

*Daianne Teixeira Soares<sup>1</sup>  
Telmara Menezes Couto<sup>2</sup>  
Ridalva Dias Martins<sup>3</sup>  
Jules Ramon Brito Teixeira<sup>4</sup>  
Jaqueline Alves Pires<sup>5</sup>  
Gleice de Oliveira Santos<sup>6</sup>*

# Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto numa maternidade\*

**Temática:** prática baseada em evidências.

**Contribuição para a disciplina:** o estudo gerou informações capazes de subsidiar estratégias que podem contribuir para a redução da hemorragia pós-parto e da mortalidade materna.

## RESUMO

**Objetivo:** investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à prevalência de hemorragia pós-parto (HPP) em uma maternidade escola. **Materiais e métodos:** estudo quantitativo de corte transversal, numa maternidade de Salvador, Bahia, Brasil. Na coleta de dados, utilizou-se formulário padronizado que continha dados sociodemográficos e clínicos dos prontuários de 83 mulheres referentes ao período de 2018. Nas análises, utilizou-se o *software* STATA versão 14. Foi conduzida análise bivariada, por meio dos testes de Pearson ou exato de Fisher. Realizou-se regressão de Poisson com variação robusta na análise multivariada. Foram estimadas razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95 %. O nível de significância dos testes foi de 5 %. **Resultados:** a prevalência de HPP foi de 38,6 % e de 25,6 % para atonia como causa. Na análise bivariada, evidenciou-se associação entre HPP e não amamentação na primeira hora

DOI: 10.5294/aqui.2021.21.2.7

### Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Soares DT, Couto TM, Martins RD, Teixeira JRB, Pires JA, Santos GO. Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in a Maternity Ward. *Aquichan*. 2021;21(2):e2127. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.7>

\* Este artigo é derivado da dissertação de mestrado intitulada "Fatores sociodemográficos e clínicos associados à hemorragia pós-parto em uma maternidade escola", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil.

1  <https://orcid.org/0000-0002-3025-9844>. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade Federal da Bahia, Brasil. [daianne.soares@ebserh.gov.br](mailto:daianne.soares@ebserh.gov.br)

2 <https://orcid.org/0000-0001-6836-8563>. Universidade Federal da Bahia, Brasil. [telmara.couto@ufba.br](mailto:telmara.couto@ufba.br)

3 <https://orcid.org/0000-0003-0295-9998>. Universidade Federal da Bahia, Brasil. [ridalvamartins@ufba.br](mailto:ridalvamartins@ufba.br)

4 <https://orcid.org/0000-0002-8443-7810>. Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil.

5 <https://orcid.org/0000-0002-5993-4567>. Universidade Federal da Bahia, Brasil. [jaquelineap@ufba.br](mailto:jaquelineap@ufba.br)

6 <https://orcid.org/0000-0002-7582-8465>. Universidade Federal da Bahia, Brasil. [santos.gleice@ufba.br](mailto:santos.gleice@ufba.br)

Recebido: 19/10/2020  
Submetido a pares: 01/12/2020  
Aceito por pares: 29/04/2021  
Aprovado: 17/05/2021

de vida ( $p = 0,039$ ). Na análise multivariada, identificou-se que mulheres multíparas tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes ( $RP = 1,97$ ). Não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes ( $RP = 4,16$ ). **Conclusões:** monitorizar multíparas durante a assistência ao parto e incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida pode diminuir a prevalência de HPP.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DESC)

Hemorragia pós-parto; mortalidade materna; aleitamento materno; paridade; cuidados de enfermagem.

# *Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la hemorragia posparto en una maternidad\**

## RESUMEN

**Objetivo:** investigar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la prevalencia de hemorragia posparto (HPP) en una maternidad de enseñanza. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo de corte transversal, en una maternidad de Salvador, Bahia, Brasil. En la recolección de los datos, se empleó formulario estandarizado que contenía datos sociodemográficos y clínicos de los historiales de 83 mujeres referentes al período de 2018. En los análisis, se utilizó el *software* STATA versión 14. Se realizó análisis bivariado, por medio de las pruebas de Pearson o exacto de Fisher. Además, regresión de Poisson con variación robusta en el análisis multivariado. Se estimaron razones de prevalencia (RP) y respectivos intervalos de confianza del 95 %. El nivel de significancia de las pruebas fue del 5 %. **Resultados:** la prevalencia de HPP fue del 38,6 % y del 25,6 % para atonía como causa. En el análisis bivariado, se evidenció asociación entre HPP y no lactancia en la primera hora de vida ( $p = 0,039$ ). En el análisis multivariado, se identificó que mujeres multíparas tuvieron incremento en la prevalencia de HPP en casi dos veces ( $RP = 1,97$ ). No lactar en la primera hora de vida aumentó esta prevalencia en más de cuatro veces ( $RP = 4,16$ ). **Conclusiones:** monitorear multíparas durante la asistencia al parto e incentivar la lactancia materna en la primera hora de vida puede reducir la prevalencia de la HPP.

## PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Hemorragia posparto; mortalidad materna; lactancia materna; paridad; atención de enfermería.

---

\* El artículo se deriva de la tesis de maestría titulada "Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la hemorragia posparto en una maternidad escuela", presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal da Bahia, Brasil.

# *Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Postpartum Hemorrhage in a Maternity Ward\**

## ABSTRACT

**Objective:** Checking the sociodemographic and clinical factors associated with the prevalence of postpartum hemorrhage (PPH) in a maternity school. **Materials and methods:** A quantitative cross-sectional study in a maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil. In data collection, we used a standardized form that contained sociodemographic and clinical data from the medical records of 83 women for the period of 2018. Stata version 14 software was used in the analyses. Bivariate analysis was conducted using Pearson's or Fisher's exact tests. Poisson regression was performed with robust variation in multivariate analysis. Prevalence ratios (PR) and respective 95 % confidence intervals were estimated. The significance level of the tests was 5 %. **Results:** The prevalence of PPH was 38.6 % and 25.6 % for atony as the cause. In the bivariate analysis, there was an association between PPH and non-breastfeeding in the first hour of life ( $p = 0.039$ ). In the multivariate analysis, it was identified that multiparous women had an increase in the prevalence of PPH by almost twice ( $PR = 1.97$ ). Not breastfeeding in the first hour of life increased this prevalence more than four times ( $PR = 4.16$ ). **Conclusions:** Monitoring multiparous women during birth care and encouraging breastfeeding in the first hour of life may decrease the prevalence of PPH.

## KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Postpartum Hemorrhage; Maternal Mortality; Breast Feeding; Parity; Nursing Care.

---

\* This article is derived from the master's thesis entitled "Sociodemographic and clinical factors associated with postpartum hemorrhage in a maternity school", presented to the Graduate Program in Nursing of the Universidade Federal da Bahia, Brazil.

## Introdução

A hemorragia pós-parto (HPP) é um grave problema de saúde pública que constitui a complicação obstétrica com maior índice de mortalidade materna no mundo. É definida tradicionalmente por perda sanguínea acima de 500 ml após o parto vaginal ou acima de 1 000 ml após o parto cesáreo nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica. Tem como principais causas a atonia uterina, a laceração de canal de parto, a retenção de restos placentários e os distúrbios de coagulação (1, 2).

No Brasil, configura-se como a segunda causa de mortalidade materna, sendo a primeira hipertensão arterial específica da gravidez, a terceira infecção puerperal e como quarta causa o aborto (1). Além de ser responsável por mortes maternas, a HPP pode causar complicações graves como choque materno, síndrome de angústia de doenças respiratórias, coagulopatia e infertilidade secundária, sendo a maioria dos casos evitável, desde que haja condições para colocar em prática as evidências atuais sobre prevenção e controle dessa morbidade (3).

O óbito materno ocorre em menos de 1 % das gestações na maioria dos países desenvolvidos e entre 25 % e 30 % ocorrem devido à HPP. Estima-se perda mundial de 150 000 vidas por dia por causa da HPP; 88 % delas ocorrem nas primeiras quatro horas de pós-parto. A razão de mortalidade materna em regiões desenvolvidas como Estados Unidos e Canadá em 2015 era de 12 por 100 000 nascidos vivos (NV), enquanto, nas regiões em desenvolvimento, era de 239 por 100 000, muito superior às regiões mais ricas. Nesse sentido, estudo constatou que 99 % dos óbitos maternos se concentraram em países em desenvolvimento e mais da metade deles aconteceu em contextos de crises, ambientes inadequados e desprovidos de recursos, o que enfatiza as desigualdades sociais e econômicas entre as classes (1).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em 2013, ocorreram 287 000 mortes maternas no mundo, com uma razão de morte materna (RMM) de 385 para 210 por 100 000 NV em um recorte temporal de 1990 a 2013. Na América Latina e no Caribe, estimaram-se 8 800 óbitos maternos, e a RMM reduziu de 140 para 85 por 100 000 NV, o que aponta uma redução das taxas em relação a 1990. No Brasil, segundo essas estimativas, a RMM diminuiu no mesmo período de 120 para 69 por 100 000

NV — queda de 43 %. Mas, para atingir a meta do quinto objetivo do milênio, o Brasil deveria ter apresentado RMM estimada em 35 óbitos por 100 000 NV (4).

A RMM no Brasil aumentou de 62 para 64 por 100 000 nascidos vivos entre 2015 e 2017, com diferença crescente entre as regiões brasileiras: Sul — 38,5; Centro-Oeste — 56,9; Sudeste — 62,3; Nordeste — 73,2 e Norte — 88,9 por 100 000 NV. A região Nordeste teve o maior número de casos de mortalidade materna por HPP com 34,5 % (n = 719), enquanto o Sul obteve a menor com 16,5 % (n = 345). São observadas diferenças regionais significativas no Brasil, com variação de 95 por 100 000 NV na região Nordeste, em Salvador 60 por 100 000 NV, a 41 por 100 000 NV na região Sul, o que demonstra mais do que o dobro da razão. Variações da taxa de mortalidade podem estar associadas à qualidade da assistência prestada no período gravídico e puerperal e das informações obtidas por meio da vigilância do óbito (5, 6).

O Brasil não cumpriu o compromisso de chegar em 2015 com no máximo de 35 óbitos maternos por cada 100 000 NV, pactuado nos objetivos do milênio. Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 30 por cada 100 000 NV (1, 6).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde contribuem para que muitas mulheres vivenciem essas complicações, durante ou depois do parto, como é o caso da HPP (1). A efetividade sobre a prevenção da HPP e a diminuição da mortalidade materna está intimamente relacionada à situação social e econômica presente nos países em desenvolvimento. Áreas menos favorecidas, associadas às questões sociodemográficas, à pobreza, à miserabilidade e às condições financeiras desfavoráveis, expõem as mulheres a mais riscos. Nesse sentido, a frequência de agravos, como a HPP e sua repercussão na mortalidade materna, passa a constituir um indicador da iniquidade e disparidade entre homem e mulher, bem como um importante indicador de condição de saúde da população, do desenvolvimento socioeconômico e da garantia dos direitos das mulheres (3, 4).

Quando o óbito não ocorre, a mulher pode ter complicações não fatais como hipotensão e fadiga (prejudicando o contato mãe-filho), anemia importante, coagulopatia, necessidade de hemotransfusão e suas possíveis complicações, isquemia hipofisária

e hipopituitarismo (síndrome de Sheehan), redução da lactação, isquemia miocárdica e complicações de tratamento cirúrgico. Mais de 50 % de toda morbididade materna na gestação decorre de hemorragia obstétrica (1).

Inserido nesse contexto, o Brasil encontra-se em um cenário de intensa medicalização do processo do nascimento, com 98 % dos partos realizados em hospitais e com boa cobertura do pré-natal, ao mesmo tempo persistindo taxas elevadas de morbimortalidade materna com índice 69 por 100 000 NV, o que representa mais que o dobro da meta assumida (1).

A HPP é um contribuinte significativo para a morbididade materna grave e para a incapacidade prolongada, portanto o profissional de enfermagem deve estar em alerta para sintomas de HPP e preparado para agir e atender rápida e eficazmente. A ocitocina após o parto constitui a principal ação de prevenção da HPP, medicação de primeira escolha, podendo reduzir em mais de 50 % os casos de HPP por atonia uterina. O controle precoce do sítio de sangramento é a medida mais eficaz no tratamento da HPP (1, 2, 5). Assim, o profissional de enfermagem e a equipe de saúde têm um papel crucial em assegurar a hemóstase no pós-parto, com o intuito de diminuir as perdas sanguíneas e controlar a HPP (6, 7).

Considerando a magnitude da HPP, a qual é um agravo cada vez mais frequente nos sistemas de saúde e poderia ser prevenida em até 90 % dos casos, essa temática torna-se um importante objeto de estudo capaz de oferecer subsídios na criação de estratégias que possam promover melhorias na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem à saúde da mulher. Para isso, é imperativo que haja identificação precoce, tratamento adequado, oferta de informações e ações educativas em saúde, abordagem de redução de danos e contribuição de evidências científicas. Nesse sentido, faz-se necessário entender melhor o fenômeno, o que justifica a realização deste estudo, que teve como objetivo investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à HPP em uma maternidade escola.

## Materiais e método

Trata-se de um estudo de corte transversal, com coleta retrospectiva. Foi desenvolvido em uma maternidade escola de Salvador, Bahia, Brasil, de janeiro a dezembro de 2018.

A população do estudo foi representada por 83 mulheres atendidas no pré-parto da referida maternidade. Foram incluídas

mulheres que tiveram parto normal ou cesáreo, no local do estudo e durante o período da coleta de dados. Como critério de exclusão, mulheres que tiveram abortos, óbitos fetais e natimortos.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário padronizado, de elaboração própria, embasado nas informações de interesse para o estudo, as quais se encontravam disponíveis nos prontuários das participantes. As variáveis explicativas analisadas foram: sociodemográficas (idade, raça, escolaridade, situação conjugal, ocupação, religião, residência e vinculação à maternidade) e clínicas (via de nascimento atual, distocia, indução farmacológica, classificação de risco, posição do parto, uso de tecnologias leves, assistência ao parto realizada por médico ou profissional de enfermagem obstetra, amamentação na primeira hora de vida). O desfecho em estudo foi a HPP.

Para o processamento e o tratamento dos dados, utilizou-se *software* STATA, versão 14. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as frequências absolutas e relativas; para as variáveis quantitativas com distribuição normal, estimaram-se valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão. Foi estimada prevalência e o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher para a comparação de percentuais com nível de significância de 5 %. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95 % (IC = 95 %). As variáveis com  $p$  valor  $\leq 0,20$  no modelo bivariado foram inseridas no modelo multivariado. Para determinar o modelo final mais parcimonioso, foi considerado o menor valor do critério de informação de Akaike (AIC). Este estudo conta com a aprovação do comitê de ética em pesquisa da maternidade em que foi realizado, com o Parecer 3.426.869.

## Resultados

Foram entrevistadas 83 mulheres atendidas em uma maternidade de Salvador, Bahia. Ao analisar a prevalência de HPP segundo características sociodemográficas, houve predomínio de faixa etária de 18 a 29 anos (51,8 %), negras (94 %), ensino médio/superior (62,7 %), com prevalência do ensino médio (55,4 %), sem companheiro (83,1 %), com trabalho fora de casa (50,6 %), com religião (84,5 %) e residentes em Salvador ou região metropolitana (71,1 %), predominando Salvador (60,2 %). Evidenciou-se que 71 (85,5 %) das participantes não tinham vínculo com a maternidade (Tabela 1).

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

Variáveis	%	n	N	P	p-valor*	RP	IC = 95 %
<b>Faixa etária</b>							
<18 anos	10,8	3	9	33,3	0,867	1,00	-
De 18 a 29 anos	51,8	16	43	37,2		1,12	0,41-3,06
30 ou mais	37,3	13	31	41,9		1,26	0,45-3,48
<b>Raça/cor</b>							
Não negra	6,0	4	5	80,0	0,070	1,00	-
Negra	94,0	28	78	35,9		0,45	0,26-0,76
<b>Escolaridade</b>							
Ensino fundamental	37,3	9	31	29,0	0,169	0,66	0,34-1,24
Ensino médio/superior	62,7	23	52	44,2		1,00	-
<b>Situação conjugal</b>							
Sem companheiro	83,1	30	69	43,5	0,068	1,00	-
Com companheiro	16,9	2	14	14,3		0,32	0,09-1,23
<b>Ocupação</b>							
Do lar	49,4	14	41	34,2	0,415	1,00	-
Trabalha fora de casa	50,6	18	42	42,9		1,26	0,72-2,18
<b>Religião</b>							
Sim	84,5	20	49	40,8	0,673	1,00	-
Não	15,5	3	9	33,3		0,82	0,30-2,20
<b>Residência</b>							
Salvador/região metropolitana	71,1	20	59	33,9	0,172	1,00	-
Interior	28,9	12	24	50,0		1,48	0,86-2,53
<b>Vínculo com a maternidade</b>							
Sim	14,5	2	12	16,7	0,117	1,00	-
Não	85,5	30	71	42,3		2,54	0,69-9,32

% percentual com relação ao total de mulheres, com dados para cada variável; n: número de mulheres com HPP; N: número de mulheres em cada categoria; P: prevalência; RP: razão de prevalência; IC = 95 %: intervalo de confiança de 95 %; \*p-valor obtido pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

Fonte: elaboração própria.

Sobre as características clínicas do parto, a prevalência de HPP foi de 38,6 %, com causas atribuídas à atonia (25,6 %), seguida da laceração (7,2 %), do trauma (3,6 %) e do distúrbio de coagulação (1,2 %). Nessa maternidade, a variável via de nascimento verificou maior frequência de cesáreas (59 %), menor de distocia (12 %) e indução farmacológica (39,8 %). Houve distribuição homogênea em partos de alto risco (56,6 %) e risco habitual (43,4 %), com predomínio da posição horizontal (73,5 %) juntamente com a assistência médica (84,3 %). Em menor proporção, houve uso de tecnologias leves (24,1 %) e de amamentação na primeira hora de vida (18,1 %). Na análise bivariada, evidenciou-se associação entre HPP e não amamentação na primeira hora de vida (p-valor = 0,039) (Tabela 2).

É relevante destacar nos resultados que, no grupo de parto normal, a variável assistência ao parto permite analisar que a assistência realizada pelo médico predomina nessa maternidade (60 %), em relação ao profissional de enfermagem obstetra (40 %), e, comparada aos médicos, houve maior proporção de uso de tecnologias leves na assistência ao parto por profissionais de enfermagem obstetras (p-valor = 0,001), com diferença estatisticamente significativa.

Na análise multivariada (Tabela 3), ajustando-se pela escolaridade, identificou-se que mulheres multiparas (com três ou mais gestações anteriores) tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes (RP = 1,97). Não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes (RP = 4,16).

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

Variáveis	%	n	N	P	p-valor*	RP	IC = 95 %
<b>Tipo de via de nascimento</b>							
Parto normal	41,0	14	34	41,2	0,683	1,00	-
Cesárea	59,0	18	49	36,7		0,89	0,52-1,54
<b>Distocia</b>							
Não	88,0	28	73	38,4	1,000	1,00	-
Sim	12,0	4	10	40,0		1,04	0,46-2,36
<b>Indução farmacológica</b>							
Não	60,2	20	50	40,0	0,739	1,00	-
Sim	39,8	12	33	36,4		0,90	0,52-1,60
<b>Classificação de risco</b>							
Risco habitual	43,4	14	36	38,9	0,956	1,00	-
Alto risco	56,6	18	47	38,3		0,98	0,57-1,71
<b>Posição do parto</b>							
Horizontal	73,5	25	61	41,0	0,449	1,00	-
Vertical	26,5	7	22	31,8		0,78	0,39-1,54
<b>Uso de tecnologias leves</b>							
Sim	24,1	8	20	40,0	0,879	1,00	-
Não	75,9	24	63	38,1		0,95	0,51-1,78
<b>Assistência ao parto</b>							
Médico	84,3	28	70	40,0	0,758	1,00	-
Profissional de enfermagem obstetra	15,7	4	13	30,8		0,77	0,32-1,83
<b>Amamentação na primeira hora de vida</b>							
Sim	18,1	2	15	13,3	0,039	1,00	-
Não	81,9	30	68	44,1		3,30	0,88-12,46

Fonte: elaboração própria.

**Tabela 3.** Razões de prevalência ajustadas e intervalos de confiança (95 %) dos fatores associados à hemorragia pós-parto. Bahia, 2019

Variáveis	RP <sub>ajustada</sub> <sup>a</sup>	IC = 95 %
<b>Gestações anteriores</b>		
Até 2	1,00	-
3 ou mais	1,97	1,14-3,42
<b>Amamentação na primeira hora de vida</b>		
Sim	1,00	-
Não	4,16	1,17-14,80
AIC	1.5003	

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

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

O diagnóstico de HPP apresentou alta prevalência neste estudo, e a investigação de fatores sociodemográficos e clínicos associados inseridos nessa problemática se tornam importantes para a contribuição da prevenção desse agravo e redução da mortalidade materna. O presente estudo apresenta significância estatística na análise bivariada, o que evidencia associação entre HPP e não amamentação na primeira hora de vida. Na análise multivariada, identificou-se que mulheres multíparas (com três ou mais gestações anteriores) tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes (RP = 1,97). Não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes (RP = 4,16).

Com relação às variáveis sociodemográficas, nota-se que não houve significância estatística com a HPP. Ao investigar a prevalência de HPP em mulheres segundo sua faixa etária, é observado o predomínio da idade de 18 a 29 anos (51,8 %) e não são encontrados estudos que associem faixa etária de forma isolada à HPP, mas foi identificado estudo que analisou a variável idade materna associada a maiores complicações no parto, ocasionando mais cesarianas, o que agrava o risco, aumenta a frequência de HPP e, consequentemente, o óbito materno.

Concernente à variável cor, a negra predominou neste estudo sem apresentar associação estatisticamente significativa entre a variável raça e a HPP. Contudo, é importante ressaltar que mulheres que tiveram HPP predominantemente se declararam negras

(94 %), devido a maior concentração dessa raça no Brasil e a que mulheres negras acabam estando mais suscetíveis a morbidades que resultam em morte materna. Isso se deve não a que essa raça seja um fator de risco, mas sim às desigualdades sociais e à dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, ao passo que ela detém a maior taxa de usuários do serviço público no Brasil (8, 9).

O nível de escolaridade neste estudo apresentou distribuição predominante em mulheres que tiveram acesso ao ensino médio (62,7 %), sendo uma variável que se faz necessário investigar ao abordar mulheres no âmbito das condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Com relação a isso, pesquisa comprovou que adultos mais jovens e com baixa escolaridade se expõem com menor regularidade a exames preventivos, apontando a presença de desigualdades quanto à utilização de serviços (8).

No que diz respeito à variável estado civil, houve predomínio de mulheres sem companheiro (83 %). Importante pensar sobre as relações conjugais não oficializadas e/ou abertas, já que é frequente a ruptura da relação entre o pai e a mãe do bebê, e/ou a tomada de decisões diferentes ao descobrir uma gestação. Essas rupturas geram à mulher ausência de suporte e apoio de uma rede, supondo que as mães solo, bem como as viúvas e divorciadas têm a propensão a compor um grupo desprotegido. Os argumentos para tal são justificados devido à ausência, na maior parte, de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de encorajamento ao autocuidado, tanto por parte do pai do bebê quanto da família. É relevante a presença de um companheiro durante o período gestacional, pois pode dar apoio emocional e financeiro à gestante, e prevenir complicações maternas (10).

Concernente à ocupação das mulheres, houve uma distribuição homogênea entre os dados da variável, sendo do lar (50,6 %) e trabalhadoras fora de casa (49,4 %). Isso permite uma análise de que uma parcela significativa dessas mulheres não está no mercado de trabalho, não apresenta vínculo trabalhista ou emprego remunerado fora de casa. Esse achado vai ao encontro do modelo patriarcal, em que o homem (pai, marido) é visto como provedor e zelador da família, responsável pelo sustento da casa, saindo desta para trabalhar, e em que a mulher cumpre seu papel de esposa, mãe e dona de casa (11).

Com relação à religião, houve predomínio de mulheres com religião (84,5 %) e a constatação da ausência dessa informação

em 30,1 % dos prontuários. Isso revela a subnotificação da religião por parte dos profissionais que realizam a admissão da mulher e consequentemente geram uma limitação neste estudo para analisar melhor a distribuição dessa variável.

Sobre as variáveis clínicas, os resultados de prevalência de HPP encontrados neste estudo (38,6 %) se diferem das literaturas nacionais e internacionais que apresentam variações entre 5 % e 15 %, sendo de 2 % a 4 % nos partos normais e de 6 a 7 % nos partos cesáreos (1). A prevalência de HPP no Brasil pode ser ainda mais alta, visto que o agravo é altamente subnotificado, principalmente na região Nordeste, que apresenta a maior taxa de subnotificação de mortalidade materna, paralela às características como elevada porcentagem de analfabetismo, maior público em vulnerabilidade por rendimento econômico, carências sociais e problemas encontrados para acessar os serviços de saúde e fazer uso deles (7).

No que tange às causas atribuídas à HPP neste estudo, estão em conformidade com as evidências científicas atuais que apresentam destaque mundialmente para a atonia uterina (80 %), seguida de lacerações de trajeto, retenção placentária e distúrbios de coagulação (1).

Os resultados permitem analisar que a via de nascimento que predominou foi a cesárea (59 %), e a minoria apresentou distocia (12 %). A prevalência de cesárea nessa maternidade é maior que o recomendado pela OMS (15 %), fator que corrobora com desfechos negativos, maior índice de complicações, maior prevalência de HPP e contribui para o aumento das taxas de mortalidade materna. Nesse sentido, para garantir a segurança da mulher e seu filho, o parto normal deve ser incentivado por estar associado a menos desfechos negativos (12).

A variável indução de parto pode ser observada em 39,8 %, sendo a maioria dessas induções realizada sem uma indicação clara, inferindo que seja uma rotina assistencial não padronizada. As drogas utilizadas nesse caso, como a ocitocina isolada, a associação com o misoprostol e depois o misoprostol isolado, apresentaram de forma homogênea durante a distribuição do uso; em estudos, o misoprostol isolado foi a opção mais indicada, pois esteve mais associado ao sucesso da indução, acarretando mais partos vaginais (13).

A classificação de risco apresentou distribuição homogênea; apesar de a maternidade de estudo contar com ambulatório de

pré-natal de alto risco, as mulheres apresentaram classificação com risco habitual de 43,4 % e alto risco de 56 %. Acompanhando essas características clínicas das mulheres internadas, é importante considerar que o profissional de enfermagem obstetra está habilitado e qualificado a prestar assistência ao parto de mulheres classificadas em risco habitual (1).

No grupo de parto normal, a variável assistência ao parto pode-se observar que a assistência realizada pelo médico (60 %), em relação ao profissional de enfermagem obstetra (40 %), predomina nessa maternidade. Acerca disso, estudo apontou que o profissional de enfermagem obstetra é um agente estratégico no estímulo ao parto normal voltado para a avaliação do bem-estar da mulher, do feto e da evolução do parto, seguindo as boas práticas e o respeito às evidências científicas. Por consequência, fortalece o empoderamento feminino por meio do exercício da autonomia nas escolhas pelas preferências e pelo respeito das expectativas dessa mulher (14).

A equipe de enfermagem no processo de parto com seu cuidado mais próximo corrobora para a detecção precoce de possíveis alterações que indiquem sinais da HPP, podendo também utilizar algumas manobras para prevenir o óbito materno, na condução de situações e manejos, inclusive no diagnóstico daquelas que são mais propensas a esses riscos. O profissional de enfermagem está apto para agir a fim de trazer para a paciente a possibilidade de danos menores à sua saúde, motivo pelo qual se torna um ator imprescindível à equipe multidisciplinar (14).

Vale destacar que, na variável posição do parto, no grupo do parto normal, 65 % experimentaram a verticalização. Ao longo da humanidade, as mulheres optaram por dar à luz em diferentes posições. As mulheres primitivas alcançaram diferentes posições eretas, ajoelhadas, agachadas, sentadas, semissentadas, com o auxílio de paus, redes, suspensão com cordas, e na posição vertical, a qual se tornou a mais popular pela história. No entanto, a partir da tecnificação e da medicalização do parto, grande parte das mulheres tem o parto horizontal como resultado do medo da dor, da busca pela segurança da saúde, da falta de liberdade de escolha, entre outros fatores (15).

As tecnologias leves são caracterizadas como ações de cuidado, consideradas atributos da relação humana, em que é possível que o profissional desenvolva o cuidado de qualidade por meio do toque, da escuta de preferências, de reivindicações e do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, sendo o pro-

fissional de enfermagem obstetra o que apresenta maior ligação com essa prática (16). Nesse sentido, foi possível observar que a minoria (25 %) das mulheres recebeu cuidado por meio de tecnologias leves. Houve maior proporção de uso de tecnologias leves no grupo de parto normal na assistência ao parto por profissionais de enfermagem obstétricas comparado aos médicos ( $p$ -valor = 0,001), sendo uma diferença estatisticamente significativa.

Ao analisar a variável do aleitamento materno na primeira hora de vida, nota-se nos resultados deste estudo que predominou a frequência maior (81,9 %) de mulheres que não amamentaram nessa “hora de ouro”. Evidenciou-se associação na análise bivariada entre HPP e não amamentação na primeira hora de vida ( $p$ -valor = 0,039). A amamentação tem um papel importante sob vários aspectos e, sendo precoce, reflete uma série de vantagens para a mulher, como diminuição do risco de hemorragia, depressão pós-parto, aumento do vínculo com o filho, melhora da libido pós-parto, redução de estresse e mau humor (17).

Na análise multivariada, identificaram-se fatores associados à HPP em mulheres multíparas (com três ou mais gestações anteriores) que tiveram prevalência de HPP em quase duas vezes. Esse resultado corrobora estudo que aborda a relação entre o número de gestações e a mortalidade materna, que tem como principal causa no mundo a HPP. Já Soares, Schor e Tavares (18) analisaram 822 óbitos maternos, em que um quarto, 206, era de multíparas (cinco ou mais gestações foi seis vezes superior do que para as mulheres com até duas gestações), e os perfis sociodemográficos e os reprodutivos foram mais desfavoráveis para esse grupo de mulheres multíparas. A baixa escolaridade, a idade igual ou acima de 30 anos e o pré-natal com menos de quatro consultas apresentaram associação com o maior número de gestações. A proporção de mortes por causas obstétricas indiretas, hemorragias e aborto foi maior entre as multíparas, e cerca de 90 % dos óbitos desse grupo foram considerados evitáveis.

Ao observar a variável do aleitamento materno neste estudo, foi encontrada associação estatística importante em que não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes (Tabela 3). Durante a amamentação, a descarga de hormônio que ocorre reduz o tamanho do útero, libera a placenta, diminui o sangramento pós-parto, causa atraso da menstruação e consequente prevenção da anemia. Esse efeito é mediado pelo hormônio ocitocina, que é liberado na corrente sanguínea durante a amamentação em altos níveis. O início da liberação da ocitocina começa na hora do parto para a promoção

da contração uterina. Sua ação é contínua e potencializada no ato da amamentação pela estimulação que a sucção causa sobre a hipófise (17).

Os hormônios ocitocina e prostaglandina têm papel fundamental na terceira fase do parto, pois são responsáveis pela contração uterina durante essa etapa. Os receptores nos músculos uterinos são estimulados pela ocitocina exógena ou endógena, levando a contrações uterinas. Conseqüentemente, estas podem reduzir o sangramento durante o terceiro estágio do trabalho de parto (19).

É importante observar que, uma vez que a mãe expulsa o feto e a placenta, desenvolve-se um processo importante que consiste em uma poderosa contração uterina ocasionada pela ocitocina natural produzida por estímulo da sucção durante o aleitamento materno, cuja função é fechar os vasos sanguíneos do útero, o que permite que o sangramento seja mínimo na mãe. Quando esse processo não ocorre e há falta dessa produção de ocitocina pela ausência da amamentação, origina-se atonia uterina ou inércia, podendo ter conseqüências fatais para a parturiente, o que caracteriza uma das três principais causas de mortalidade materna no mundo (20).

## Conclusões

Ao investigar a HPP em mulheres atendidas na maternidade de estudo, foi possível identificar, com relação às características sociodemográficas, a predominância de mulheres negras que acabam estando mais suscetíveis a morbidades que resultam em morte materna por HPP. Quanto às características clínicas, evidenciou-se alta prevalência da HPP (38,6 %) e da atonia (25,6 %), principal causa atribuída durante o período de janeiro a dezembro de 2018. A análise bivariada evidenciou significância estatística com associação entre HPP e não amamentação na primeira hora de vida ( $p$  = 0,039).

Ao observar os fatores associados à HPP na análise multivariada, identificou-se que mulheres multíparas tiveram incremento na prevalência de HPP em quase duas vezes ( $RP$  = 1,97). Não amamentar na primeira hora de vida aumentou essa prevalência em mais de quatro vezes ( $RP$  = 4,16).

Este estudo sugere a construção de estratégias para a diminuição da HPP, a redução de cesáreas, a ampliação do acesso das mulheres às tecnologias leves de cuidado e a implementação da assistência do profissional de enfermagem obstetra de forma que

priorize o respeito à fisiologia da mulher durante seu processo de parto. Ressalta-se que o monitoramento das múltiplas e o maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida são medidas que podem contribuir para a diminuição da prevalência da HPP e suas complicações nessa maternidade.

Os resultados encontrados confirmam a magnitude da frequência da HPP nessa maternidade; apesar de o estudo ter uma amostra considerada pequena, o desenho de corte transversal

permitiu encontrar fatores associados, porém sem estabelecer relação de causalidade. Considerando essas limitações, ressalta-se a importância da realização de pesquisas e evidências científicas sobre esse objeto e a necessidade de novos estudos para que seja possível investigar, além de análises estatísticas, significâncias clínicas para compreender melhor as implicações da HPP para a saúde da mulher.

**Conflito de interesse:** nenhum declarado.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.
2. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Hemorragia postparto: ¿donde estamos y hacia donde vamos? [internet]. Flasog; 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>
3. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;140(3):274-80. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12408>
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
5. Begley CM, Gyte GMI, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biety LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 2:CD007412. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
6. Martins HEL. Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto [tese de doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
7. Silva LGP, Paula GM. Hemorragia pós-parto. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J, editores. *Obstetrícia.* 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 846-851.
8. Carvalho MVP, Silva TMP, Soares NS, Carvalho ML, Ferreira AKA, Sousa AFL. Mortalidade materna na capital do Piauí. *R. Interd.* 2014;7(3):17-27. Disponível em: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265/pdf\\_133](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/265/pdf_133)
9. Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, Inácio AS, Prata MLC, Vasconcelos MNG. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev baiana enferm.* 2018; 32: e26623. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26623>
10. Castro BMC, Ramos SCS. Perfil de mortalidade materna em uma maternidade pública da cidade de Manaus-AM. *Saúde (Sta Maria).* 2016;42(1):103-12. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583420953>
11. Cheron C, Severo EE. Apanhar ou passar fome? A difícil relação entre dependência financeira e violência. Em: Universidade Federal de Santa Catarina editor. *Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos;* 2010 Aug 23-26; Florianópolis, Brasil. c2010. p 1-10. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279902\\_ARQUIVO\\_Cheron\\_Severo.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278279902_ARQUIVO_Cheron_Severo.pdf)
12. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: Secondary analysis of the WHO Global Survey. *Sci Rep.* 2017;7:44868. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep44868>

13. Gallos L, Williams H, Price M, Pickering K, Merriel A, Tobias A. Uterotonic drugs to prevent postpartum haemorrhage: A network meta-analysis. *Health Technol Assess*. 2019;23(9). DOI: <https://doi.org/10.3310/hta23090>
14. Maya SMG, Pereira V, Paz CT, Barreto FL, Gramacho RCCV, Fraga BGG. A enfermagem obstétrica na prevenção de óbitos por atonia uterina: uma discussão sobre as condutas da enfermagem. *Textura*. 2018;11(20):9-20. Disponível em: <https://textura.famam.com.br/textura/article/view/15>
15. Antepara DNC. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Pol. Con*. 2019;4(12):3-21. Disponível em: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1188>
16. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no sus: como se envolver. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2016.
17. Neovita Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266-e275. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00040-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00040-1)
18. Soares VMN, Schor N, Tavares CM. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. *Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum*. 2008;18(3):254-63. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19888>
19. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(1):CD010845. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010845.pub2>
20. Checa Vera JL, Vizúete Cevallos TJ. Atonía uterina asociada a expulsivo prolongado en mujeres de 15 a 35 años en Hospital Gustavo Domínguez-Santo Domingo de Los Tsachilas, janeiro a junho de 2019 [Proyecto de investigación para la obtención del título de obstetrix/obstetra]. Babahoyo-Los Ríos: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019. Disponível em: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8079/P-UTB-FCS-OSBT-000157.pdf?sequence=1&isAllowed=y>