UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no puerpério”

Mariana Torreglosa Ruiz

Ribeirão Preto

2007

MARIANA TORREGLOSA RUIZ

“Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no puerpério”

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Profª. Dra. Marli Villela Mamede

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO POR QUALQUER MEIO, CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ruiz, Mariana Torreglosa.

Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no
puerpério. Ribeirão Preto, 2008,

117 p. 30 cm.

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em
Saúde Pública.

Orientadora: Mamede, Marli Villela.

1. Terceiro período do parto. 2. Hemorragia pós-parto. 3. Puerpério.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Torreglosa Ruiz

Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no puerpério.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação aos meus pais Ginez Antônio Ruiz (*in memoriam*) e Célia Aparecida Brito Ruiz, e à minha irmã Mariângela Torreglosa Ruiz, que são tudo pra mim, que sempre me incentivaram e apoiaram.

*“Se eu não os amasse tanto assim, talvez perdesse os
sonhos dentro de mim e vivesse na escuridão.*

*Se eu não os amasse tanto assim, talvez não visse
flores, por onde eu vim,
Dentro do meu coração.”*

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho somente foi possível graças à colaboração, direta ou indireta, de todos aqueles que, de diferentes formas, estiveram nele envolvidos.

À todas as **mulheres** que consentiram em participar do estudo e que desta forma, contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa e para a melhoria da assistência.

À minha orientadora **Profa. Dra. Marli Villela Mamede**, pela orientação competente e segura, pela compreensão, dedicação, amizade, afeto e aconselhamento nos momentos difíceis e de dúvidas, e principalmente, pelo exemplo de profissionalismo.

À **Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldies Soler**, que incentivou e orientou meus primeiros passos na carreira científica. Estendo os agradecimentos também para **Sônia Campos, Murilo e Denise Faria**, que me acompanharam e apoiaram durante esta caminhada.

Ao **Prof. Dr. Luiz de Souza**, pelo auxílio na análise e tratamento dos dados estatísticos.

À **Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede**, pelo exemplo de profissionalismo, pelas discussões à respeito do estudo, pela amizade, colaboração e compreensão, que muito contribuíram para minha formação enquanto profissional e pessoa.

À **Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano**, pelo exemplo de profissionalismo, pela colaboração, compreensão, companheirismo e pelas sugestões e correções durante o exame de qualificação do projeto.

Ao **Prof. Dr. Ricardo Cavalli**, por sua importante contribuição com sugestões e correções no exame de qualificação do projeto.

À **Maria Antonieta Spinoso Prado**, pelo auxílio na elaboração, tabulação e codificação do banco de dados e envio do projeto para FAPESP.

À todos os professores da **Pós-Graduação da EERP-USP**, em especial aos professores do **Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública**, pelos conhecimentos transmitidos através das disciplinas, pelo apoio, colaboração e incentivo.

Aos funcionários do **Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública**, em especial, **Augusto e Andréia**, que sempre forneceram o apoio, colaboração e amizade necessários ao bom andamento do projeto.

À toda **equipe da Maternidade do Complexo Aeroporto – Mater**, em especial, à toda **equipe de enfermagem, equipe obstétrica e corpo administrativo**, pela autorização e incentivo à pesquisa.

À todas as turmas de **residentes de enfermagem da Mater**, com quem tive contato ao longo destes quatro anos: minhas inesquecíveis R2 (**Fabiana, Izabela, Daniela, Rosiléia e Regiane**); minhas companheiras de residência (**Rafaela, Valéria, Karina e Ana Cyntia**); minhas queridas R1 (**Raquel, Paula, Patrícia, Lillian e Daniela**); pessoas com as quais passei momentos únicos e vivenciei experiências que guardarei para sempre, além de contar com a troca de conhecimentos e amizade. Às residentes: **Ariadna, Daniela, Nathália, Beatriz, Ana Lúcia, Michelle, Elaine, Mariana, Ana Maria, Clara, Patrícia e Karen, e à enfermeira Fernanda**, por todo apoio, auxílio, amizade e compreensão durante a coleta dos dados e programa de aperfeiçoamento em ensino.

Aos **alunos do quarto ano de graduação da EERP-USP (2007)**, agora não mais alunos, mas sim os mais novos enfermeiros, pelo ensino cotidiano da relação aluno-docente, pelo respeito e carinho proporcionados durante o estágio do programa de aperfeiçoamento em ensino.

A todos os funcionários da Casa de Hóspedes da USP Ribeirão Preto (**Shirlene, Célia, Lúcia, Ana, Augusta e João**) por todo carinho e cuidado no acolhimento que proporcionam a todos e por fazer com que a gente se sinta em casa e queira sempre voltar.

Aos meus amigos da **EJNS de Fátima**, por todo carinho, amizade, compreensão, e principalmente pela espiritualidade proporcionada pela companhia destas pessoas neste momento tão importante de minha vida.

À minha amiga **Janaina Mayer de Oliveira**, pelos momentos de convivência, auxílio, conselhos, por me escutar durante os momentos difíceis e de saudade de casa, pela alegria da sua companhia, enfim por ter tornado minha vida em Ribeirão mais agradável e por ter ganho uma irmã que eu escolhi pela vida.

À minha amiga **Valéria Feitosa de Souza**, pela acolhida, moradia, conversas, pelos estudos, pelas discussões, pelos conselhos, enfim, por partilhar e vivenciar momentos difíceis, por me ajudar a acreditar mais em Deus, mais em mim e mais nas pessoas, por todo carinho, companheirismo e amizade.

À minha amiga **Ligia de Sousa**, pela amizade, convivência, companheirismo, auxílio nas dúvidas e pelo auxílio na vida, por estar presente nos momentos mais felizes e também nos mais tristes e difíceis, fazendo sol ou fazendo chuva ou mesmo muito frio, acordando cedinho e indo dormir tarde tantas vezes, discutindo aspectos do projeto e do futuro. Foi a segunda irmã que eu escolhi pela vida, sentirei saudades sempre, mas com certeza nunca iremos nos separar, pois se há distância física, não há distância para amizade e para o carinho.

À minha amiga **Ana Carolina Rodarti Pitangui**, por todo o seu carinho, amizade, convivência, companheirismo, por falar sempre a verdade e estar sempre ao meu lado, pelos momentos felizes (que foram muitos), pelo consolo nos momentos difíceis, pelas palavras certas nos momentos certos, pela esperança transmitida. Agradeço pela acolhida frequente pela sua família (a família Pitangui) na sua casa. Vocês são pessoas iluminadas e

abençoadas. Com quem aprendi o valor da verdadeira amizade e acreditar que a amizade realmente existe. Nunca me esquecerei de você e nunca iremos nos separar.

Às minhas queridas amigas **Dóris Silvia Barbosa** e **Karen Cristina Falco**, por todo carinho, amizade, escuta e diversão que vem me proporcionado ao longo de anos. Pessoas únicas, iluminadas e incomparáveis com quem posso contar sempre.

Ao sr. **José de Melo**, que sempre me apoiou, por todo o seu carinho e interesse e por muitas vezes que para me dar carona teve que acordar cedo ou nem dormir, enfrentar tempestades ou perder o começo do jogo porque estava na hora de ir.

À minha irmã **Mariângela Torreglosa Ruiz**, pelo incentivo e apoio ao projeto, auxílio nas dúvidas científicas, por acreditar e apostar em mim, por ser minha companheira forte nos momentos difíceis, por ser uma irmã brincalhona e um pouco atrapalhada nos momentos felizes, por partilhar momentos de dor e angústia e também momentos de oração, momentos de felicidade enfim, por todo amor dedicado, nem sempre falado, mas com certeza todos os dias vivenciado.

À minha mãe **Célia Aparecida Brito Ruiz**, por ter sido essa mãe forte e protetora, por ter me ensinado valores e caráter, pelo incentivo e apoio, por tantas vezes ter me dado colo quando não tinha mais nada a oferecer, pelo orgulho com que fala de mim, pelos momentos felizes que passamos todos os dias, pelas noites em claro preocupada comigo, pelas preocupações em saber como eu estava, se estava sentindo frio, calor, fome, dor, pelas orações, pela entrega nas mãos de Deus, enfim, por seu amor incondicional... “Nossos destinos foram traçados na Maternidade.”

Ao meu pai, **Ginez Antonio Ruiz**, que sempre me acompanha, embora não fisicamente, mas posso sentir sua presença junto comigo sempre. Restou dele com certeza o que há de melhor em mim: amizade, palavra, respeito, caráter, fé, esperança, coragem, alegria e amor. Me lembro de você “em dias de chuva, em dias de sol”. Espero que hoje seja uma festa no céu, pois com certeza quem mais me incentivou e amou deve estar orgulhoso por mim e por nossa família.

À **Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**, pelo auxílio financeiro.

À **Deus**, por tudo.

Resumo

RUIZ, M.T. Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no puerpério. 117 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

O terceiro período do parto inicia-se após a expulsão do feto e termina com o desprendimento da placenta. A perda sanguínea pós-parto está diretamente associada com o tempo de desprendimento placentário e a contratilidade uterina. A recomendação do manejo ativo do terceiro período do parto pela ICM/FIGO e OMS se pauta nas evidências científicas do seu potencial em reduzir morbimortalidade materna. Este compreende as seguintes intervenções: administração profilática de ocitócitos, após o nascimento do bebê, clampeamento e secção do cordão umbilical precoces; tração controlada do cordão e massagem em fundo uterino, com a finalidade de reduzir a perda sanguínea pós-parto.

Objetivo: identificar como é realizado o manejo do terceiro período clínico na condução de partos normais em uma maternidade-escola e analisar os resultados obstétricos no puerpério imediato. **Metodologia:** A amostra constituiu-se de 142 parturientes. A coleta de dados foi realizada por meio de observação não participante, respaldada por formulário testado previamente em estudo piloto. **Resultados:** A dequitação foi espontânea em 98,6% dos partos, com duração média de $8,79 \pm 7,48$ minutos. O clampeamento e secção precoces do cordão umbilical foram a intervenção mais realizada (93,7%); seguidos pela tração controlada de cordão (87,3%); massagem em fundo uterino (70,4%); contato precoce (52,8%); aleitamento precoce (34,5%); uso de ergotamina (3,5%). A ocitocina foi utilizada apenas como terapêutica adicional após o parto (73,9%), dosagem média de $9,48 \pm 9,47$ UI. Foram identificadas as seguintes complicações: sangramento em média quantidade (15,5%); curagem (4,2%) e sangramento em grande quantidade (3,5%). Não foi encontrada associação estatisticamente significantes (teste exato de Fisher) entre os componentes do manejo ativo e ocorrência de sangramento em média ou grande quantidade. Foi identificada associação significativa entre o peso fetal ($p= 0,043$), e quase significância para a cor branca ($p= 0,074$) e o sangramento pós-parto. Não foi encontrada associação com outras variáveis independentes. **Considerações finais:** Embora o manejo ativo do terceiro período do parto apresente evidências científicas sobre sua eficácia, os resultados revelam que ainda persiste resistência em relação à sua aplicação e que muitos dos seus componentes não foram aderidos na instituição estudada, sendo realizado um manejo “misto” (componentes do manejo ativo e do manejo expectante). A presença de complicação bem como sua seriedade foi de pequena frequência. Destacamos a necessidade de continuidade de estudos sobre a temática e especialmente quanto a avaliação objetiva da perda sanguínea e repercussões clínicas no puerpério.

Palavras-chave: terceiro período do parto; hemorragia pós-parto; puerpério.

Abstract

RUIZ, M.T. Management of the third stage of labor and its repercussions on puerperium. 117 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing). Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

The third stage of labor starts after expulsion of the fetus and ends with the detachment of the placenta. The post-partum blood loss is directly associated to the time of placental detachment and uterine contractility. The active management recommendations for the third stage of labor, issued by ICM/FIGO and WHO, are based on scientific evidence concerning its potential to reduce maternal morbidity and mortality. It encompasses the following interventions: prophylactic administration of oxytocins, after delivery of the baby; early clamping and cutting of the umbilical cord; controlled traction of the cord and massage of the uterine fundus, with the purpose of reducing post-partum blood loss.

Objective: to identify the way of managing the third clinical stage of a normal delivery in a teaching maternity hospital and to analyze the obstetric results in the immediate puerperium. **Methodology:** The sample consisted of 142 women in labor. Data collection was performed by non-participating observation, backed-up by a form previously tested in a pilot study. **Results:** Afterbirth was spontaneous in 98.6% of the deliveries, with an average duration of 8.79 ± 7.48 minutes. Early clamping and cutting of the umbilical cord were the most frequently performed intervention (93.7%), followed by controlled traction of the cord (87.3%), massage of the uterine fundus (70.4%); early contact (52.8%); early breastfeeding (34.5%); use of ergotamine (3.5%). Oxytocin was used only as an additional therapeutic after delivery (73.9%), at a mean dosage of 9.48 ± 9.47 IU. The following complications were identified: medium-amount bleeding (15.5%); cureage (4.2%), and large-amount bleeding (3.5%). No statistically significant association was found (Fisher's exact test) between the components of the active management and the occurrence of medium- or large-amount bleeding. A statistically significant association between fetal weight and post-partum bleeding ($p=0.043$), and an almost significant association between Caucasian ethnicity and post-partum bleeding ($p=0.074$) were identified. No association with other independent variables was found. **Final considerations:** Although there is scientific evidence indicating that the active management in the third stage of labor is effective, our results reveal that resistance to adopt it persists and that there was no adhesion to many of its components in the studied institution, where a "mixed" management is done (components of the active management and of the passive management). The frequency of complications and their severity were low. We stress the need for further studies on this subject, especially regarding an objective evaluation of blood loss and its clinical repercussions during the puerperium.

Key words: third stage of labor; post-partum hemorrhage; postpartum period.

Resumen

RUIZ, M.T. Manejo del tercer período del parto y sus repercusiones en el puerperio. 117 p. Disertación (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo. Ribeirão Preto, 2008.

El tercer período del parto comienza después de la expulsión del feto y termina con el alumbramiento. La pérdida sanguínea posparto está directamente asociada al tiempo de expulsión de la placenta y la contractilidad uterina. ICM/FIGO y OMS recomiendan el manejo activo del tercer período del parto basados en las conclusiones científicas que demuestran la posibilidad de reducir así la morbilidad materna. Este manejo comprende las siguientes intervenciones: administración profiláctica de ocitocitos después del nacimiento del bebé, clampo y corte precoces del cordón umbilical; tracción controlada del cordón y masaje del fondo uterino con la finalidad de reducir la pérdida sanguínea posparto. **Objetivo:** evaluar como se realiza el manejo del tercer período clínico en partos normales en una maternidad escuela y analizar los resultados obstétricos en el puerperio inmediato. **Metodología:** La muestra estaba compuesta por 142 parturientas. Los datos se recopilaron por medio de observación no participativa, y se apuntaron en un formulario utilizado previamente como prueba en estudios piloto. **Resultados:** La expulsión de la placenta fue espontánea en el 98,6% de los partos y la duración promedio de $8,79 \pm 7,48$ minutos. La intervención que más realizó fue el clampo y corte precoces del cordón umbilical (93,7%); siguiendo la tracción controlada del cordón (87,3%); masajes en el fondo uterino (70,4%); contacto precoz (52,8%); lactación precoz (34,5%); uso de ergotamina (3,5%). La ocitocina se utilizó solamente como una terapéutica adicional después del parto (73,9%), con una dosificación promedio de $9,48 \pm 9,47$ UI. Se observaron las siguientes complicaciones: hemorragia en cantidad media (15,5%); remoción placentaria manual (4,2%) y hemorragia en gran cantidad (3,5%). Entre los componentes del manejo activo y la aparición de hemorragia en cantidad media o elevada no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas (test exacto de Fisher). Se observó una asociación significativa entre el peso fetal ($p=0,043$) y casi significativa para el color blanco ($p=0,074$) y el hemorragia posparto. No se encontraron asociaciones con otras variables independientes. **Consideraciones finales:** A pesar de las evidencias científicas sobre la eficacia que presenta el manejo activo del tercer período del parto los resultados demuestran que aún persiste una resistencia con respecto a su aplicación y que en la institución donde se llevó a cabo el estudio no se aplicaron muchos de sus componentes realizándose un manejo “mixto” (componentes del manejo activo y del manejo expectante). Fue poco frecuente la ocurrencia de complicaciones y también su gravedad. Destacamos la necesidad de continuar los estudios sobre el asunto, especialmente en lo que se refiere a la evaluación objetiva de la pérdida sanguínea y sus repercusiones clínicas en el puerperio.

Palabras clave: tercer período del parto; hemorragia posparto; periodo de posparto.

*“Não pretendo dizer que já alcancei minha meta
e que cheguei à perfeição. Não...
Mas eu me empenhei em conquistá-la
Consciente de ainda não ter atingido minha meta,
só procuro isto: prescindindo do passado e
atirando-me ao que resta pela frente, persigo o alvo.
Contudo, seja qual for o grau que chegamos,
o que importa é prosseguir...
decididamente.”*

Fl. 3, 12-16

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Razão de mortalidade materna, por regiões brasileiras, nos anos de 2000 a 2004	19
Tabela 2. Razão de mortalidade materna secundária à hemorragia pós-parto, por regiões brasileiras, nos anos de 2000 a 2004.....	23
Tabela 3. Distribuição de partos, segundo tipo de parto, no período de fevereiro a junho de 2007, em uma maternidade do interior paulista	48
Tabela 4. Distribuição das 142 parturientes, segundo características sócio-demográficas. Ribeirão Preto, 2007.....	49
Tabela 5. Distribuição das 142 parturientes, segundo história clínica. Ribeirão Preto, 2007	51
Tabela 6. Distribuição das 142 parturientes, segundo dados gestacionais. Ribeirão Preto, 2007	53
Tabela 7. Distribuição das 142 parturientes, segundo motivos de internação, equipe de atendimento, sinais vitais, tempo de internação e de trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2007	55
Tabela 8. Distribuição das 142 parturientes, segundo procedimentos realizados no trabalho de parto e presença de acompanhante. Ribeirão Preto, 2007	57
Tabela 9. Distribuição das 142 parturientes, segundo procedimentos realizados no segundo período do parto, integridade perineal, tempo de expulsão fetal e permanência em sala de parto. Ribeirão Preto, 2007	58
Tabela 10. Distribuição dos recém-nascidos das 142 puérperas, segundo dados de nascimento. Ribeirão Preto, 2007	59
Tabela 11. Distribuição das 142 puérperas, segundo dados do terceiro período do parto. Ribeirão Preto, 2007	61
Tabela 12. Distribuição das 142 puérperas, segundo complicações e intervenções relacionadas ao terceiro período do parto. Ribeirão Preto, 2007.....	62
Tabela 13. Distribuição das avaliações dos indicadores de evolução do quarto período do parto das 142 puerpéras, segundo períodos de avaliação (15, 30, 60 e 90 minutos). Ribeirão Preto, 2007	63

Tabela 14. Distribuição das 62 puérperas, segundo retorno puerperal, queixas, sinais vitais e avaliação uterina. Ribeirão Preto, 2007.....	66
Tabela 15. Apresentação dos valores de p/teste exato de Fisher, segundo procedimentos do terceiro período do parto (variáveis independentes) e ocorrência de sangramento (média e grande quantidade) no quarto período do parto. Ribeirão Preto, 2007	69
Tabela 16. Distribuição de freqüências das ocorrências de sangramento em média quantidade e valor de p do teste exato de Fisher, segundo as variáveis independentes. Ribeirão Preto, 2007	71
Tabela 17. Distribuição de freqüências da ocorrência de curagem e valor de p do teste exato de Fisher, segundo as variáveis independentes. Ribeirão Preto, 2007	72
Tabela 18. Distribuição de freqüências da ocorrência de sangramento entre 142 puérperas e valor de p do teste exato de Fisher, segundo outras variáveis independentes. Ribeirão Preto, 2007	73

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1. Hemorragia pós-parto: fatores associados ao manejo do terceiro período do parto	25
2.2. Aspectos específicos dos componentes do manejo ativo do terceiro período	30
2.2.1. Bases do manejo ativo do terceiro período do parto e seus componentes	30
3. PRESSUPOSTOS DA PESQUISA.....	34
4. OBJETIVOS.....	36
4.1. Objetivo geral.....	37
4.2. Objetivos específicos	37
5. METODOLOGIA.....	38
5.1. Tipo de estudo	39
5.2. Local do estudo	40
5.3. População e amostra.....	41
5.4. Coleta dos dados	41
5.5. Aspectos éticos.....	45
5.6. Análise e tratamento dos dados.....	45
6. RESULTADOS	47
6.1. Caracterização das participantes do estudo.....	48
6.2. Evolução do trabalho de parto	54
6.3. O segundo período do parto	58
6.4. O terceiro período do parto	60
6.5. O quarto período do parto	62

6.6. O puerpério tardio	64
6.7. Resultados obstétricos e os componentes do manejo ativo do terceiro período do parto	68
7. DISCUSSÃO.....	75
8. CONCLUSÕES.....	90
9. IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	92
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	108
ANEXO I - Formulário para coleta dos dados	109
ANEXO II - Termo de consentimento livre e esclarecido (parturientes)	115
ANEXO III - Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais)	116
ANEXO IV - Parecer do comitê de ética em pesquisa	117

1. Introdução

Durante a gestação ocorrem modificações tanto de ordem física quanto psicológica, fazendo com que a mulher passe a focalizar o seu interesse no novo ser que traz dentro de si, frequentemente mudando suas atitudes e hábitos em função de seu filho (ROSSELLO et al., 1993).

Desta forma, o parto é o momento crucial para a mãe e a família, já que a partir deste evento, terminarão as expectativas, medos e ansiedades compartilhadas durante todo o período gestacional, dando vida ao mais novo integrante da família (LOPES et al., 2005). Assim, o parto e puerpério são aguardados como um processo natural que gera vida, incompatível com a morte materna ou neonatal.

No entanto, os resultados obstétricos favoráveis ou não são importantes indicadores de saúde, que refletem as condições sociais, políticas, econômicas e culturais e o acesso aos serviços de saúde pela população, havendo, portanto uma relação direta com a qualidade da assistência pré-natal, parto e nascimento.

Segundo a 9ª. revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), morte materna é definida como:

"a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais".

A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) incluiu a definição de mortalidade materna tardia que identifica adicionalmente como morte materna, as mortes ocorridas em um período maior que 42 dias até 1 ano após o parto.

De acordo com a mesma classificação - CID-10, as mortes maternas, segundo sua causa, podem ser classificadas como mortes obstétricas diretas ou indiretas. As mortes obstétricas diretas são as mortes resultantes das complicações do ciclo gravídico-puerperal devido a intervenções, omissões, tratamento errôneo ou a uma série de eventos resultantes de qualquer uma das causas acima citadas. As mortes obstétricas indiretas são resultantes de doenças previamente existentes ou de doenças desenvolvidas durante o período gestacional, não devido a causas obstétricas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

No ano de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) divulgou estimativas em relação à mortalidade materna mundial. Segundo os dados, há aproximadamente 400 mortes maternas/100.000 nascidos vivos no mundo; na América Latina temos 190 mortes/100.000 nascidos vivos; no continente africano temos 830 mortes/100.000 nascidos vivos; na Europa, 24/100.000; Ásia 330/100.000 e na Oceania 240/100.000.

O mesmo relatório divulgou que no Brasil em 1996, ocorreram 161 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, totalizando 8700 mortes/ano; sendo que o risco de morrer por causas maternas é de 1:140. Estes números são de extrema importância quando comparamos a mortalidade materna em outros países, como por exemplo, nos Estados Unidos que a taxa de mortalidade materna é de 17 mortes/100.000 nascidos vivos. (WHO/UNICEF/UNFPA, 2004).

Dados fidedignos sobre a real razão de mortalidade materna (número de óbitos maternos/ número de nascidos vivos x 100.000 nascidos vivos) no Brasil coletados a partir do Datasus, com última atualização em 2004 são apresentados na tabela a seguir:

Tabela 1. Razão de mortalidade materna, por regiões brasileiras, nos anos de 2000 a 2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Norte	62,26	49,76	53,11	57,17	52,72
Nordeste	57,66	57,42	61,41	63,00	63,68
Sudeste	48,23	44,29	46,26	42,16	44,19
Sul	53,43	52,64	57,37	51,58	59,02
Centro-Oeste	39,10	54,06	60,74	53,54	61,84
Total	52,29	50,61	54,09	52,13	54,22

*Fonte: Datasus.

TANAKA et al. (1989), ressaltam que a situação de saúde materna e perinatal apresentam grande relevância porque além dos aspectos quantitativos (magnitude), as mulheres e seus conceptos representam um grupo de alta vulnerabilidade, expressam o maior risco de adoecer e morrer a que estão expostos e refletem a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. O estudo das causas de óbito materno indica que a assistência ao ciclo gravídico-puerperal parece apresentar falhas, visto que esses óbitos poderiam, em sua maioria, ser evitados com uma atenção adequada neste período (TANAKA et al., 1989).

Podemos analisar o impacto da assistência obstétrica nos resultados perinatais ao avaliarmos a necessidade de cuidados intensivos. As síndromes hipertensivas são geralmente as primeiras causas de internação nestas unidades, seguidas pela hemorragia pós-parto. Destacamos que além da necessidade de cuidados terciários, as complicações

puerperais aumentam o período de internação em 2 ou 5 dias, em média, refletindo, portanto, na qualidade de vida dessas mães (COHEN et al., 2000; VIGGIANO et al., 2004).

No município de Ribeirão Preto (SP), nos anos de 1994, 1995 e 1996 ocorreram 14 mortes maternas de mulheres residentes no município. As causas dessas mortes foram: hemorragia (25%), infecção e pré-eclâmpsia. Das 05 mortes causadas por hemorragia, 04 ocorreram no período puerperal e 01 ocorreu durante o parto que foi complicado pela hemorragia (GOMES, 1998).

Segundo dados oficiais, no município de Maringá (PR), os óbitos maternos ocorridos no período de 1990 a 1997 tiveram como principais causas, em ordem de frequência: causas obstétricas indiretas (32%); infecção puerperal (15%); eclâmpsia (15%), embolia pulmonar (10,6%), acidentes anestésicos (9%), seguidos pela hemorragia (6% dos casos) (PELLOSO, 1998).

Embora estes dados pareçam pouco significantes frente a outras causas de morte materna, são de extrema relevância, pois refletem uma triste realidade, uma vez que a maioria dos óbitos ocorre por causas que poderiam ser evitadas.

Apesar das diferenças regionais e internacionais, quanto às principais causas de morte materna, a hemorragia ainda é a principal causa de morte materna em muitos países. Estima-se que pelo menos, 25% a 30% dessas mortes sejam causadas devido à hemorragia pós-parto, sendo, portanto, a complicação mais importante do terceiro período clínico do parto (PRENDIVILLE, 1996; DIEJOMAOH et al., 1997; WHO, 1997; ABOUZAHR, 1998; GIACALONE et al., 2000; PRASERTCHAROENSSUK et al., 2000; GEELHOED et al., 2002; SHARMA; EL-REFAEY, 2003; ICM; FIGO, 2004; ABDEL-ALEEM et al., 2006; LALONDE et al., 2006).

O terceiro período do parto inicia-se após a expulsão do feto e termina com o desprendimento da placenta. Após o parto e a cessação da pulsação do cordão umbilical, a placenta separa-se da parede uterina através da decídua esponjosa, desce, atinge o canal de parto e se expulsa pela fenda vulvar (DOMBROWSKI et al., 1995; REZENDE, 1995; WHO, 1997; NEME, 2000; McCORMICK et al., 2002; PRENDIVILLE et al., 2003; COTTER et al., 2006). Verificam-se como sinais de descolamento: útero firme, globoso, contraído, saída em “golfada” de sangue e aumento do cordão umbilical (BRUCKER, 2001; CUNNINGHAM et al., 2001). A descida e expulsão da placenta são causadas pela força gravitacional e auxiliadas pelas contrações e prensa abdominal materna (PÈRET; GONÇALVES, 2003).

A perda sanguínea decorrente dessa fase está diretamente associada com o desprendimento placentário e depende da rapidez com que a placenta se descola da parede uterina e da efetividade da contração da musculatura uterina em volta do leito placentário durante e após o descolamento (PRENDIVILLE et al., 2003).

Mais da metade das mortes maternas ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, devido principalmente, ao sangramento excessivo ou em decorrência dele, como por exemplo, a instalação de um processo infeccioso (LI et al., 1996; EL-REFAEY et al., 2000; BRUCKER, 2001; ICM; FIGO, 2004; LALONDE et al., 2006). Estudo revela que 60% das mortes maternas ocorrem no período puerperal e, 80% ocorrem durante as duas primeiras semanas pós-parto (LI et al., 1996).

Após vários estudos e consenso estabelecido entre a FIGO (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians) e a ICM (International Confederation of Midwives), em 2003, é apresentada a “Declaração Conjunta: Manejo do terceiro período do parto na prevenção da Hemorragia Pós-Parto, intervenções efetivas baseadas em evidências” na

tentativa de auxiliar os profissionais de obstetrícia a reduzir a morbi-mortalidade materna na qual é preconizado o manejo ativo do terceiro período. Por meio desta declaração pretende-se que esta prática seja divulgada e implementada pelos serviços, e que seja inserida a prática do manejo ativo nos currículos dos cursos de graduação e treinamento dos profissionais da saúde (ICM; FIGO, 2004).

O manejo ativo do terceiro período do parto compreende as seguintes intervenções: administração profilática de ocitócitos via endovenosa ou intramuscular, após o nascimento do bebê, clampeamento e secção do cordão umbilical precoces; tração controlada do cordão umbilical e massagem em fundo uterino. Essas intervenções têm sido indicadas como de uso rotineiro e profilático pela Organização Mundial de Saúde, após resultados favoráveis, obtidos em revisões sistemáticas, na tentativa de reduzir a perda sanguínea associada à dequitação e para reduzir o risco de hemorragia pós-parto. (WHO, 1990; GYTE, 1994; WHO, 1996; WHO, 1997; GIACALONE et al., 2000; BRUCKER, 2001; SHANE et al., 2001; McCORMICK et al., 2002; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2002; SHARMA; EL-REFAEY, 2003; ICM; FIGO, 2004; VIVIO; WILLIAMS, 2004; LALONDE et al., 2006; PRATA et al., 2006; TSU et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007).

No Brasil, a mortalidade materna relacionada à hemorragia pós-parto apresenta um quadro alarmante como identificado na tabela abaixo revelando demandas de estudos que melhor expliquem a situação. A tabela 2 mostra os dados oficiais das regiões do país sobre a razão de mortalidade materna secundária à hemorragia pós-parto, coletados a partir do Datasus, atualizados em 2004.

Tabela 2. Razão de mortalidade materna secundária à hemorragia pós-parto, por regiões brasileiras, nos anos de 2000 a 2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Norte	1,71	3,34	4,64	4,81	2,58
Nordeste	3,67	3,18	4,73	4,08	4,61
Sudeste	2,06	1,95	2,09	1,94	2,64
Sul	4,21	3,36	6,40	2,05	5,02
Centro-Oeste	3,00	2,19	3,52	3,09	2,17
Total	2,86	2,66	3,82	2,99	4,95

* Fonte: Datasus

Diante da situação apresentada, o estudo sobre o terceiro período do parto nos parece de grande relevância não somente para ampliar o conhecimento sobre a morbimortalidade materna, mas também para auxiliar na avaliação da aplicação das práticas que revelam evidências científicas na melhoria da qualidade da assistência obstétrica.

A necessidade de rever a prática adotada, nos serviços de obstetrícia, no manejo do terceiro período clínico do parto, nos motivou a tomar este tema como objeto de estudo na tentativa de traçar o perfil das práticas utilizadas no manejo do terceiro período em uma maternidade escola e verificar a ocorrência de hemorragia no período pós-parto imediato e mediato naquela instituição.

2. Revisão da Literatura

2.1. Hemorragia pós-parto: fatores associados ao manejo do terceiro período do parto

A hemorragia pós-parto (HPP) é tradicionalmente definida como: perda sanguínea $\geq$ 500 ml nos partos vaginais e acima de 1000 ml em partos cesarianos; queda de 10% do hematócrito comparado ao exame feito à admissão da parturiente e, sangramento importante que requeira hemotransfusão. A HPP pode ser classificada em: primária ou precoce se ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto; e secundária ou tardia, quando acontece entre 24 horas e 12 semanas pós-parto (WHO, 1990; WHO, 1996; WHO, 1997; PRASERTCHAROENSSUK et al., 2000; CUNNINGHAM, et al., 2001; McCORMICK et al., 2002; SANTOS, 2003; SHARMA; EL-REFAEY, 2003; BAIS et al., 2004; MAGANN et al., 2005a; COTTER et al., 2006; LALONDE et al., 2006; MAUGHAN et al., 2006).

A principal causa de HPP é a atonia uterina, seguida ou mesmo causada pela presença de restos placentários; entre as outras possíveis causas, menos freqüentes, citam-se: lacerações perineais importantes; anemia prévia; hemorragia secundária; defeitos de coagulação; a subinvolução uterina presente em casos de infecção (endometrite) e a deiscência de cicatriz de cesárea. Todas as possíveis causas estão relacionadas diretamente à assistência ao ciclo gravídico-puerperal, e mais especificamente ao terceiro período do parto (DIEJOMAOH et al., 1997; SELO-OJEME, 1997; CHUA et al., 1998; NEME, 2000; McCORMICK et al., 2002; PETERSEN et al., 2002; TSU et al., 2003; MILLER et al., 2004; RIVZI et al., 2004; CHICHESTER, 2005; LU et al., 2005; PATHER et al., 2005; SHEINER et al., 2005; WHO, 2006; KOMINIAREK; KILPATRICK, 2007; MATHAI et al., 2007).

Dentre as complicações mais importantes da HPP destacam-se: anemia, fadiga crônica, choque hipovôlemico, coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal,

hepática e respiratória (MOUSA; ALFIREVIC, 2006), além de ser uma causa de desmame precoce (WILLIS; LIVINGSTONE, 1995). A prevenção, o pronto reconhecimento e as intervenções apropriadas e precoces durante a assistência ao terceiro período do parto são tidos como instrumento chave para minimizar as possíveis seqüelas na vida destas mulheres.

Lembramos ainda que, muitas mulheres sofrem sérias complicações, como resultado não somente dos efeitos da anemia decorrente da perda sanguínea, mas decorrentes de uma série de intervenções que são requeridas quando se instala um quadro de HPP: anestesia geral, remoção manual ou cirúrgica da placenta, hemotransfusão, necessidade de internação em unidades de cuidados intensivos, entre outras (PRENDIVILLE, 1996; DIEJOMAOH et al., 1997; COHEN et al., 2000; VIGGIANO et al., 2004; OLADAPO et al., 2005).

Parece haver uma clareza sobre a existência de uma íntima relação entre perda sanguínea, duração do terceiro período do parto e efetividade da atividade uterina. Assim, estudos sobre a temática revelam que duração do terceiro período maior que o intervalo de 30 a 60 minutos aumenta a perda sanguínea em 3 vezes, assim como a redução do hematócrito maior que 10%, aumenta o risco para HPP e retenção placentária (DOMBROWSKI et al., 1995; WHO, 1997; GIACALONE et al., 2000; BRUCKER, 2001; BAIS et al., 2004; MAGANN et al., 2005a; MAGANN et al., 2005b; ABDEL-ALEEM et al., 2006; MAGANN et al., 2006). Estudos ainda destacam que, o aleitamento precoce reduz o tempo de duração do terceiro período do parto e com isso reduz também a perda sanguínea decorrente desse período (GELLER et al., 2006a).

Outro aspecto a ser ressaltado, é a dificuldade na avaliação da HPP, já que algumas mulheres toleram uma perda sanguínea igual ou maior que 500 ml, sem apresentar sinais ou sintomas, enquanto outras se tornam clinicamente instáveis. Entretanto, o diagnóstico é,

geralmente, baseado nas alterações fisiológicas, já que as alterações hemodinâmicas são detectadas em exames laboratoriais somente após 48 horas de pós-parto (GIACALONE et al., 2000). Por outro lado, há dificuldades na quantificação e qualificação dessa perda devido à mistura do sangue com líquido amniótico ou diurese, à quantidade de sangue retida nos campos cirúrgicos que são desprezados e na diferenciação da perda decorrente da episiotomia (WHO, 1996; Mc CORMICK et al., 2002; LALONDE et al., 2006; MAUGHAN et al., 2006).

Destacamos também que a estimativa visual do sangramento, comumente realizada nas práticas obstétricas, não é um procedimento sensível para a detecção de HPP, possibilitando uma subestimação de aproximadamente 90% dos casos (perda sanguínea $\geq$ 500 ml), comparada à mensuração direta ou determinação laboratorial, associada à observação de sinais e sintomas clínicos (RAZUVIK et al., 1996; PRASERTCHAROENSUK et al., 2000). Estudos realizados neste sentido apontam que há uma tendência dos profissionais em reconhecerem mais adequadamente os grandes sangramentos e/ou casos de hemorragias, mas que há grande discrepância entre os reais valores e a estimativa visual quando as perdas sanguíneas são menores (DILDEY et al., 2004; BOSE et al., 2006; KAVLE et al., 2006; PATEL et al., 2006; KARAVOLOS et al., 2007).

Há duas formas de abordagem clínica diferente do manejo do terceiro período – o manejo fisiológico e o manejo ativo, sendo este último, objeto de recentes estudos e críticas (PRENDIVILLE; ELBOURNE, 1989; PRENDIVILLE, 1996).

O manejo fisiológico compreende esperar por sinais de descolamento, permitindo que a placenta se desprenda espontaneamente ou por ação da gravidade, ou ainda, através da estimulação mamilar, que libera ocitocina endógena. É também descrito como manejo

expectante ou conservador, sendo prática comum, em alguns países norte-europeus, alguns estados dos Estados Unidos, Canadá, países em desenvolvimento e em partos domiciliares (GYTE, 1994; PRENDIVILLE et al., 2003; PRATA et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007).

Por muito tempo, defendeu-se o manejo expectante do terceiro período, ou seja, aguardar o descolamento placentário por um período de 30 minutos à 1 hora após a expulsão fetal, apenas observando a mulher, ou seja, permanecendo em vigilância sem intervenções. Entretanto, há muitos anos, Alvarez e Caldeyro-Barcia (1954), já haviam chamado a atenção que dentro de 5 a 10 minutos após o parto, 80% das placentas são descoladas e, defendiam que após esse tempo, devem ser tomadas condutas ativas para evitar complicações desse período.

Em contraste, o manejo ativo do terceiro período compreende as seguintes intervenções: administração profilática de ocitócitos via endovenosa ou intramuscular, após o nascimento do bebê, clampeamento e secção do cordão umbilical precoces; tração controlada do cordão umbilical e massagem em fundo uterino. Essas intervenções têm sido indicadas como de uso rotineiro e profilático pela Organização Mundial de Saúde, após resultados favoráveis, obtidos em revisões sistemáticas, na tentativa de reduzir a perda sanguínea associada à dequitação e para reduzir o risco de hemorragia pós-parto. (WHO, 1990; GYTE, 1994; WHO, 1996; WHO, 1997; GIACALONE et al., 2000; BRUCKER, 2001; SHANE et al., 2001; McCORMICK et al., 2002; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2002; SHARMA; EL-REFAEY, 2003; ICM; FIGO, 2004; VIVIO; WILLIAMS, 2004; LALONDE et al., 2006; PRATA et al., 2006; TSU et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007).

Vários estudos sobre o efeito do uso do manejo ativo do terceiro período do parto na redução do sangramento pós parto têm sido realizados em diferentes países. Em relação à sua efetividade, quando comparado ao manejo expectante, verificou-se redução da perda sanguínea e, conseqüentemente, menor índice de HPP; redução no declínio da taxa de hemoglobina e hematócrito sanguíneas; menor duração do terceiro período do parto; reduções importantes de hemorragia pós-parto (perda sanguínea ≥ 500 ml) e intensa hemorragia pós-parto (perda sanguínea ≥ 1000 ml), diminuição de casos de anemia pós-parto; redução da necessidade de hemotransfusão durante o puerpério; e diminuição da necessidade de terapêutica adicional com ocitócitos (BEGLEY, 1990; PRENDIVILLE, 1996; WHO, 1997; GIACALONE et al., 2000; BRUCKER, 2001; GEELHOED et al., 2002; McCORMICK et al., 2002; PRENDIVILLE et al., 2003; TSU et al., 2003; ICM; FIGO, 2004; MILLER et al., 2004; FENTON et al., 2005; STRAND et al., 2005; ABDEL-ALEEM et al., 2006; TSU et al., 2006; BAIR; WILLIAMS, 2007; McDONALD, 2007).

Embora saibamos que o manejo ativo do terceiro período do parto não é a única solução para a redução da HPP e que outras ações como aquelas relacionadas à prevenção primária (prevenção e tratamento da anemia durante o pré-natal; uso do partograma, redução de trabalhos de partos prolongados) e utilização de ocitócitos nesse período são fundamentais para a redução da morbimortalidade materna (LI et al., 1996, WHO, 1996; WHO, 1997; SHANE et al., 2001).

2.2. Aspectos específicos dos componentes do manejo ativo do terceiro período

2.2.1. Bases do Manejo Ativo do Terceiro Período do Parto e seus componentes

A **ocitocina** é a droga uterotônica de escolha para o manejo ativo do terceiro período de parto; pois reduz a perda sanguínea e com isso a HPP em 40 a 70% dos casos; apresenta menores índices de remoção manual ou cirúrgica da placenta; menores índices de aumento da pressão arterial e ocasiona menores efeitos colaterais como náuseas, vômitos e cefaléia. Entretanto, a ocitocina não pode ser exposta à luz e a altas temperaturas, devendo ser mantida em temperatura de 15 a 30°C (GYTE, 1994; KHAN et al., 1995; PRENDIVILLE, 1996; McCORMICK et al., 2002; TSU et al., 2003; ICM; FIGO, 2004; COTTER et al., 2006; LALONDE et al., 2006; MAUGHAN et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007; SAITO et al., 2007).

Como forma de apresentação há o Uniject™ que é um dispositivo com agulha estéril acoplada, com dose única e individual de 10 UI de ocitocina, de administração intramuscular, o qual ainda não está disponível no Brasil. Estudo que avaliou a eficácia deste dispositivo verificou que 99% dos profissionais o definiram como prático e de fácil uso; 96% preferiram seu uso a de outros dispositivos ou da administração tradicional; que o mesmo facilita o uso em partos domiciliares. Por outro lado, os autores verificaram que 15% das entrevistadas referiram dificuldade em abrir e aspirar o conteúdo da ampola (TSU et al., 2003). O custo em média do dispositivo varia de \$0.30 a 0.50 por uso, que convertendo para nossa moeda, teria um custo médio de R\$0,57 a 0,95 (TSU, 2004). O custo de uma ampola de ocitocina é em média R\$ 0,81, sem contar os gastos com o material para preparo, como seringa e agulha.

Estudos sobre a utilização de ocitocina revelaram que, em relação à quantidade de administração da mesma, o bolus de 10 UI de ocitocina via endovenosa mostrou-se seguro para a prevenção da HPP não apresentando respostas hemodinâmicas adversas (alterações da pressão arterial, da frequência cardíaca, e perda sanguínea significativas), quando comparada à infusão de ocitocina via endovenosa (10 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de solução salina) – (DAVIES et al., 2005). Quanto ao momento ideal para utilização do ocitócito, embora controverso, a incidência de HPP foi menos freqüente quando a ocitocina foi administrada tardiamente, ou seja, após a dequitação, destacando-se também menor volume de perda sanguínea e menor tempo de duração do terceiro período neste grupo (KUH et al., 2004). Entretanto, os autores sugerem que estudos posteriores devam ser realizados para confirmar esses achados. A administração de ocitocina antes ou após a dequitação, não apresentou diferenças significantes em relação à incidência de HPP, retenção placentária e duração do terceiro período (JACKSON et al., 2001).

A **ergometrina** é a segunda droga de escolha, em relação às prostaglandinas, pois por meio de estudos verificou-se menor perda sanguínea quando comparadas entre si. Porém, há que se lembrar que a ergometrina deve ser mantida em temperatura de 2 – 8°C, sem congelar e deve-se ter o cuidado de aferir a pressão arterial antes de sua administração, sendo proscrita nos casos de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. Desta forma, sugere-se que deva ser avaliado o custo-benefício de seu uso dependendo da perda sanguínea que a puérpera apresentar (BEGLEY, 1990; GYTE, 1994, KUSHTAGI; VERGHESE, 2006; WHO, 2006; JAGO et al., 2007; MATHAI et al., 2007).

Em relação às **prostaglandinas**, observamos que é uma droga eficaz na redução da HPP, de baixo custo, estável em temperatura ambiente, de fácil administração, sendo seu uso, portanto aceitável quando não há ocitocina ou medicações parenterais disponíveis,

sendo assim uma opção realista para países em desenvolvimento (McCORMICK et al., 2002; SHARMA; EL-REFAEY, 2003; LAZARUS; LALONDE, 2005; PRATA et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007). Entretanto, efeitos colaterais poderão surgir como náuseas, vômitos; tremores de extremidades e aumento de temperatura corporal em 2°C (EL-REFAEY et al., 2000; WALLEY et al., 2000; LALONDE et al., 2006).

Em relação à **massagem uterina** durante o terceiro período do parto, autores verificaram que a fricção do abdome, estimula a contração uterina que por sua vez, libera prostaglandina local, reduzindo a perda sanguínea, e conseqüentemente, a HPP e a necessidade de terapêutica adicional com uterotônicos (ABDEL-ALEEM et al., 2006; WHO, 2006; MATHAI et al., 2007).

Quanto à **tração controlada do cordão umbilical**, observou-se que esta estratégia reduz a perda sanguínea e com isso, a HPP e a necessidade de terapêutica adicional com uterotônicos, além de diminuir os casos de retenção placentária, quando a manobra é realizada adequadamente (KHAN et al., 1997).

Em relação ao **clampeamento e secção do cordão umbilical precoce**, como componente do manejo ativo do terceiro período clínico do parto, estudos revelam que a drenagem espontânea reduz a duração deste período. (GIACALONE et al., 2000; SOLTANI et al., 2007).

No entanto paira uma discussão sobre o tempo considerado ótimo para o clampeamento do cordão umbilical, uma vez que a corrente que busca um modelo de assistência voltado para a humanização do parto preconiza o clampeamento tardio, ou seja, até cessar a pulsação visando: promover ótima transição neonatal, prover oxigênio, nutrientes e volume de sangue adicional ao neonato. Autores mostram que o clampeamento tardio aumenta o volume sanguíneo do recém-nascido em 30% (60% de

aumento da hemoglobina) e favorece a amamentação e contato precoce. Entretanto, o clampeamento precoce previne a icterícia (decorrente do aumento da viscosidade do sangue), a taquipnéia transitória e a policitemia (hematócrito > 65 – 70%), e por sua vez, aumenta o índice de anemia durante a infância. Apesar de não ser conclusivo sugere-se que o clampeamento precoce pode dificultar o descolamento placentário, aumentando a duração do terceiro período e com maior risco para retenção placentária. Segundo autores como Mercer (2001) e Gyte (1994) novos estudos devem ser feitos sobre a temática, considerando o uso de outros componentes do manejo ativo (GYTE, 1994; MERCER, 2001; CERNADAS et al., 2006; CHAPARRO et al., 2006; VAN RHEENEN; BRABIN, 2006). Van Rheenen e Brabin (2006) não encontraram achados significantes em relação ao clampeamento tardio e incidência de HPP, mas recomendam associar ao uso de ocitocina.

3. Pressupostos da Pesquisa

O pressuposto da nossa pesquisa é que o manejo ativo é uma importante e eficaz estratégia para prevenção da hemorragia pós-parto e conseqüentemente, para a redução da morbimortalidade materna. Com base neste pressuposto, surgiram as seguintes questões norteadoras:

Qual é o tipo de manejo realizado no terceiro período do parto pelos profissionais que prestam assistência ao parto?

Quais componentes do manejo do terceiro período do parto são utilizados pelos profissionais que prestam assistência ao parto?

Quais são os resultados obstétricos apresentados pelas mulheres após o parto e sua relação com o tipo de manejo empregado no terceiro período clínico do parto?

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral

Analisar o manejo do terceiro período clínico na condução de partos normais em uma maternidade-escola e os resultados obstétricos no puerpério imediato e nos primeiros 10 dias pós-parto.

4.2. Objetivos específicos

1. Verificar as ações/procedimentos dos profissionais de saúde realizados durante o terceiro período do parto normal.
2. Identificar as intercorrências/complicações apresentadas pelas mulheres durante e após o terceiro período clínico de parto normal, bem como os resultados obstétricos no puerpério imediato e 10 dias pós parto.

5. Metodologia

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, transversal, descritivo exploratório, que visou traçar o perfil das práticas utilizadas por profissionais de saúde no manejo do terceiro período do parto e a sua relação com a ocorrência de intercorrências/complicações apresentadas no período pós-parto imediato e mediato.

Na epidemiologia, o problema tem origem quando doenças (ou agravos à saúde de qualquer natureza) acometem grupos humanos. A necessidade de remover fatores que levem aos agravos de saúde determina, portanto, a problemática dos estudos epidemiológicos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Os estudos epidemiológicos transversais ou seccionais têm como objetivo descrever as características gerais da distribuição de um agravo de saúde, particularmente na relação entre pessoa, lugar e tempo, em termos quantitativos (HENNEKENS; BURING, 1987; ROTHMAN; GREENLAND, 1998; PEREIRA, 1999).

Os estudos descritivos têm como objetivo realizar o delineamento da realidade, uma vez que descreve, registra, analisa, interpreta a natureza atual ou processo dos fenômenos, explora aspectos de uma situação e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los (POLIT; HUNGLER, 1995; CERVO; BERVIAN, 1996; GAUTHIER et al., 1998).

A pesquisa descritiva procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, com a maior precisão possível (CERVO; BERVIAN, 1996; BARROS; LEHFELD, 2000).

Os estudos descritivos proporcionam alocação de recursos eficientes e o planejamento de ações, evitando os agravos observados em um dado momento, através de programas educativos e preventivos. Em adição, este tipo de estudo proporciona informações importantes para determinar os fatores de agravos. Estes estudos são

primariamente úteis para a formulação de hipóteses que podem ser testadas tardiamente por estudos analíticos (HENNEKENS; BURING, 1987; CERVO; BERVIAN, 1996).

Quando pouco se conhece sobre um grupo de pessoas, uma instituição ou algum fenômeno social, entrevistas em profundidade e observação (participativa e não participativa) constituem-se em excelentes métodos de apreensão de conhecimento (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pesquisa de campo se caracteriza pelo contato direto com o fenômeno de estudo. O investigador na pesquisa de campo assume o papel de observador e explorador, coletando os dados diretamente da fonte de onde surgiram tais fenômenos (BARROS; LEHFELD, 2000).

Os estudos transversais exploram um fato em função do tempo, do espaço e das características que o distingue do contexto de forma a subsidiar meios de intervenção para o planejamento e avaliação mais eficazes, onde fator e desfecho são observados em um mesmo momento histórico (HENNEKENS; BURING, 1987; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999), desta forma justifica-se a aplicação dessa metodologia em nosso estudo.

5.2. Local do estudo

Nosso estudo foi realizado em uma maternidade do interior paulista, inaugurada em 1998, com o objetivo de prestar assistência às gestantes, parturientes, puérperas e seus respectivos bebês. A maternidade assiste a gestantes de baixo risco provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e mantém convênios com uma universidade pública.

A estrutura física da maternidade, em sua unidade de internação, é constituída de 03 consultórios (triagem); 04 leitos para observação/reavaliação das pacientes; 06 leitos de

pré-parto; 01 leito de PPP (pré-parto, parto e puerpério); 05 salas cirúrgicas (CO); 36 leitos de alojamento conjunto; 01 consultório de retorno de puerpério. Possui os seguintes serviços de apoio: Laboratório; Nutrição; Farmácia, entre outros.

A instituição é reconhecida pelo incentivo ao parto normal, ao aleitamento materno e ao alojamento conjunto; sendo que os partos normais representam em média de aproximadamente 75% do total de procedimentos realizados. A instituição desenvolve atividades assistenciais e educativas junto às gestantes, parturientes e puérperas da comunidade, sendo que estas, também são abertas à participação dos acompanhantes, visando uma assistência mais humanizada durante todo o ciclo grávido-puerperal.

5.3. População e amostra

Fizeram parte da amostra parturientes de feto único, com gestação classificada como de baixo risco, cuja evolução do trabalho de parto tenha ocorrido sem anormalidades, evoluindo para parto normal; admitidas na instituição no período de fevereiro a junho de 2007, no turno das 07 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, que tenham consentido em participar do estudo.

5.4. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de observação sistemática, não participante das ações desenvolvidas pelos profissionais na assistência ao trabalho de parto e parto. Além disso, a coleta de dados foi complementada com informações fornecidas pelas

parturientes, provenientes dos prontuários e do exame físico realizado durante o puerpério imediato e no retorno de puerpério (10 dias após o parto).

As parturientes foram abordadas e convidadas pela pesquisadora, no momento da admissão, quanto à participação neste estudo. Quando a parturiente apresentava-se acompanhada, a pesquisadora também se apresentava ao acompanhante explicando os objetivos da pesquisa para o mesmo, requerendo a assinatura conjunta do mesmo, quando a parturiente abordada era menor de idade.

Após o consentimento em participar da pesquisa, as parturientes foram questionadas a respeito de: dados sócio-demográficos (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência, raça/etnia, antecedentes pessoais e familiares, etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas), antecedentes obstétricos (paridade, número de filhos vivos, perda sanguínea em gestação anterior) e história obstétrica atual (realização de pré-natal, número e local das consultas, perda sanguínea na gestação, uso de medicamentos, data da última menstruação – DUM e intercorrências durante a gestação).

Foram registrados: horário da admissão da mesma, sinais vitais na admissão (aferidos pela pesquisadora), motivo de internação, profissional da equipe que preencheu AIH (autorização de internação hospitalar) e profissional que assistiu a parturiente durante o trabalho de parto e parto. O tempo de internação e de trabalho de parto foi calculado após a resolução da gestação.

Durante todo o trabalho de parto foram observadas, as ações, procedimentos e condutas da equipe obstétrica, registrando os dados em formulário próprio. Observou-se a dinâmica uterina, frequência cardíaca fetal, dilatação cervical, descida fetal, integridade das membranas e condutas a partir da avaliação e registro em partograma da instituição. Dentre as condutas observadas, destacamos: uso de misoprostol; uso de ocitocina (indicação e

dilatação cervical quando iniciada); deambulação; hidroterapia; analgesia; amniotomia (indicação, dilatação cervical e descida fetal quando realizada); uso de banco, entre outras.

Destacamos que em relação ao uso de ocitocina, acompanhamos o início da infusão e verificamos o real número de unidades recebidas durante o trabalho de parto, aferindo o conteúdo infundido até a expulsão fetal.

Após o encaminhamento da parturiente para a sala de parto, observamos e registramos o período expulsivo e dequitação, as manobras e procedimentos realizados pela equipe obstétrica e intervenções realizadas, integridade perineal (períneo íntegro, lacerações de 1º, 2º, 3º, 4º graus e lacerações de colo, episiotomias), tipo de dequitação (espontânea ou manual), revisão placentária após dequitação. Foram cronometrados e registrados horários do nascimento e da dequitação.

Observamos o manejo do terceiro período do parto, classificando o tipo de manejo (ativo ou expectante) e a presença de componentes do manejo ativo do terceiro período do parto (administração profilática de ocitocina após o desprendimento cefálico, clampeamento e secção precoces do cordão umbilical, tração controlada do cordão umbilical, massagem em fundo uterino, administração de ergotamina intramuscular, contato e aleitamento materno precoce).

Durante a permanência em sala de parto, observamos a ocorrência de potenciais complicações decorrentes do manejo do terceiro período do parto, tais como: perda sanguínea excessiva; perda de sangue em grande ou média quantidade; remoção manual da placenta; necessidade de curetagem; necessidade de ocitócito adicional (número de unidades infundidas), necessidade de administração de ergotamina intramuscular e presença de outras complicações.

Coletamos através de dados do prontuário do recém-nascido, dados sobre medidas antropométricas (peso e estatura), sexo e escore de Apgar no 1º. e 5º. minutos de vida.

Após a dequitação, realizamos os controles do quarto período do parto, através de exame físico das puérperas, avaliando: pressão arterial, pulso, temperatura, contratilidade e altura uterinas, quantidade de loquiação (estimada através de visualização do sangramento pela pesquisadora) e coloração das mucosas, após 15, 30, 60 e 90 minutos da dequitação.

Foram coletados dados nos prontuários das puérperas quanto à potenciais complicações do terceiro período do parto, durante o período de permanência da mesma na instituição, como: necessidade de hemotransfusão; nível de hemoglobina < 9 mg/dl 24 a 48 horas após o parto; necessidade de suplementação com ferro no puerpério – dieta e prescrição de FeSO_4 ; descoramento das mucosas; alterações hemodinâmicas (pulso e pressão arterial); necessidade de ocitócito adicional (após transferência da puérpera para alojamento conjunto) e hemorragia secundária (após as primeiras 24 horas).

No 10º dia pós-parto, foram agendadas consultas de puerpério pela equipe da própria instituição, sendo que, foi reforçado durante a primeira abordagem à parturiente sobre a importância do comparecimento das mesmas a esta consulta.

Durante a consulta de puerpério, as puérperas foram avaliadas no sentido de identificar sinais/sintomas de complicações, através da realização de anamnese e exame físico (coloração das mucosas, medida da altura uterina, palpação uterina, inspeção do sangramento e aferição da pressão arterial, pulso e temperatura). As mesmas foram questionadas também quanto ao seguimento na unidade básica de saúde – UBS (consulta puerperal realizada, agendada ou não agendada) e quanto ao aleitamento materno (aleitamento materno exclusivo, predominante, misto ou aleitamento artificial).

Destacamos que apenas foram contatadas puérperas residentes do próprio município, devido à dificuldade de transporte e distância de outros municípios da instituição. As puérperas que não compareceram à consulta foram contatadas via telefone,

por membros da instituição, a fim de questionar o motivo da falta. Desta forma, obtivemos em média, uma cobertura de 50 a 55% das puérperas agendadas, contando com as faltosas e as puérperas residentes em outros municípios.

Todos estes itens foram observados, orientados e registrados em roteiro (Anexo I), que foi testado mediante estudo piloto.

5.5. Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação pela diretoria clínica da instituição, e após o consentimento da instituição, recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob o protocolo nº 0708/2006 (Anexo IV). Desta forma, o seu desenvolvimento foi guiado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96/CNS/MS (BRASIL, 1996), sendo assegurado que a Declaração e o Termo de Esclarecimento Pós Informado foram assinados pelos sujeitos do estudo e pelos profissionais que realizam assistência durante a coleta dos dados. (Anexo II e III).

5.6. Análise e tratamento dos dados

Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo os objetivos deste estudo, buscando agrupar as respostas semelhantes. Neste estudo, o efeito dos componentes

do manejo ativo do terceiro período do parto foram considerados como variáveis independentes e as intercorrências/complicações como variáveis resposta.

Foi considerado como complicações do terceiro período do parto: sangramento excessivo; sangramento em grande quantidade; sangramento em média quantidade; necessidade de hemotransfusão; nível de hemoglobina menor que 9 mg/dl pós-parto; necessidade de suplementação com ferro (dieta e sulfato ferroso); remoção manual da placenta; necessidade de curetagem; descoramento das mucosas; terceiro período do parto com duração superior a 30 minutos; necessidade de ocitócito adicional para controle do sangramento e alterações hemodinâmicas importantes (através dos parâmetros vitais).

Os resultados foram analisados através de estatística descritiva e tratados em função de índices absolutos e percentuais, e apresentados em tabelas, procurando-se agrupar os dados em categorias semelhantes. Para comparar as proporções de mulheres com intercorrências/complicações e aplicação dos componentes do manejo ativo do parto, utilizou-se o teste exato de Fisher. O teste exato de Fisher testa diferenças entre dois grupos independentes (G1 e G2), em relação a uma variável qualquer que só admita duas alternativas como resposta: Sim/Não ou Positivo/Negativo.

6. Resultados

6.1. Caracterização das participantes do estudo

No período de coleta de dados, segundo relatório estatístico da instituição estudada, foram realizados 1158 partos dos quais 833 foram partos normais, conforme apresentado na tabela 3.

No período de coleta de dados, segundo relatório estatístico da instituição estudada, foram realizados 1158 partos dos quais 833 foram partos normais, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de partos, segundo tipo de parto, no período de fevereiro a junho de 2007, em uma maternidade do interior paulista.

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Total
Partos normais	170	176	159	211	117	833
Cesáreas	56	57	57	64	46	280
Fórceps	6	15	7	4	6	38
Partos domiciliares	1	2	1	0	1	5
Partos em UBDS	1	1	0	0	0	2
Partos totais	234	251	224	279	170	1158

De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, a amostra foi composta por 142 parturientes, admitidas na instituição para resolução da gestação, no período da coleta de dados. Quanto à caracterização sócio-demográfica do grupo estudado (Tabela 4), a idade das parturientes variou de 13 a 40 anos, com média de $23,17 \pm 5,45$ anos; 76,8% possuíam parceiro fixo, enquanto que 23,2% não possuíam união marital fixa; 56,3% haviam concluído o ensino fundamental; 40,8% eram pardas, 39,5% brancas e 19,7% negras.

Em relação à ocupação, 63,4% das mulheres não exerciam atividade remunerada; 17,7% das mulheres eram autônomas ou realizavam atividade ocupacional relacionada ao comércio; 9,8% das mulheres realizavam trabalhos domésticos remunerados (empregadas domésticas, faxineiras, cozinheiras, entre outras); 4,9% eram estudantes e 4,2% estavam desempregadas em decorrência da gestação, embora conhecessem as leis que protegem a maternidade.

Tabela 4. Distribuição das 142 parturientes, segundo características sócio-demográficas. Ribeirão Preto, 2007

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Idade		
13 – 18	24	16,9
19 – 25	77	54,2
26 – 30	26	18,3
31 – 35	11	7,8
35 – 40	4	2,8
Estado civil		
União Estável	79	55,6
Casadas	30	21,2
Solteiras	31	21,8
Separadas Judicialmente	2	1,4
Escolaridade		
Ensino fundamental	80	56,3
Ensino médio	61	43,0
Ensino superior	1	0,7
Ocupação		
Atividade remunerada	52	36,6
Sem vínculo empregatício	90	63,4
Cor		
Branca	56	39,4
Parda	58	40,8
Negra	28	19,8

Conforme observado na tabela 5, identificamos que 10,6% das parturientes possuíam antecedentes familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e 9,2% possuíam antecedentes familiares de Diabetes Mellitus (DM).

Grande parte das parturientes não apresentou nenhuma patologia durante a gestação atual (91,5%). Das patologias apresentadas durante o período gestacional foram citadas pelas parturientes: problemas respiratórios crônicos (2,8%); hipertensão arterial gestacional (1,4%); doenças do sistema imune (1,4%); problemas renais (0,7%); crises convulsivas (0,7%), anemia (0,7%), problemas respiratórios e doença intestinal (0,7%).

Em relação aos hábitos, que especificamente são prejudiciais ao bem estar fetal e à saúde materna, encontramos alarmante frequência de tabagismo (20,4%); etilismo (4,9%) e 0,7% de uso de drogas ilícitas durante o período gestacional.

Tabela 5. Distribuição das 142 parturientes, segundo história clínica. Ribeirão Preto, 2007

História Clínica	N	%
Antecedente HAS		
Sim	15	10,6
Não	127	89,4
Antecedente DM		
Sim	13	9,2
Não	129	90,8
Patologias		
Sim	12	8,5
Não	130	91,5
Etilismo		
Sim	7	4,9
Não	135	95,1
Tabagismo		
Sim	29	20,4
Não	113	79,6
Uso de drogas		
Sim	1	0,7
Não	141	99,3

Em nosso estudo, 98,6% das mulheres (Tabela 6) realizaram consultas de pré-natal durante a gestação, sendo que o número médio de consultas foi de $7,10 \pm 2,89$ consultas, e destacamos ainda que, 64% fizeram uso de sulfato ferroso durante o pré-natal.

Das parturientes admitidas na instituição, 50,7% realizaram pré-natal na unidade básica de saúde local (UBS) e terminou as consultas na própria maternidade onde recebeu assistência ao trabalho de parto e parto e, 42,9% realizaram pré-natal na UBS.

Em relação à ocorrência de sangramento, verificamos que 3,5% das parturientes apresentaram sangramento durante a gestação e 15,5% em gestações prévias. Em nossa amostra encontramos o nível médio de hemoglobina durante o pré-natal de $12,09 \pm 1,08$

mg/dl, e nível médio de hematócrito de $36,37 \pm 3,32\%$; sendo que 3,5% das parturientes apresentaram hemoglobina menor que 10 mg/dl, ou seja, apresentaram anemia leve durante o período gestacional.

A amostra foi constituída de 34,5% de secundigestas e 32,4% de primigestas, sendo que foi encontrada a média de $2,4 \pm 1,80$ gestações; com variações de 1 a 13 gestações; 36,6% eram nulíparas e 35,2% primíparas, com média de $1,25 \pm 1,59$ partos, com variações de 0 a 9 partos anteriores; 12% tinham história de parto cesárea anterior.

Em relação à idade gestacional, verificamos, na tabela 6, uma média de $220,8 \pm 15,27$ dias (31 semanas e 4 dias), calculada por tempo de amenorréia; $262,5 \pm 11,85$ dias (37 semanas e 4 dias), quando calculada pela ultrassonografia.

As intercorrências presentes entre as estudadas durante a gestação foram a infecção de trato urinário (ITU) entre 25,3% das gestantes; 7,7% apresentaram vulvovaginites e 66,2% da amostra não apresentaram nenhuma intercorrência (Tabela 6). Identificamos ainda, dois casos de inibição de trabalho de parto prematuro; um relato de gastrite; um de hipertensão arterial durante a gestação; um de hiperêmese; um de verminose e um caso de anemia.

Tabela 6. Distribuição das 142 parturientes, segundo dados gestacionais. Ribeirão Preto, 2007.

Dados gestacionais	N	%
Pré-Natal		
Sim	140	98,6
Não	2	1,4
Número de consultas pré-natal		
0 – 3	16	11,3
4 – 6	47	33,1
7 – 9	46	32,4
10 – 12	31	21,8
13 – 14	2	1,4
Uso de FeSO₄		
Sim	91	64,0
Não	51	36,0
Sangramento em gestação anterior		
Sim	22	15,5
Não	120	84,5
Sangramento em gestação atual		
Sim	5	3,5
Não	137	96,5
Nível hemoglobina (mg/dl)		
9,3 – 10,0	5	3,5
10,1 – 12,0	68	47,9
12,1 – 13,0	39	27,5
13,1 – 14,0	24	16,9
14,1 – 14,5	6	4,2
Nível de hematócrito (%)		
28,1 – 30,0	2	1,4
30,1 – 35,0	50	35,2
35,1 – 40,0	74	52,1
40,1 – 45,0	16	11,3
Gestações		
G1	46	32,4
G2	49	34,5
G3	20	14,1
≥G4	29	19,0

Dados gestacionais	N	%
Partos		
P0	52	36,5
P1	50	35,2
P2	20	14,1
P3	10	7,1
≥ P4	10	7,1
Parto cesárea anterior		
Sim	17	12,0
Não	125	88,0
Idade Gestacional		
< 37 semanas	6	4,2
37 – 41 semanas e 6 dias	132	93,0
≥ 42 semanas	4	2,8
Intercorrências durante a gestação		
Sim	48	33,8
Não	94	66,2

6.2. Evolução do trabalho de parto

No momento de entrada na maternidade, 79,6% das mulheres encontravam-se em franco trabalho de parto no momento da admissão (Tabela 7); sendo que 82,4% destas foram assistidas durante o trabalho de parto e parto pela equipe médica e 17,6% foram assistidas pela equipe de enfermagem (enfermeiras obstetras).

No momento da admissão, as parturientes apresentaram pulso médio de $83,04 \pm 9,54$ bpm, com variação de 60 a 114 bpm; pressão arterial sistólica média de $121,09 \pm 11,33$ mmHg, com variação de 90 a 150 mmHg; pressão arterial diastólica média de $80,13 \pm 10,30$ mmHg, com variação de 60 a 110 mmHg; temperatura corporal média de $36,47^\circ \pm 0,44^\circ\text{C}$, com variação de 35 a $37,5^\circ\text{C}$.

No momento de admissão na maternidade, as parturientes apresentaram dilatação cervical média de $5,02 \pm 2,22$ cm, no entanto variando de 1 cm à dilatação completa do colo (10 cm).

A duração média do trabalho de parto foi de $189,26 \pm 142,00$ minutos, apresentando variação de 0 a 763 minutos, enquanto que a duração média do período de internação na unidade de pré-parto foi de $240,00 \pm 224,54$ minutos, apresentando variação de 0 a 1382 minutos.

Tabela 7. Distribuição das 142 parturientes, segundo motivos de internação, equipe de atendimento, sinais vitais, tempo de internação e trabalho de parto, Ribeirão Preto, 2007.

Motivo internação	n	%
Trabalho de parto	113	79,6
Corioamniorrexe prematura	24	16,9
Indução do trabalho de parto	5	3,5
Assistência ao trabalho de parto e parto		
Equipe médica	117	82,4
Equipe de enfermagem	25	17,6
Sinais vitais na admissão	Média	desvio padrão
Pulso	83,04	9,54
Pressão arterial sistólica	121,09	11,33
Pressão arterial diastólica	80,13	10,30
Temperatura	36,47	0,44
Dilatação cervical inicial (cm)	5,02	2,22
Tempo de trabalho de parto	189,26	142,00
Tempo de internação	240,00	224,54

Em relação aos procedimentos realizados no trabalho de parto (Tabela 8), destacamos os seguintes achados: 14,1% fizeram uso de misoprostol para maturação

cervical; 67,6% fizeram uso de ocitocina para estimular a progressão do trabalho de parto, sendo que a dilatação cervical média no momento da indicação foi de $6,26 \pm 1,90$ cm, variando de 3 a 10 cm; sendo utilizadas em média $2,30 \pm 1,51$ UI, apresentando dose mínima de 0,5 UI e dose máxima de 7,0 UI, sendo administradas via endovenosa na seguinte diluição – 5 UI de ocitocina em 500 ml de soro glicosado a 5%.

A aminotomia (ruptura artificial das membranas amnióticas) foi realizada em 31% das parturientes, sendo que a dilatação cervical média no momento do procedimento foi de $7,57 \pm 1,26$ cm, variando de 5 a 10 cm; a descida fetal durante a amniotomia encontrava-se acima das espinhas isquiáticas (plano 0 de De Lee), em 65,9% dos casos.

A analgesia foi realizada em 48,6% das parturientes, com dilatação cervical média no momento da indicação de $6,59 \pm 1,13$ cm, variando de 4 a 9 cm de dilatação, sendo indicada em 99,3% devido à queixa de dor pelas parturientes. Destacamos ainda que embora estimuladas, apenas 12,7% das parturientes deambularam durante o trabalho de parto.

A presença de mulheres acompanhando as parturientes foi freqüente (38,7%), sendo que 23,2% foram acompanhadas por suas mães; 15,5% foram acompanhadas por outras mulheres (avós, irmãs, tias, cunhadas, sogras, amigas, entre outras) e 33,8% foram acompanhadas pelos maridos ou companheiros.

O número médio de toques vaginais para avaliação da evolução do trabalho de parto foi de $3,16 \pm 1,45$, apresentando variação de 1 a 8 toques vaginais.

Tabela 8. Distribuição das 142 parturientes, segundo procedimentos realizados no trabalho de parto e presença de acompanhante, Ribeirão Preto, 2007.

	n	%
Uso de misoprostol	20	14,1
Uso de ocitocina	96	67,6
Dilatação cervical no momento da indicação	média 6,26 cm	desvio padrão 1,90 cm
Número de unidades de ocitocina recebidas	2,30 UI	1,51 UI
Amniotomia	44	31,0
Dilatação cervical no momento da indicação	média 7,57 cm	desvio padrão 1,26 cm
Descida fetal (De Lee)		
-3	8	18,2
-2	11	25,0
-1	10	22,7
0	9	20,5
+1	6	13,9
Analgesia	69	48,6
Dilatação cervical no momento da indicação	média 6,59 cm	desvio padrão 1,13 cm
Deambulação	18	12,7
Toques vaginais	média 3,16	desvio padrão 1,45
Acompanhante durante o trabalho de parto		
Nenhum	39	27,5
Marido/companheiro	48	33,8
Mãe	33	23,2
Mulheres da família	22	15,5

6.3. O segundo período do parto

O tempo despendido entre a dilatação cervical total (10cm) e o desprendimento fetal (Tabela 9) foi em média de $16,50 \pm 15,22$ minutos, variando de 0 a 81 minutos. Já o período médio de permanência em sala de parto foi de $63,89 \pm 36,65$ minutos, variando de 6 a 340 minutos. A manobra de Kristeller foi realizada em 19,7% dos partos e a sondagem vesical de alívio foi realizada em 4,2% das parturientes.

Em relação à integridade perineal; 38,0% das parturientes apresentaram integridade perineal pós-parto; 29,6% realizaram episiotomia e 18,3% apresentaram laceração perineal de primeiro grau.

Tabela 9. Distribuição das 142 parturientes segundo procedimentos realizados no segundo período do parto, integridade perineal, tempo de expulsão fetal e permanência em sala de parto, Ribeirão Preto, 2007

	n	%
Manobra de Kristeller	28	19,7
Sondagem de Alívio	6	4,2
Integridade perineal		
Períneo íntegro	54	38,0
Laceração de primeiro grau	26	18,3
Laceração de segundo grau	19	13,4
Laceração de terceiro grau	1	0,7
Episiotomia	42	29,6
Período expulsivo (tempo em minutos)	média 16,5	DP 15,22
Permanência em sala de parto (tempo em minutos)	63,89	36,65

Caracterizando os recém-nascidos de nossa amostra (Tabela 10), encontramos os seguintes achados: todos os recém-nascidos eram vivos; 53,5% eram do sexo masculino;

peso médio de nascimento de $3241,43 \pm 440,49$ gramas, variando de 1680 a 4500 gramas; estatura média de $49,28 \pm 2,14$ cm, com variação de 40 a 54 cm. O índice de Apgar médio no primeiro minuto de vida para este grupo foi de $8,42 \pm 1,46$, com índice mínimo de 1 e máximo de 10; o índice médio no quinto minuto de vida foi de $9,77 \pm 0,51$, com índice mínimo de 8 e máximo de 10.

Tabela 10. Distribuição dos recém-nascidos, das 142 puérperas, segundo dados de nascimento, Ribeirão Preto, 2007.

Dados dos recém-nascidos	N	%
Sexo		
Masculino	76	53,5
Feminino	66	46,5
Peso de nascimento		
1680 - 2000	1	0,7
2001 - 2500	3	2,1
2501 - 3000	34	23,9
3001 - 3500	66	46,5
3501 - 4000	32	22,5
4001 - 4500	6	4,2
Estatura		
40 - 44,5	2	1,4
45 - 47	20	14,1
47,5 - 49	48	33,8
49,5 - 51	54	38,0
51,5 - 53	14	9,9
53,3 - 54	4	2,8
Apgar 1º minuto		
1 - 3	2	1,4
4 - 7	19	13,4
8 - 9	90	63,4
10	31	21,8
Apgar 5º minuto		
8	6	4,2
9	20	18,3
10	116	81,7

6.4. O terceiro período do parto

Em relação à assistência ao terceiro período do parto da amostra estudada (Tabela 11), verificamos que em 98,6% dos partos, a dequitação foi espontânea, com duração média de $8,79 \pm 7,48$ minutos, variando de 1 a 60 minutos.

Em relação aos componentes do manejo ativo do trabalho de parto verificamos que em nenhum dos partos foi administrado ocitócito profilático após o desprendimento fetal; em 93,7% dos partos foi realizado o clampeamento e secção precoce do cordão; em 87,3% a tração controlada do cordão; em 70,4% foi realizada massagem em fundo uterino. A ergotamina foi administrada em 3,5% dos partos, após o desprendimento fetal e placentário, na vigência de sangramentos em grande quantidade. Foram associados o clampeamento e secção precoces do cordão, tração controlada de cordão e massagem em fundo uterino em 64,8% dos partos.

O contato precoce mãe-filho foi estabelecido em 52,8% dos nascimentos e o aleitamento na primeira meia hora de vida ocorreu em 34,5% dos nascimentos condutas também como importantes para prevenção de sangramento pós-parto.

Tabela 11. Distribuição das 142 puérperas, segundo dados do terceiro período do parto, Ribeirão Preto, 2007

Dados do terceiro período do parto	n	%
Tipo de dequitação		
Espontânea	140	98,6
Manual	2	1,4
Duração da dequitação (minutos)		
1 5	47	33,1
6 10	64	45,1
11 20	22	15,5
21 30	6	4,2
31 40	2	1,4
51 60	1	0,7
Componentes do manejo ativo		
Clampeamento e secção precoces de cordão	133	93,7
Tração controlada de cordão	124	87,3
Massagem em fundo uterino	100	70,4
Contato precoce	75	52,8
Aleitamento materno precoce	49	34,5
Administração de ergotamina intramuscular	5	3,5

A tabela 12 apresenta as complicações e intervenções realizadas no terceiro período do parto onde podemos constatar um número reduzido de complicações e que não houve nenhum caso que necessitasse de hemotransfusão e/ou curetagem.

A complicação mais freqüente (Tabela 12) foi a presença de sangramento em média quantidade (15,5%), sendo que a intervenção mais utilizada foi a terapia com ocitócito adicional (73,9%), apresentando uso médio de $9,48 \pm 9,47$ UI, variando de 0,5 a 45 UI, que demandaram observação e cuidados durante o quarto período.

Tabela 12. Distribuição das 142 puérperas, segundo complicações e intervenções relacionadas ao terceiro período do parto, Ribeirão Preto, 2007

Complicações do terceiro período do parto	n	%
Sangramento em grande quantidade	5	3,5
Sangramento em média quantidade	22	15,5
Nível de hemoglobina < 9 mg/dl	1	0,7
Descoramento das mucosas	1	0,7
Alterações nos parâmetros vitais	3	2,1
Intervenções		
Curagem	6	4,2
Suplementação com ferro	1	0,7
Necessidade de ocitócito adicional	105	73,9
Número médio de unidades = 9,48 UI		
Desvio-Padrão = 9,47 UI		

6.5. O quarto período do parto

Na Tabela 13, podemos observar que as puérperas não apresentaram grande variação nos parâmetros vitais (pulso, pressão arterial sistólica e diastólica e temperatura) durante o quarto período do parto, embora tenhamos percebido pequena variação nos parâmetros dos mesmos quando comparados aos da admissão.

Em relação às características da loquiação, podemos observar que a grande maioria das estudadas apresentou pequena loquiação ao longo dos 15, 30, 60 e 90 minutos de avaliação (86,6; 97,2; 97,2 e 96,5%) respectivamente. Identificamos que apenas 10,6% das parturientes tiveram uma loquiação de média intensidade nos primeiros 15 minutos de pós parto e que nos períodos de avaliação subseqüentes este percentual reduziu

consideravelmente. Da mesma forma, encontramos apenas 2,8% de parturientes que foram avaliadas como tendo, nos primeiros 15 minutos, uma loquiação de grande intensidade, e nos demais intervalos não houve nenhum caso assim avaliado.

Quanto à contratilidade uterina identificamos apenas 5,6% das parturientes com útero amolecido nos primeiros 15 minutos de pós-parto cujo percentual reduziu para 2,8% aos 30 minutos e não mais identificado nenhum caso de hipotonia uterina nas avaliações subseqüentes.

A grande maioria das puérperas apresentou, ao longo dos 90 minutos de avaliação de pós-parto, altura uterina abaixo da cicatriz umbilical (81,7; 77,5; 77,5 e 76,8% respectivamente).

Quanto à avaliação das mucosas oculares apenas 1 puérpera apresentou descoramento das mesmas durante o quarto período do parto (0,7%).

Tabela 13. Distribuição da avaliação dos indicadores de evolução do quarto período do parto das 142 puérperas, segundo os períodos de avaliação (15, 30, 60 e 90 minutos), Ribeirão Preto, 2007.

Indicadores	Período pós-parto (em minutos)			
	15	30	60	90
Pulso				
Média	81,04	81,03	81,59	81,05
Desvio-Padrão	15,01	15,47	13,66	13,72
Pressão Arterial Sistólica (PAS)				
Média	119,08	119,77	120,00	120,35
Desvio-Padrão	11,93	13,30	13,42	12,71
Pressão Arterial Diastólica(PAD)				

Indicadores	Período pós-parto (em minutos)			
	15	30	60	90
Média	76,12	74,99	75,58	75,70
Desvio-Padrão	11,93	10,92	11,03	10,28
Temperatura Corporal (°C)				
Média	36,33	36,41	36,34	36,70
Desvio-Padrão	0,88	0,86	0,74	0,67
Loquiação (quantidade)				
Pequena	86,6%	97,2%	97,2%	96,5%
Média	10,6%	2,8%	2,8%	3,5%
Grande	2,8%	-	-	-
Contratilidade uterina				
Útero contraído	94,4%	97,2%	100%	100%
Útero amolecido	5,6%	2,8%	-	-
Altura uterina				
Acima da cicatriz umbilical	18,3%	22,5%	22,5%	23,2%
Abaixo da cicatriz umbilical	81,7%	77,5%	77,5%	76,8%
Coloração das mucosas				
Coradas	99,3%	99,3%	99,3%	99,3%
Descoradas	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%

6.6. O puerpério tardio

A avaliação do puerpério tardio foi realizada em 62 (43,7%) puérperas visto que as 80 restantes (56,3%) não compareceram ao retorno institucional. Dentre as faltosas, 40,8%

não compareceram e não justificaram a sua ausência; 11,3% não compareceram devido ao fato de serem residentes de municípios da região e apresentarem dificuldade de transporte/acesso; 2,8% não tiveram consultas agendadas por motivos desconhecidos e 1,4% não puderam comparecer, pois estavam acompanhando a internação de seus recém-nascidos em unidades de alta complexidade.

O período médio de retorno das 62 puérperas foi de $14,53 \pm 3,50$ dias, com variação de 8 a 21 dias. Das puérperas que retornaram à instituição; somente 27,4% relataram queixas (Tabela 14), sendo que 9,7% foram relacionadas à episiotomia/episiorrafia (desconforto, deiscência de sutura); 8,1% foram relacionadas a presença de traumas mamários e 9,7% à outras queixas (inapetência; sintomas hipertensivos; hemorróidas; presença de leucorréia e sintomas de infecção urinária).

Em relação à avaliação do estado de saúde das mesmas, não houve grande variação dos parâmetros vitais em relação aos da admissão e do quarto período do parto, conforme observado na tabela 14. Quando avaliamos a involução uterina, observamos que 37,1% das puérperas o fundo uterino não mais estava palpável; 46,8% apresentavam-no na sínfise púbica e 16,1% estavam cerca de 6 cm abaixo da cicatriz umbilical. Portanto, não se detectou nenhum caso de hipotonia uterina. A loquiação observada foi escassa ou ausente, sendo que em 77,4% das puérperas apresentavam lóquios flavus ou albus, caracterizando um processo normal de involução uterina. Não encontramos nenhuma puérpera com loquiação fétida (principal sinal indicador de endometrite).

Quanto ao retorno à UBS de origem apenas 4,8% já haviam realizado consulta puerperal, no entanto, 91,9% já estavam com suas consultas agendadas. Destacamos ainda que 88,7% das puérperas, no momento do retorno na maternidade, estavam em aleitamento materno exclusivo, com avaliação da mamada positiva; 8,1% estavam em aleitamento

predominante (água nos intervalos das mamadas) e 3,2% estavam em aleitamento misto (aleitamento materno associado a aleitamento artificial), sendo que todas as puérperas em que não estavam em aleitamento exclusivo devido a orientações após avaliação pediátrica.

Tabela 14. Distribuição das 62 puérperas, segundo retorno puerperal, queixas, sinais vitais e avaliação uterina, Ribeirão Preto, 2007.

	n	%
Retorno de puerpério		
Compareceram	62	43,7
Não compareceram	80	56,3
Queixas no momento da consulta		
Sim	17	27,4
Não	45	72,6
Queixas		
Relacionadas à episiorrafia	6	9,7
Trauma mamário	5	8,1
Outras	6	9,7
Pulso		
Média = 72,10 bpm		
Desvio-Padrão = 9,01 bpm		
Pressão arterial sistólica		
Média = 115,37 mmHg		
Desvio-Padrão = 10,70 mmHg		
Pressão arterial diastólica		
Média = 73,52 mmHg		
Desvio-Padrão = 9,16 mmHg		
Temperatura		
Média = 36,7°C		
Desvio-Padrão = 0,36°C		
Altura uterina		
Útero não palpável	23	37,1
Na altura da sínfise púbica	29	46,8
6 cm abaixo da cicatriz umbilical	10	16,1

	n	%
Consistência uterina		
Não palpável	23	37,1
Útero firme	39	62,9
Loquiação – quantidade		
Ausente	2	3,2
Pequena	60	96,8
Coloração		
Ausente	2	3,2
Rubrus	1	1,6
Fuscus	11	17,7
Flavus	25	40,3
Albus	23	37,1
Odor		
Ausente	2	3,2
Característico	60	96,8
Aleitamento materno		
Exclusivo	55	88,7
Predominante	5	8,1
Misto	2	3,2
Consulta em UBS		
Agendada	57	91,9
Realizada	3	4,8
Não agendada	2	3,2

6.7. Resultados obstétricos e os componentes do manejo ativo do terceiro período do parto

Das 142 parturientes estudadas, conforme apresentado na tabela 13, identificamos 27 (19%) que apresentaram sangramento significativo no quarto período do parto, das quais 5 (26,31%) tiveram sangramento em grande quantidade e 22 (81,5%) o foi em média quantidade. Ao buscar identificar correlação entre sangramento (médio e grande quantidade) e realização dos componentes do manejo ativo do terceiro período verificamos que nenhum dos procedimentos relacionados à tração, massagem, contato pele a pele e amamentação apresentou efeito significante sobre sangramento, conforme apresentado na tabela 15.

Na Tabela 15 são apresentados os valores de p, segundo teste de Fisher, para a presença ou ausência dos procedimentos do manejo do terceiro período do parto de acordo com o sangramento vaginal (média e grande quantidade). Podemos observar que os valores se encontram muito próximos entre si e acima de 0,5.

Tabela 15. Apresentação dos valores de p/teste exato de Fisher segundo procedimentos do terceiro período de parto (variáveis independentes) e ocorrência de sangramento (média e grande quantidade) no quarto período do parto, Ribeirão Preto, 2007.

Procedimentos (Variáveis independentes)	Sangramento (média e grande quantidade)				Valor de p
	Sim F	%	Não F	%	
(a) todas as pacientes – n = 142					
Tração controlada de cordão					
Sim	22	17,7	102	82,3	1,000
Não	3	16,7	15	83,3	
Massagem em fundo uterino					
Sim	17	17,0	83	83,0	0,811
Não	8	19,1	34	80,9	
Contato pele-a-pele					
Sim	12	16,0	63	84,0	0,662
Não	13	19,4	54	80,6	
Aleitamento precoce					
Sim	9	18,4	40	81,6	0,517
Não	16	17,2	77	82,8	
(b) pacientes que usaram ocitócito adicional – n = 105					
Tração controlada de cordão					
Sim	21	23,1	70	76,9	0,730
Não	2	14,3	12	85,7	
Massagem em fundo uterino					
Sim	16	22,9	54	77,1	0,807
Não	7	20,0	28	80,0	
Contato pele-a-pele					
Sim	11	19,3	46	80,7	0,409
Não	12	25,0	36	75,0	
Aleitamento precoce					
Sim	8	21,1	30	78,9	1,000
Não	15	22,4	52	77,6	
(c) pacientes que não usaram ocitócito adicional – n = 37					
Tração controlada de cordão					
Sim	1	3,0	32	97,0	0,270
Não	1	25,0	3	75,0	
Massagem em fundo uterino					
Sim	1	3,3	29	96,7	0,347
Não	1	14,3	6	85,7	
Contato pele-a-pele					
Sim	1	5,6	17	94,4	1,000
Não	1	5,3	18	94,7	
Aleitamento precoce					
Sim	1	9,1	10	90,9	0,512
Não	1	3,9	25	96,1	

Como a indicação de ocitócito adicional pode ser um indicador de que houve algum aumento de sangramento durante o parto, procuramos verificar a presença de correlação entre a utilização ou não de ocitócito adicional (tabela 15) e sangramento. De acordo com o teste exato de Fisher, verificamos que não muda a conclusão acima.

A não significância também se verifica quando se considera as parturientes que tiveram sangramento em média quantidade (Tabela 16). As proporções mais distantes são de tração (15,7 contra 6,3) e aleitamento (18,4 contra 12,5), que se fossem significantes seriam fatores de risco e não de proteção (Tabela 16.a.). Considerando-se as pacientes que usaram ocitócito adicional (Tabela 16.b.), parece haver uma tendência de que a tração controlada de cordão aumenta o sangramento, pois as 12 pacientes que não foram tracionadas não apresentaram sangramento, enquanto que 20,5% das mulheres tracionadas apresentaram sangramento. Porém, de acordo com o teste estatístico, não indicou significância ($p=0,117$), provavelmente pelo tamanho pequeno da amostra.

Tabela 16. Distribuição de frequências da ocorrência de sangramento em média quantidade e valor de p do teste exato de Fisher, segundo as variáveis independentes, Ribeirão Preto, 2007.

Variável	Sangramento (média quantidade)				Valor de p
	Sim N	%	Não n	%	
(a) todas as pacientes – n = 137					
Tração controlada de cordão					
Sim	19	15,7	102	84,3	0,466
Não	1	6,3	15	93,7	
Massagem em fundo uterino					
Sim	13	13,5	83	86,5	0,604
Não	7	17,1	34	82,9	
Contato pele-a-pele					
Sim	11	14,9	63	85,1	1,000
Não	9	14,3	54	85,7	
Aleitamento precoce					
Sim	9	18,4	40	81,6	0,450
Não	11	12,5	77	87,5	
(b) pacientes que usaram ocitócito adicional – n = 100					
Tração controlada de cordão					
Sim	18	20,5	70	79,5	0,117
Não	0	0,0	12	100,0	
Massagem em fundo uterino					
Sim	12	18,2	54	81,8	1,000
Não	6	17,7	28	82,3	
Contato pele-a-pele					
Sim	10	17,9	46	82,1	1,000
Não	8	18,2	36	81,8	
Aleitamento precoce					
Sim	8	21,1	30	78,9	0,596
Não	10	16,1	52	83,9	

Dentre as intervenções relacionadas às complicações do parto, seis parturientes (4,2%) foram submetidas à curagem, identificamos que em todas foram realizados clampeamento e tração do cordão, e que em quatro delas foi administrado o ocitócito adicional. Por outro lado, verificamos que em apenas uma delas houve contato pele a pele e aleitamento materno imediato à expulsão fetal. De acordo com o teste exato de Fisher

nenhum dos procedimentos do manejo ativo (variáveis independentes) mostrou-se como fator de influência para a indicação de curagem, como podemos observar na tabela 17.

Tabela 17. Distribuição de freqüências da ocorrência de curagem e valor de p do teste exato de Fisher, segundo as variáveis independentes, Ribeirão Preto, 2007.

Variável	Curagem				Valor de p
	Sim	%	Não	%	
Tração controlada de cordão					
Sim	6	100,0	118	0	1,000
Não	0	0	18	100,0	
Massagem em fundo uterino					
Sim	6	100,0	94	0	0,179
Não	0	0	42	100,0	
Contato pele-a-pele					
Sim	1	16,7	74	83,3	0,100
Não	5	83,3	62	16,7	
Aleitamento precoce					
Sim	1	16,7	48	83,3	0,664
Não	5	83,3	88	16,7	

Na tentativa de buscar possíveis explicações para a presença de sangramento vaginal nas parturientes estudadas procuramos identificar a existência de associação com outras variáveis independentes como: idade materna; cor/etnia; assistência pré-natal; tabagismo; uso de sulfato ferroso; nível de hemoglobina; número de gestações; tempo de trabalho de parto; uso de misoprostrol/indução; uso de ocitocina durante trabalho de parto; amniotomia; analgesia; deambulação; presença de acompanhante; integridade perineal; tempo de expulsivo; manobra de Kristeller e peso do recém nascido.

A única variável que mostrou significância estatística ($p = 0,043$), de acordo com o teste exato de Fisher, foi o peso do recém-nascido sendo que a variável cor branca apresentou quase significância estatística ($p = 0,074$). A tabela 18 apresenta tais resultados

Tabela 18. Distribuição de frequência de ocorrência de sangramento entre as 142 puérperas e valor de p do teste exato de Fisher, segundo outras variáveis independentes, Ribeirão Preto, 2007.

Variável	Sangramento (média e grande quantidade)				Valor de p
	Sim n	%	Não n	%	
Idade materna (em anos)					
13 a 18	5	20,8	19	79,2	0,556
19 a 24	10	14,1	61	85,9	
25 a 30	8	25,0	24	75,0	
31 a 35	1	9,1	10	90,9	
36 a 40	1	25,0	3	75,0	
Cor/etnia/ raça					
Branças	14	25,0	42	75,0	0,074
Não brancas	3	16,7	15	83,3	
Assistência pré-natal					
Sim	25	17,9	115	82,1	1,000
Não	0	0	2	100,0	
Tabagismo					
Sim	7	24,1	22	75,9	0,289
Não	18	15,9	95	84,1	
Uso de sulfato ferroso					
Sim	16	17,6	75	82,4	1,000
Não	9	17,7	42	82,3	
Nível de hemoglobina					
> 11 mg/dl	23	18,3	103	81,7	0,738
Entre 9 e 10,9 mg/dl (anemia leve)	2	12,5	14	87,5	
Número de gestações					
1	6	13,0	40	87,0	0,198
2	12	24,5	37	75,5	
3	5	25,0	15	75,0	
4	0	0	13	100,0	
≥ 5	2	14,3	12	85,7	
Tempo de Trabalho de Parto					
Expulsivo	2	8,3	22	91,7	0,525
< 1 hora	3	28,1	10	76,9	
1 a 3 horas	12	28,1	40	76,9	
4 a 6 horas	8	17,8	37	82,2	
7 a 12 horas	0	0	7	100,0	
≥ 13 horas	0	0	1	100,0	
Uso de misoprostol/ indução					
Sim	3	15,0	17	85,0	1,000
Não	22	18,0	100	82,0	

Variável	Sangramento (média e grande quantidade)				Valor de p
Uso de ocitocina durante trabalho de parto					
Sim	18	18,8	78	81,2	0,814
Não	7	15,2	39	84,8	
Amniotomia					
Sim	10	22,7	34	77,3	0,342
Não	15	15,3	83	84,7	
Analgesia					
Sim	11	15,9	58	84,1	0,664
Não	14	19,2	59	80,8	
Deambulação					
Sim	3	16,7	15	83,3	1,000
Não	22	17,7	102	82,3	
Presença de acompanhante					
Sim	19	18,5	84	81,5	0,807
Não	6	15,4	33	84,6	
Integridade perineal					
Períneo íntegro	7	13,0	47	87,0	0,368
Episiotomia	7	16,7	35	83,3	
Lacerações	11	23,9	35	76,1	
Período expulsivo					
Nenhum	2	18,2	9	81,8	0,262
Até 10 minutos	5	9,3	49	90,7	
De 11 a 15 minutos	7	25,9	20	74,1	
De 16 a 30 minutos	7	22,6	24	77,4	
≥ 31 minutos	4	21,0	15	79,0	
Manobra de Kristeller					
Sim	6	21,4	22	78,6	0,583
Não	19	16,7	95	83,3	
Peso do recém-nascido (gramas)					
≤ 2500	0	0	4	100,0	0,043
2501 a 3000	6	18,2	27	81,8	
3001 a 3500	7	10,5	60	89,5	
3501 a 4000	9	28,1	23	71,9	
≥ 4001	3	50,0	3	50,0	

7. Discussão

Constatamos em nosso estudo um número reduzido de complicações, sendo que não houve nenhum caso que necessitasse de hemotransfusão e/ou curetagem. A complicação mais freqüente foi a presença de sangramento em média ou grande quantidade, sendo que a intervenção mais utilizada foi a terapia com ocitócito adicional. Desta forma, nos detemos na ocorrência de sangramento em média ou grande quantidade para nos pautarmos na discussão das complicações do terceiro período do parto e suas possíveis associações.

Na tentativa de buscar possíveis explicações para a presença de sangramento vaginal procuramos identificar na literatura, assim como em nossos achados, a existência de associação com outros fatores (variáveis independentes) que poderiam expor as mulheres a riscos de sangramento aumentado como: características sócio-econômicas e da gestação; evolução do trabalho de parto; segundo período do parto; terceiro período do parto e quarto período do parto.

A média de idade encontrada entre parturientes em estudos na área variou de 25 a 30 anos (KHAN et al., 1995; EL-REFAEY et al., 2000; GIACALONE et al., 2000; SADLER et al., 2000; WALLEY et al., 2000; PATTINSON et al., 2003; RIVZI et al., 2004; OLADAPO et al., 2005; PATHER et al., 2005; SILVA et al., 2005; CERNADAS et al., 2006; MAGANN et al., 2006), sendo que a maioria das parturientes encontra-se na faixa etária dos 18 aos 29 anos (PRATA et al., 2006; TSU et al., 2006), corroborando com os nossos achados. Assim como os nossos resultados, os autores não encontraram associação entre complicações do terceiro período do parto (hemorragia pós-parto) e a idade materna (SELO-OJEME; OKONOFUA, 1997; BAIS et al., 2004); entretanto Li et al. (1996) encontrou associação entre as complicações puerperais, destacando-se a ocorrência de HPP e idade materna avançada.

Destacamos também que, em concordância com outros estudos, não foram encontradas associações entre intercorrências/complicações no puerpério imediato e as variáveis socioeconômicas: escolaridade, estado civil e ocupação (SELO-OJEME; OKONOFUA, 1997, PRATA et al., 2006).

Segundo Harper et al. (2004), há entre mulheres negras um maior risco de hemorragia pós-parto, entre outras complicações no ciclo gravídico-puerperal, quando comparadas às mulheres brancas. Em nosso estudo, encontramos quase significância estatística para associação entre cor branca e ocorrência de sangramento (média e grande quantidade). Destacamos que o fato de não encontrarmos correlação estatística possa ser explicado pelo tamanho amostral reduzido, o que demonstra a necessidade de estudos com amostras maiores. Segundo Petersen et al. (2002), a associação entre cor negra e hemorragia pode ser explicada pelo fato das mulheres brancas apresentarem, geralmente, níveis mais baixos de hematócrito do que as mulheres não brancas (pardas e negras).

A frequência identificada de tabagismo entre as gestantes estudadas (20,4%) revela que a mesma está situada nos extremos apontados pela literatura pesquisada. Estudos apontam índices de 2 a 30% (MARIN et al., 2003; KROEFF et al., 2004, KASSAR et al., 2006), variando entre regiões brasileiras e entre países. O hábito de fumar entre as gestantes está associado à baixa escolaridade, ao aumento da paridade e uso de bebidas alcoólicas (KROEFF et al., 2004; ROMAN et al., 2004, NASSAR et al., 2006); levando à ocorrência de baixo peso ao nascimento (inferior a 2500 gramas); baixo escore de Apgar (menor que 6) e ocorrência de síndrome da membrana hialina, entre mães fumantes. (BARBIÉRI et al., 2000; MARIN et al., 2003). Tais complicações não foram identificadas no presente estudo.

Tal como a nicotina, o álcool atravessa a barreira placentária. O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação está associado à ocorrência de malformações fetais e à síndrome alcoólica fetal, que é uma condição irreversível caracterizada por anomalias craniofaciais típicas, distúrbios no crescimento, alterações das funções do sistema nervoso central associado a outras malformações (HOYME et al., 2005; PASSINI JUNIOR, 2005; PINHEIRO et al., 2005). O consumo de álcool durante a gestação ainda oferece os seguintes riscos: infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecônio no líquido amniótico (FREIRE et al., 2005).

Em nosso estudo encontramos o índice de 4,9% de etilistas, contudo, seu valor é relativamente baixo quando comparamos a outros estudos. Kassar et al. (2006) identificaram índice de 8,4%; Freire et al. (2005) encontraram índice de 20,7% de consumo diário; Pinheiro et al. (2005) verificaram índice de 9,1% de consumo de álcool entre gestantes. Destas 6% faziam uso nocivo e 3,1% apresentavam síndrome da dependência alcoólica.

A assistência pré-natal tem por objetivo promover ações de prevenção e promoção à saúde, tal como diagnóstico e tratamento precoces de possíveis intercorrências no ciclo gravídico (BRASIL, 2005a). Os resultados do presente estudo mostram que as gestantes têm procurado fazer uso desta assistência. Analisando o número de consultas pré-natal, como um dos aspectos da qualidade e acesso à assistência pré-natal, os nossos achados revelam uma média de consultas pouco superior às encontradas por outros estudos que encontraram média de 6,8 a 7,3 consultas (CECATTI et al., 2000; MAMEDE, 2005). Destacamos ainda que, a baixa adesão ao pré-natal está associada ao aumento do índice de mortalidade materna (ROMERO-GUTIÉRREZ et al., 2007) e à maior incidência de baixo

peso ao nascimento (BARBIERI et al., 2000). Não foi encontrada, em nosso estudo, associação entre número de consultas pré-natal e complicações no parto e pós-parto, especialmente quanto à ocorrência de sangramento (média e grande quantidade). Segundo dados de 2002, em todo o Brasil, aproximadamente 20% das mulheres realizam mais de 6 consultas de pré-natal (SERRUYA et al., 2004). Em nosso estudo, 55,6% da amostra realizaram mais de 6 consultas pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O uso do sulfato ferroso é indicado para todas as gestantes, com a finalidade de prevenção de anemia por carência nutricional, durante o ciclo gravídico-puerperal. A suplementação férrica é uma recomendação do Ministério da Saúde desde 1984 (BRASIL 1984; 1988; SOUZA; BATISTA FILHO, 2003; BRASIL, 2004; 2005; PENA-ROSAS; VITERI, 2007). Em nosso estudo, 63,9% das parturientes fizeram uso de sulfato ferroso durante a gestação. A suplementação com ferro reduz a incidência de anemia, porém apresenta pouco efeito sobre situação de anemia severa (GELLER et al., 2006b), apesar de reduzir substancialmente a prevalência de níveis de hemoglobina entre 10 e 10,5 mg/dl (anemias leves) - (PENA-ROSAS; VITERI, 2007). Entre as parturientes de nossa amostra encontramos o nível médio satisfatório de hemoglobina durante o pré-natal de $12,09 \pm 1,08$ mg/dl, e nível médio de hematócrito de $36,37 \pm 3,32\%$ revelando tratar-se de mulheres com bom estado nutricional. O que provavelmente venha confirmar a não associação entre o uso de sulfato ferroso durante a gestação e ocorrência de sangramento pós-parto. As parturientes (3,5%) que apresentaram hemoglobina entre 9,3 e 10 mg/dl durante a gestação foram classificadas como casos de anemia leve.

Verificamos que 3,5% das parturientes apresentaram sangramento durante a gestação e 15,5% apresentaram sangramento em gestações prévias. Khan et al. (1995), encontraram percentual de 1,1% de sangramento prévio (durante a gestação) e 1,1% de

hemorragia pós-parto anterior. O sangramento durante a gestação está associado ao risco para hemorragia pós-parto (MOUSA; ALFIREVIC, 2006); a ocorrência de hemorragia pós-parto em gestação anterior é fator de risco para ocorrência de nova hemorragia em gestação atual (KHAN et al., 1995; DIEJOMAOH et al., 1997; ROGERS et al., 1998; TSU et al., 2004; CHICHESTER, 2005; PATHER et al., 2005; MOUSA; ALFIREVIC, 2006; ANDERSON; ETCHES, 2007; KOMINIAREK; KILPATRICK, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde é classificado como anemia durante o período gestacional quando a gestante apresenta o nível de hemoglobina menor que 11 mg/dl. Em nosso estudo foi identificado que 3,5% de parturientes apresentaram valor entre 9,3 e 10 mg/dl, valor inferior ao recomendado. Autores identificam como fatores de risco para anemia durante a gestação: primeira gestação; parasitemia por malária; intervalo interpartal menor que 2 anos; gemelaridade e baixo nível sócio-econômico (SELO-OJEME, 1997).

Khan et al. (1995) encontrou índice de aproximadamente 6% das gestantes com hemoglobina menor que 9 mg/dl; enquanto que Malhotra et al. (2002), encontrou índices de aproximadamente 50% de gestantes com hemoglobina entre 9 e 10,9 mg/dl. Níveis de hemoglobina entre 7 e 8,9 mg/dl são significantes riscos para desenvolvimento de hemorragia pós-parto (ROGERS et al., 1998; MALHOTRA et al., 2002; PETERSEN et al., 2002). Portanto, a literatura reforça a recomendação de detecção e tratamento precoce de quadros anêmicos durante a assistência pré-natal (SHANE et al., 2001; ANDERSON; ETCHES, 2007).

Pesquisadores não verificaram diferenças significantes em relação à baixos níveis de hemoglobina, multiparidade (NASSAR et al., 2006); mulheres brancas e negras (FANG et al., 2000) e ocorrência de hemorragia pós-parto (SELO-OJEME; OKONOFUA, 1997).

Em nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significantes entre níveis normais de hemoglobina e anemia leve e a ocorrência de sangramento em média e grande quantidade.

Ao analisarmos a paridade encontramos que 36,6% das parturientes por nós estudadas eram nulíparas. O percentual de nulíparas participantes de outros estudos variou de 14,4 a 42,4% (KHAN et al., 1995; DIEJOMAOH et al., 1997; GEELHOED et al., 2002; MAGANN et al., 2006; PRATA et al., 2006); o índice de primíparas variou de 27,9 a 53,3 (DIEJOMAOH et al., 1997; EL-REFAEY et al., 2000; WALLEY et al., 2000; RIVZI et al., 2004; CRUZ et al., 2005; PRATA et al., 2006; TSU et al., 2006).

Segundo dados da literatura, a primiparidade está associada à anemia durante a gestação (SELO-OJEME, 1997), risco para episiotomia (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005), risco para parto cesárea (SILVA et al., 2005), risco para curetagem (PATHER et al., 2005), hemorragia pós-parto (RIVZI et al., 2004; MOUSA; ALFIREVIC, 2006), “near-miss” e mortalidade materna (OLADAPO et al., 2005).

A literatura revela ainda que a multiparidade não apresenta relação com aumento do índice de hemorragia pós-parto (ROMAN et al., 2004; NASSAR et al., 2006). Embora não haja clara relação entre a multiparidade e a hemorragia pós-parto, a multiparidade apresenta associação com atonia uterina e que quando a mesma não é detectada e tratada constitui-se como principal causa de hemorragia pós-parto (TSU et al., 2004; KOMINIAREK; KILPATRICK, 2007). Em nosso estudo o número de gestações prévias não influenciou na ocorrência de sangramento.

O percentual de parto cesárea anterior encontrado em nossa amostra foi de 11,9%, valor diferente dos 58% encontrado por outros autores (CECATTI et al., 2000; MATIAS et al., 2007). Os fatores de risco para parto cesárea após cesárea prévia são: idade materna

avançada; antecedente de abortamento; maior altura uterina; ruptura prematura de membranas; gravidez pós-termo; indução do parto; assistência pré-natal incompleta; gemelaridade; macrossomia; síndromes hipertensivas; síndromes hemorrágicas; diabetes mellitus; apresentação não cefálica; líquido amniótico meconial; ausência de analgesia; antecedente de cesárea (CECATTI et al., 2000; MATIAS et al., 2007) cujo perfil não se aproxima ao de nossa amostra.

Quanto à idade gestacional no momento da internação, verificamos que a média de 31 semanas e 4 dias (TA)/ 37 semanas e 4 dias (US)) foi inferior aos achados (38 a 40 semanas) de outros estudos (KHAN et al., 1995; GILBERT et al., 1999; EL-REFAEY et al., 2000; GIACALONE et al., 2000; WALLEY et al., 2000; ZIADEH;YAHAYA, 2001; MAMEDE, 2005; NASSAR et al., 2006). Destacamos que embora a média da idade gestacional tenha sido baixa, 93,1% das gestações eram a termo, o que pode ser explicada pela margem de erro oferecida tanto pelo ultrassom e quanto pela DUM.

As intercorrências durante a gestação foram pouco freqüentes, sendo a infecção do trato urinário a principal causa. Em estudo sobre infecção urinária na gestação, observou-se maior incidência em: primigestas; sem história prévia de ITU; com presença de anemia durante a gestação; presença de análise urinária alterada durante o pré-natal, sendo que o uropatógeno mais comumente encontrado foi a *E. coli* (DUARTE et al., 2002).

Em relação à condução do trabalho de parto, Selo-Ojeme e Okonofua (1997) destacam que o segundo e terceiro períodos do parto prolongados e o não uso de ocitócitos durante o trabalho de parto mostraram-se como fatores de risco para hemorragia pós-parto. E Sheiner et al. (2005) e Chichester (2005) acrescentam a falha de progressão no segundo período do parto (expulsivo); trabalho de parto prolongado; trabalho de parto taquitócito;

uso de misoprostol/indução do trabalho de parto e uso de ocitócito durante trabalho de parto. Vale destacar que a não indicação de ocitocina no período de dilatação cervical em nosso estudo (67,6%) parece não ter sido fator de risco para o sangramento aumentado, uma vez que a presença de tal complicação foi muito inferior a este dado.

A amniotomia embora possa ser considerada como procedimento efetivo no encurtamento do trabalho de parto, apresenta desvantagens, pois estudos sugerem que leva à maior índice de parto cesárea; desconforto; risco para infecção, prolapso de cordão umbilical e ruptura de vasa prévia com hemorragia fetal e dor (SHEINER et al., 2000; HALL, 2002; BRICKER;LUCKAS, 2007; HOWART;BOTH, 2007; SHOBEIRI et al., 2007). Em nosso estudo a realização de amniotomia (31%) parece não ter tido influência sobre a presença de complicações no pós parto.

A presença de acompanhante de livre escolha é direito de toda a parturiente, reconhecido pelo projeto de lei PLS 195/2003 (DA MOTTA;CREPALDI, 2005). O acompanhante contribui para seguro transcorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto, apresentando melhores resultados maternos e fetais; reduzindo a incidência de parto cesárea; duração do trabalho de parto; utilização de analgesia/anestesia e risco de hospitalização prolongada e aumentando a satisfação das mulheres com a assistência ao trabalho de parto e parto (HOTIMSKY;ALVARENGA, 2002; DOMINGUES et al., 2004; BRUGGEMANN et al., 2005; DA MOTTA;CREPALDI, 2005; HODNETT, 2005).Em nosso estudo a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto não se mostrou como indicador de proteção de complicações no pós parto, provavelmente pelo pequeno número de intercorrências apresentadas na amostra estudada.

Por outro lado, a literatura corrobora com nossos achados quanto à associação entre o peso do RN e a ocorrência de sangramento pós parto, quando reforça que o tamanho grande do feto pode favorecer a indicação de episiotomia e consequentemente de sangramento aumentado (OLIVEIRA;MIQUILINI, 2005). A literatura aponta ainda, que o peso fetal aumentado favorece danos ao assoalho pélvico (lacerações extensas) e risco para HPP causado pela hiperdistensão e consequente atonia uterina (BAIS et al., 2004; CHICHESTER, 2005; MAGANN et al., 2005; SHEINER et al., 2005; MOUSA;ALFIREVIC, 2006). Em nosso estudo, acreditamos que a causa de sangramento associada ao peso fetal foi devido à hiperdistensão uterina, uma vez que, a ocorrência de episiotomia e lacerações do trajeto não se mostraram significantes.

Embora não tenhamos encontrado associação entre a realização da manobra de Kristeller e sangramento em nosso estudo, esta é reconhecidamente considerada danosa à saúde e ao mesmo tempo trata de uma manobra ineficaz, causando dor, desconforto, traumas físicos e psicológicos para a parturiente (REIS; PATRÍCIO, 2005). A manobra de Kristeller consiste na pressão externa no fundo do útero durante o período expulsivo e sua prática é desestimulada pelo Ministério da Saúde, uma vez que alteram a segurança e bem-estar materno e fetal (BRASIL, 2001).

A literatura que trata da evidência de melhores práticas em obstetrícia aponta que a indicação de episiotomia deveria ficar entre 10 a 30% das parturientes. E encontramos, em nosso estudo, uma frequência limítrofe (29,6%), mas muito inferior aos valores encontrados por muitos pesquisadores (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; REZENDE, 2005; CARROLI;BELIZAN, 2006; ANDERSON;ETCHES, 2007; OLIVEIRA, 2007). Em nosso

estudo não encontramos associação entre episiotomia, lacerações e integridade perineal e ocorrência de sangramento.

Quanto ao manejo do terceiro período do parto, conforme recomendado pela OMS/FIGO/ICM, identificamos que a utilização do conjunto dos componentes do manejo ativo (ocitocina profilática, clampeamento e secção precoce do cordão e tração controlada do cordão) não foi uma prática realizada na totalidade dos partos observados. No entanto, vários de seus componentes estão sendo implementados no cotidiano do serviço quando identificamos que a conduta mais freqüentemente realizada foi o clampeamento e secção precoce do cordão umbilical; seguida pela tração controlada de cordão; massagem em fundo uterino; contato pele-a-pele precoce; aleitamento materno precoce. O uso da ergotamina para controle do sangramento foi empregado em apenas 3,5% dos partos. A administração profilática de ocitocina via intramuscular não foi realizada em nenhum dos partos observados. Comparando os nossos achados com os de Festin et al, 2003, o uso desta intervenção, na maternidade aqui estudada, foi mais alto do que a encontrada por aqueles autores - 24,5% dos 452 partos vaginais estudados. No entanto chama a nossa atenção ao observar que enquanto não tivemos nenhum caso de uso profilático de ocitocina aqueles autores encontraram como sendo o componente do manejo ativo mais utilizado nos centros estudados (53,6%).

A constatação sobre a ausência de utilização deste componente do manejo ativo em nosso estudo nos parece preocupante uma vez que segundo Festin et al. (2003), este é um dos componentes chaves do manejo ativo, especialmente porque o mesmo tem mostrado ser particularmente efetivo na redução da perda sanguínea associada à hemorragia pós-parto. Segundo tais autores, a descoberta por eles de uma ampla variação sobre o uso dos

componentes do manejo ativo do terceiro período do parto entre os países estudados pode significar níveis diferentes de conhecimento sobre a importância desta prática na redução da morbimortalidade materna.

Destacamos que vários estudos sobre a relação entre o manejo do terceiro período do parto e os resultados obstétricos, especialmente no que diz respeito à redução do sangramento pós-parto têm sido realizados em diferentes países.

Em relação à sua efetividade, quando comparado ao manejo expectante, verificou-se redução da perda sanguínea e, conseqüentemente, menor índice de hemorragia pós-parto (HPP); redução no declínio da taxa de hemoglobina e hematócrito sanguíneas (pós-parto); menor duração do terceiro período do parto; reduções importantes de hemorragia pós-parto (perda sanguínea ≥ 500 ml) e intensa hemorragia pós-parto (perda sanguínea ≥ 1000 ml); diminuição de casos de anemia pós-parto; redução da necessidade de hemotransfusão durante o puerpério; e, diminuição da necessidade de terapêutica adicional com ocitócitos (BEGLEY, 1990; PRENDIVILLE, 1996; WHO, 1997; GIACALONE et al., 2000; BRUCKER, 2001; GEELHOED et al., 2002; McCORMICK et al., 2002; PRENDIVILLE et al., 2003; TSU et al., 2003; ICM; FIGO, 2004; MILLER et al., 2004; FENTON et al., 2005; STRAND et al., 2005; ABDEL-ALEEM et al., 2006; TSU et al., 2006; BAIR; WILLIAMS, 2007; McDONALD, 2007).

Por outro lado, há indicação de alguns protocolos que recomendam a utilização do manejo ativo em gestações de alto risco; mulheres com risco para HPP e mulheres sabidamente anêmicas durante a gestação (BRASIL, 2001; RCOG, 2007); entretanto há protocolo para o uso da ocitocina profilática na prevenção da HPP (MARTINS-COSTA et al., 2001).

Assim como nosso estudo, em um hospital universitário egípcio, analisou-se a forma como estava sendo realizado o manejo do terceiro período do parto de partos normais. Verificou-se que em apenas 15% dos partos, o manejo ativo foi utilizado na sua totalidade de condutas; em 65% dos partos foram administradas drogas uterotônicas adicionais após a dequitação e, em 49% dos partos não foi realizada a tração controlada de cordão (CHERINE et al., 2004).

Existe grande variação entre a adoção do manejo ativo, em vários países a exemplo na Europa. O uso de ocitócito profilático é comum a todos os países europeus e são empregados em todos os partos; entretanto, as práticas diferem em relação aos agentes uterotônicos de escolha; tempo de clampeamento e secção do cordão e uso de tração controlada. Uma vez instalado o quadro de hemorragia pós-parto, em 100% dos casos é realizada massagem em fundo uterino, mas há divergências quanto à escolha de drogas (WINTER et al., 2007).

A inobservância de correlação estatística, em nosso estudo, entre sangramento aumentado (média e grande quantidade) das 27 (19%) parturientes e a presença dos componentes do manejo ativo realizados além daqueles procedimentos como contato pele a pele e a amamentação precoce talvez possa ser explicada pelo número reduzido de parturientes identificadas como apresentando perda sanguínea considerável. A continuidade de estudos com maior número de parturientes, ou mesmo usando metodologias de meta-análise poderá avançar na análise sobre o papel dos componentes do manejo ativo de terceiro período do parto na prevenção de complicações no pós-parto.

Um outro limitante para que possamos traçar conclusões contundentes sobre os achados do presente estudo pode estar relacionado ao método de estimação do sangramento. No presente estudo, utilizamos a estimação clínica do sangramento e não

análise laboratorial como sugerido por alguns pesquisadores. Na tentativa de reduzir ao máximo a subjetividade deste processo de mensuração o fizemos por um único profissional habilitado para o desempenho das competências essenciais em obstetrícia (enfermeira obstétrica) em todos os períodos de avaliação: parto, quarto período do parto (15, 30, 60 e 90 minutos) e pós-parto. Portanto, o viés encontrado por Festin et al. (2003) quanto à variabilidade de métodos de estimação da perda sanguínea nos estudos apresentados por eles foi evitado por nós, uma vez que a habilidade para avaliar, de forma mais homogênea possível, a quantidade de sangue na amostra estudada não foi um fator de limitação do estudo. Sugerimos, portanto, que sejam feitos novos estudos comparativos sobre métodos de mensuração (inspeção visual, análise laboratorial, entre outros).

Segundo Keirse (1998) e Gyte (1994) muitos estudos foram realizados a respeito da assistência no terceiro período enfocando o manejo ativo versus o manejo fisiológico. No entanto, os fatores específicos que causam impacto na hemorragia pós-parto ainda não estão elucidados claramente e são abordados de forma geral, sugerindo os autores que sejam feitos estudos sobre a influência de cada um dos componentes do manejo ativo sobre a redução das complicações no terceiro período do parto; tal como estudar interferência de outros fatores como o estado geral, estado nutricional, hidratação materna e suporte psicológico recebido durante o trabalho de parto.

Recomenda-se avaliação constante do sangramento vaginal; monitorização da pressão arterial, pulso e perfusão periférica; observação do estado mental e débito urinário; atentando para o fato de que taquicardia; hipotensão; redução da perfusão periférica; letargia e hipotermia podem ser sinais de potenciais complicações relacionadas às perdas sanguíneas (COHEN, 2006; ANDERSON; ETCHES, 2007).

Dentre as dificuldades de adoção, prática e implementação do manejo ativo do terceiro período, estudo revela as mais freqüentes: momento e/ou modo inapropriado de administração das drogas uterotônicas, tração controlada de cordão isolada dos demais componentes do manejo ativo e ausência de uso de drogas uterotônicas bem como armazenamento inadequado das drogas (ARMBRUSTER, 2006). O desconhecimento sobre as evidências científicas de melhores práticas também é uma das possíveis causas de resistência à sua adesão, uma vez que a educação continuada sobre o manejo do terceiro período do parto e HPP influencia positivamente a prática (TITA et al., 2006).

Outro aspecto, segundo pesquisadores, que leva à resistência dos países em desenvolvimento em aderir à prática do manejo ativo diz respeito à crença de que esta é uma prática intervencionista (VIVIO; WILLIAMS, 2004). Entretanto, há argumentos que tanto o manejo ativo quanto o manejo expectante são constituídos de uma série de intervenções; uma vez que no manejo fisiológico, geralmente, é imposta a posição da paciente, para que se obtenha o auxílio das forças gravitacionais; a estimulação mamilar, que proporciona estímulo doloroso e a administração freqüente de terapêutica uterotônica adicional (BRUCKER, 2001)

Assim como os autores referidos, acreditamos que é tempo de se buscar a remoção do rótulo de “intervencionismo” para o manejo ativo do terceiro período do parto, por tratar-se de uma resposta baseada em evidências científicas e apropriada para a questão da HPP e demonstrar benefícios clínicos, reduzindo assim a morbi-mortalidade materna (BRUCKER, 2001; VIVIO ;WILLIAMS, 2004).

8. Conclusões

Respondendo aos objetivos do nosso estudo, chegamos as seguintes conclusões:

- Verificamos a utilização de alguns dos componentes do manejo ativo do terceiro período do parto, entretanto, em nenhum dos partos foi administrada ocitocina profilaticamente;
- Dentre os componentes utilizados destacamos a sua frequência: clampeamento e secção precoces do cordão umbilical – 93,7%; tração controlada de cordão – 87,3%; massagem em fundo uterino – 70,4%; contato pele-a-pele – 52,8%; aleitamento materno precoce – 34,5%; ergotamina intramuscular – 3,5%.

Em relação às complicações/ intervenções relacionadas ao terceiro período do parto, observamos que:

- Não houve casos de hemotransfusão, curetagem ou intervenções cirúrgicas;
- A principal complicação foi a ocorrência de sangramento em média quantidade (15,5%), necessidade de curagem (4,2%); seguida pela ocorrência de perdas em grande quantidade (3,5%);
- O ocitócito adicional foi utilizado em 73,9% das mulheres, com uso médio de 9,48 $\pm$ 9,47 UI.

Ainda buscando responder aos fatores associados ao sangramento pós-parto, encontramos:

- Associação com peso fetal, que poderia ser explicada pela hiperdistensão uterina, uma vez que a integridade perineal não apresentou associação com a ocorrência de sangramento;
- Quase significância estatística em relação à mulheres brancas.
- Não foram encontradas outras associações significativas.

9. Implicações e Limitações do Estudo

Embora o manejo ativo do terceiro período do parto apresente evidências científicas sobre sua eficácia, os resultados deste estudo revelam que ainda persistem resistências em relação à sua aplicação e que muitos dos seus componentes não foram aderidos na instituição estudada, sendo realizado um manejo “misto” (componentes ativos mais componentes expectantes), sem um protocolo estabelecido.

Os resultados do presente estudo trazem relevantes implicações para a prática, ensino e pesquisa na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Assim evidenciamos a necessidade da criação de protocolos de assistência ao terceiro período do parto, a fim de padronizar ações e minimizar riscos de complicações/intervenções muitas vezes evitáveis.

Ressaltamos também a pertinência do estabelecimento de protocolos para a investigação do nível de hematócrito pré-parto e pós-parto, especialmente para a obtenção de resultados mais fidedignos sobre as condições clínicas e hematológicas das puérperas. Tais estratégias viriam favorecer o avanço do conhecimento sobre os reais benefícios do manejo ativo do terceiro período do parto e seus componentes na diminuição das complicações hemorrágicas pós-parto. .

A realização deste estudo possibilitou ainda identificar limitações na execução do mesmo como também importantes questões que merecem ser respondidas por meio de pesquisas. O número limitado do tamanho amostral impossibilitou aprofundar aspectos importantes na ocorrência de complicações do terceiro período do parto. Assim, sugerimos também a realização de estudos comparativos entre a realização do manejo ativo e manejo expectante do terceiro período; influência do tipo de parto e ocorrência de complicações do terceiro período; influência de fatores/conduas gestacionais; durante trabalho de parto, parto e terceiro período nos resultados puerperais.

10. Referências Bibliográficas

ABDEL-ALEEM, H.; HOFMEYR, G.J.; SHOKRY, M.; EL-SONOOSY, E. Uterine massage and postpartum blood loss. **Int. J. Gynecol. Obst.**, v.93, p. 238-39, 2006.

ABOUZAHAR, C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, editor(s). **Health dimensions of sex and reproduction**. Boston: Harvard University Press, p. 172-4, 1998.

ALVAREZ, H.; CALDEYRO-BARCIA, R. Fisiopatología de la contracción uterina y sus aplicaciones em la clinica. **Mat. e Inf.**, v. 13, p. 11, 1954.

ANDERSON, J.M.; ETCHES, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. **Am. Fam. Physician**, v. 75, p. 875-82, 2007.

ARMBRUSTER, D. International survey of the management of the third stage of labour. **J. Midwifery & Women's Health**, v. 51, n. 5, p. 387, 2006.

BAIR, M.E.; WILLIAMS, J. Management of the third stage of labor. **J. Midwifery and Women's Health**, v.52, n.4, p. 412-4, 2007.

BAIS, J.M.J.; ESKES, M.; PEL, M.; BONSEL, G.J.; BLEKER, O.P. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women. A Dutch population-based cohort study on standard (≥ 500 ml) and severe (≥ 1000 ml) postpartum haemorrhage. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 115, n. 2, p. 166-72, 2004.

BARBIERI, M.A.; SILVA, A.A.M.; BETTIOL, H.; GOMES, U.A. Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2, p.596-602, 2000.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia Um guia para a iniciação científica**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEGLEY, C.M. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. **Midwifery**, v. 6, n. 1, p. 3-17, 1990.

BOSE, P.; REGAN, F.; PATERSON-BROWN, S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. **BJOG**, v.113, p. 919-24, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984 (Série B: Textos básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social. **Assistência ao pré-natal**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988 (Série A: Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de alto risco: sistemas estaduais e referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de suplementação de ferro**. Brasília: 2005 (Série A: Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: 2005 (Série A: Normas e manuais técnicos. Série direitos sexuais e reprodutivos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília: 2005 (Série F. Comunicação e educação em saúde).

BRICKER, L.; LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of labour. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.

BRUCKER, M.C. Management of the third stage of labor: an evidence-approach. **J. Midwifery & Women's Health**, v. 46, n. 6, p. 81-92, 2001.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.5, p. 1316-27, 2005.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

CECATTI, J.G.; ANDREUCCI, C.B.; CACHEIRA, P.S.; PIRES, H.M.B.; SILVA, J.L.P.; AQUINO, M.M.A. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **RBGO**, v.22, n.3, p.175-9, 2000.

CERNADAS, J.M.C.; CARROLI, G.; PELLEGRINI, L.; OTAÑO, L.; FERREIRA, M.; RICCI, C.; CASAS, O.; GIORDANO, D.; LARDIZABAL, J. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized; controlled trial. **Pediatrics**, v. 117, p. 779-86, 2006.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAPARRO, C.M.; NEUFELD, L.M.; ALAVEZ, G.T.; CEDILO, R.E.L.; DEWEY, K.G. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. **Lancet**, v. 367, p. 1997-2004, 2006.

CHERINE, M.; KHALIL, K.; SHOLKAMY, H.; BREEBAART, M.; ELNOURY, A. Management of the third stage of labor in an Egyptian teaching hospital. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 87, n. 1, p. 54-8, 2004.

CHICHESTER, M. When your patient is from the Obstetric Department postpartum hemorrhage and massive transfusion. **J.PeriAnesthesia Nurs.**, v. 20, n.3, p. 167-76, 2005.

CHUA, S.; LEE, M.; VANAJA, K.; CHONG, Y.S.; NORDSTROM, L.; ARULKUMARAN, S. The reability of catheter-tip transducers for the measurement of intrauterine pressure in the third stage of labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 105, p.352-6, 1998.

COHEN, J.; SINGER, P.; KOGAN, A.; HOD, M.; BAR, J. Course and outcome of obstetric patients in a general intensive care unit. **Acta Obst. Gynaecol. Scand.**, v. 79, n. 10, p. 846-50, 2000.

COHEN, W.R. Hemorrhagic shock in obstetrics. **J.Perinat. Med.**, v.34, p. 263-71, 2006.

COTTER, A.; NESS, A.; TOLOSA, J. Prophylatic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Rewiew): In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. **RBGO**, v.27, n.4, p.181-8, 2005.

CUNNINGHAM, F.G.; MAC DONALD, P.; GANT, N.; LEVENO, K.; GILSTRAP, L.; HANKINS, G., et al. **Williams Obstetrics**. 21st. ed. Norwalk: Appleton Lange, 2001.

DA MOTTA, C.C.L.; CREPALDI, M.A. O pai no parto e o apoio emocional. **Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação**, v. 15, n.30, 2005.

DAVIES, G.A.L.; TESSIER, J.L.; WOODMAN, M.C.; LIPSON, A.; HAHN, D.M. Maternal hemodynamics after oxytocin bolus compared with infusion in the third stage of labor: a randomized controlled trial. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, p. 294-9, 2005.

DIEJOMAOH, F.M.E.; BUKHADOUR, N.; AL-YATTAMAH, M. Severe primary postpartum hemorrhage. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 57, p. 315-6, 1997.

DILDEY, G.A.; PAINE, A.R.; GEORGE, N.C.; CRUZ VELASCO. Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? **Obstet. Gynecol.**, v. 104, p.601-6, 2004.

DOMBROWSKI, M.P.; BOTTOMS, S.F.; SALEH, A.A.A.; HURD, W.W.; ROMERO, R. Obstetrics: Third stage of labour: analysis of duration and clinical practice. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 172, p. 1279-84, 1995.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.1, p. S52-62, 2004.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A.C.; GONÇALVES, C.V.; QUINTANA, S.M.; BEREZOWSKI, A.T.; NOGUEIRA, A.A.; CUNHA, S.P. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **RBGO**, v.24, n.14, p.471-7, 2002.

EL-REFAEY, H.; NOOH, R.; O'BRIEN, P.; ABADÍA, M.; GLARY, M.; WALDER, J.; RODECK, C. The misoprostol third stage of labour study: a randomized controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 107, p. 1104-10, 2000.

FANG, J.; MADHAVAN, S.; ALDERMAN, M.H. Maternal mortality in New York city: excess mortality of black women. **J.Urban Health: Bul. New York Acad. Med.**, v. 77, n.4, 2000.

FENTON, J.J.; BAUMEISTER, L.M.; FOGARTY, J. Active management of the third stage of labor among American Indian women. **Family Medicine**, v. 37, n. 6, p. 410-4, 2005.

FESTIN, M.R.; LUMBIGANON, P.; TOLOSA, J.E.; FINNEY, K.A.; BA-THIKE, K.; CHIPATO, T.; GAITÁN, H.; XU, L.; LIMPONGSANURAK, S.; MITTAL, S.; PEEDICAYIL, A.; PRAMONO, N.; PURWAR, M.; SHENOY, S.; DALY, S. International survey on variations in practice of the management of the third stage of labour. **Bull World Health Organ.**, v. 81, n.4., 2003.

FREIRE, T.M.; MACHADO, J.C.; MELO, E.V. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **RBGO**, v.27, n.7, p. 376-81, 2005.

GAUTHIER, J.H.M; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em enfermagem Novas metodologias aplicadas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GEELHOED, D.; VISSER, L.; AGORDZO, P.; ASARE, K.; VAN LEWWEN, J.S.; VAN ROOSMALEN, J. Active versus expectant management of the third stage of labor in rural Ghana. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 82, p. 17-23, 2002.

GELLER, S.E.; ADAMS, M.G.; KELLY, P.J.; KODKANY, B.S.; DERMAN, R.J. Postpartum hemorrhage in resource-poor setting. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, n. 92, p. 202-11, 2006a.

GELLER, S.E.; COX, S.M.; CALLAGHAN, W.M.; BERG, C.J. Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for Safe Motherhood. **Women's Health Issues**, v.16, p. 176-88, 2006b.

GIACALONE, P.L.; VIGNAL, J.; DAURES, J.P.; BOULOT, P.; HEDON, B.; LAFFARGUE, F. A randomized evaluation of two techniques of management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 107, p. 396-400, 2000.

GILBERT, W.M.; NESBITT, T.S.; DANIELSEN, B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. **Obstet. Gynecol.**, v. 93, p. 9-14, 1999.

GOMES, F.A. **Mortalidade materna no município de Ribeirão Preto – SP: fatores determinantes e coadjuvantes.** 1998; 176 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

GYTE, G.M.L. Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby of the various components of “active” management of the third stage of labour. **Midwifery**, v. 16, p. 183-99, 1994.

HALL, S.P. Amniotomy. Necessary intervention or bad habit? **Awnonn Lifelines**, v.5, n.6, p. 10-3, 2002.

HARPER, M.A.; ESPELAND, M.A.; DUGAN, E.; MEYER, R.; LANE, K.; WILLIAMS, S. Racial disparity in pregnancy-related mortality following a live birth outcome. **Ann. Epidemiol.**, v. 14, p. 274-9, 2004.

HENNEKENS, C.H.; BURING, J.E. **Epidemiology in Medicine.** Little Brown and Company. 1987.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYER, G.J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library.** Issue 2, 2005.

HOTIMSKY, S.N.; ALVARENGA, A.T. A definição do acompanhante no trabalho de parto: uma questão ideológica? **Estudos feministas**, n.2, p. 461-81, 2002.

HOYME, H.E.; MAY, P.A.; KALBERG, W.O.; KODITUWAKKU, P.; GOSSAGE, J.P.; TRUJILLO, P.M. A practical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. **Pediatrics**, v.115, n.1, p. 39-47, 2005.

HOWART, G.R.; BOTHA, D.J. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.

ICM; FIGO. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. **J. Midwifery & Women's Health**, v. 49, n.1, p. 76-7, 2004.

JACKSON, K.W.; ALBERT, J.R.; SCHEMMER, G.K.; ELLIOT, M.; HUMPHRY, A.; TAYLOR, J. A randomised controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. **Am.J.Obstet. Gynecol.**, v. 185, p. 873-8, 2001.

JAGO, A.A.; EZECHI, O.O.; ACHINGE, G.I.; OKUNLOLA, M.A. Effect of oxytocics on the blood pressure of normotensive Nigerian parturients. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v.20, n.9, p. 703-5, 2007.

KASSAR, S.B.; LIMA, M.C.; ALBUQUERQUE, M.F.M.; BARBIERI, M.A.; GURGEL, R.Q. Comparação das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Rev. Saúde Matern. Infant.**, v.6, n.4, p. 397-403, 2006.

KARAVOLOS, S.; AL-HABIB, A.; MADGWICH, K.; FAKOKUNDE, A.; OKOLO, S.; YOONG, W. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric hemorrhage using clinical reconstructions. **BJOG**, p. 117-8, 2007.

KAVLE, J.A.; KHALFAN, S.S.; STOLTZLUS, R.J.; WITTER, F.; TIELSCH, J.M.; CAULFIELD, L.E. Measurement of blood loss at childbirth and postpartum. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 95, n.1, p. 24-8, 2006.

KEIRSE, M. What does prevent postpartum haemorrhage? **The Lancet**, v. 351, p. 690-2, 1998.

KHAN,G.Q.; JONH, I.S.; CHAN, T.; WANI, S.; HUGHES, A.O.; STIRRAT; G.M. Adu Dhabi stage trial: oxytocin versus syntometrine in the active management of the third stage of labour. **Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biology**, v. 58, p. 147-151, 1995.

KHAN, G.Q.; JONH, I.S.; WANI, S.; DOHERTY, T; SIBAI, M. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of placenta: a randomised controlled trial. **Am.J.Obstet. Gynecol.**, v. 177, p. 770-4, 1997.

KOMINIAREK, M.A.; KILPATRICK, S.J. Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication. **Semin. Perinatol.**, v.31, p. 159-66, 2007.

KROEFF,L.R.; MENGUE, S.S.; SCHIMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; FAVARETTO, A.L.F.; NUCCI, L.B. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 261-7, 2004.

KUH, W.K.; CHELMOW, D.; MALONE, F.D. A double-blinded, randomized controlled trial of oxytocin at the beginning versus the end of the third stage of labor for prevention of postpartum hemorrhage. **Gynecol. Obstet. Invest.**, v. 58, n. 2, p. 72-6, 2004.

KUSHTAGI, P.; VERGHESE, L.M. Evaluation of two uterotonic medications for the management of the third stage of labor. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 94, p. 47-8, 2006.

LAZARUS, J.V.; LALONDE A. Reducing postpartum hemorrhage in Africa. **Int. J. Gynaecol. Obst.**, v. 88, p. 89-90, 2005.

LALONDE, A.; DAVISS, B.A.; ACOSTA, A.; HERSCHDERFERK, A. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. **Int. J. Gynaecol. Obst.**, v. 94, p. 243-53, 2006.

LI, X.F.; FORTNEY, J.A.; KOTELCHUCK, M.; GLOVER, L.H. The postpartum period: the key to maternal mortality. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 54, p. 1-10, 1996.

LOPES, R.C.S.; DONELLI, T.S.; LIMA, C.M.; PICCININI, C.A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-54, 2005.

LU, M.C.; FRIDMAN, M.; KORST, L.M.; GREGORY, K.D.; REYES, C.; HOBEL, C.J.; CHAVEZ, G.F. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. **Maternal and Child Health Journal**, v. 9, n.3, p. 297-306, 2005.

MAGANN, E.F.; EVANS, S.; HUTCHINSON, M.R.N.; COLLINS, R.R.N.; HOWARD, B.C.; MORRISON, J.C. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. **Southern Medical Journal**, v. 98, n.4, p. 419-22, 2005 a.

MAGANN, E.F.; EVANS, S.; CHAUHAN, S.P.; LANEAU, G.; FISK, A.D.; MORRISON, J.C. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. **Obstetrics & Gynecology**, n. 105, p. 290-3, 2005 b.

MAGANN, E.F.; DOHERTY, D.A.; BRIERY, C.M.; NIEDERHAUSER, A.; MORRISON, J.C. Timing of placental delivery to prevent postpartum haemorrhage: Lessons learned from an abandoned randomised controlled trial. **Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 46, p. 549-51, 2006.

MALHOTRA, M.; SHARMA, J.B.; BATRA, S.; SHARMA, S.; MURTHY, N.S.; ARORRA, R. Maternal and perinatal outcome in varying degrees of anemia. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 79, p. 93-100, 2002.

MAMEDE, F.V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto.** 2005, 100 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MARIN, G.H.; DELGADO, L.; SAGER, G.; VISENTIN, S.; AZARRO, S.; TOZZI, M. Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. **Rev. Saúde Matern. Infant.**, v.3, n.2, p. 159-64, 2003.

MATHAI, M.; GULMEZOGLU, A.M.; HILL, S. Saving women's lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. **Bulletin of World Health Organization**, v.85, n.4, p.322-3, 2007.

MARTINS-COSTA, S.H.; RAMOS, J.G.L.; BRIETZKE, E. Assistência ao trabalho de parto. **Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina/ Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, 2001.

MATIAS, J.P.; PARPINELLI, M.A.; CECATTI, J.G. A prova de trabalho de parto e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev.Assoc. Med. Bras.**, v.53, n.2, p. 109-15, 2007.

MAUGHAN, K.L.; HEIM, S.W.; GALAZKA, S.S. Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor (Medical conditions overview). **American Family Physician**, v. 73, n. 6, p. 1025, 2006.

McCORMICK, M.L.; SANGHVI, H.C.G; KINZIE, B.; McINTOSH, N. Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. **Int. J. Gynaecol. Obst.**, v. 77, p. 267-75, 2002.

McDONALD, S. Management of the third stage of labor. **J. Midwifery Womens Health**, v. 52, p. 254-61, 2007.

MERCER, J.S. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. **J. Midwifery & Women's Health**, v. 46, n. 6, p. 402-14, 2001.

MILLER, S.; LESTER, F.; HENSLEIGH, P. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: new advances for low-resource settings. **J. Midwifery & Women's Health**, v. 49, n. 4, p. 283-92, 2004.

MOUSA, H.A.; ALFIREVIC, Z. Treatments of primary postpartum haemorrhage (protocol for a Cochrane review). In: **The Cochrane library**, Oxford: Update Software. Issue 3, 2002.

NASSAR, A.A.; FAYYUMY, R.; SAAB, W.; MEHIO, G.; USTA, I.M. Grand múltiparas in Modern Obstetrics. **Am. J. Perinatol.**, v. 23, n.6, p. 345-9, 2006.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2^a. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLADAPO, O.T.; SULE-ODU, A.O.; OLATUNJI, A.O.; DANIEL, O.J. "Near miss" obstetrics and maternal deaths in Sagamu, Nigéria: a retrospective study. **Reproductive Health**, v.2, n.9, p. 1-9, 2005.

OLIVEIRA, J.M. **Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas.** 2007; 107 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

OLIVEIRA, S.M.J.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.3, p. 288-95, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Décima Revisão CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde.** Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth – **Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos,** 2002.

PASSINI JR, R. Consumo de álcool durante a gestação. **RBGO**, v.27, n.7, p. 373-5, 2005.

PATEL, A.; GOUDAR, S.S.; GELLER, S.E.; KODKANY, B.S.; EDLAVITCH, S.A.; WAGH, K.; PATTED, S.S.; NAIK, V.A.; MOSS, N.; DERMAN, R.J. Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. **Int.J. Gynecol. Obstet.**, v.93, p. 220-4, 2006.

PATHER, S.; FORD, M.; REID, R.; SYKES, P. Postpartum curettage: An audit of 200 cases. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v.45, p. 368-71, 2005.

PATTINSON, R.C.; HOWART, G.R.; MDLUI, W.; MACDONALD, A.P.; MAKIN, J.D.; FUNK, M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. **BJOG**, v.110, p. 457-61, 2003.

PELLOSO, S. M. **Mortalidade materna: o que os números não revelam.** 1998, 211p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

PENA-ROSAS, J.P.; VITERI, F.E. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library.** Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PÉRET, F.J.A.; GONÇALVES, M.M. Assistência ao parto. In: **Ginecologia e Obstetrícia: manual para concursos – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais,** 3^a.ed.. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PETERSEN, L.A.; LINDNER, D.S.; KLEIBER, C.M.; ZIMMERMAN, M.B.; HINTON, A.T.; YANKOWITZ, J. Factors that predict low hematocrit levels in the postpartum patient after vaginal delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 4, p. 737-44, 2002.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E.F. Morbidade psiquiátrica em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p. 593-8, 2005.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRASERTCHAROENSSUK, W.; SWADPANICH, U.; LUMBIGANON, D. Accuracy of the blood loss estimation in the third stage of labor. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 71, p. 69-70, 2000.

PRATA, N.; HAMZA, S.; GYPSON, R.; NADA, K.; VARIOLNIA,F.; POTTS, M. Misoprostol and active management of the third stage of labor. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 94, p. 149-55, 2006.

PRENDIVILLE, W.J. The prevention of post partum haemorrhage: optimizing routine management of the third stage of labour. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 69, p. 19-24, 1996.

PRENDIVILLE, W.J. & ELBOURNE, D.R. Care during the third stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, editor(s). **Effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford University Press, p. 1145-69, 1989.

PRENDIVILLE, W.J.; ELBOURNE, D.; MCDONALD, S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

RAZUVIK, K.; CHUA, S.; ARULKMARAN, S. Comparison between estimation and laboratory determination of blood loss during the third stage of labor. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 36, p. 152-4, 1996.

RCOG. **Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth**. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Comissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, 2005.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 3^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

REZENDE J. **Obstetrícia**. 10^a ed. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2005.

RIVZI, F.; MACKEY, R.; BARRET, T.; McKENNA, P.; GEARY, M. Successful reduction of massive postpartum haemorrhage by use of guidelines and staff education. **BJOG**, v.111, p. 495-8, 2004.

ROGERS, J.; McCANDLISH, R.; AYERS, S.; TRUESDALE, A.; ELBOURNE, D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. **Lancet**, v. 351, p. 693-9, 1998.

ROMAN, H.; ROBBILARD, P.Y.; VERSPYCK, E.; HULSEY, T.C.; MARPEAU, L.; BARAU, G. Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. **Obstet. Gynecol.**, v. 103, p. 1294-9, 2004.

ROMERO-GUTIERREZ, G.; ESPITIA-VERA, A.; PONCE-PONCE DE LEÓN, A.L.; HUERTAS-VARGAS, L.F. Risk factors of maternal deaths in México. **Birth**, v.34, n.1, p. 21-5, 2007.

ROSSELLO, J.L.D.; GUERRA, V.; STRAUCH, M.; REGA, C.R.; BERNARDI, R. **La madre y su bebé: Primeras interacciones**. Ed. Roca Viva, 3. ed., 1993.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. **Modern Epidemiology**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SADLER, L.C.; DAVISON, T.; McCOWAN, L.M.E. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 107, p. 909-15, 2000.

SAITO, K.; HARUKI, A.; ISHIKAWA, H.; TAKAHASHI, T.; NAGASE, H.; KOYAMA, M.; ENDO, M.; HIRAHARA, F. Prospective study of intramuscular ergometrine compared with intramuscular oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v.33, n.3, p. 254-8, 2007.

SANTOS, M.C.V. Puerperio patológico. In: **Ginecologia e Obstetrícia: manual para concursos – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais**. 3^a.ed.. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SELO-OJEME, D.O. Anemia in pregnancy: case control study of risk factors. **Int. J. Gynecol. Obst.**, n. 59, p. 53-4, 1997.

SELO-OJEME, D.O.; OKONOFUA, F.E. Risk factors for primary postpartum haemorrhage. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v. 259, p. 179-87, 1997.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento. **Rev. Saúde Matern. Infant.**, v.4, n.3, p. 269-79, 2004.

SHANE, B.; BURNS, M.; DAHLQUIST, K. Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor. **Out Look Maternal & Neonatal Health**, v.19, n.3, p. 1-8, 2001.

SHARMA, S.; EL-REFAEY, H. Prostaglandins in the prevention and management of postpartum haemorrhage. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecol.**, v. 5, n. 17, p. 811-23, 2003.

SHEINER, E.; SAVID, L.; LEVY, A.; SEIDMAN, D.S.; HALLAK, M. Obstetrics risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage. A population-based study. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 18, n.3, p.149-54, 2005.

SILVA, S.A.L.C.; MORAES FILHO, O.B.; COSTA, C.F.F. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. **RBGO**, v.27, n.4, p. 189-96, 2005.

SOLTANI, H.; DICKINSON, F.; SYMONDS, I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**. Issue 2, 2007. Oxford: Update Software.

SOUZA, A.I.; BATISTA, M.B. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consenso e controvérsias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.3, n.4, 2003.

STRAND, R.T.; SILVA, F.; JANGSTEN, E.; BERGSTOM, S. Postpartum hemorrhage: a prospective, comparative study in Angola using a new disposable device for oxytocin administration. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 84, p. 260-5, 2005.

TANAKA, A.C.A.; SIQUEIRA, A.A.F; BAFILE, P.N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 23, n. 21, 1989.

TITA, A.T.N.; SELWYN, B.J.; WALLER, D.K.; KAPADIA, A.S.; DONGMO, S. Factors associated with the awareness and practice of evidence-based obstetric care in African setting. **BJOG**, v. 113, p. 1060-6, 2006.

TSU, V.D. New and underused technologies to reduce maternal mortality. **Lancet**, v. 363, p. 75-6, 2004.

TSU, V.D.; LANGER, A.; ALDRICH, T. Postpartum hemorrhage in developing countries: is the public health community using the right tools? **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 85, supl. 1, p. S42-51, 2004.

TSU, V.D.; SUTANTO, A.; VAIDYA, K.; COFFEY, P.; WIDJAYA, P. Oxytocin in prefilled UnijectTM injection devices for managing third-stage labor in Indonesia. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 83, p. 103-11, 2003.

TSU, V.D.; MAI, T.T.P.; NGUYEN, Y.H.; LUU, H.T.T. Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: Assessing the effectiveness of active management of third-stage labor. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v. 32, n. 5, p. 489-96, 2006.

VAN RHEENEN, P.F.; BRABIN, B.J. A practical approach to timing cord clamping in resource poor setting. **BMJ**, v.333, p. 954-8, 2006.

VIGGIANO, M.B.; VIGGIANO, M.G.C.; SOUZA, E.; CAMANO, L. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 26, n. 4, p. 317-23, 2004.

VIVIO, D. & WILLIAMS, D. Active management of the third stage of labour: Why is it controversial? **J. Midwifery & Women's Health**, v. 49, n. 1, p. 2-3, 2004.

WALLEY, R.L.; WILSON, J.B.; CRANE, J.M.G.; MATTHEUS, K.; SAWYER, E.; HUTCHENS, D. A double-blinded placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 107, p. 1111-15, 2000.

WHO. **Report of technical working group. The prevention and management of postpartum haemorrhage.** Geneva: World Health Organization, 1990.

WHO. **Safer motherhood – Mother baby-package: implementing safe motherhood in countries. Practical guide.** 1996.

WHO. **Care in normal birth: A practical guide. Report of a technical working group,** 1997.

WHO. **Recomendations for the prevention of postpartum haemorrhage,** 2006.

WHO/UNICEF/UNFPA. **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA,** 2004.

WILLIS, C.E.; LIVINGSTONE, V. Infant insufficient milk syndrome associated with maternal postpartum hemorrhage. **J. Hum. Lact.**, v. 11, n.2, p. 123-6, 1995.

WINTER, C.; MACFARLANE, A.; DENEAX-THARAUX, C.; ZHANG, W.H.; ALEXANDER, S.; BROCKELEHURST, P.; BOUVIER-COLLE, M.H.; PRENDIVILLE, W.; CARARACH, V.; VAN ROOSMALEN, J.; BERBIK, I.; KLEIN, M.; AYRES-DE-CAMPOS, D.; ERKKOLA, R.; CHIECHI, L.M.; LANGHOFF-ROOS; STRAY-PEDERSEN, B; TROEGER, C. Variations in policies for management of the third stage of labour and the immediate management of postpartum haemorrhage in Europe. **BJOG**, v. 114, p. 845-54, 2007.

ZIADEH, S.; YAHAYA, A. Pregnancy outcome at age 40 and older. **Arch. Gynecol. Obstet.**, v.265, p. 30-33, 2001.

Anexos

Anexo I
Formulário para coleta dos dados

Data: ____/____/____ **nº:** _____

1. DADOS MATERNOS E ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Registro: _____ **Prontuário:** _____

Idade em anos: _____ **Estado civil:** _____

Escolaridade: _____ **Ocupação:** _____

Procedência: _____ **Raça/etnia:** _____

Pré-Natal S () N () **nº de consultas:** _____ **local:** _____

Antecedentes familiares: DM () HAS () Outros _____

Antecedentes pessoais: Patologias N () S () _____

Etilismo: N () S () _____

Tabagismo: N () S () _____

Uso de drogas ilícitas: N () S () _____

Uso de medicamentos na gestação: N () S () _____

Perda sanguínea em gestação anterior: N () S () _____

Perda sanguínea em gestação atual: N () S () _____

Nível de hemoglobina durante PN: _____ **Hematócrito:** _____

G _____ **P** _____ **A** _____ **número de filhos vivos:** _____

Parto cesárea anterior? S () N ()

Idade Gestacional: TA= _____ US= _____

DUM: ____/____/____ **IG considerada:** _____

Intercorrências na gestação? S () N ()

Se sim, qual? _____

Horário da admissão: _____

Motivo da internação:

AIH preenchida por: _____ **Assistência:** _____

Sinais vitais na admissão da parturiente

Horário	P	PA	T

Tempo de internação: _____**Tempo de trabalho de parto:** _____**Uso de misoprostol (indução do trabalho de parto)? S () N ()****Uso de ocitócitos durante o trabalho de parto? S () N () _____ cm - ____: ____****Indicação:** _____**Número de unidades recebidas (dosagem e forma de administração)****Amniotomia? S () N () _____ cm - ____: ____****Indicação:** _____**De Lee:** _____**Analgesia? S () N () _____ cm****Indicação:** _____**Acompanhante? S () N () _____ Quem? _____****Deambulação? S () N ()****Observações:**

2. DADOS DA SALA DE PARTO

Data do nascimento: ____/____/____ Hora do nascimento: _____

Peso do RN: _____ Estatura: _____

Sexo: M () F () Apgar: _____

Integridade do períneo:

Períneo íntegro () Laceração de 1º grau () Laceração de 2º grau ()

Laceração de 3º grau () Laceração de 4º grau () EMLD () Laceração de colo ()

Tempo de expulsivo: _____

Tempo em sala de parto: _____

Manobra de Kristeller? S () N () Sondagem Vesical de Alívio? S () N ()

Dequitação: Espontânea () Manual () Horário da dequitação: _____

Duração da dequitação: _____

Revisão placentária? S () N ()

Observações: _____

3. DADOS DO TERCEIRO PERÍODO

Administração profilática de ocitocina após o nascimento? S () N ()

Formas de Administração _____ Dosagem _____

Clampeamento e secção precoces do cordão? S () N ()

Tração controlada do cordão? S () N ()

Massagem em fundo uterino? S () N ()

Administração de ergotamina IM? S () N ()

Amamentação precoce? S () N ()

Contato pele a pele? S () N ()

Observações: _____

4. QUARTO PERÍODO DO PARTO

Horário	P	PA	T	Lóquios	Contração Uterina	Altura Uterina	Coloração Mucosa

5. COMPLICAÇÕES DO TERCEIRO PERÍODO

- ☐ Perda sanguínea excessiva ☐ Perda de grande quantidade de sangue
☐ Perda de média quantidade de sangue ☐ Necessidade de hemotransfusão
☐ Hb < 9 mg/dl 24 a 48 horas pós parto ☐ Necessidade de suplementação com ferro no puerpério – dieta e FeSO₄ ☐ Remoção manual da placenta
☐ Necessidade de curetagem ☐ Descoramento da mucosa
☐ Duração do terceiro período > 30' _____ minutos
☐ Necessidade de ocitócito adicional _____ unidades
☐ Alterações hemodinâmicas _____
☐ Hemorragia secundária – após as primeiras 24 horas

() Outras complicações

6. AVALIAÇÃO 10º DIA PÓS-PARTO

Queixa de fadiga? N () S ()

Outras queixas? N () S ()

Exame físico

P _____ PA _____ T _____

Mucosas: () coradas () descoradas _____

Útero: AU _____ Consistência: firme () hipotônico ()

Sensibilidade à palpação: doloroso () indolor ()

Lóquios: rubrus () fuscus () flavus () albus ()

Quantidade: pequena () média () grande ()

Odor: fétido () característico ()

Aleitamento: materno exclusivo () materno predominante () misto () artificial ()

Seguimento em UBS: agendado () realizado () não agendado ()

Observações:

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mariana Torreglosa Ruiz, sou enfermeira (COREN SP 0127615), e aluna do curso de pós-graduação (mestrado) em enfermagem em saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e estou desenvolvendo uma pesquisa sob a orientação da Profa. Dra. Marli Vilela Mamede, que é professora desta escola.

Solicito sua participação nesta pesquisa, com o título: **“Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no pós-parto”**. Esclareço que, o terceiro período do parto é o período após o nascimento do bebê e a saída da placenta e o período pós-parto é o período após o término do parto, conhecido também como o período do resguardo. Para o desenvolvimento desta pesquisa necessito de sua autorização para observar o seu parto e verificar como foram esses períodos e saber se a senhora sentiu algum desconforto ou mal-estar após o parto. Essa avaliação é muito importante, pois nos trarão informações e sugestões para que ofereçamos uma assistência de qualidade ao parto e pós-parto para todas as nossas pacientes.

Esclareço que após o parto, verificarei e anotarei informações do seu prontuário (registro), para saber se a senhora apresentou algum desconforto ou mal-estar durante o período em que esteve internada. Pretendo também, revê-la, no dia marcado para seu retorno nessa maternidade (retorno de puerpério), para verificar seu estado de saúde, queixas e saber como está se sentindo em casa.

Afirmo que seu nome será mantido anônimo (sua identidade será mantida em sigilo) e em nenhuma hipótese será divulgada a sua identidade, assim como a senhora tem o direito de interromper sua participação a qualquer momento. Esclareço ainda, que as informações obtidas têm finalidade de divulgação apenas como interesse científico e para publicação em revistas e eventos especializados e específicos da área da saúde. Não haverá desconforto, riscos e/ou benefícios, bem como não existirão gastos para sua participação nesta pesquisa e, ao final da pesquisa, se for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora. Reafirmo que suas informações serão muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, após ter sido suficientemente esclarecida, pela pesquisadora, sobre a realização desta pesquisa, como está descrito neste termo, declaro que consinto em participar desta pesquisa por minha livre e espontânea vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Telefone para contato, se necessário: (17)3224-2168 – Mariana Torreglosa Ruiz
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Monte Alegre – CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.
e-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

Obs.: este termo de consentimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante do estudo.

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mariana Torreglosa Ruiz, sou enfermeira (COREN SP 0127615), e aluna do curso de pós-graduação (mestrado) em enfermagem em saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e estou desenvolvendo uma pesquisa sob a orientação da Profa. Dra. Marli Vilela Mamede, que é professora desta escola.

Solicito seu consentimento nesta pesquisa, com o título: **“Manejo do terceiro período do parto e suas repercussões no pós-parto”**. O estudo será realizado através de observação não participante em sala de parto, de partos normais ocorridos durante o período da coleta dos dados. Minha intenção é apenas observar os períodos clínicos do parto e a evolução puerperal das puérperas participantes do estudo, no entanto, não tenho como objetivo avaliar a assistência prestada, já que trata-se de um estudo quantitativo e transversal que tem por finalidade apenas descrever os fatos e não tem por finalidade avaliar ações.

A coleta de dados será realizada mediante observação com o uso de um formulário específico. Sua participação é voluntária, tendo liberdade para desistir durante o processo de coleta de dados, não havendo risco ou qualquer penalização. Não haverá desconforto, riscos e/ou benefícios, bem como não existirão gastos de minha parte na participação nesta pesquisa. O anonimato será garantido por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais. Informamos que os resultados deste estudo serão divulgados em congressos e revistas científicas e, que ao final da pesquisa, se for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Reafirmamos que suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, após ter sido suficientemente esclarecido, pela pesquisadora, sobre a realização desta pesquisa, como está descrito neste termo, declaro que consinto em participar desta pesquisa por minha livre e espontânea vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone (16) 9609-9754 ou (17) 3224-2168 (Mariana).

Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Monte Alegre – CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP.

e-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

Obs.: este termo de consentimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante do estudo.

Anexo IV**Parecer do comitê de ética em pesquisa**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 168/2006

Ribeirão Preto, 21 de setembro de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 90ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de setembro de 2006.

Protocolo: nº 0708/2006

Projeto: MANEJO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO E SUAS REPERCUSSÕES NO PÓS-PARTO

Pesquisadores: Marli Villela Mamede
Mariana Torreglosa Ruiz

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Marli Villela Mamede

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP