E63D8436AEDE31?sequence=3). Acesso em: 20 abr. 2020.

WHO. **Recommendations**: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-020-03420-x.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Hum. Growth Dev.** (Impr.). v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018.

**APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Iniciais do nome:	Idade:
Grau de escolaridade: EFC ( ) EFI ( ) EMC ( ) EMI ( ) SC ( ) SI ( )	
Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena	
Situação conjugal: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) Viúva	
Ocupação:	
Vinculação ( )	Regulação ( )
Religião:	Residência:

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
Número de gestações:	Número de abortamentos:	Número de partos:
Tipos de parto: _____ normal _____ cesariana _____ fórceps _____ vácuo		
Idade gestacional no parto: _____ semanas _____ dias		
Realizou Pré-natal: ( ) Sim ( ) Não N de consultas _____		
Classificação de risco do parto:		
Comorbidade: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____		
Anemia preexistente: ( ) Sim ( ) Não		
Polidramnia: ( ) Sim ( ) Não		
Hemorragia pós-parto atual: ( ) Sim ( ) Não		
Hemorragia pós-parto anterior: ( ) Sim ( ) Não		
Episiotomia: ( ) Sim ( ) Não Laceração: ( ) Sim ( ) Não Grau:		
Distócia no parto atual: ( ) Sim ( ) Não Qual _____		
Indução do trabalho de parto ( ) Sim ( ) Não Qual: _____		
Uso de Ocitocina no trabalho de parto: ( ) Sim ( ) Não		
Manejo ativo do terceiro período de parto: ( ) Sim ( ) Não		
Assistência ao parto realizado por: médico ( ) Enfermeira Obstetra ( )		
Macrossomia: ( ) Sim ( ) Não		
Peso do RN: _____ g	APGAR do RN (_____) 1' (_____) 5'	

## ANEXO A - Aprovação do comitê de ética em pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher

**Pesquisador:** Telmara Menezes Couto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 15213819.1.0000.5543

**Instituição Proponente:** Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.426.869

**Apresentação do Projeto:**

A hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo e inclui hemorragia antes, durante e após o parto. Ocorre entre 10 a 15% das gestações e podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico sendo responsável por 25 a 30% de todos os óbitos maternos. As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais são classificadas como hemorragias da primeira e segunda metade da gestação e a hemorragia pós-parto. O padrão de causas de morte materna no Brasil é semelhante em todas as regiões e períodos. Entre as principais causas de mortes maternas diretas que ocupam 66% dos óbitos entre mulheres, a hemorragia surge em segundo lugar apresentando cerca de 10 a 15% no total dos óbitos. Em primeiro lugar destacam-se ainda as síndromes hipertensivas 20% seguindo em 3ª a infecção puerperal 7% e o aborto com 5% dos óbitos maternos ocupando o 4º lugar. Estas mortes estão diretamente relacionadas ao cuidado prestado, bem como ao tempo de resposta nas intercorrências. O atendimento oportuno e adequado antes, durante e após o parto pode salvar a vida de muitas mulheres. A taxa de mortalidade e a melhoria da saúde materna são dois importantes indicadores de desenvolvimento em uma região e foram definidos como objetivos a serem atingidos dentro da proposta sobre saúde e desenvolvimento sustentável adotados pela comunidade internacional em 2015. A morte materna associada à hemorragia é frequente nos países em desenvolvimento, nos quais as mulheres estão mais expostas a riscos e também a condições econômicas desfavoráveis. A redução dessas mortes é um objetivo fundamental para o

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.055-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br

**ANEXO B - Autorização de acesso para coleta de dados**



Universidade Federal da Bahia  
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
 Maternidade Climério de Oliveira

OFÍCIO Nº 025/2019/GEP/MCO

Salvador, 10 de julho de 2019.

Aos (as) Senhores (as)  
 Dra. Isabela Maria Muniz de Araújo Goés  
 Chefe de Setor Regulação e Avaliação em Saúde  
 Enfª. Mirian Santos Oliveira  
 Chefe da Divisão de Enfermagem (Alojamento/enfermarias)  
 Dr. Leonardo, de Oliveira Palmeira  
 Chefe da Unidade de Atenção a Saúde da Mulher (Ambulatório)  
 C/C: SAME/Educação Continuada/Unidade de Apoio Operacional (Portaria)

**Assunto: Autorização de acesso às unidades acima para coleta de dados**

Prezados (as) Senhores (as),

Venho, por meio deste, autorizar a pesquisadora responsável **Telmara Menezes Couto** e sua equipe de pesquisa: **Daianne Teixeira Soares, Gleice de Oliveira Santos, Jaqueline Alves Pires, Keury Thaysana Rodrigues dos Santos e Patrícia Santos de Oliveira** a coletarem dados referentes ao projeto de pesquisa **"Síndromes obstétricas com potencial hemorrágico e suas implicações para saúde da mulher**, CAAE: 15213819.1.0000.5543, com situação do parecer nº 3.426.869 **"APROVADO"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira - CEPMCO, em 30/06/2019.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Augusto Santos de Menezes  
 Gerente de Ensino e Pesquisa  
 Maternidade Climério de Oliveira  
 CEPMCO - Tel: (71) 3283-9232

**Carlos Augusto Santos de Menezes**  
 Gerente de Ensino e Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira

Rua do Limoeiro, 137, Nazaré – Telefone: (71) 3283-9232  
 CEP 40055-150 Salvador/BA - www.mco.ebserh.gov.br