

USO DE UTEROTÔNICOS NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO EM UMA MATERNIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA

USE OF UTEROTONICS IN THE THIRD STAGE OF LABOR IN A MATERNITY IN THE MATA MINEIRA AREA

USO DE UTEROTÔNICOS EN EL TERCER PERÍODO DE PARTO EN UNA MATERNIDAD EN LA REGIÓN DE MATA MINEIRA

-  Lilian Fernandes Arial Ayres¹
-  Kareen Eduarda Alves dos Santos¹
-  Brenda Alves Beirigo¹
-  Vanessa Doriguêto Lima¹
-  Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado¹
-  Bruno David Henriques¹
-  Camila Mendes dos Passos¹

¹ Universidade Federal de Viçosa - UFV, Departamento de Medicina e Enfermagem. Viçosa, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Lilian Fernandes Arial Ayres
E-mail: lilian.ayres@ufv.br

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Lilian F. A. Ayres, Camila M. Passos;
Coleta de Dados: Brenda A. Beirigo, Vanessa D. Lima;
Conceitualização: Lilian F. A. Ayres, Kareen E. A. Santos;
Gerenciamento de Recursos: Lilian F. A. Ayres;
Gerenciamento do Projeto: Lilian F. A. Ayres; **Investigação:** Lilian F. A. Ayres, Camila M. Passos; **Metodologia:** Lilian F. A. Ayres; **Redação - Preparação do Original:** Lilian F. A. Ayres, Kareen E. A. Santos; **Redação - Revisão e Edição:** Lilian F. A. Ayres, Kareen E. A. Santos, Mara R. M. C. Prado, Bruno D. Henriques; **Supervisão:** Lilian F. A. Ayres; **Validação:** Lilian F. A. Ayres; **Visualização:** Lilian F. A. Ayres.

Fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Bolsa PIBIC/CNPq.

Submetido em: 02/02/2020

Aprovado em: 13/10/2020

Editor(es) Responsável:

-  Mariana Santos Felisbino Mendes
-  Tânia Couto Machdo Chianca

RESUMO

Objetivo: avaliar o uso de uterotônico em parturientes primíparas durante o terceiro período de trabalho de parto, segundo via de nascimento e fatores assistenciais associados, em uma maternidade de um município Zona da Mata Mineira. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico, com 222 mulheres. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas. A análise descritiva foi realizada mediante frequências relativas e absolutas. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para identificar as diferenças estatísticas relacionadas ao uso do uterotônico, tendo em vista as características sociodemográficas e a assistência obstétrica. Modelos de regressão de Poisson foram utilizados para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada. **Resultado:** mais de 80% das puérperas receberam uterotônico independentemente da via de administração. Após ajustes por características sociodemográficas, identificou-se que: não estar em trabalho de parto na internação; ter tido parto normal; amamentar na sala de parto; ter acompanhante na sala de parto; ter contato pele a pele; e receber massagem para extração da placenta foram condições associados ao uso do uterotônico intramuscular. Evidenciou-se que: ter sido submetida à cesariana; não amamentar na sala de parto; não receber contato pele a pele; e não ser submetida à massagem para extração da placenta associaram-se ao uso intravenoso. **Conclusão:** concluiu-se que fatores da assistência obstétrica estão associados à aplicação de uterotônico em parturientes primíparas durante o terceiro período de trabalho de parto, independentemente da via de administração, e que seu uso é uma medida realizada para o manejo do terceiro período do trabalho de parto.

Palavras-chave: Trabalho de Parto; Terceira Fase do Trabalho de Parto; Parto Obstétrico; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the use of uterotonics in primiparous parturient during the third period of labor, according to the route of birth and associated care factors, in a maternity hospital in a municipality in the Zona da Mata Mineira. **Method:** cross-sectional, descriptive, and analytical study with 222 women. Data collection took place through interviews. The descriptive analysis was performed using relative and absolute frequencies. Pearson's chi-square test was used to identify statistical differences related to the use of uterotonics, in view of sociodemographic characteristics and obstetric care. Poisson regression models were used to estimate the crude and adjusted prevalence ratios. **Result:** more than 80% of the puerperal women received uterotonic regardless of the route of administration. After adjusting for sociodemographic characteristics, it was identified that: not being in labor during hospitalization; having had a normal birth; breastfeed in the delivery room; having a companion in the delivery room; having skin to skin

Como citar este artigo:

Ayres LFA, Santos KEA, Beirigo BA, Lima VD, Prado MRMC, Henriques BD, Passos CM. Uso de uterotônicos no terceiro período do parto em uma maternidade da Zona da Mata Mineira. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1344. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415.2762.20200081

contact; and receiving a massage to extract the placenta were conditions associated with the use of intramuscular uterotonics. It was evidenced that: having been submitted to cesarean section; not breastfeeding in the delivery room; not receiving skin-to-skin contact; and not being subjected to massage to extract the placenta were associated with intravenous use. **Conclusion:** it was concluded that factors of obstetric care are associated with the application of uterotonic in primiparous parturient during the third period of labor, regardless of the route of administration, and that its use is a measure performed for the management of the third period of labor.

Keywords: Labor, Obstetric; Labor Stage, Third; Delivery, Obstetric; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el uso de uterotónicos en parturientas primíparas durante el tercer periodo de trabajo de parto, según la vía del parto y los factores asistenciales asociados al mismo, en una maternidad de un municipio de la región de Mata Mineira. **Método:** estudio transversal, descriptivo y analítico con 222 mujeres. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas. El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias relativas y absolutas. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para identificar diferencias estadísticas relacionadas con el uso de uterotónicos, dadas las características sociodemográficas y la atención obstétrica. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para estimar las razones de prevalencia brutas y ajustadas. **Resultado:** más del 80% de las púerperas recibieron uterotónicos independientemente de la vía de administración. Después de ajustar las características sociodemográficas, se identificó que: no estar en trabajo de parto durante la hospitalización; haber tenido un parto normal; amamantar en la sala de partos; la presencia de un acompañante en la sala de partos; el contacto piel a piel y los masajes para extraer la placenta fueron condiciones asociadas al uso de uterotónicos intramusculares. Se evidenció que: haber sido sometida a cesárea; no amamantar en la sala de partos; no tener contacto piel a piel y no someterse a masajes para extraer la placenta se asociaron al uso intravenoso. **Conclusión:** se observó que durante la atención obstétrica hay factores asociados a la aplicación de uterotónicos en parturientas primíparas durante el tercer período del trabajo de parto, independientemente de la vía de administración, y que su aplicación es una maniobra para el control del tercer período del parto.

Palabras clave: Trabajo de Parto; Tercer Periodo del Trabajo de Parto; Parto Obstétrico; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência prestada no processo de nascimento passou por transformações ao longo do tempo, especialmente na segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser assistido em ambiente hospitalar. Atualmente, essa prática corresponde a, aproximadamente, 98% dos nascimentos no Brasil. Apesar

dos procedimentos obstétricos contribuírem para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, essas intervenções, por vezes, são desnecessárias.^{1,2}

Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cerca de 830 mulheres morrem por dia no mundo devido a complicações da gestação ou do parto. Sabe-se que a maioria desses agravos pode ser evitada e é passível de tratamento; e que fatores como síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções, complicações durante a cesariana e a prática de aborto inseguro correspondem a, aproximadamente, 75% das mortes maternas.³

Muitas dessas complicações podem ser reduzidas por meio de uma assistência obstétrica adequada, baseada em evidências científicas e com o manejo diferenciado conforme o período em que a mulher se encontra do processo de parturição. O primeiro período de trabalho de parto é definido por dilatação cervical igual ou superior a 4 centímetros; segundo, pela dilatação total do colo uterino e pela expulsão do feto. Posteriormente, o terceiro inicia-se após a expulsão do feto e termina com o desprendimento da placenta e de suas membranas; por fim, o quarto estágio é o período de pós-parto e de restabelecimento do corpo da mulher.²

Durante o processo de trabalho de parto e o parto, destaca-se o terceiro período, no qual a sua assistência muda de acordo como protocolo adotado pelo serviço de saúde, que pode variar entre manejo ativo, manejo expectante/fisiológico e, quando aplicada a combinação dos dois, manejo misto.⁴ O manejo ativo envolve as seguintes intervenções: uso de uterotônico, clameamento e secção precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão após sinais de separação placentária. No fisiológico, não é realizado o uso rotineiro de uterotônico; o clameamento ocorre após parar a pulsão do cordão umbilical, e a expulsão da placenta se deve ao esforço materno.^{2,4,5}

As evidências sobre o manejo mais adequado ainda são de baixa qualidade.⁴ Entretanto, a conduta ativa é a recomendada, pois está associada a menos risco de hemorragia pós-parto (HPP) e de transfusão sanguínea.^{2,4} Para as mulheres de baixo risco para HPP pode-se optar pela conduta fisiológica; no entanto, a diferença entre o manejo ativo e o expectante é incerta para a redução da referida hemorragia.⁴ Sugere-se, portanto, que elas sejam orientadas sobre os efeitos adversos de cada manejo^{2,4} e que mais pesquisas sejam realizadas, principalmente em países em desenvolvimento⁴, visando obter assistência mais segura com redução das principais complicações.

Ademais, entre as principais complicações específicas do terceiro período estão: HPP, retenção placentária, necessidade de curetagem, uso de ocitócito adicional e outros.^{2,6,7} Considera-se que a HPP é a primeira causa de mortalidade materna no mundo e que o manejo ativo reduz sua incidência em até 65% quando comparado ao fisiológico.^{3,4,6,8,9} Prefere-se a conduta ativa para os casos necessários de redução da HPP, bem como para a redução do tempo da terceira fase do parto.⁴ O manejo ativo com o uso de

uterotônico é recomendado para a prevenção dessa ocorrência em todos os partos.^{5,6,10,11} A escolha do tipo de uterotônico varia de acordo com o país e seu uso pode causar impactos na saúde da mulher devido aos efeitos adversos, como alterações dos níveis pressóricos, vômito, cefaleia e acentuada perda sanguínea.⁵

AOPAS, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), apresentou, no ano de 2018, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia (OMMxH), com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna grave no Brasil por evento obstétrico.¹¹ Nesse sentido, compreende-se que analisar o manejo do terceiro período de trabalho de parto nos serviços de saúde é fundamental, pois a partir desses resultados é possível estabelecer estratégias que visem, por exemplo, à melhoria desse tipo de assistência e, por conseguinte, a redução da mortalidade materna por HPP.

O interesse por este estudo advém da baixa produção de pesquisa envolvendo especificamente o terceiro período de parto no Brasil e ao fato de não existirem trabalhos publicados que tenham abordado essa assistência, os processos e os procedimentos empregados na atenção ao referido período. Dessa forma, este estudo visa avaliar o uso de uterotônico em parturientes primíparas durante o terceiro período de trabalho de parto, segundo via de nascimento e fatores assistenciais associados, em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal de caráter quantitativo sobre os “Fatores determinantes para a decisão da via de parto em primíparas em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira” que é referência em alto risco gestacional e está inserida em uma instituição filantrópica que oferece atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e privado.

A população do estudo foram puérperas primíparas internadas na maternidade já mencionada. Para inclusão na pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios: primíparas de parto vaginal ou cesariana com feto vivo ao início do trabalho de parto. Para o cálculo amostral foi considerada população de 739 primíparas no ano de 2014; a frequência de cesariana foi de 71% e a de partos normais 29% (dados obtidos no livro de parto da instituição). Considerou-se também margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%. Assim sendo, a amostra esperada foi de 222 puérperas primíparas. A amostra final foi composta de 203 puérperas primíparas considerando o uso de uterotônico intramuscular (8,6% de perda amostral relacionada à não resposta) e por 191 considerando o uso de uterotônico intravenoso (14,0% de perda amostral relacionada à não resposta).

Os dados primários foram obtidos por meio da aplicação de um questionário semiestruturado às puérperas que estavam internadas na citada maternidade no período compreendido entre novembro de 2015 e outubro de 2016. Primeiramente, as

entrevistadoras, previamente treinadas, identificaram, nos livros de internação, nos de registros do centro cirúrgico e nos de registro de partos, todas as admissões de mulheres primigestas ou primíparas. Após essa identificação, as puérperas que atenderam aos critérios de inclusão e de exclusão foram convidadas a participar da pesquisa e a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e todas aquelas que aceitaram o convite foram entrevistadas. Para as adolescentes (idade menor de 18 anos), o TCLE foi assinado por um responsável legal.

O instrumento semiestruturado utilizado foi elaborado pelas pesquisadoras e continha várias questões que foram agrupadas nos seguintes conjuntos: características sociodemográficas; assistência pré-natal; e assistência obstétrica, com informações sobre a via de nascimento, o trabalho de parto, o parto e a internação. Para o presente estudo foram utilizadas informações sociodemográficas e de assistência obstétrica das puérperas primíparas.

Para facilitar análises posteriores, todas as variáveis utilizadas foram transformadas em dicotômicas. As características da assistência obstétrica foram consideradas como variáveis independentes: pré-natal financiado pelo SUS (sim; não), trabalho de parto no momento da internação (sim; não), via de nascimento (normal ou cesárea), posição litotômica no parto (sim; não), hidratação venosa (sim; não), manobra de Kristeller (sim; não), episiotomia (sim; não), acompanhante no trabalho de parto (sim; não), amamentação na sala de parto (sim; não), contato pele a pele (sim; não), intercorrências no parto (sim; não) e massagem para extração da placenta (sim; não). E as sociodemográficas, como variáveis de controle: idade materna (14 a 19 anos-adolescentes; ≥ 20 anos - adultas), raça/cor (branca/preta/ parda), escolaridade em anos de estudo (1 a 8; 9 a 11; 12 ou mais), estado civil (com companheiro; sem companheiro) e renda familiar (renda mais baixa; renda mais alta) (estabelecida pela mediana). Por último, as variáveis de desfecho foram: uso de uterotônico intramuscular (sim; não) e uso de uterotônico intravenoso (sim; não).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências relativas e absolutas e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para identificar as diferenças estatísticas entre o uso do uterotônico (IM ou IV) e as características sociodemográficas e obstétricas, com nível de significância de 5%. Posteriormente, investigou-se a associação entre o uso do uterotônico durante o trabalho de parto e cada prática obstétrica por meio de modelos univariados de regressão de Poisson, estimando-se a razão de prevalência bruta (RP) e intervalo de 95% de confiança (IC 95%). A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada por não se tratar de evento raro no desfecho analisado, que pode ser superestimado na utilização de modelos de regressão logística.¹² Os modelos multivariados de regressão de Poisson foram construídos para todos os resultados que apresentaram valor de $p < 0,20$ nas análises de associação do modelo univariado. Nos modelos multivariados, testou-se a

associação entre o uso do uterotônico e cada desfecho selecionado ajustada pelas variáveis de controle já citadas anteriormente. Em cada modelo multivariado, a razão de prevalência ajustada (RPa) e o intervalo de 95% de confiança (IC 95%) foram estimados. No modelo multivariado, os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. Para evitar potenciais fontes de vieses, foi usada, nos modelos apresentados neste estudo, além das variáveis de controle, a estratificação dos resultados por via de nascimento (normal ou cesárea) (variável modificadora). Os dados obtidos foram codificados, categorizados e digitados em banco de dados do programa Epi Info 7.0, transportados para o *Microsoft Excel*, versão 97-2003, e analisados pelo programa estatístico STATA, versão 13.2.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição e posteriormente pelo comitê de ética de uma universidade federal, parecer 1.147.446.

RESULTADOS

A maioria das primíparas avaliadas foi internada em trabalho de parto (59,7%); destas, 68,5% tiveram como via de nascimento a cesariana. Sobre o terceiro período de trabalho de parto, observou-se que a maior parte das mulheres recebeu o uterotônico intravenoso

(69,1%). Após a estratificação pela via de nascimento, notou-se que 80% das que tiveram parto vaginal receberam o uterotônico intramuscular e 85,8% das submetidas à cesariana receberam o medicamento por via intravenosa. Verificou-se que, entre as mulheres que tiveram parto vaginal, 48,3% foram submetidas à massagem para extração da placenta; em contrapartida, entre as que tiveram cesárea, 98% não amamentaram na sala de parto (Tabela1).

Observou-se que há diferença no uso de uterotônico intramuscular no que se refere às seguintes características sociodemográficas: faixa de idade, faixa de anos de estudo, se vive sem companheiro e faixa de renda familiar. Quanto às características assistenciais obstétricas, detectou-se diferença no uso de uterotônico intramuscular em relação à realização do pré-natal pelo SUS, diagnóstico de trabalho de parto durante a internação, via de nascimento, amamentação na sala de parto, presença do acompanhante, contato pele a pele e massagem para extração da placenta (Tabela 2).

A Tabela 2 também mostra as razões de prevalência brutas e ajustadas do uso do uterotônico intramuscular conforme as variáveis da assistência obstétrica. A razão de prevalência bruta foi significativa para as seguintes variáveis: não está em

Tabela 1 - Características assistenciais obstétricas em primíparas segundo a via de nascimento, do total de mulheres internadas em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira, Minas Gerais

Variáveis	Para todas as mulheres			Parto vaginal			Cesariana		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
Diagnóstico de internação (n= 211)									
Em trabalho de parto	126	59,7	53– 66,2	23	35,4	24,5 – 48	103	70,5	62,6 - 77,4
Não está em trabalho de parto	85	40,3	33,8 - 47,1	42	64,6	52 - 75,5	43	29,5	22,5 - 37,4
Via de nascimento (n= 222)									
Cesariana	152	68,4	62,0 - 74,3	*	*	*	*	*	*
Normal	70	31,6	25,7 – 38	*	*	*	*	*	*
Massagem para extração da placenta (n= 203)									
Não	174	85,7	80,1 - 89,9	31	51,7	38,8 - 64,3	*	*	*
Sim	29	14,3	10,1 - 19,8	29	48,3	35,7 - 61,2	*	*	*
Uterotônico intramuscular (n= 203)									
Não	151	74,4	67,9 – 89,0	12	20,0	11,5 - 32,4	139	97,2	92,7 - 98,9
Sim	52	25,6	20,0 - 32,1	48	80,0	67,6 - 88,5	4	2,8	1,0 - 7,3
Uterotônico intravenoso (n= 191)									
Não	59	30,9	24,7 - 37,8	40	70,2	56,7 - 80,8	19	14,2	9,2 - 21,3
Sim	132	69,1	62,1 - 75,3	17	29,8	19,1 - 43,3	115	85,8	78,7 - 90,8
Amamentou na sala de parto (n= 207)									
Não	180	87,0	81,6 - 90,9	37	60,7	47,6 - 72,3	143	98,0	93,7 - 99,3
Sim	27	13,0	9,0 - 18,4	24	39,3	27,6 - 52,4	3	2	0,65 - 6,25

* Valores não estabelecidos e/ou não se aplica.

As diferenças entre o número (n) total descrito em cada variável referem-se às diferentes taxas de respostas das puérperas primíparas participantes do estudo.

Fonte: análise de prontuário e/ou resposta materna.

Tabela 2 - Uso de uterotônico intramuscular em parturientes primíparas segundo características sociodemográficas e fatores assistenciais obstétricos, em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira, Minas Gerais, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Uso de uterotônico							
	Não		Sim		RP	IC 95%	RPa*	IC 95%
	N	%	n	%				
Sociodemográficas								
Adultas (>20 anos) (n= 166)	132	79,5	34	20,5 ^a				
Cor Preta/ parda (n= 134)	102	75,0	34	25,0				
9 - 11 anos de estudo (n= 104)	75	72,1	29	27,9 ^a				
Sem companheiro (n= 59)	36	61,0	23	39,0 ^a				
Renda mais baixa (n= 104)	70	67,3	34	32,7 ^a				
Assistência Obstétrica								
Pré-natal financiado pelo SUS (n= 124)	82	66,1	42	33,9 ^a				
Não está em trabalho de parto (n= 82)	49	59,8	33	40,2 ^a	2,67 ^c	1,49 - 4,80	2,30 ^c	1,21 - 4,34
Parto normal (n= 60)	12	20,0	48	80,0 ^a	28,6 ^c	10,3 - 79,3	30,7 ^c	10,4 - 90,7
Posição do parto – deitada (n= 50)	10	20,0	40	80,0 ^b	0,80	0,37 - 1,70		
Amamentou na sala de parto (n= 26)	09	34,6	17	65,4 ^a	3,30 ^c	1,85 - 5,90	3,12 ^c	1,69 - 5,75
Hidratação venosa (n= 32)	09	28,1	23	71,9	0,75	0,41 - 1,34		
Acompanhante no trabalho de parto (n= 119)	78	65,6	41	34,4 ^a	2,59 ^c	1,33 - 5,05	4,52 ^c	2,15 - 9,49
Contato pele a pele (n= 60)	26	43,3	34	56,7 ^a	4,40 ^c	2,40 - 7,80	4,37 ^c	2,41 - 7,93
Intercorrências no parto (n= 16)	13	81,3	03	18,7	0,71	0,22 - 2,29		
Massagem para extração da placenta (n= 28)	04	14,3	24	85,7 ^a	5,46 ^c	3,11 - 9,46	4,64 ^c	2,43 - 8,85

IC: intervalo de confiança; RP: razão de prevalência; RPA: razão de prevalência ajustada.

* Ajustado por faixa de idade, raça, escolaridade, estado civil, renda, fonte de financiamento e diagnóstico de internação.

^a Teste de qui-quadrado: p < 0,05.

^b Teste de Wald: p < 0,20.

^c Teste de Wald: p < 0,05.

Fonte: análise de prontuário e/ou resposta materna.

trabalho de parto (RP = 2,67, IC95% = 1,49 – 4,80); parto normal (RP = 28,59, IC95% = 10,31 – 79,31); amamentou na sala de parto (RP = 3,3, IC95% = 1,85 – 5,90); acompanhante no trabalho de parto (RP = 2,59, IC95% = 1,33 – 5,05); contato pele a pele (RP = 4,4, IC95% = 2,4 – 7,80) e massagem para extração da placenta (RP = 5,46, IC95% = 3,11 – 9,46).

Após o ajuste pelas variáveis de controle (idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, renda, financiamento do pré-natal e diagnóstico de internação), as puérperas que: não estavam em trabalho de parto no momento da internação (RPa = 2,3, IC95% = 1,21–4,34); tiveram parto normal (RPa = 30,70, IC95% = 10,39–90,70); amamentaram na sala de parto (RPa = 3,12, IC95% = 1,69–5,75); tiveram acompanhante na sala de parto (RP = 4,52, IC95% = 2,15 – 9,49); tiveram contato pele a pele (RPa = 4,37, IC95% = 2,41–7,93) e que receberam massagem para extração da placenta (RPa = 4,64, IC95% = 2,43–8,85) tiveram maior prevalência de uso do uterotônico intramuscular (Tabela 2).

Verificou-se que, para o uso de uterotônico intravenoso, houve diferença com significância estatística em todas as variáveis sociodemográficas e obstétricas analisadas, exceto raça/cor.

Constatou-se, também, que as puérperas primíparas que foram submetidas à cesariana, que não amamentaram na sala de parto, não tiveram contato pele a pele e não receberam massagem para extração da placenta associaram-se ao uso de uterotônico por via intravenosa. Tanto nas razões de prevalência bruta quanto nas de prevalência ajustada, identificou-se que: a via de nascimento por cesariana (RPa = 0,29, IC95% = 0,16–0,74); a não realização da amamentação na sala de parto (RPa = 0,36, IC95% = 0,15–0,82); não receber o contato pele a pele (RPa = 0,54, IC95% = 0,34–0,85) e não ser submetida à massagem para extração da placenta (RPa = 0,44, IC95% = 0,20–0,98) são fatores que foram associados ao uso de uterotônico intravenoso (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O uso de uterotônico é recomendado para todos os tipos de nascimentos como medida de prevenção da HPP. A ocitocina é a droga de primeira escolha para o manejo ativo; porém, aconselha-se o uso de outros agentes uterotônicos ou mesmo a associação entre eles caso haja indisponibilidade daquela.^{10,11} No presente

Tabela 3- Uso de uterotônico intravenoso em parturientes primíparas segundo características sociodemográficas e fatores assistenciais obstétricos, em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira, Minas Gerais, Brasil, 2015-2016

Variáveis	Para todas as mulheres							
	Não		Sim		RP	IC 95%	RPa*	IC 95%
	N	%	N	%				
Sociodemográficas e obstétricas								
Adultas (>20 anos) (n= 156)	41	26,3	115	73,7 ^a				
Cor Preta/ parda (n= 127)	43	33,9	84	66,1				
9 - 11 anos de estudo (n= 97)	38	39,2	59	60,8 ^a				
Sem companheiro (n= 55)	27	49,1	28	50,9 ^a				
Renda mais baixa (n=97)	38	39,2	59	60,8 ^a				
Assistência Obstétrica								
Pré-natal financiado pelo SUS (n= 116)	44	37,9	72	62,1 ^a				
Não está em trabalho de parto (n= 78)	33	42,3	45	57,7 ^a	0,72 ^b	0,50 - 1,04		
Parto normal (n= 57)	40	70,2	17	29,8 ^a	0,35 ^c	0,21-0,58	0,29 ^c	0,16-0,74
Posição do parto deitada (n= 49)	35	71,4	14	28,6	0,76	0,21 - 2,65		
Amamentou na sala de parto (n= 24)	17	70,8	07	29,2 ^a	0,38 ^c	0,18 - 0,83	0,36 ^c	0,15 - 0,82
Hidratação venosa (n= 31)	22	71,0	09	29,0	1,11	0,39 - 3,12		
Acompanhante no trabalho de parto (n= 112)	41	36,6	71	63,4	0,81	0,57 - 1,14		
Contato pele a pele (n= 58)	31	53,4	27	46,6 ^a	0,58 ^c	0,38 - 0,89	0,54 ^c	0,34 - 0,85
Intercorrências no parto (n= 16)	01	6,3	15	93,7 ^a	1,40	0,81 - 2,40		
Massagem para extração da placenta (n= 27)	17	63,0	10	37,0 ^a	0,50 ^c	0,26 - 0,95	0,44 ^c	0,20 - 0,98

IC: intervalo de confiança; RP: razão de prevalência; RPA: razão de prevalência ajustada.

* Ajustado por faixa de idade, raça, escolaridade, estado civil, renda, fonte de financiamento e diagnóstico de internação.

a Teste de qui-quadrado: p < 0,05.

b Teste de Wald: p < 0,20.

c Teste de Wald: p < 0,05.

Fonte: análise de prontuário e/ou resposta materna.

estudo, quase 100% da amostra receberam uterotônico, independentemente da via de administração.

Sabe-se que a HPP é mais frequente nos países em desenvolvimento, com prevalência global de 6%, e que na África e na Ásia ela é responsável por 30% de todos os óbitos maternos. Nos países desenvolvidos, como Reino Unido e Estados Unidos, ela é a causa de óbito materno em 10,6% e 12%, respectivamente⁹; já no Brasil, por 14,26%.¹³ Vale destacar que a HPP pode ocasionar outros tipos de morbidades, como síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), coagulação intravascular disseminada (CID), choque e síndrome de Sheehan.⁹

Para a OPAS (2018), a morbidade e a mortalidade maternas ocasionadas pela HPP estão relacionadas aos problemas de acesso aos serviços de saúde, ao manejo da assistência e à estrutura da maternidade. Diante dessa situação, corrobora-se que a aplicação do manejo ativo do terceiro período de parto, a observação rigorosa entre as primeiras duas horas após este e a presença do acompanhante para a detecção dos sinais de alertas em pacientes de baixo risco são práticas primordiais para a prevenção da HPP.¹¹ Sobreleva-se que neste trabalho foi usado uterotônico; mas 43% das mulheres não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto.

Em revisão sistemática baseada em oito estudos com 8.892 mulheres, as evidências demonstraram que o manejo ativo reduziu a perda média de sangue materno superior a 500 mL após o parto, podendo reduzir a incidência de anemia (hemoglobina materna abaixo de 9g/dL) após o nascimento e diminuir a necessidade de transfusão sanguínea.⁵ Entretanto, é incerto afirmar se esse tipo de manejo diminuiu o risco de HPP primária grave (mais de 1.000 mL) após o parto, em virtude da evidência da baixa qualidade dos estudos.

Além disso, conhecer o perfil dessas mulheres e a identificação dos fatores de risco para HPP faz parte do conjunto de boas práticas. Em ensaio clínico controlado realizado no México observaram-se as características sociodemográficas e o uso de ocitocina 10 UI por vias intramuscular e intravenosa. Evidenciou-se que a maioria das mulheres que receberam o medicamento tinha companheiro, idade materna ideal e escolaridade média-superior e que tais características se repetem para ambas as vias de administração do referido fármaco.¹⁴ Apesar das diferenças socioculturais entre os países, há semelhança entre a população do estudo, que apresentou maioria de mulheres adultas (>20 anos) e com companheiro.

Para as mulheres desta pesquisa, a via de nascimento normal foi determinante no uso de uterotônico intramuscular. Esta é considerada via de fácil administração e, apesar de apresentar tempo de ação mais lento quando comparado ao intravenoso, a ação do medicamento persiste por mais tempo.¹⁵ Em revisão realizada pela Cochrane (2018), concluiu-se que todos os uterotônicos são eficazes para a prevenção de HPP \geq 500 mL quando comparados com o uso de placebo ou mesmo sem tratamento.¹⁶ Estudo randomizado, duplo-cego, com o total de 300 participantes, na Índia, concluiu que a ocitocina intramuscular é o uterotônico mais seguro e eficaz para a prevenção da HPP quando comparado à ergometrina ou à prostaglandina, ambas intramusculares.¹⁷

Ademais, o uso da ocitocina profilática isolada quando comparada ao não uso de uterotônico pode reduzir o risco de perda de sangue de 500 mL após o parto e a necessidade de uso adicional de outro uterotônico, podendo estar associada ao aumento do tempo do terceiro período de trabalho de parto, em torno de 30 min. Já o efeito da ocitocina comparado aos alcaloides do *ergot* é controverso em relação à perda de sangue e à necessidade de uso adicional de uterotônico ou de transfusão sanguínea. Quanto à ocitocina/ergometrina comparadas ao uso dos alcaloides do *ergot*, deduziu-se que a primeira pode reduzir a perda sanguínea, mas a evidência é de baixa qualidade. Sobreleva-se, em outra revisão sistemática, com 30.314 mulheres, em que foram avaliadas a eficácia e a segurança da cabertocina na prevenção da HPP em mulheres submetidas ao parto vaginal em comparação às que usaram a ocitocina, que a primeira é tão eficaz e segura quanto a segunda para a prevenção da HPP em via de nascimento vaginal.¹⁸

Apesar desses achados, sugere-se a realização de mais estudos para que sejam definidas a dose adequada, a via de administração e a inclusão de outros resultados importantes, como, por exemplo, a mortalidade materna.⁵ Em diversos estudos apurou-se que a escolha da via de administração permaneceu controversa, embora tenha sido demonstrado que o uso intravenoso de uterotônico está associado ao risco aumentado de efeitos colaterais cardiovasculares.¹⁵ Em pesquisa realizada na Suíça, comparou-se o uso de *bolus* de ocitocina (SUI) como de infusão de ocitocinalogo após o nascimento. Verificou-se que o uso de infusão aumentou a incidência de desfechos maternos adversos. Apesar de não ocorrer consideráveis alterações dos referidos desfechos, constatou-se que o modo de administração está associado a mais necessidade de remoção manual da placenta e a maior perda sanguínea no periparto.¹⁹ Em outro trabalho, a administração de uterotônico intravenoso associou-se à maioria das características sociodemográficas, intercorrências no parto e hidratação venosa. Nesse caso, é preciso manter a dose de manutenção, tanto para as mulheres que tiveram cesariana quanto para as que tiveram vaginal.¹¹ Em outra revisão sistemática, em três estudos em que foram avaliadas 1.306 mulheres, concluiu-se que não existe clara diferença entre os riscos e os benefícios da ocitocina intramuscular

ou venosa e propôs-se a realização de mais pesquisas e de ensaios randomizados de alta qualidade para avaliar as vias de administração e os efeitos materno e infantil.²⁰

É essencial analisar e comparar as respostas dos agentes uterotônicos e associá-las aos fatores maternos e assistenciais, pois permite aos profissionais envolvidos na assistência obstétrica oferecerem cuidados individualizados, mais seguros e com experiência de parto mais positiva para as mulheres e suas famílias.²¹ Entre esses cuidados, vale destacar a possibilidade de permitir manejos que respeitem a fisiologia do parto mediante uma análise adequada das condições perinatais do trabalho de parto e da assistência ofertada principalmente para as mulheres de baixo risco para HPP.

Neste estudo concluiu-se que foi notório um manejo misto no terceiro período de trabalho de parto e que se observou significativa associação entre os fatores que não estavam em trabalho de parto, tiveram parto normal, amamentaram na sala de parto, estavam com acompanhante, realizaram contato pele a pele e receberam massagem para extração da placenta com o uso do uterotônico intramuscular. Apesar das vantagens supracitadas do uso do uterotônico intramuscular quando comparadas ao da via intravenosa no parto normal e ainda a algumas lacunas, com efeito pressupõe-se que uma parte das mulheres deste estudo poderia ter sido beneficiada com um manejo mais fisiológico, mais autonomia e menos intervenção desnecessária.

Acredita-se que a amamentação na sala de parto e o contato pele a pele na primeira hora de vida são considerados uma forma de prevenção da HPP, pois existe a estimulação da liberação de ocitocina endógena.^{11,22} Investigou-se, em um estudo, a eficácia dessas práticas imediatamente após o nascimento e constatou-se que as mulheres, as quais não foram submetidas ao contato pele a pele e à amamentação, tiveram quase duas vezes mais chances de ter uma HPP quando comparadas àquelas que receberam esses procedimentos. Verificou-se, ainda, que esse efeito é maior para as mulheres que possuem menos riscos de HPP, porém se ressalta que tais práticas são eficazes na redução das taxas de HPP, independentemente do risco da mulher de desenvolver esse quadro clínico.²²

Entretanto, apesar desses benefícios, denota-se que a maioria das mulheres deste estudo não amamentou na sala de parto e não recebeu o contato pele a pele, o que ratifica a necessidade do uso de uterotônico para essas mulheres. Além disso, compreende-se que o terceiro estágio do parto não é um fator que impede o contato pele a pele da mãe com o bebê e que ele pode ser feito com tranquilidade⁶, devendo as mulheres ser informadas das vantagens dessa prática no decorrer do ciclo gravídico-puerperal em ambas as vias de nascimento.

De acordo com revisão sistemática da Cochrane (2016), nem a amamentação nem a estimulação do mamilo apresentou efeito na prevenção da HPP grave (perda de sangue \geq 1.000 mL) e da HPP (\geq 500 mL). Contudo, vale ressaltar que, nesse mesmo estudo, esses

procedimentos foram indicados para as mulheres (com baixo risco de sangramento) para prevenção de possível perda sanguínea.²³

Segundo as recomendações da OMS não existem evidências suficientes de que a prática da massagem uterina possa ser usada como tratamento da HPP; sendo assim, ela não deve ser adotada como intervenção, principalmente por mulheres que receberam profilaxia com ocitocina.¹⁰ Em outra revisão sistemática, e metanálise de ensaios randomizados também foi descrita a não associação da massagem uterina na prevenção da HPP como parte do manejo do terceiro período.²⁴ Nos resultados do presente estudo, 47,1% das participantes que receberam massagem para extração da placenta também receberam o uterotônico intramuscular, o que está em desacordo com as recomendações. Trata-se de um procedimento doloroso e desconfortável.

Depreende-se daí que entre as implicações deste estudo e a prática há uma necessidade de se rever a assistência realizada na maternidade em questão, com o intuito de diminuir as intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas. Contudo, a prevenção da HPP no terceiro período de trabalho de parto requer mais pesquisas que façam a associação das tecnologias de produto e de processo e, ainda, os enfermeiros devem inserir o uso das evidências científicas, realizar revisões sistemáticas e elaborar protocolos de Enfermagem para ofertar boas práticas de cuidado.²⁵ Logo, qualquer profissional de saúde alocado nos serviços obstétricos deve considerar as evidências para a tomada de decisão na prática clínica, e isso requer educação permanente que vise ao aperfeiçoamento, responsabilidade ética e comprometimento pela vida da mulher, do recém-nascido e de seus familiares.

Ademais, o cuidado ofertado na maternidade do estudo reforça a importância de se ter uma equipe de Enfermagem efetiva e também da inserção de um enfermeiro obstetra, pois são fundamentais para ofertar práticas de cuidados de qualidade, humanizadas e seguras. Esses profissionais podem contribuir em manejos mais adequados, singulares, na realização do contato pele a pele, no estímulo à amamentação, entre outras condutas que respeitem as escolhas, as necessidades e a autonomia das mulheres. Além disso, eles são primordiais para a avaliação das puérperas visando ao reconhecimento precoce de sangramento excessivo e o gerenciamento imediato a fim de reduzir a incidência de morbimortalidade materna. Enfim, cabe ressaltar que a existência de protocolos, de procedimentos e de tecnologias não garante a prevenção e controle da HPP e que a qualidade e a quantidade de profissionais de saúde são essenciais para responder às demandas dos serviços obstétricos.

Foi ponto limitante do estudo a ausência de dados sobre tração controlada de cordão (TCC) e clameamento e secção do cordão umbilical, pois essas informações não constavam no prontuário e as mulheres não sabiam responder sobre o referido assunto quando interrogadas. Ambas as práticas são estratégias do manejo ativo

do parto; assim, sugerem-se capacitações dos profissionais de saúde quanto ao registro de informações no prontuário e quanto à disponibilidade de informar às mulheres os procedimentos a serem realizados, além de incentivar a realização de pesquisas com coleta de dados por meio da observação não participante.

CONCLUSÕES

O presente estudo identificou que a assistência ao terceiro período do parto não possui um padrão específico de manejo. A prevalência do uso de uterotônicos segundo a via de administração é influenciada pela via de nascimento, sendo observada a prevalência da via intramuscular no parto vaginal, o que está em acordo com a literatura estudada. Não há evidências suficientes para determinar qual seria a via de administração de uterotônicos mais vantajosa, porém a administração é recomendada e é a principal intervenção para a prevenção da HPP.

Houve também associação entre intercorrências no parto e o uso de uterotônicos por via intravenoso. Destacam-se a baixa prevalência do contato pele a pele e o uso desnecessário da massagem uterina para extração da placenta, em que quase metade da amostra de mulheres que receberam uterotônico foi submetida a esse procedimento.

O estudo tem relevância no cenário da saúde pública, uma vez que as medidas então discutidas configuram estratégias para a redução da mortalidade materna e, principalmente, refletem sobre a assistência prestada às parturientes. A discussão enriquece o exercer de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica, contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências científicas e para a qualidade do cuidado. Com isso, propõe-se uma educação continuada para esses profissionais.

As mulheres devem receber informações sobre as vantagens e desvantagens de cada prática de saúde, sobretudo durante o pré-natal. Isso é um direito e contribui para uma escolha participativa, informada e consciente.

REFERÊNCIAS

1. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Colet*. 2013[citado em 2019 nov. 15];18(8):2395-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartNormal_versao-final.pdf
3. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa - Mortalidade materna. 2018[citado em 2019 nov. 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820
4. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the thirty stage of labour. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2019 Fev[citado em 2019 nov. 15];2(2):CD007412. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372362/pdf/CD007412.pdf>

5. Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019[citado em 2019 nov. 15];4(4):CD001808. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001808.pub3/epdf/full>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[citado em 2019 nov. 15]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretriz_PartoNormal_Recomendacao.pdf
7. Ruiz MT. Análise da perda hemática durante o processo de parturição[tese]. Ribeirão Preto: USP; 2012[citado em 2019 nov. 15]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16012013-095258/publico/MARIANATORREGLOSARUIZ.PDF>
8. Parry SWR, Gallos ID, Williams HM, Widmer M, Angolkar M, Tobias A, et al. First-line uterotonics for treating postpartum haemorrhage: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017[citado em 2019 nov. 15];8(4):CD012754. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6483493/pdf/CD012754.pdf>
9. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin n. 183:postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017[citado em 2019 nov. 15];130(4):e168-86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28937571/>
10. World Health Organization (WHO). Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018[citado em 2019 nov. 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=A2CEC6F80D1913FBCC15D9EA75014813?sequence=1>
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018[citado em 2019 nov. 15]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública.* 2008[citado em 2019 nov. 15];42(6):992-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielophp?pid=S0034-8910200800060003&script=sci_abstract&lng=pt
13. Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Bruggemann OM, Drake E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013[citado em 2019 nov. 15];21(3):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0711.pdf
14. Neri-Mejía M, Pedraza-Avilés AG. Tratamiento activo del tercer periodo del trabajo de parto: três esquemas de oxitocina. *Ginecol Obstet Mex.* 2016[citado em 2019 nov. 15];84(5):306-13. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2016/gom165f.pdf>
15. Adnan N, Boland F, Murphy DJ. Intramuscular oxytocin versus intravenous oxytocin to prevent postpartum haemorrhage at vaginal delivery (LabOR trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2017[citado em 2019 nov. 15];18(1):541. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688658/pdf/13063_2017_Article_2269.pdf
16. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018[citado em 2019 nov. 15];4(4):CD011689. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494487/pdf/CD011689.pdf>
17. Chawla D, Khatri R, Khatuja R, Gupta V, Agrawal R. A comparative study of various uterotonics in active management of third stage of labour. *PARIPEX Indian J Research.* 2018[citado em 2019 nov. 15];7(4):15-8. Disponível em: https://www.worldwidejournals.com/paripex/fileview/April_2018_1523281221__36.pdf
18. Jin XH, Li D, Li X. Carbetocin vs oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019[citado em 2019 nov. 15];98(47):e17911. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31764790/>
19. Hardegg JLL, Brunner M, Ries JJ, Felten VS, Heugel C, Lapaire O, et al. Replacement of oxytocin bolus administration by infusion: influences on postpartum outcome. *Arch Gynecol Obstet.* 2016[citado em 2019 nov. 15];293(6):1219-25. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863908/pdf/404_2015_Article_3916.pdf
20. Oladapo OT, Okusanya BO, Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018[citado em 2019 nov. 15];9(9):CD009332. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513632/pdf/CD009332.pdf>
21. Vilchez G, Patel N, Maulik D. Postpartum haemorrhage refractory to uterotonics. *BJOG.* 2020[citado em 2019 nov. 15];127:635. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2F1471-0528.16077>
22. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery.* 2015[citado em 2020 fev. 12];31(11):1110-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.008>
23. 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[citado em 2020 fev. 12];(1):CD010845. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010845.pub2/epdf/full>
24. Saccone G, Caissutti C, Ciardulli A, Abdel-Allah H, Hofmeyr GF, Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG.* 2018[citado em 2020 fev. 12];125(7):778-81. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14923>
25. Rangel RCT, Souza ML, Bentes CML, Souza ACRH, Leitão MNC, Lynn FA. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019[citado em 2020 fev. 12];27:e3165. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3165.pdf>

