



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Adália Edna Fernando Chipindo

Mortalidade Materna:

Adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto em Huambo/Angola

Florianópolis/SC
2023

Adália Edna Fernando Chipindo

Mortalidade Materna:

Adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto em Huambo/Angola

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

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

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

Orientador(a): Prof.(a) Maria de Lourdes de Souza, Dr.(a)

Florianópolis/SC

2023

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

Chipindo, Adália Edna Fernando

Mortalidade Materna : Adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto em Huambo/Angola / Adália Edna Fernando Chipindo ; orientadora, Maria de Lourdes de Souza, 2023.

169 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Hemorragia pós-parto. 3. Morte materna. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Tecnologia. I. Souza, Maria de Lourdes de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Adália Edna Fernando Chipindo

Mortalidade Materna:

Adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto em Huambo/Angola

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 02 de Outubro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Maria de Lourdes de Souza, Dr.(a)
Orientadora – PEN/UFSC

Prof.(a) Marli Terezinha Stein Backes, Dr.(a)
Membro - PEN/UFSC

Prof.(a) Francis Solange Vieira Tourinho, Dr.(a)
Membro - PEN/UFSC

Prof.(a) Rita de Cássia Teixeira Rangel, Dr.(a)
Membro Externo - UNIVALI

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Prof.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dr.(a)
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.(a) Maria de Lourdes de Souza, Dr.(a)
Orientadora

Florianópolis/SC, 2023

*À minha amada família:
Meu esposo Dr. Hélder Lucas Chipindo,
meus filhos Heldson, Herilson e Heldmaura.*

Este momento não seria possível sem o vosso amor, apoio incondicional e a presença constante de vocês ao longo da minha jornada acadêmica. É com profunda gratidão que dedico esta tese a cada um. Vocês são minha fonte inesgotável de inspiração e força. Em memória ao meu querido sogro mano Arão Chipindo embora não esteja fisicamente presente para testemunhar este momento sinto sua presença espiritual ao meu lado me encorajando em buscar excelência em tudo que faço.

*“Tudo posso naquele que me fortalece”.
(Bíblia Sagrada, Filipenses 4- 13)*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha Orientadora, Dra. Maria de Lourdes de Souza, gostaria de expressar minha profunda gratidão por todo o apoio, orientação e dedicação. Sua sabedoria, paciência e compromisso foram verdadeiramente inspiradores.

Seu comprometimento em me ajudar a alcançar meus objetivos acadêmicos e pessoais foram inestimáveis. A senhora sempre esteve disposta a me ouvir, compartilhar conhecimento e fornecer conselhos valiosos. Sua experiência e expertise foram fundamentais para o meu crescimento e aprendizado. Sua confiança foi um impulso essencial para minha autoconfiança e para que eu enfrentasse desafios com coragem. Professora, reconheço que desempenhou um papel vital na minha jornada acadêmica, mas também gostaria de destacar o quanto foi além do seu papel como orientadora. Sua empatia, cobranças, interesse genuíno e apoio emocional fizeram uma diferença significativa na minha vida. Esses cinco anos de convívio jamais sairão do meu pensamento, levo todas orientações como exemplos para a vida. Em eterno agradecimento, aplaudo a ti de pé.

Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Durante a elaboração desta tese contei com a colaboração de pessoas especiais que me auxiliaram e muitas vezes expressaram gestos de atenção e carinho. Quero por meio de palavras agradecer a todos.

A Dra Rita de Cássia Teixeira Rangel, agradecimento pela autorização em aplicar sua Tecnologia nesta Tese de Doutorado; Ao Dr Guilherme Teixeira, pelo seu incansável apoio durante o processo de sistematização de dados; a Dra Eneida Patrícia Teixeira pela parceria e paciência durante o período de adaptação no processo da pesquisa; À colega Stephanie Conceição de Jesus pelas valiosas contribuições científicas; Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C/PEN - UFSC), que me acolheu ao longo do Curso de Doutorado; Ao corpo técnico e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; À Professora Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidemann pelo apoio e aprendizado durante o período de estágio na prática docente; Aos membros da banca, que aceitaram e disponibilizaram seu tempo e conhecimento na avaliação deste trabalho.

Ao meu esposo, Dr Hélder Chipindo Não posso expressar em palavras o quão grata sou por ter você ao meu lado. Seu apoio constante, seu amor incondicional e sua crença em mim foram pilares que sustentaram minha caminhada até hoje.

À minha querida mãe Emilia gratidão por tudo. A minha sogra Laurinda, mãe Dina minha amiga que faz o papel de meu pai, mãe Luiza (Em memória) mesmo sabendo que não poderei abraça-la novamente obrigada pelo incentivo sei que estas feliz lá de cima, aos meus irmãos Serafim e Priscila obrigada amo-vos de milhões, a minha saudosa e eterna avó Piscila (Em Memória). Aos meus companheiros de luta Kalende Das Misérias Kalivala, Orlando Justo Chipindo e Eurico Mateus Sili muito obrigada pelo apoio incondicional durante essa empreitada. Ao Ms Euclides Maradona por colaborar no processo de tradução, a enfermeira Anabela Kassita e Dr Joaquim Chinhuto obrigada pelas vossas contribuições científicas no processo de validação. À Dra Ilda Armando não tenho palavras para agradecer o empenho e parceria no cuidado com as minhas crianças que Deus lhe pague. À Direção do Hospital Geral do Huambo na pessoa do Dr Hamilton Tavares, obrigada meu mentor

que lutou para a minha liberação neste processo. A todas as enfermeiras (Parteiras) que colaboraram no processo de validação do instrumento, gratidão. Ao Gabinete Provincial da Saúde no Huambo por possibilitar o tempo dedicado aos estudos, em especial aos colegas do Hospital Materno Infantil da Mineira, por entenderem a minha ausência neste período. As estudantes do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica do Instituto Superior Politécnico da Caála pela colaboração. As mulheres assistidas na Maternidade do Hospital Geral do Huambo por aceitarem colaborar na pesquisa. Ao Gabinete Provincial da Saúde do Huambo na pessoa do Dr. Lucas Nhamba obrigada pela dispensa durante esse período.

Finalmente, agradeço a todos que, de alguma forma, colaboraram...

Muito Obrigada (NAPANDULA)!

A todas as mulheres que perderam suas vidas devido à hemorragia pós-parto, vamos elevar suas vozes e compartilhar suas histórias, conscientizando o mundo sobre a urgência de investir em recursos e políticas que possam prevenir e tratar a hemorragia pós-parto de forma efetiva.

CHIPINDO, Adália Edna Fernando. **Mortalidade Materna**: adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel® para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto em Huambo/Angola. 2023. 169f. Tese (Doutora em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2023.

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

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

Orientadora: Prof.(a) Maria de Lourdes de Souza, Dr.(a).

RESUMO

Apesar dos avanços no cuidado obstétrico, a morbidade e a mortalidade materna ainda ocorrem durante todo o ciclo gravídico. Assim, realizou-se três estudos, complementares com esta finalidade – redução da morte materna associada a hemorragia. **Estudo 1** - Fatores de risco para hemorragia no terceiro período do parto: estudo de revisão. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto, descritos na literatura, no período de 2000 a 2021. **Método:** Neste estudo foram cumpridas as etapas descritas na recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Utilizou-se para a pergunta de pesquisa um acrônimo com os seguintes componentes; PEOS: Population - Mulheres com idade entre 10 e 49 anos, em trabalho de parto; Exposure(s): Fatores de risco para hemorragia no terceiro período do parto; Outcome: Mulheres com hemorragia no parto e pós parto; Study desenho do estudo: Foram consultadas sete bases de dados e as buscas correspondem ao período de 2000 a 2021, e foram incluídos estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, e caso controle. **Resultados:** Identificou-se 24.103 artigos que foram exportados para um gerenciador de referências. Foram excluídos os artigos duplicados, ficando 10.351 artigos. Após a leitura do título e resumo 10.198 foram excluídos. A seguir, 111 artigos foram selecionados e após sua leitura na íntegra foram incluídos 14, sendo 10 estudos de coorte e quatro de caso controle. **Estudo 2** – Adaptação transcultural do instrumento de Rangel® para o português de Angola. **Método:** Adaptação Transcultural e Validação de Instrumento, adotando os procedimentos definidos por Beaton. **Objetivo:** Realizar adaptação transcultural do Instrumento de Rangel para prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto na Província do Huambo, Angola. **Resultados:** Ao final da tradução do instrumento, 8 (oito) termos ou (palavras) foram modificados, para o português de Angola tais como: registrar, factores, planear, controlo, adoptar, activo, sub-involução e colectores. **Estudo 3** - Prevenção e controle da hemorragia pós-parto: validação da tecnologia de Rangel @para Huambo, Angola. **Objetivo:** Validar o instrumento de Rangel@ com sua aplicação na Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Este, se constitui no pré teste, da Tradução e Adaptação Cultural. Foi realizada avaliação por validadores por meio do formulário eletrônico de coleta de dados Google forms, adotou-se uma escala do tipo Likert de sete pontos (de 7- concordo totalmente a 1- discordo totalmente). A análise foi realizada com o índice do coeficiente Alfa de Cronbach e Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Dos 10 itens de critérios de avaliação do instrumento, analisados pelos 20 validadores, 100% deles tiveram a classificação de confiabilidade do índice do Alfa de Cronbach alta: clareza; coerência; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização, Alfa 0,91. Abrangência; criticidade dos itens e objetividade alcançaram Alfa de Cronbach 0,95, todos considerados pelos validadores com confiabilidade alta. **Conclusão:** O instrumento de Rangel @ foi validado por enfermeiros e classificado como confiável com Coeficiente de Alfa de Cromback 0,91 e Índice de Validade de Conteúdo 0,98. Sendo esta uma contribuição para reduzir a mortalidade materna por hemorragia em Huambo, Angola.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto. Parto. Morte materna. Cuidados de enfermagem. Tecnologia.

ABSTRACT

Despite advances in obstetric care, maternal morbidity and mortality still occur throughout the pregnancy cycle. Thus, three complementary studies were carried out for this purpose – reduction of maternal death associated with hemorrhage. **Study 1** - Risk factors for hemorrhage in the third stage of labor: a review study. **Objective:** To identify the risk factors for hemorrhage in the third stage of labor, described in the literature, from 2000 to 2021. **Method:** In this study, the steps described in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses recommendation were followed. An acronym with the following components was used for the research question; PEOS: Population - Women aged between 10 and 49 years old, in labor; Exposure(s): risk factors for hemorrhage in the third stage of labor; Outcome: women with hemorrhage during childbirth and postpartum; Study design: Seven databases were consulted and the searches correspond to the period from 2000 to 2021, and prospective and retrospective cohort and case-control studies were included. **Results:** We identified 24,103 articles that were exported to a reference manager. Duplicate articles were excluded, leaving 10,351 articles. After reading the title and abstract, 10,198 were excluded. Next, 111 articles were selected and after reading them in full, 14 were included, 10 of which were cohort studies and four were case-control studies. **Study 2** – Cross-cultural adaptation of the Rangel@ instrument into Angolan Portuguese. **Objective:** Carry out a cross-cultural adaptation of the Rangel Instrument for the prevention and control of hemorrhage in the third stage of labor in the Province of Huambo, Angola. **Method:** Cross-Cultural Adaptation and Instrument Validation, adopting the procedures defined by Beaton. **Results:** At the end of the translation of the instrument, 8 (eight) terms or (words) were modified into Angolan Portuguese, such as: register, factors, plan, control, adopt, active, sub-involution and collectors. **Study 3** - Prevention and control of postpartum hemorrhage: validation of the technology by Rangel@ para Huambo, Angola. **Objective:** To validate the Rangel@ instrument with its application in the Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola. **Method:** This is a descriptive study with a quantitative approach. This constitutes the pre-test of the Translation and Cultural Adaptation. An evaluation was carried out by validators through the electronic form of data collection Google forms, a seven-point Likert-type scale was adopted (from 7 - I totally agree to 1 - I totally disagree). The analysis was performed using Cronbach's Alpha coefficient and Content Validity Index. **Results:** Of the 10 instrument evaluation criteria items, analyzed by the 20 validators, 100% of them had a high Cronbach's Alpha index reliability rating: clarity; coherence; scientific writing; relevance; sequence; uniqueness and update, Alpha 0.91. Coverage; item criticality and objectivity reached Cronbach's Alpha 0.95, all considered by the validators with high reliability. **Conclusion:** The Rangel @ instrument was validated by nurses and classified as reliable with a Cronbach Alpha Coefficient of 0.91 and a Content Validity Index of 0.98. This is a contribution to reducing maternal mortality from hemorrhage in Huambo, Angola.

Keywords: Postpartum hemorrhage. Childbirth. Maternal death. Nursing care. Technology.

RESUMEN

A pesar de los avances en la atención obstétrica, la morbilidad y mortalidad materna todavía ocurren durante todo el ciclo del embarazo. Así, se realizaron tres estudios complementarios con este objetivo: reducción de la muerte materna asociada a hemorragia. **Estudio 1 - Factores de riesgo de hemorragia en la tercera etapa del parto: un estudio de revisión.** **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo de hemorragia en la tercera etapa del parto, descritos en la literatura, de 2000 a 2021. **Método:** En este estudio, se siguieron los pasos descritos en la recomendación Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis. Para la pregunta de investigación se utilizó una sigla con los siguientes componentes: Población - Mujeres entre 10 y 49 años, en trabajo de parto; Exposición(es): factores de riesgo de hemorragia en la tercera etapa del trabajo de parto; Resultado: mujeres con hemorragia durante el parto y posparto; Diseño del estudio: Se consultaron siete bases de datos y las búsquedas corresponden al período de 2000 a 2021, y se incluyeron estudios de cohortes y de casos y controles, prospectivos y retrospectivos. **Resultados:** Identificamos 24.103 artículos que fueron exportados a un gestor de referencia. Se excluyeron los artículos duplicados, quedando 10.351 artículos. Después de leer el título y el resumen, se excluyeron 10.198. A continuación se seleccionaron 111 artículos y tras su lectura completa se incluyeron 14, de los cuales 10 eran estudios de cohortes y cuatro eran estudios de casos y controles. **Estudio 2 – Adaptación transcultural del instrumento Rangel@ al portugués angoleño.** **Objetivo:** Realizar una adaptación transcultural del Instrumento Rangel para la prevención y control de la hemorragia en el tercer período del parto en la Provincia de Huambo, Angola. **Método:** Adaptación Transcultural y Validación de Instrumentos, adoptando los procedimientos definidos por Beaton. **Resultados:** Al final de la traducción del instrumento, 8 (ocho) términos o (palabras) fueron modificados al portugués angoleño, cuentos como: registro, factores, plan, control, adopción, activo, subinvolución y recolectores. **Estudio 3 - Prevención y control de la hemorragia posparto: validación de la tecnología por Rangel @para Huambo, Angola.** **Objetivo:** Validar el instrumento Rangel@ con su aplicación en la Maternidade do Hospital General de Huambo, Angola. **Método:** Trata-se de un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo. Esto, se constituye no pré teste, da Tradução e Adaptação Cultural. Foi realizada avaliação por validadores por meio do formulário eletrônico de coleta de dados Google form, adotou-se uma escala do tipo Likert de sete pontos (de 7- concordo totalmente a 1- discordo totalmente). A análise foi realizado com o índice do coeficiente Alfa de Cronbach e Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Dos 10 elementos de criterios de evaluación del instrumento, analizados por 20 validadores, 100% del tiveram a classificação de confiabilidade do índice do Alfa de Cronbach alta: clareza; coerência; redacción científica; relevancia; sequencia; unicidade e atualização, Alfa 0,91. Arangência; Criticidade dos ítems e objetividade alcançaram Alfa de Cronbach 0,95, todos considerados pelos validadores com confiabilidade alta. **Conclusión:** O instrumento de Rangel @ foi validado por enfermeiros e classificado como confiável com Coeficiente de Alfa de Cronbach 0,91 e Índice de Validade de Conteúdo 0,98. Sendo esta una contribución para reducir la mortalidad materna por hemorragia en Huambo, Angola.

Palavras-chave: Hemorragia post parto. Parto. Muerte materna. Cuidado de enfermera. Tecnología.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma de Adaptação Transcultural.41

Manuscrito 1:

Figura 1: Resultados finais são apresentados no Fluxograma PRISMA.....58

Gráfico 1: Distribuição dos estudos de coorte e de controles incluídos na revisão. Florianópolis, SC, 2022.59

Gráfico 2: Distribuição dos estudos incluídos nesta revisão segundo o país de realização. Florianópolis, SC, 2022.59

Gráfico 3: Distribuição dos estudos segundo a renda do país no qual foi realizado. Florianópolis, SC, 2022.60

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Etapas da Adaptação Transcultural.....	32
Quadro 2 - Distância entre Huambo e as províncias que recebem atendimento do Hospital Geral de Huambo	46
Quadro 3 - Número de partos e nascidos vivos por instituição.....	47
Quadro 4 - Variáveis de caracterização dos enfermeiros juízes para validação de conteúdo. Florianópolis-SC, Brasil, 2023.....	49

Manuscrito 1:

Quadro 1 - <i>Search Strategy Medline</i>	56
Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.	61

Manuscrito 2:

Tabela 1 - Tradução feita pelos validadores Angolanos. Florianópolis SC, Brasil 2023	89
Tabela 2 - Características dos 20 validadores. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.....	90
Tabela 3 - Validação das 92 ações de cuidado pelos Enfermeiros. Florianópolis, SC, Brasil, 2023	91

Manuscrito 3:

Quadro 1 - Distância entre Huambo e as províncias que recebem atendimento no Hospital Geral de Huambo. Florianópolis – SC, Brasil 2023.	102
Tabela 1 - Número de partos e nascidos vivos por instituição de Huambo, Angola. Florianópolis/SC, Brasil 2023.	103
Tabela 2 - Avaliação para a realidade de Huambo, Angola, do instrumento de Rangel® para a prevenção e o controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.	105
Tabela 3 - Validação de conteúdo quanto ao Item, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de o para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de <i>Cronbach</i> e Índice de Validade Conteúdo (IVC) para o	

instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.	106
Tabela 4 - Validação de conteúdo quanto a Composição, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de <i>Cronbach</i> , Média e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APN	- Assistência pré-natal
ATC	- Adaptação transcultural
BIREME	- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CINAHL	- <i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
HGH	- Hospital Geral de Huambo
HPP	- Hemorragia pós-parto
HTPP	- Hemorragia no terceiro período do parto
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
ISPC	- Instituto Superior Politécnico da Cáala
IVC	- Índice de Validade Conteúdo
MEDLINE	- <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	- <i>Medical Subject Headings</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OR	- Odds ratio
PNC	- Cuidados Pós-Natais
PRISMA	- <i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis</i>
PRISMA-P	- <i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols</i>
PubMed	- <i>National Library of Medicine</i>
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RR	- Risco relativo
SciELO Brazil	- <i>Scientific Electronic Library Online Brazil</i>
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WHO	- <i>World Health Organization</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	27
1.1.1	Objetivo Geral da Tese	27
1.1.2	Objetivos Específicos	27
1.2	PERGUNTA DE PESQUISA	27
1.3	TESE DEFENDIDA.....	28
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1	A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	30
2.1.1	1ª Etapa - Tradução	32
2.1.2	2ª Etapa - Síntese e Retrotradução	34
2.1.3	3ª Etapa - Revisão pelo Comitê	34
2.1.4	4ª Etapa – Retro-tradução	35
2.1.5	5ª Etapa - Submissão e Aprovação	35
2.2.5	6ª Etapa - Pré-teste	36
2.2.6	7ª Etapa -Validação	36
3	MÉTODO	37
3.1	ESTUDO DE REVISÃO	37
3.1.1	Revisão Sistemática sem Metanálise- Manuscrito 1	37
3.1.1.1	<i>Etapa 1 - Pergunta de Pesquisa</i>	37
3.1.2	Etapa 2 - A Procura	38
3.1.3	CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão	39
3.1.4	Processo e Ferramentas para Obtenção de Dados	39
3.1.5	Etapa 3 - Extração de Dados	40
3.2	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL– MANUSCRITO II	40
3.2.1	Etapa I – Tradução Inicial (produção de T1 e T2)	42
3.2.2	Etapa II – Síntese (produção da versão T1 e T2)	42
3.2.3	Etapa III – Conciliação das Traduições Produção das versões RT1 e RT2	43
3.2.4	Etapa IV – Retrotradução	44
3.2.5	Etapa V – Submissão e Aprovação	45
3.2.6	Local de Estudo	45

3.2.7	Sujeitos do Estudo.....	46
3.2.8	Amostra e Processo Amostral	47
3.2.9	Aspectos Éticos	48
3.2.10	Formulário de Coleta de Dados	48
3.3	MANUSCRITO 1: FATORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO: ESTUDO DE REVISÃO	52
3.4	MANUSCRITO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE RANGEL PARA O PORTUGUÊS DE ANGOLA.....	82
3.5	MANUSCRITO 3: PREVENÇÃO E CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA DE RANGEL PARA HUAMBO, ANGOLA.....	98
	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	116
	REFERÊNCIAS.....	119
	APÊNDICE A: ESTRATÉGIAS DE BUSCA NAS BASES DE DADOS CONSULTADAS.....	133
	APÊNDICE B: MATRIZ DE ANÁLISE PARA IDENTIFICAR OS FATORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA NO TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO.....	135
	APÊNDICE C: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	136
	APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE... 	137
	APÊNDICE E: RELATÓRIO CIENTÍFICO - REVISÃO ORTOGRÁFICA EM CONTEXTO ANGOLANO (DO NOVO AO ANTIGO ACORDO ORTOGRÁFICO).....	139
	APÊNDICE F: CARTA CONVITE AOS AVALIADORES FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	143
	APÊNDICE G: FORMULÁRIO ELETRÔNICO.....	144
	APÊNDICE H: INSTRUMENTO ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DE ANGOLA.....	156
	ANEXO A: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO	164
	ANEXO B: VARIÁVEIS DE COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO PARA ETAPA DE EVIDÊNCIA DE VALIDAÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO.....	165
	ANEXO C: PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DA CAÁLA HUAMBO, ANGOLA)	168

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana a gravidez e o parto estão associados a desfechos negativos como a ocorrência de óbitos e incapacidades entre as mulheres. A morte materna (óbito de uma mulher durante o período da gravidez, parto ou pós-parto) subsidia a avaliação do estado de saúde da mulher e mostra a diferença entre ricos e pobres, nos países e entre eles (Souza; Laurenti, 1987). A maioria dos óbitos maternos são evitáveis e com os devidos cuidados, a morte materna é um evento relativamente muito raro (Rosenfield; Maine, 1985).

Nos países onde a fertilidade alta é a regra, as mulheres enfrentam estes riscos a cada gravidez. Na África, uma mulher pode enfrentar um risco de óbito durante a gravidez e o parto de até 1 em 26, comparado a apenas 1 em 7.300 nas regiões desenvolvidas (WHO, 2007).

A ocorrência da morte materna no contexto mundial é empregada para analisar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, as circunstâncias de ocorrência, a desigualdade social e para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma população (Laurenti; Mello Jorge; Gotlieb, 2008).

A pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo em todo o mundo, afetando não apenas a saúde pública, mas também outros aspectos da sociedade. Um dos aspectos dessa crise global foi o aumento da taxa de mortalidade materna.

A COVID-19 apresentou diversos requerimentos para as mulheres grávidas e parturientes, uma vez que enfrentaram um risco aumentado de complicações e morte devido à infecção pelo vírus. Além disso, as medidas de restrição implementadas em muitos países, como o distanciamento social e a redução dos serviços de saúde, tiveram impacto no acesso das mulheres a cuidados pré-natais, assistência ao parto e cuidados pós-parto adequados (Chen *et al.*, 2020).

A interrupção dos serviços de saúde reprodutiva e materna levou a consequências graves. Mulheres que precisavam de cuidados pré-natais, exames de rotina e acompanhamento médico tiveram dificuldade em acessar esses serviços devido às restrições e à sobrecarga dos sistemas de saúde. Isso resultou em diagnósticos tardios de complicações, redução das intervenções médicas

necessárias e aumento da mortalidade materna. As medidas de confinamento e a pressão sobre os sistemas de saúde levaram a um aumento no estresse, ansiedade e depressão entre as mulheres grávidas e puérperas. A falta de suporte social e emocional adequado durante esse período pode ter contribuído para um maior risco de complicações de saúde mental e piora da saúde materna em geral (Zhou *et al.*, 2020).

É importante destacar que o impacto da COVID-19 na mortalidade materna não se limita apenas aos países em desenvolvimento. Mesmo em países com sistemas de saúde organizados e de alta complexidade, a pandemia sobrecarregou os recursos disponíveis e desencadeou impacto negativo para a prestação de cuidados maternos.

Sendo essencial assim, que os governos e as organizações de saúde garantissem o acesso contínuo e seguro a serviços de saúde materna durante a pandemia. Isso inclui a implementação de medidas de segurança em hospitais e centros de saúde, o fortalecimento dos sistemas de referência e encaminhamento, e o fornecimento de informações claras e confiáveis às mulheres sobre como buscar cuidados durante a pandemia (Zhou *et al.*, 2020).

A pandemia por COVID-19 apresentou para a saúde materna em todo o mundo, e a África não foi exceção, uma situação com impacto nas mortes maternas causadas por hemorragia durante esse período.

A pandemia de COVID-19 exacerbou ainda mais essa situação, criando obstáculos adicionais para o manejo adequado da hemorragia pós-parto e a prevenção de mortes maternas relacionadas. A pandemia demandou recursos e atenção significativos, levando a uma redução na capacidade de resposta aos casos de hemorragia pós-parto. Os serviços de saúde foram redirecionados para lidar com a pandemia, resultando em menos recursos disponíveis para o atendimento materno (Brasil, 2021).

Além disso, as medidas de restrição implementadas para conter a propagação do vírus, como o distanciamento social e as restrições de movimento, dificultaram o acesso das mulheres grávidas a serviços de saúde essenciais. O transporte limitado e a falta de disponibilidade de ambulâncias atrasaram a chegada das mulheres aos centros de saúde, onde pudessem receber tratamento adequado para a prevenção e controle da hemorragia pós-parto (WHO, 2020). A interrupção

das cadeias de suprimentos e a escassez de medicamentos também afetaram negativamente o manejo da hemorragia pós-parto. Medicamentos essenciais, como ocitocina e ácido tranexâmico, que são usados para controlar a hemorragia, foram exemplos disto. Além disso, a COVID-19 também levou a um declínio no número de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados. Medo de infecção, falta de pessoal médico disponível e outras barreiras relacionadas à pandemia levaram as mulheres a recorrer a partos em casa ou com parteiras não treinadas, aumentando o risco de complicações, incluindo a hemorragia pós-parto (Wen; Sun; Xing, 2020).

Assim, é essencial que os governos e as organizações de saúde em África adotem medidas específicas para garantir a prevenção e o manejo adequado da hemorragia pós-parto, inclusive durante uma pandemia. Isso inclui o fortalecimento dos sistemas de saúde para garantir que os serviços essenciais de saúde materna estejam disponíveis e acessíveis, mesmo em tempos de crise. Investir em treinamento e capacitação de profissionais de saúde para garantir que eles possam identificar e tratar prontamente casos de hemorragia pós-parto. Além disso, é necessário garantir o acesso contínuo a medicamentos essenciais e equipamentos necessários para o manejo da hemorragia pós-parto. É fundamental que os esforços sejam feitos para prevenir as mortes maternas por hemorragia e garantir que as mulheres recebam a atenção e o cuidado necessários durante a gravidez, o parto e o pós-parto, mesmo em tempos de crise (WHO, 2020).

A República de Angola é um país de clima tropical, situado na África Austral. Possui uma superfície de 1.246.700 Km² e uma população estimada em 26 milhões de habitantes, com uma densidade média de 15,5 habitantes por Km². A taxa de fecundidade é de seis filhos por mulher, com 48% da população menor de 15 anos. Com uma história marcada por conflitos, independência e reconstrução, a sociedade angolana tem enfrentado problemas de diferentes naturezas, mas também tem mostrado resiliência e progresso ao longo do tempo.

Após conquistar a independência de Portugal em 1975, Angola mergulhou em uma guerra civil que durou cerca de 27 anos. Esse conflito teve um impacto negativo na sociedade.

O crescimento médio anual da população foi de 2,9%. Administrativamente, o país está dividido em 18 Províncias, 161 Municípios e 519 Comunas e encontra-se num processo de descentralização político-administrativo. Apesar do crescimento

econômico, 37% da população continua a viver abaixo da linha de pobreza, contra 62,2% em 2005. De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2013, o país situa-se em 148º lugar num ranking de 186 países com o IDH estimado em 0,508 (WHO, 2018).

Observou-se significativos avanços no cuidado obstétrico no Século XX, porém, a morbidade e a mortalidade materna ainda ocorrem durante todo o ciclo gravídico puerperal e muitas das vezes associadas à qualidade dos serviços de saúde no mundo. É reconhecido que, em muitos países, as informações não são fidedignas acerca das causas de mortalidade

materna, o que inviabiliza analisar a tendência da morbimortalidade. Assim, a organização de recursos assistenciais, o planejamento e a avaliação são fundamentais para o alcance da quinta meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (Hogan *et al.*, 2010). De acordo com a agenda 2030 no seu quinto objetivo, os membros devem reduzir a taxa de mortalidade global para menos de 70 mortes por cada 100.000 nascidos vivos (United Nations, 2015). Cabe destacar que cada País poderá obter ou não este índice, lembrando que os países desenvolvidos já superaram este limite.

A Hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda de sangue acima de 500 ml, mensurada até 24 horas após o parto; depois desse intervalo de tempo, a mensuração dessa quantidade é mantida, mas definida como HPP tardia. Estima-se que a perda de até 500 ml de sangue em mulheres saudáveis não repercute de maneira negativa, porém quando excede essa quantidade, se não controlada, pode ser fatal.

A HPP primária ocorre durante as primeiras 24 horas e é mais provável que resulte em morbidade e mortalidade maternas, enquanto a hemorragia secundária se refere à hemorragia que aparece de 24 horas a seis semanas após o parto.

De modo geral, a HPP pode ser classificada em decorrência de um ou mais dos seguintes eventos: alteração do tônus uterino (atonía), tecido placentário ou coágulos sanguíneos retidos e laceração do aparelho genital ou coagulopatia. Quanto à prevenção da HPP, os procedimentos se iniciam com a avaliação da mulher acerca do seu perfil de risco, a fim de que seja dimensionada a resposta às complicações, pois isso pode impedir que um pequeno sangramento se transforme em uma grave hemorragia, que se constitui numa das complicações do terceiro

período do trabalho de parto. Contudo, após a expulsão do feto, quando se inicia o terceiro período do parto, com o descolamento da placenta da parede uterina seguido de sua saída pelo canal do parto, pode ocorrer até mesmo um sangramento maior que o esperado. Portanto, é fundamental conhecer a fisiologia do parto e a condição clínica da mulher, assim como as intercorrências havidas durante o período gravídico e também no puerperal anterior. A prevenção da HPP exige preparação da equipe para a utilização de protocolos com abordagem multidisciplinar que devem envolver a manutenção da estabilidade hemodinâmica, enquanto, simultaneamente, identifica-se e trata-se a causa da perda de sangue. Requer, portanto, reconhecimento precoce e ação coordenada rápida para assegurar a prevenção da HPP (Angarita *et al.*, 2023; Martins; Souza; Arzuaga-Salazar, 2013; Briley *et al.*, 2014; Rangel *et al.*, 2019; Wetta *et al.*, 2013; Corvino *et al.*, 2020).

A ocorrência da morte materna no contexto mundial é empregada para analisar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, as circunstâncias de ocorrência, a desigualdade social e para a avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma população (Laurenti; Mello Jorge; Gotlieb, 2008).

Embora existam tecnologias disponíveis para auxiliar na redução das mortes maternas (Campbell; Graham, 2006), há disponibilidade limitada e má qualidade dos serviços. A Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que isto desencadeia ou causa mortes maternas no mundo. Destas mortes, 85% ocorrem na África Subsaariana (56%) e no sul da Ásia (29%). No mundo, no ano de 2008, mais da metade de todas as mortes maternas foram registradas em seis países: Afeganistão, República Democrática do Congo, Etiópia, Índia, Nigéria e Paquistão (WHO, 2012), a maior parte destas no momento do parto ou no puerpério (Ronsmans; Graham; Lancet Maternal..., 2006).

Esforços governamentais para a redução da mortalidade materna ainda apresentam resultados insuficientes. Alguns dos principais fatores que contribuem para a morte materna em Angola incluem a falta de acesso a serviços de saúde adequados, especialmente em áreas rurais e remotas, onde as infraestruturas de saúde são escassas ou mesmo inexistentes. Além disso, a falta de profissionais de saúde qualificados e treinados, especialmente parteiras, dificulta o atendimento seguro durante as longas distâncias que as mulheres percorrem para conseguir

apenas agendamento, esse tem sido um dos fatores que desmotivam de alguma forma a adesão às consultas de pré-natal. Geralmente esse tem sido o principal motivo das mulheres Angolanas realizarem seus partos ao Domicílio, somente com ajuda da família que, em sua maioria, não possuem qualificação para exercer tal prática (Angola, 2012; USAID, 2014). Além disso, há falta de conhecimento sobre os cuidados de pré-natal, sinais de complicações durante a gravidez e como procurar ajuda médica e isto pode levar a atrasos no atendimento e agravar a situação (Angola, 2015).

No entanto, é importante destacar que o governo angolano, em parceria com organizações internacionais e não governamentais, tem implementado várias iniciativas para melhorar a saúde materna no país. Isso inclui a expansão do acesso a serviços de saúde, o treinamento de profissionais de saúde e a promoção da conscientização sobre cuidados maternos. Embora ainda haja muito trabalho a ser feito, é esperado que essas medidas contribuam para a redução da morte materna em Angola, pela garantia que as mulheres recebam cuidados adequados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (Angola, 2015). Apesar dos investimentos, ainda observam-se: falta de parcerias e comunicação entre serviços de atenção básica e hospitalares e, também, falta de garantia de leito hospitalar para o parto.

A razão da mortalidade materna é um dos indicadores para avaliar o desenvolvimento humano, econômico e social de uma população, também é utilizada na avaliação da saúde materno-infantil, refletindo diretamente a qualidade do cuidado prestado às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2004).

Cabe destacar que a maioria das mortes ocorridas durante a gravidez e no parto registradas anualmente é evitável (Tsu; Shane, 2004).

A Razão da Mortalidade Materna (RMM) varia de um país para outro, mas, as causas, em geral, são principalmente: hemorragia (25% das mortes maternas), sepse (15%), complicações de aborto (13%), eclâmpsia (12%) e trabalho de parto obstruído (8,0%); e podem estar associadas entre si. Portanto, para reduzir os valores da razão de mortalidade materna é necessária a modificação do desempenho dos profissionais de saúde (Souza *et al.*, 2010). Cerca de três quartos das mortes maternas no Brasil resultam ainda de causas obstétricas diretas e evitáveis, por complicações hipertensivas e hemorrágicas.

A partir do entendimento de que a razão de mortalidade materna é determinada pelas condições sociais e econômicas foi construída uma proposta política como uma das metas a serem conquistadas no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODM foram definidos pelas Nações Unidas, cuja proposta no ano 2000 foi subscrita pelos governos de mais de 180 países. Assim, um conjunto de metas passou a ser buscado (com intensidade variável) pelos países signatários entre os anos 2000 e 2015 visando ao desenvolvimento social e à erradicação da extrema pobreza (Angarita *et al.*, 2023).

A realidade requer a estimativa de magnitude (RMM) e do monitoramento das tendências, é fundamental fazer a distinção entre as causas diretas de morte obstétrica – aquelas resultantes de complicações da gestação, parto e puerpério, geralmente relacionadas a intervenções obstétricas, falta ou inadequação do tratamento, ou à cadeia de eventos que podem decorrer destes –, e as causas indiretas de morte obstétrica – que resultam de doenças prévias ou desenvolvidas no decorrer da gestação e que podem ser agravadas por essa condição. A identificação dos pontos frágeis da assistência, no pré-natal ou durante a internação nas maternidades, é necessária para definir as melhores estratégias de redução das mortes maternas (WHO, 2019). As causas de morte materna cujos códigos estão definidos na 10a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) podem ser encontrados no Grupo XV (Mendonça *et al.*, 2022; OMS, 2012).

Angola, faz fronteiras com a República do Congo e República Democrática do Congo (ao Norte), República de Zâmbia ao leste, ao sul com a República da Namíbia, e a oeste com o Oceano Atlântico (CPLP, 2017). Atualmente encontra-se em fase de reabilitação nacional, recuperação e desenvolvimento econômicos. Com amplas zonas fronteiriças, tem movimentação intensa. Os problemas do setor de saúde continuam a ter como foco a redução da mortalidade materna e o controle das doenças, com ações direcionadas para a melhoria da atenção materna redução da transmissão vertical do HIV, redução da taxa de incidência da tuberculose, malária e doenças negligenciadas (CPLP, 2017). Há desigualdades no desenvolvimento das regiões e grande pressão demográfica com movimentos migratórios internos para os centros urbanos mais equipados desencadeando sobrecarga nos serviços públicos disponíveis (Angola, 2015). Há ainda, altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil que, de certo modo, são resultado de serviços de qualidade insuficiente,

associados a sistemas de saúde fracos, que não conseguem responder às necessidades reais da população. A cobertura dos serviços de saúde pública é de 58%, nas zonas rurais apenas 24% tem acesso aos serviços de saúde num raio até 5 Km de onde vivem, em contraste com uma percentagem de 63% nas zonas urbanas. São 0,8 leitos hospitalares para cada 1000 pessoas, com 0,17 médicos para cada 1000 pessoas (CPLP, 2017).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola baseia-se no Programa de Prestação dos Cuidados Primários e na Assistência Hospitalar, composto por cinco subprogramas: promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, operacionalização da prestação de cuidados e serviços, segurança transfusional, gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios e a assistência pré-hospitalar. Este sistema enfrenta problemas, em especial com a insuficiente cobertura sanitária, a precária manutenção das Unidades de Saúde e o frágil sistema de referência e contrarreferência. Também, há reduzida expressão quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e técnicos de saúde e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas, fragilidades e rupturas no Sistema Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação, escassez de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento e baixo acesso à água potável, saneamento e energia (WHO, 2017).

Neste sentido, o atendimento profissional de Enfermagem em Angola apresenta falta de ações de atenção primária à saúde, tais como: educação em saúde para a comunidade, vacinação, visitas domiciliares, saúde da mulher e outras, aliados a falta de conhecimento da população sobre a própria saúde e consequentemente o déficite de autocuidado (Acioli *et al.*, 2014). Por esse motivo tem sido comum as pacientes recorrerem à medicina natural ou alternativa para tratarem várias doenças. O mau atendimento nos hospitais e a falta de dinheiro para aquisição de medicamentos são algumas das razões pelas quais cidadãos optam por outros tipos de tratamento. Neste contexto, a falta de visitas domiciliares prejudica o vínculo entre enfermeiros e comunidade, e consequentemente da atenção primária à saúde.

A RMM foi de 450/100.000 nascidos vivos. Estima-se que a proporção de mortes entre mulheres em idade reprodutiva atribuídas a causas maternas seja de 13,1%, indicando a alta carga de mortalidade materna no país. A pobreza, a

discriminação de direitos entre homens e mulheres e a falta de poder de decisão das mulheres em relação à sua própria saúde e bem-estar, podem contribuir para um maior risco de mortalidade materna. Mulheres em situações vulneráveis muitas vezes não têm recursos para procurar assistência médica adequada e, também, porque enfrentam barreiras culturais que as impedem de receber cuidados de saúde adequados. Além disso, complicações médicas durante a gravidez e o parto, como hemorragias graves, infecções, pré-eclâmpsia e complicações relacionadas à cesariana, também contribuem para a mortalidade materna. Embora algumas dessas complicações sejam inevitáveis e imprevisíveis, a disponibilidade de serviços médicos adequados, equipamentos e pessoal treinado pode ajudar a reduzir o risco de morte materna (WHO, 2019).

Aponta-se a modificação de desempenho do profissional de saúde como uma das medidas fundamentais para a diminuição da mortalidade materna. Os autores referem que, apesar de todos os avanços conseguidos pelo Brasil desde a década de 1990, a redução da mortalidade materna ainda é insuficiente. Um agravante é que cerca de três quartos das mortes maternas no Brasil resultam ainda de causas obstétricas diretas e evitáveis, associadas a complicações hipertensivas e hemorrágicas (Souza *et al.*, 2013). A mortalidade materna é considerada um dos indicadores para avaliar o índice de desenvolvimento humano, econômico e social de uma população, é utilizada na avaliação da saúde materno-infantil, refletindo diretamente a qualidade do cuidado prestado às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2004; Tsu; Shane, 2004).

As mortes maternas são classificadas em: obstétricas diretas, quando estão relacionadas às complicações no ciclo gravídico-puerperal, devido a práticas inadequadas ou omissões; obstétricas indiretas, quando resultam de doenças preexistentes ou que se desenvolveram / agravaram em razão da gravidez; e não obstétricas, quando ocorrem por causas acidentais ou incidenta (Leal *et al.*, 2018; Souza, 1983).

As mortes maternas são, historicamente, mal declaradas nos atestados de óbitos. A ineficiência da informação está relacionada a subnotificações, na declaração da causa da morte pelos médicos; no preenchimento da Declaração de Óbito; e na seleção da causa básica (sub declaração) e ausência de declaração de óbito (sub registro) pelos codificadores apesar das debilidades existentes foram

tomadas algumas estratégias que mencionam em seguida, para a melhoria na qualidade da informação. (1) implantação do Sistema Nacional de Nascidos Vivos; (2) a introdução de variáveis de preenchimento obrigatório na declaração de óbito (Souza; Laurenti, 1987).

Pesquisas dão conta que a morte materna por hemorragia é evitável, incluindo hemorragia anteparto, durante o parto e hemorragia pós-parto. Nos países em desenvolvimento, uma das principais causas de morte materna é a hemorragia do terceiro estágio do parto, afetando cerca de 1% das grávidas (Souza *et al.*, 2013; Martins; Souza; Arzuaga-Salazar, 2013). Embora a Razão de Mortalidade Materna varie de um país para outro, as causas, em geral, são principalmente: hemorragia (25% das mortes maternas), sepse (15%), complicações de aborto (13%), eclâmpsia (12%) e trabalho de parto obstruído (8,0%); e podem estar associadas entre si.

A modificação de desempenho do profissional de saúde é uma das medidas fundamentais para a diminuição da mortalidade materna, sendo essencial a qualidade da atenção obstétrica e que em Angola é fundamental transformar o comportamento dos profissionais de saúde no sentido a aderir às práticas baseadas em evidências. É uma atividade de todo profissional, não é uma questão de aguardar a intervenção do Ministério da Saúde, é necessária mobilização de todos os envolvidos na redução da mortalidade materna, incluindo o Governo, as Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, as Universidades, os profissionais de saúde, as mulheres/consumidoras de serviços de saúde e a sociedade civil em geral (Souza *et al.*, 2010).

Existem várias tecnologias disponíveis para auxiliar na redução das mortes maternas (Campbell; Graham, 2006), mas há disponibilidade limitada e má qualidade dos serviços, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a maior parte no momento do parto ou no puerpério (Ronsmans; Graham; Lancet Maternal Survival..., 2006). A implementação de tecnologias na área da saúde tem sido um avanço significativo nos últimos anos, pois a integração de sistemas digitais e dispositivos inovadores tem o potencial de melhorar o diagnóstico, tratamento e cuidados em geral. Assim, a HPP representa um indicador de qualidade para os cuidados obstétricos. E mais: existem evidências de que a incidência de HPP está aumentando em países de alta renda (Ford *et al.*, 2007; Knight *et al.*, 2009; Ramler *et al.*, 2017).

As tecnologias têm desempenhado um papel importante que é a otimização dos serviços ,isso resulta em uma comunicação fluida entre os profissionais de saúde e um histórico mais completo e preciso do paciente (Souza *et al.*, 2010). A implementação das tecnologias na saúde tem o potencial de revolucionar a forma como cuidamos da saúde, respeitado os requerimentos éticos e de segurança, essas tecnologias podem melhorar significativamente a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos pacientes.

Portanto, realizar adaptação transcultural do Instrumento de Rangel para prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto contribuirá para planejar as intervenções de enfermagem na Província do Huambo, Angola e, por conseguinte, contribuirá para reduzir a razão da mortalidade materna.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral da Tese

Realizar adaptação transcultural do Instrumento de Rangel® para prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto na Província do Huambo, Angola.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os fatores de risco para a hemorragia no terceiro período do parto, descritos na literatura, no período de 2000 a 2021;
- Descrever o processo de adaptação transcultural do instrumento;
- Validar a aparência e o conteúdo do instrumento integrante do processo de adaptação transcultural.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Instrumentos contribuem para a melhoria na prática clínica do Enfermeiro Obstetra e para a redução da morte materna no terceiro período do parto?

1.3 TESE DEFENDIDA

Neste estudo assume-se a tese de que os enfermeiros obstetras contribuem para a redução da mortalidade materna e na prática clínica necessitam de instrumentos fundamentados em evidências científicas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A RMM e suas causas se constituem em indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população; vista que quase a totalidade das mortes é evitável e ocorre em sua maioria em países em desenvolvimento (Nyfløt *et al.*, 2017a; Rosenfield; Maine, 1985). A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbimortalidade materna em todo o mundo. HPP é definida como perda de sangue acima de 500 ml, medida até 24 horas após o parto, enquanto essa quantidade de perda de sangue após 24 horas é definida como HPP secundária. A perda de sangue de até 500ml entre mulheres saudáveis não acarreta muitas consequências negativas; no entanto, a perda de sangue não controlada acima de 500ml pode ser fatal (Briley *et al.*, 2014; Rangel *et al.*, 2019).

A hemorragia é a causa evitável de morte materna com maior frequência no mundo. No Brasil, no período de 1997-2009, a mortalidade materna por hemorragia esteve associada as seguintes causas: Gravidez ectópica; Sangramento no início da gravidez; Malformações da placenta; Placenta prévia; Descolamento prematuro de placenta; Hemorragia anteparto; Hemorragia intraparto; Hemorragia pós-parto (Souza *et al.*, 2013; Rangel *et al.*, 2019).

É considerado importante explorar as causas da hemorragia, porque hemorragia é apenas um sintoma. Portanto, é a causa subjacente, como exemplo atonia uterina ou descolamento da placenta, que se apresenta com hemorragia, mas cada uma dessas condições tem sua etiologia. O risco de hemorragia aumenta em casos de gestações múltiplas, polidrâmios, macrossomia, trabalho de parto precipitado ou prolongado, corioamionite ou simplesmente a incapacidade de contrair a musculatura uterina, devido ao uso de tocolíticos ou anestesia geral. Isso também é importante porque, para prevenir, controlar ou intervir de forma eficaz em uma hemorragia obstétrica é necessário conhecer a causa subjacente (Souza *et al.*, 2013; Rangel *et al.*, 2019).

A prevenção e o controle da hemorragia devem ser iniciados no pré-natal. Requer profissionais competentes para proceder a avaliação clínica adequada e, para classificar o grau de risco no qual a mulher está exposta. A gravidez, embora se tratando de um processo fisiológico e dependendo da história de vida da mulher, ela

pode alcançar graus de risco variados. O risco é aumentado quando da justaposição de vários fatores como: idade, eventos adversos em gestações anteriores, gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia fetal, grande multiparidade, obesidade e hipertensão. A gravidade pode ser expandida também pela assistência que lhe é prestada, seja no pré-natal, parto e pós-parto, associada a infraestrutura dos serviços, a preparação dos profissionais, as distâncias e acessos às unidades de terapia intensiva (UTI) (Neary *et al.*, 2021; Rangel *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2013).

Os óbitos maternos são em sua maioria evitáveis, e se constituem em marcadores do nível de desenvolvimento socioeconômico de uma Nação. A maioria destas mortes poderia ser evitada por melhorias de acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados de saúde. Embora a RMM varie de um país para outro, as causas em geral, são principalmente: hemorragias (25% das mortes maternas), sepse (15%), complicações de aborto (13%), eclampsia (12%) e trabalho de parto obstruído (8,0%); e podem estar associadas entre si (Tsu; Shane, 2004; Szwarcwald *et al.*, 2014).

Rosenfeld e Maine (1985) registraram ser difícil entender porque a mortalidade materna, cuja maioria das causas é evitável, não recebe a devida atenção dos profissionais de saúde e dos formuladores de políticas e políticos. Entre os profissionais, cabe destaque aos obstetras, que têm sido particularmente negligentes a respeito da redução da mortalidade materna. Inclusive a maioria dos obstetras se concentra em subespecialidades que colocam ênfase em alta tecnologia (Rosenfeld; Maine, 1985).

Portanto, é importante realizar esta pesquisa que vai ao encontro da Agenda 2030, no contexto dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015; Souza, 2015).

2.1 A ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A adaptação de instrumentos na área da Enfermagem tem ganho espaço, no âmbito da pesquisa científica, como ferramenta de suporte para a prática clínica e para o desenvolvimento da ciência. A tradução e adaptação de uma ferramenta de uma língua para outra requer rigor metodológico. Assim, os pesquisadores devem

atuar com impessoalidade e observância ao método que se propõem utilizar, cumprindo o passo-a-passo de tradução e adaptação transcultural de forma que os valores refletidos por um instrumento e os significados de seus componentes se mantenham equivalentes entre um idioma, cultura e outras recomendações técnicas.

O aumento de estudos multinacionais e multiculturais fomentou a necessidade de adaptar os instrumentos de pesquisa para aplicação em língua diferente da versão original. A maioria dos questionários e escalas é desenvolvida em países de língua inglesa, e mesmo nesses países, os pesquisadores devem considerar as populações imigrantes em suas pesquisas, especialmente quando a exclusão dessas pessoas possibilitar um viés sistemático (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993). Além disso, pesquisadores precisam realizar adaptação transcultural de instrumentos devido a necessidade de comparar os resultados de seus estudos com os encontrados em outros países, e, especialmente, para economizar recursos, tempo, que seriam gastos na elaboração de novos instrumentos (Ferreira *et al.*, 2014). Esse contexto tem fomentado um aumento considerável no número de estudos de ATC. Segundo Van de Vijver (2009) entre os anos 1970 e o fim dos anos 1990 estima-se que a quantidade de estudos de ATC aumentou aproximadamente 350%. Para utilizar um instrumento em culturas diferentes, é necessário que seja alcançada equivalência entre as versões original e a adaptada.

Segundo o European Group on Health Outcomes (ERGHO) é necessário alcançar as equivalências conceitual e linguística e realizar avaliação das propriedades psicométricas, quando viável, para considerar a nova versão com equivalência cultural (Hutchinson; Bentzen; König-Zahn, 1997). O processo de ATC possui dois componentes essenciais, que podem ser realizados de forma combinada ou não: a tradução literal de palavras individuais e de sentenças, de uma língua para outra e a adaptação, no que diz respeito ao idioma, cultura, contexto e estilo de vida da população alvo (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

Nestes casos, é necessária a adaptação transcultural na preparação e aplicação dos questionários, já que sua validade não depende somente de tradução mas, também, da contextualização ao novo cenário cultural (REICHENHEIM; MORAES, 2007; NUNES, 2014).

A referência mais antiga revisada neste trabalho foi publicada no ano de 1993 (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993), trazendo a proposta de operacionalizar

a ATC nas seguintes etapas: tradução, síntese retrotradução, revisão por comitê, pré-teste, submissão e aprovação (Beaton *et al.*, 2007; Reichenheim; Moraes, 2007; Borsa; Damasio; Bandeira, 2012).

2.1.1 1ª Etapa - Tradução

A primeira etapa foi de preparação, momento em que a pesquisadora construiu um *check list*. Assim sendo, foi realizada uma leitura do instrumento com a finalidade de aferir o desfecho, revisar na literatura local a existência de um instrumento idêntico ou semelhante para a validação. Em termos conceituais, foi verificado se houve equivalência entre o instrumento e os valores culturais da população alvo. Validar se há conhecimento e permissão da equipe que criou o instrumento original para ser adaptado na cultura alvo.

Também, considera-se importante certificar nesta fase se os pesquisadores da cultura alvo têm consciência das etapas subsequentes da ATCI (Quadro 1) (Fortes; Araujo, 2019). Todavia, convém destacar a importância de haver autorização do autor do instrumento original para a adaptação transcultural, uma vez que a publicação de um instrumento envolve direitos autorais, sob pena de transtornos judiciais pela publicação da versão adaptada não autorizada (Wild *et al.*, 2005).

Quadro 1 - Etapas da Adaptação Transcultural.

Etapa 1: Preparo	
1. Há na literatura local instrumento validado disponível para aferir os mesmos desfechos?	SIM () NÃO ()
2. Há na literatura local ATC do instrumento de interesse já validado?	SIM () NÃO ()
3. Há equivalência conceitual entre o instrumento a ser adaptado e os valores culturais da população-alvo?	SIM () NÃO ()
4. Há ciência e permissão da equipe que construiu o instrumento original para a ATC na cultura-alvo?	SIM () NÃO ()
5. Os pesquisadores da cultura-alvo tem ciência das etapas subsequentes da ATC e possuem recursos para finalizá-la?	SIM () NÃO ()
Etapa 2: Tradução	
1. Há pelo menos dois tradutores envolvidos no processo de ATC?	SIM () NÃO ()
2. Esses tradutores possuem o perfil desejável para o processo de ATC?	SIM () NÃO ()
2.1. São nativos da cultura-alvo?	SIM () NÃO ()
2.2. Pelo menos um deles reside no país da cultura-alvo	SIM () NÃO ()

(Continua)

Quadro 1 - Etapas da Adaptação Transcultural.

(Continua)

2.3. Um dos tradutores possui conhecimento técnico sobre o assunto e o outro é leigo?	SIM () NÃO ()
3. Todo processo de tradução foi registrado por escrito?	SIM () NÃO ()
4. Os tradutores trabalharam independentemente entre si?	SIM () NÃO ()
5. Os equivalência semântica?	SIM () NÃO ()
Etapa 3: Conciliação das Traduições	
1. As duas versões traduzidas (T1 e T2) foram conciliadas para uma única versão (T12)?	SIM () NÃO ()
2. Possíveis discrepâncias entre as duas versões (T1 e T2) foram resolvidas?	SIM () NÃO ()
Etapa 4: Retrotradução	
1. O(s) retrotradutor(es) é(são) nativo(s) na língua original do documento e fluente(s) na língua alvo?	SIM () NÃO ()
2. O(s) retrotradutor(es) é(são) leigo(s) em relação ao conhecimento técnico envolvendo o questionário?	SIM () NÃO ()
3. O(s) retrotradutor(es) está(ão) cego(s), sem acesso ao questionário original?	SIM () NÃO ()
4. Pelo menos uma retr'adução foi produzida a partir da versão conciliada?	SIM () NÃO ()
Etapa 5: Revisão	
1. Foi constituído comitê multidisciplinar ou eleito um representante da equipe que construiu o documento original para comparar as versões original e adaptada?	SIM () NÃO ()
2. Se há comitê multidisciplinar, há metodologista, profissional de saúde, linguista, todos os tradutores e retrotradutores e os registros do processo de tradução?	SIM () NÃO ()
3. Possíveis discrepâncias foram resolvidas através de técnicas estruturadas?	SIM () NÃO ()
5. Após a revisão, foram reavaliadas as equivalências semântica, idiomática, experiência e conceitual entre versões original e adaptada?	SIM () NÃO ()
6. A técnica de descentralização foi usada?	SIM () NÃO ()
Etapa 6: Pré-teste	
1. O projeto de ATC foi submetido ao CEP?	SIM () NÃO ()
2. A versão revisada do questionário foi testada e com amostra de 30 a 40 pessoas?	SIM () NÃO ()
3. As dificuldades, dúvidas dos respondentes em relação ao questionário foram observadas e registradas?	SIM () NÃO ()
7. Em caso de necessidade de mudanças na versão testada, houve re-testagem?	SIM () NÃO ()
5. Possíveis erros de gramática, ortografia, digitação e formatação foram observados e corrigidos?	SIM () NÃO ()
Etapa 7: Validação	
1. Testes psicométricos foram utilizados para validação do questionário adaptado?	SIM () NÃO ()
2. Todo processo foi descrito e registrado por escrito?	SIM () NÃO ()
3. Este documento foi submetido à equipe de construção do questionário original?	SIM () NÃO ()
8. Este documento foi submetido à publicação para divulgação científica?	SIM () NÃO ()

Fonte: Beaton *et al.*, (2007).

2.1.2 2ª Etapa - Síntese e Retrotradução

Depois da primeira etapa concluída a equipe de adaptação transcultural passará para fase de tradução. A maior parte dos autores revisados em ATC recomenda que a versão para a cultura-alvo seja feita por pelo menos dois tradutores e que eles devem ser nativos da cultura-alvo (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993). Não há consenso se ambos os tradutores devam residir no país da cultura-alvo, mas é recomendável que pelo menos um resida (Wild *et al.*, 2005).

O processo de cada tradução deve ser independente e registrado por escrito (Eremenco; Cella; Arnold, 2005). Quando a conciliação acontece entre tradutor 1 e 2 é recomendado um observador externo para sintetizar por escrito a versão final conciliada.

Há três diferentes formas de conciliação: 1) Por meio de comitê envolvendo um coordenador de tradução do país-alvo, todos os coordenadores e tradutores do projeto; 2) Um nativo da língua-alvo independente, que não tenha se envolvido no processo inicial de tradução; 3) Um componente da equipe de ATC, deve ser residente do país alvo que pode ter sido um dos tradutores e que conduzirá o pré-teste e o interrogatório cognitivo (Beaton *et al.*, 2007).

Dependendo da estratégia escolhida pela equipe, o principal objetivo desta etapa é encaminhar uma versão para a retrotradução que não reflita apenas as opiniões pessoais de um tradutor, mas que seja resultado de versões discutidas e pensadas à luz dos objetivos do questionário original (Beaton *et al.*, 2007).

A retrotradução ou revisão é uma etapa para controlar a qualidade da tradução, em que se espera ser possível reverter o questionário para o original a partir da tradução conciliada, sem que haja perda de significado no processo (Berry *et al.*, 1992).

2.1.3 3ª Etapa - Revisão pelo Comitê

Após a Etapa 2 concluída, a equipe de Adaptação Transcultural teve em mãos as duas traduções diferentes, que foram sintetizadas em uma única versão encaminhada para a Etapa 3. A conciliação das traduções, ou seja, a síntese das

traduções em uma versão com possíveis discrepâncias resolvidas, pode ser realizada por um terceiro tradutor ou entre os tradutores (Eremenco; Cella; Arnold, 2005; Beaton, 2007).

Portanto, entende-se que, quando a conciliação acontece entre T1 e T2, recomenda-se um observador externo para sintetizar por escrito a versão final conciliada. Qualquer que seja a estratégia escolhida pela equipe de ATC, o objetivo desta etapa é encaminhar uma versão para a retrotradução que não reflita apenas as opiniões pessoais de um tradutor, mas que seja resultado de versões discutidas e pensadas à luz dos objetivos do instrumento original.

2.1.4 4ª Etapa – Retro-tradução

Tendo o instrumento pronto para o pré-teste, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos com coleta de dados primários é fundamental submeter o Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Somente após a aprovação pelo mesmo comitê pode-se seguir para os outros passos e é recomendado testar a versão revisada com a população alvo para procurar possíveis dificuldades de compreensão. Nesta fase confirmou-se a equivalência semântica e equivalência operacional (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

2.1.5 5ª Etapa - Submissão e Aprovação

Esta etapa do processo de adaptação transcultural consiste na aferição das propriedades psicométricas do instrumento adaptado e na submissão de todo o registro do processo para aprovação da equipe de autoria do instrumento original, sua publicação e apresentação para a comunidade científica (REICHENHEIM; MORAES, 2007; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

2.2.5 6ª Etapa - Pré-teste

Esta fase foi realizada, com a população alvo, da versão pré-final do instrumento, resultante do trabalho do Comitê de especialistas, conforme recomendação dos autores de referência neste estudo (Beaton *et al.*, 1997, 2000, 2002, 2007). O objetivo desta fase foi verificar a validade de face ou seja, a avaliação da compreensão verbal sobre os itens, questões e/ou as opções de resposta da versão pré-final, pela população alvo da pesquisa (Guillemin *et al.*, 1993). A população alvo do pré-teste foi composta por enfermeiros especialistas envolvidos diretamente na assistência ao parto e alojamento conjunto (Puerpério) O pré-teste do instrumento de Rangel®, foi realizado no Hospital Geral do Huambo/Angola em unidades de assistência puerperal e obstétrica sendo a unidade maior e única de alta complexidade.

2.2.6 7ª Etapa -Validação

SUJEITOS PARTICIPANTES NO PROCECESSO DE APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RANGEL®.

Participaram desta fase as puérperas que foram acompanhadas pelos enfermeiros especialistas. Puerperas estas que tiveram partos indepente da via e paridade, internadas em qualquer fase do Puerpério, que apresentaram hemorragia no terceiro período do parto, exceto aquelas com menos de 12 horas pós-parto. Além dessas, também foram incluídos enfermeiros responsáveis pela assistência puerperal na instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, com experiência de pelo menos um (1) ano na área, e carga horária de trabalho mínima de 20 horas semanais.

Durante a adaptação, na maioria das questões do instrumento foi mantida uma linguagem técnica, considerando a terminologia utilizada e compreendida pelos profissionais de saúde. Portanto foram integrados para a amostra 104 puérperas e 20 enfermeiros responsáveis pela assistência direta às puérperas e seus recém-nascidos, seguindo as recomendações de Beaton e colaboradores (2000).

3 MÉTODO

A presente Tese foi construída com dois eixos: O primeiro, uma revisão sistemática sem metanálise. O segundo, uma pesquisa teórico-metodológica com suporte de de Beaton@ *et al.*, (2002, 2007). Assim, possibilitou conhecer a realidade dos fenômenos a luz da literatura mundial e, também a Adaptação Transcultural e a Validação do Instrumento de Rangel@ para a realidade da Província do Huambo, Angola.

Os resultados obtidos servirão de subsídios para educação dos profissionais, como suporte para o planejamento de diretrizes clínicas, para redefinição de políticas públicas e que as ações de cuidado sejam oferecidas com maior segurança para as mulheres.

Os fatores de risco proporcionam também determinar quais mulheres estão em risco de hemorragia pós-parto e, propor diretrizes para os serviços de saúde qualificarem a assistência.

Os fatores de risco que obtiverem maior frequência foram aplicados para completar todo processo de adaptação cultural e a validação para a realidade de Huambo/Angola, do “Instrumento de cuidados para prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto (Rangel, 2019).

3.1 ESTUDO DE REVISÃO

3.1.1 Revisão Sistemática sem Metanálise- Manuscrito 1

3.1.1.1 Etapa 1 - Pergunta de Pesquisa

A Revisão Sistemática sem Meta-análise foi desenvolvida com suporte do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P). O relato da revisão foi realizado em consonância com a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher *et al.*, 2015; Shamseer *et al.*, 2015).

A pergunta de pesquisa para condução da revisão foi estruturada de acordo com o mnemônico PEOS, P- *Populations*: Mulheres com idade entre 10 e 49 anos, em trabalho de parto; E- *Exposure(s)*: fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto O- *Outcome*: mulheres com hemorragia no parto. S- *Study design*: estudos observacionais (caso-controle; e coorte). Portanto, serão incluídos nesta revisão, estudos assim classificados:

- a) Quanto ao tipo de participantes, os que abordam mulheres em trabalho de parto e parto;
- b) Quanto a exposição, os que abordam fatores de risco para hemorragia pós-parto/terceiro período do parto;
- c) Quanto ao desfecho de interesse, mulheres que tiveram hemorragia durante o trabalho de parto; pós-parto/terceiro período do parto, sobreviventes ou que morreram por esta causa;
- d) Quanto ao tipo de estudos, foram selecionados os estudos observacionais, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, e caso controle (Joanna Briggs Institute, 2011; Munn *et al.*, 2015).

Sendo assim foi definida a seguinte pergunta: *Quais os fatores de risco para a hemorragia no terceiro estágio do parto, descritos na literatura no período de 2000 a 2021?*

3.1.2 Etapa 2 - A Procura

Para o planejamento das buscas eletrônicas, foram consultadas as seguintes bases de dados: Searches Embase, BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO Brasil (*Scientific Electronic Library Online Brazil*), PubMed (*National Library of Medicine*) / MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Scopus, Web of Science e CINAHL (*Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*).As diretrizes de busca foram planejadas com auxílio de uma Bibliotecária, do Cobe (Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências UFSC). Considerando-se as características de cada base de dados, optou-se por estratégias de buscas que respeitassem a

especificidade de cada uma (Apêndice A).

Foram utilizados descritores controlados no idioma inglês, português e espanhol, nas possibilidades de plural e singular para cada descritor, além de recuperar seus sinônimos. Para isso foram resgatados termos indexados no Medical Subject Headings (MeSH) como “MeSH terms” e “All Fields”, e também em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como descritores e sinônimos. Além disso, foram adotados nas estratégias de buscas os operadores booleanos AND e OR.

3.1.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Textos completos de estudos primários, escritos em português, inglês ou espanhol foram identificados e recuperados por meio da triagem de títulos e resumos. Dois pesquisadores independentes realizaram a seleção dos artigos, e leitura, primeiramente pelo título e resumo foram selecionados os artigos para leitura do texto completo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos primários, publicados no período de 2000 a 2021, nos idiomas inglês, português ou espanhol que abordem os Fatores de Risco para Hemorragia no Terceiro Período do Parto em estudos observacionais Analíticos: estudos de coorte, caso controle, disponíveis nas bases de dados selecionadas. Foram considerados critérios de exclusão: teses, dissertações, editoriais, revisões integrativas e sistemáticas e estudos qualitativos.

3.1.4 Processo e Ferramentas para Obtenção de Dados

Os artigos identificados foram exportados para o gerenciador de referências, EndNote- X9. Os resultados das buscas nas bases foram exportados para o Rayyan®, uma ferramenta eletrônica que possibilita avaliação independente dos estudos por revisores. Por meio dela também foram identificados os estudos indexados em mais de uma base de dados e removidas as publicações duplicadas (Ouzzani *et al.*, 2016). Os títulos e resumo dos artigos foram analisados por dois

revisores, de modo independente, de acordo com os critérios de elegibilidade.

Para avaliar o nível de concordância entre os revisores foi calculado o coeficiente Kappa, para obter a proporção de concordância entre os pesquisadores, retirando àquelas dadas pelo acaso (Conger, 2017), foi adotada a seguinte classificação: <0,00, pobre concordância; 0,00-0,20, leve concordância; 0,21-0,40, razoável concordância; 0,41 - 0,60, moderada concordância; 0,61 - 0,80, substancial concordância; e 0,81-1,00, quase perfeita (Landis; Koch, 1977).

Os artigos que não obtiverem consenso, entre os dois revisores, foram avaliados por um terceiro pesquisador, para inclusão ou descarte. Os artigos selecionados foram integrados a esta revisão sistemática para leitura do artigo na íntegra e extração de dados.

3.1.5 Etapa 3 - Extração de Dados

Primeiramente, foi construída uma matriz para coleta de dados (Apêndice B). Apenas dados publicados foram extraídos: caracterização do artigo, desenho/método, intervenção, desfecho, resultados, teste estatístico e conclusões. Além disso, foi realizada uma análise dos pares dos dados extraídos. Na terceira etapa, após a leitura dos textos completos, os dados foram sistematizados de todos os estudos incluídos na análise, mediante conciliação dos resultados entre os pesquisadores independentes. Os dados acerca dos resultados dos diferentes estudos incluídos na revisão foram sintetizados em quadros, gráficos e tabelas.

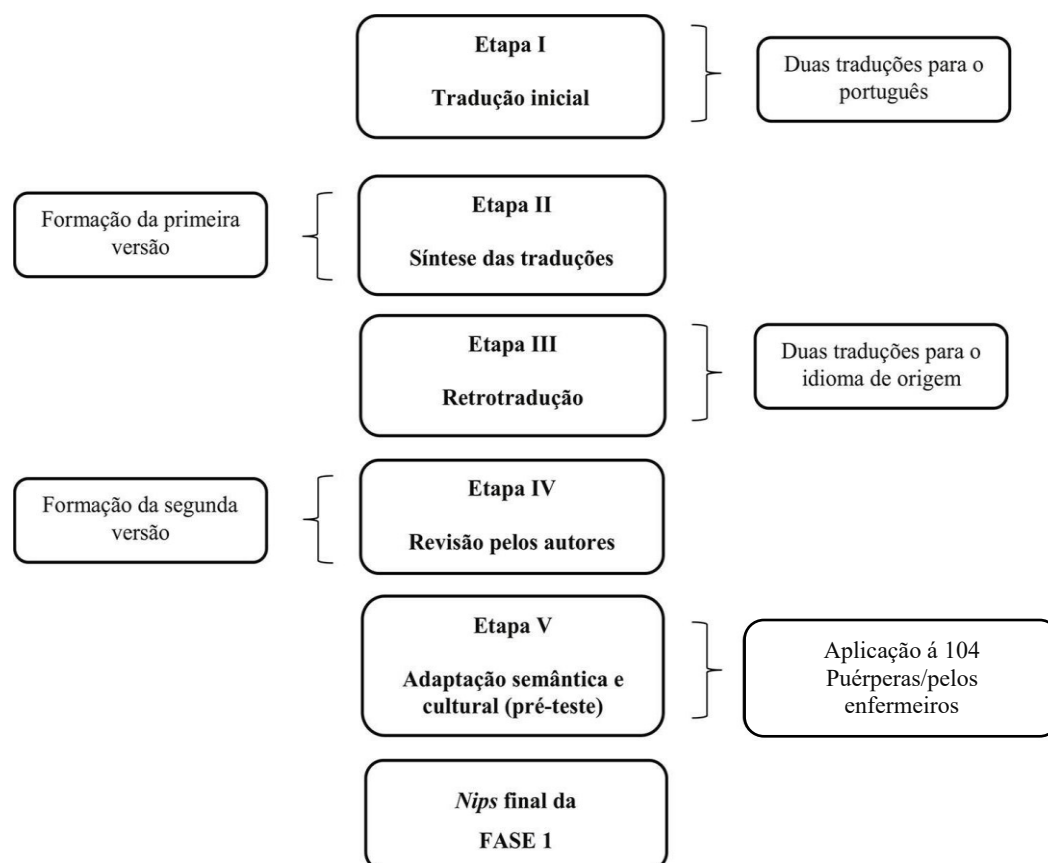
3.2 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL– MANUSCRITO II

O processo de adaptação transcultural vai além da tradução do instrumento, pois outros aspectos precisam ser levados em consideração, como os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução. Este estudo seguirá o modelo que propõe a sequência operacional conforme descrito na figura 1.

Inicialmente, o estudo foi realizado em Angola, na Província do Huambo,

Maternidade do Hospital Geral do Huambo. A aplicação do Instrumento de Rangel adaptado para o português de Angola seguiu-se o esquema apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de Adaptação Transcultural.



Fonte: Adaptado de Beaton *et al.*, (2007).

A aplicação do Instrumento de Rangel® (para prevenção e controle de Hemorragia no Terceiro Período do Parto – Anexos A e B) foi precedida de uma reunião com os experts em obstetrícia, peritos e juízes e a eles foi explicado todo o processo de pesquisa e a importância para a prática clínica da enfermagem no cuidado das mulheres durante o período intraparto. Também foi solicitada autorização de Rangel® para uso do instrumento por ela criado (Apêndices C e Anexo A). A carta convite foi enviada aos peritos locais para a tradução do instrumento à língua portuguesa de Angola e contextualização cultural, por dois tradutores especialistas em língua Portuguesa docentes do Instituto Superior Politécnico da Caála, Huambo/Angola.

Após a conclusão desta etapa foi realizada a síntese do tradutor 1 e 2. Em seguida foi feita a análise dos enfermeiros da área materna e obstétrica. A seguir

ocorreu à validação do Instrumento HTPP por parte de 20 enfermeiros que trabalham na Maternidade do Hospital Geral do Huambo (HGH). Em seguida foi feita a reavaliação das traduções linguística e contextualização cultural do instrumento de Rangel, com aqueles que trabalham na instituição onde se aplicará o instrumento, enquanto no sexto passo servirá para reavaliação das traduções linguística e contextualização cultural do instrumento, o penúltimo passo é o pré-teste de aplicação do instrumento. Este foi aplicado pelos enfermeiros na sala de parto às mulheres que tiveram filhos nascidos vivos, na Maternidade do Hospital Geral do Huambo, independentemente do tipo de parto (vaginal ou cesariana), que a hemorragia já tinha sido controlada. As enfermeiras da sala de parto que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D). Definiu-se como critérios de exclusão: mulheres internadas por cesárea eletiva, mulheres que chegaram em choque na Maternidade e/ou quando o parto não ocorreu na maternidade de estudo.

3.2.1 Etapa I – Tradução Inicial (produção de T1 e T2)

A tradução inicial da versão original do Instrumento de Rangel[@] para o português de Angola foi realizada por dois profissionais bilíngues, ambos possuem como língua materna o português falado em Angola. Um deles possuía conhecimento na área da saúde e conhecimento na área da assistência materna, o segundo quanto ao tema do instrumento. Cada tradutor produziu uma versão traduzida (T1 e T2) de forma independente.

3.2.2 Etapa II – Síntese (produção da versão T1 e T2)

Nesta etapa contamos com a participação da pesquisadora como observadora, a tradutora da primeira versão do instrumento com conhecimento na área de assistência materna e uma tradutora profissional que possui formação em língua portuguesa com experiência em tradução acadêmica. Nesta etapa foi realizada a síntese dos resultados das traduções T1 e T2, resultando assim em uma

única tradução. Foi elaborado e documentado um relatório narrando o processo de síntese, cada uma das questões abordadas e a forma como foram resolvidas (Apêndice E). No caso das divergências entre os dois tradutores e outras sugestões foram discutidas com a pesquisadora principal e sua Orientadora, as decisões foram de consenso.

3.2.3 Etapa III – Conciliação das Traduições Produção das versões RT1 e RT2

Consiste na síntese do instrumento traduzido. Deve ser realizada por dois tradutores de forma independente, e sem conhecimento sobre o instrumento original ou background da área da saúde. O objetivo é checar se as versões traduzidas mantiveram o mesmo conteúdo da versão original. Devem ser então produzidas duas retrotraduções de forma independente (Beaton *et al.*, 2000).

A população alvo para a aplicação do instrumento de medida foram as puérperas que foram entrevistadas por enfermeiros que atuam há mais de um ano na Maternidade do HGH, que não estavam de férias, licença para tratamento de saúde e que, aceitaram participar da pesquisa.

Os juízes foram convidados, de forma voluntária e foram igualmente orientados quanto a avaliação das equivalências cultural, conceitual, semântica, idiomática, bem como da validade de face e de conteúdo, entre a IVC e sobre a versão original do instrumento. O comitê de juízes foi composto por vinte (20) enfermeiros que atuam na Maternidade do HGH e que cursavam pós graduação no Instituto Superior Politécnico da Caála, Huambo/Angola.

Cada enfermeiro recebeu por correspondência eletrônica (e-mail), uma via do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), ou seja, formalização do aceite. Após receber os pareceres dos juízes, com a cópia do TCLE assinado, a pesquisadora principal redigiu o instrumento com as respectivas alterações e revisado com a Orientadora da Pesquisa. Ao final dessa etapa, obtivemos uma nova versão em português que foi denominada versão português 2 (VP2). O procedimento de coleta de dados com os participantes compreendeu quatro etapas: avaliação semântica, pré-teste, teste e reteste (Aplicação).

A equivalência semântica avaliou se houve a manutenção do significado de

cada item após a tradução para o português de Angola. Assim, alterações gramaticais podem ser necessárias na construção das sentenças. Já a equivalência idiomática deve avaliar algumas expressões cotidianas que são raramente traduzidas e devem ser substituídas por expressões equivalentes, buscando sempre manter o seu significado.

A equivalência cultural avalia itens que remetem experiências de determinada cultura na tentativa de compensar um item não significativo na cultura alvo por outro significativo. Quanto a equivalência conceitual está relacionada a validade do conceito explorado e aos eventos vivenciados pelos indivíduos da cultura alvo e avaliar se o instrumento está medindo o construto teórico e a equivalência em cada cultura (Beaton *et al.*, 2000; Herdman; Foxrushby; Badia, 1998).

Caso fossem identificadas falhas de equivalências nas versões traduzidas, o comitê de juízes poderia propor uma nova tradução com maior adequação às características do instrumento original e à realidade alvo. A Doutoranda e sua Orientadora decidiram os ajustes acerca das melhores expressões a serem utilizadas (Borsa; Damasio; Bandeira, 2012).

Na etapa de retrotradução, a versão obtida no comitê de juízes foi traduzida novamente para o idioma original, com objetivo de verificar a existência de possíveis erros que pudessem comprometer o significado de cada item (Ferrer *et al.*, 1996). Após as comparações, alterações foram realizadas de forma a garantir a equivalência entre os itens (Ferrer *et al.*, 1996; Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

A análise semântica teve o objetivo de avaliar se os respondentes compreenderam os conceitos e significados das palavras, aceitação e relevância dos itens do instrumento (Castro; Portela; Leão, 2007).

3.2.4 Etapa IV – Retrotradução

Consiste da verificação das equivalências entre as versões original e final. A partir das respostas obtidas aos itens do instrumento, foram detectados os desvios e/ou erros no processo de tradução. Esta etapa pode ser realizada por meio de duas

técnicas: sondagem e avaliação por indivíduos bilíngues e leigos. A primeira é incentivada quando possibilita ao pesquisador conhecer, se a resposta dada ao item, decorre de seu consistente entendimento por parte do respondente. A segunda, quando resulta em identificar possíveis discrepâncias entre as duas versões

3.2.5 Etapa V – Submissão e Aprovação

Esta etapa do processo de adaptação transcultural consiste na aferição das propriedades psicométricas do instrumento adaptado e na submissão de todo registro do processo para aprovação da equipe de autoria do instrumento original, (Reichenheim; Moraes, 2007; Alexandre; Coluci, 2011).

3.2.6 Local de Estudo

O estudo foi realizado na Maternidade do HGH, em Huambo, Angola. Esta unidade foi escolhida por ser a que atende o maior número de nascimentos, definida como de alta complexidade na Província de Huambo.

O HGH foi inaugurado no dia 19 de outubro de 1956, sendo regido nos termos do Decreto Presidencial 260/10, de 19 de novembro de 2010 (Angola, 2010) e segundo a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, conforme Decreto-Lei 21-B/92 (Angola, 1992), onde constam as referências dos casos do primeiro nível. Atualmente, o HGH tem uma capacidade instalada de 820 camas, funciona em regime de 24 horas. Observando a orientação da Direção Nacional do Ministério da Saúde está sendo transformado em Hospital Regional. Possui 17 médicos angolanos e 62 médicos estrangeiros de diversas nacionalidades: Cuba, Rússia, Egito, Brasil, Senegal, Etiópia, Portugal, entre outros. Possui 810 trabalhadores de enfermagem, sendo 50 enfermeiros (licenciados como universitários).

Para além de pacientes da Província do Huambo, o HGH também atende populações das diferentes províncias, tais como: Bié, Kuando Kubango e municípios limítrofes tais como: Waco Kungo, Quibala, Cassongue, Ganda (Quadro 2).

Quadro 2 - Distância entre Huambo e as províncias que recebem atendimento do Hospital Geral de Huambo

Província	Distância de Huambo
Bié	211 quilômetros
Kuando Kubango	522 quilômetros
Waco Kungo	193 quilômetros
Quibala	269,8 quilômetros
Cassongue	163,6 quilômetros
Ganda	148,5 quilômetros

Fonte: Huambo (2021), sistematizado pela autora.

O HGH possui os seguintes serviços e especialidades:

- a) Atendimento permanente: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina interna, Cirurgia geral, Ortopedia, Cuidados intensivos, Anestesiologia, Imagiologia, Laboratório clínico, Hematologia;
- b) Regime de chamada: Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Angiologia, Neurologia, Urologia, Estomatologia, Neonatologia, Cardiologia, Maxilo-Facial, Serviços de Endoscopia, Cuidados intensivos, Gastroenterologia.

3.2.7 Sujeitos do Estudo

Para esta etapa contamos com a participação de vinte (20) enfermeiras que se disponibilizaram em participar do estudo, que não estivessem de férias no momento da aplicação, com o mínimo de um(1) ano de experiência em sala de partos e banco Maternidade. Também as mulheres que tiveram filhos nascidos na Maternidade do HGH, independente do tipo de parto (vaginal ou cesariana) que apresentaram HPP no terceiro estágio do parto, cuja hemorragia foi controlada e os enfermeiros as acompanharam com o instrumento em validação. Também foram participantes do estudo dois professores de língua portuguesa nascidos em Angola com domínio na escrita e fala. Ambos são docentes do Instituto Superior Politécnico da Caála. Consideraram-se igualmente sujeitos de estudo dois especialistas em enfermagem obstétrica que participaram da retrotradução.

3.2.8 Amostra e Processo Amostral

Como procedimento preliminar foi definido o ano de 2019, anterior a pandemia da COVID-19, para estimar o número provável de nascimentos com ocorrência de hemorragia no terceiro período do parto. Portanto, considerando que a maternidade do HGH apresentou o maior número de nascimentos definiu-se que há representatividade para Huambo (Quadro 3). Assim sendo, foram considerados 12.294 nascimentos ocorridos nesta instituição para estimar o tamanho da amostra . Após estas definições, foi aplicado para o cálculo da amostra o Sistema LabStat da Universidade Federal de Santa Catarina, plataforma gratuita e de fácil acesso para vários cálculos estatísticos (Nassar *et al.*, 2020). Considerando uma hipótese de frequência de casos de 10%, com intervalo de confiança de 95%, tem-se uma amostra estimada de 105 puérperas.

Quadro 3 - Número de partos e nascidos vivos por instituição

Instituição	Número de partos	Nascidos vivos
Hospital Municipal	2.713	-
Hospital geral.	12.294	7889
Bailundo	4346	4229
Caala	4302	4185
Ekunha	888	806
Katchiungo	964	941
Londuibali	1472	1433
Longonjo	1274	866
Mungo	1391	1355
Tchindjenje	474	465
Ukuma	1497	1463
Chicala	1103	1093

Fonte: Huambo (2021), sistematizado pela autora.

Os dados apresentados neste quadro número 3, revelam a inconsistência de registros de dados em Huambo Angola, o que leva a pressupor alta mortalidade neonatal.

3.2.9 Aspectos Éticos

Todos os dados, exceto os da literatura publicada, foram coletados em Huambo/Angola, razão pela qual a pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Superior Politécnico da Cáala/Huambo (ISPC) com o Parecer N.º. 027/2021 (Anexo C). Também foi solicitado autorização prévia da Dra Rita de Cássia Teixeira Rangel, autora do Instrumento, validado para Huambo, Angola, cuja resposta está registrada no (Anexo A). Os enfermeiros que participaram como juízes, foram esclarecidos os objetivos e a importância deste estudo e aos que concordaram em participar foi solicitada a anuência por escrito com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo enviado por e-mail ao participante. Todos os achados nesta pesquisa são incorporados aos resultados sob a forma de manuscritos que serão enviados para divulgação na sociedade científica, por meio da submissão a periódicos científicos.

3.2.10 Formulário de Coleta de Dados

Aos juízes que aceitaram participar da pesquisa foi solicitada uma resposta afirmativa, por meio de um e-mail com a Carta-Convite anexada (Apêndice F), bem como o envio do TCLE assinado (Apêndice D). Foi criado um formulário para avaliação dos juízes no Google Forms (Apêndice G) e encaminhado, via e-mail, aos 20 juízes para validação. Esse formulário foi baseado no Instrumento Traduzido para o Português de Angola (Apêndice H). O formulário está dividido em três partes: Parte 1 - Caracterização dos juízes da pesquisa; Parte 2 - Protocolo e Avaliação de cada item quanto ao conteúdo; e Parte 3 - Avaliação do protocolo quanto à composição. A Parte 1 do formulário está direcionada às características da amostra, ou seja, dos juízes do estudo, como: idade, sexo, estado conjugal, formação profissional e complementar, setor de trabalho, tempo de atendimento a pacientes com hemorragia no terceiro período do parto, motivo que levou a atender esses pacientes, importância dos profissionais de saúde serem capacitados para assistir os pacientes com hemorragia no terceiro período do parto e preparo na assistência a esses pacientes.

Quadro 4 - Variáveis de caracterização dos enfermeiros juízes para validação de conteúdo. Florianópolis-SC, Brasil, 2023

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	CATEGORIAS
Idade	Em anos
Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Estado conjugal	1. Casado/ União consensual; 2. Solteiro; 3. Separado; 4. Divorciado; 5. Viúvo; 6. Outro:
Formação Profissional	1. Graduação de enfermagem; 2. Especialização; 3. Mestrado; 4. Doutorado
Setor de Trabalho	1. Centro Obstétrico; 2. Centro de Parto Normal; 3. Equipe de Parto Planejado; 4. Alojamento Conjunto; 5. Ensino de Graduação; 6. Ensino nível Médio – Técnico
Tempo de atendimento de pacientes no Pós-parto.	Em anos
Motivo que levou a atender/pesquisar/trabalhar com pacientes em Pós-parto.	1. Afinidade 2. Imposição 3. Especialização
Considera importante os profissionais de saúde serem capacitados para assistir pacientes com hemorragia no terceiro período do parto?	1. Sim 2. Não
Sente-se preparado para assistir paciente com hemorragia no terceiro período do parto?	1. Sim 2. Não
Como adquiriu este preparo?	1. Atualização/capacitação 2. Especialização 3. Mestrado 4. Na prática

Fonte: Elaborado pelo autor, (2023).

A segunda parte do Instrumento de Avaliação de cada item quanto ao conteúdo encontra-se no (Apêndice G). O instrumento de Rangel[®] ora em validação apresenta um total de 81 ações de cuidado, divididos em 20 Domínios por prioridades de intervenções de enfermagem, que possuem, ao final, uma escala de avaliação do tipo Likert de sete pontos para cada juiz avaliar a adequação das ações de cuidado propostas em cada Domínio (1 = Inadequado e incompleto; 2 = Necessita de grande revisão para ser adequado e completo; 3 = Necessita de pequena revisão para ser adequado e completo; 4 = Nem inadequado e nem adequado; 5 = Adequado e completo; 6 = Muito adequado e 69 completo; 7 = Totalmente adequado e completo).

Mediante a resposta, quando não atingia a escala máxima de 7 pontos, o Juiz era notificado para esclarecer possíveis dúvidas no processo de aplicação do

instrumento de Rangel[®] e registrar no formulário respondido on-line, denominado: **“Tecnologia do cuidado do enfermeiro na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto: validação de conteúdo”**, é possível selecionar tipos diferentes de respostas, por exemplo, caixas de seleção, listas suspensas, múltipla escolha, texto simples, como texto de parágrafo, que apresenta um espaço amplo para uma resposta aberta, dissertativa e opinativa por parte do respondente (Apêndice G).

Na terceira parte do instrumento, encontra-se a avaliação quanto à composição. Esta parte estão integrados os 10 itens recomendados por Pasquali (1997) que são: abrangência; clareza; coerência; criticidade dos itens; objetividade; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização (Apêndice G). Esta escala requereu que os enfermeiros juízes indicassem o seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. A cada item de resposta foi atribuído um número, que variou de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), e reflete a direção da atitude dos respondentes em relação a cada afirmação. A pontuação total de cada juiz respondente foi dada pela somatória das pontuações obtidas para cada afirmação (Mattar, 2001).

A grande vantagem da escala de Likert de sete pontos (1 a 7) é sua facilidade de manuseio por um juiz e este poder emitir um grau de concordância ou discordância sobre cada uma de suas afirmações. Adicionalmente, a confirmação de consistência psicométrica nas medidas contribuiu positivamente para sua aplicação nas mais diversas pesquisas que utilizaram esta escala (Costa, 2011).

Coleta de Dados: A coleta de dados teve duração de 2 dias, sexta e sábado, por serem os dias em que os juízes estavam presentes nas aulas no curso de pós graduação na especialidade de enfermagem gineco-obstétrica. Optou-se por essa estratégia pois muitos deles não possuíam recursos para acessar internet ,por exemplo ,computador ,ou celular compatível. Ocorreu de forma on-line nas instalações do Instituto Superior Politécnico da Caála Huambo/ Angola. Após o aceite em participar da pesquisa, os juízes responderam um formulário eletrônico, construído via Google forms.

No formulário, foi possível selecionar tipos diferentes de respostas, como por exemplo, caixas de seleção, listas suspensas, múltipla escolha, texto simples, como

texto de parágrafo, que apresenta um espaço amplo para uma resposta aberta, dissertativa e opinativa por parte do respondente (Google Forms - Apêndice G).

O uso da tecnologia da informação e comunicação no processo de interação científica tem aumentado as atividades de pesquisa. Os autores afirmam que as tecnologias da informação e comunicação proporcionam eficiência na produção, avaliação e difusão do conhecimento, com mais agilidade nos resultados alcançados no campo da pesquisa e da ciência (Lopes; Silva, 2007).

O formulário eletrônico apresenta recursos diferenciados, como a aplicação de escalas e grades nas quais os sujeitos convidados podem dar diferentes graduações de respostas e recursos avançados. Isso permite a elaboração de perguntas encadeadas e, dependendo da resposta escolhida, é possível direcionar o usuário para telas diferentes ou, simplesmente, encerrar de forma antecipada os questionamentos, no caso de se terem inserido critérios de exclusão nas questões elencadas.

Para aproveitar todos esses recursos, fez-se necessário, primeiramente, ter uma conta do gmail, para, em seguida, acessar o ambiente no endereço: docs.google.com> (Silva; Santana; Francisco, 2011). Finalizado o preenchimento do formulário, as respostas foram sistematizadas numa planilha eletrônica, indicando o pesquisador e as suas respostas, o que facilitou a visualização dos resultados.

Todos os juízes da pesquisa, foram esclarecidos os objetivos e a importância deste estudo e aos que concordaram em participar foi solicitada a anuência por escrito a partir do TCLE, sendo enviado por e-mail ao participante. Todos os achados nesta pesquisa são incorporados aos resultados sob a forma de gráficos, quadros e tabelas que integraram os manuscritos que atendem ao definido na Instrução Normativa 02/PEN/2021. Os manuscritos serão enviados para divulgação na sociedade científica, por meio da submissão a periódico científico e, também, em apresentação em evento científico.

3.3 MANUSCRITO 1: FATORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO: ESTUDO DE REVISÃO

Fatores de risco para hemorragia no terceiro período do parto: estudo de revisão

Adália Edna Chipindo
Maria de Lourdes de Souza

RESUMO:

Introdução: As principais causas de mortalidade materna, principalmente em países subdesenvolvidos, são hemorragias pós-parto, distúrbios hipertensivos, sepse, partos obstruídos e complicações relacionadas ao aborto inseguro. Os óbitos são em sua maioria evitáveis, e expressam o nível de desenvolvimento socioeconômico. A maioria das mortes maternas ocorre durante o trabalho de parto, parto ou nas primeiras 24 horas pós-parto. A localização das mulheres no momento do parto, quem as atende e a rapidez com que podem ser transportadas para os cuidados de referência são essenciais para evitabilidade e redução das mortes maternas.

Objetivo: Identificar os fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto, descritos na literatura, no período de 2000 a 2021. **Método:** Nesta revisão sistemática sem meta análise são cumpridas as etapas descritas na recomendação PRISMA. Foi formulada a pergunta utilizando a estratégia PEOs; consultadas as seguintes bases de dados: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; Scientific Electronic Library Online Brasil; National Library of Medicine; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; SciVerse Scopus, Web of Science e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, e as buscas correspondem ao período de 2000 a 2021. Aplicando os descritores selecionados foram incluídos estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, e caso controle. **Resultados:** Identificou-se 24.103 artigos, na sequência foram excluídos que foram exportados para o gerenciador Endnote. Foram em seguida excluídos os artigos duplicados entre as bases de dados, ficando 10.351 artigos. Após a leitura do título e resumo 10.198 foram excluídos por não apresentarem aderência ao tema ou não correspondência aos métodos de estudo elegíveis. 111 artigos foram selecionados e após sua leitura na íntegra foram incluídos 14, sendo 10 estudos de coorte e quatro de caso controle. **Conclusões:** Os artigos analisados nesta revisão demonstram que são vários os fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto, e estes quando associados apresentam maior risco para a mulher. Assim, os serviços e os profissionais devem realizar o diagnóstico dos riscos, durante a gestação, e orientar toda a assistência no parto e pós-parto para sua prevenção e controle.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto. Parto. Morte materna. Cuidados de Enfermagem. Tecnologia.

ABSTRACT:

Introduction: The main causes of maternal mortality, mainly in underdeveloped countries, are postpartum hemorrhage, hypertensive disorders, sepsis, obstructed deliveries and complications related to unsafe abortion. Deaths are mostly preventable, and express the level of socioeconomic development. Most maternal deaths occur during labor, delivery, or within the first 24 hours postpartum. The location of women at the time of delivery, who attends them and the speed with which they can be transported to referral care are essential for the avoidability and reduction of maternal deaths. **Objective:** To identify the risk factors for hemorrhage in the third stage of labor, described in the literature, from 2000 to 2021. **Method:** In this systematic review without meta-analysis, the steps described in the PRISMA recommendation are followed. The question was formulated using the PEOs strategy; The following databases were consulted: Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information; Scientific Electronic Library Online Brazil; National Library of Medicine; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; SciVerse Scopus, Web of Science and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and the searches correspond to the period from 2000 to 2021. Applying the selected descriptors, prospective and retrospective cohort studies, and case-control were included. **Results:** 24,103 articles were identified, in the sequence they were excluded and exported to the Endnote manager. Duplicate articles between the databases were then excluded, leaving 10,351 articles. After reading the title and abstract, 10,198 were excluded because they did not adhere to the theme or did not correspond to the eligible study methods. 111 articles were selected and after reading them in full, 14 were included, 10 of which were cohort studies and four were case-control studies. **Conclusions:** The articles analyzed in this review demonstrate that there are several risk factors for hemorrhage in the third stage of labor, and these, when associated, present a greater risk for the woman. Thus, services and professionals should carry out a risk diagnosis during pregnancy and guide all delivery and postpartum assistance towards prevention and control.

Keywords: Postpartum Hemorrhage. Childbirth. Maternal death. Nursing care. Technology.

RESUMEN:

Introducción: Las principales causas de mortalidad materna, principalmente en los países subdesarrollados, son la hemorragia posparto, los trastornos hipertensivos, la sepsis, los partos obstruidos y las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. Las muertes son en su mayoría prevenibles y expresan el nivel de desarrollo socioeconómico. La mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto, el parto o dentro de las primeras 24 horas posparto. La ubicación de las mujeres en el momento del parto, quién las atiende y la rapidez con la que pueden ser transportadas a la atención de referencia son esenciales para evitar y reducir las muertes maternas. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo de hemorragia en la tercera etapa del parto, descritos en la literatura, desde 2000 hasta 2021. **Método:** En esta revisión sistemática sin metanálisis se siguen los pasos descritos en la recomendación PRISMA. La pregunta se formuló utilizando la estrategia PEOs; Se consultaron las siguientes bases de datos: Centro Latinoamericano y del Caribe de

Información en Ciencias de la Salud; Biblioteca Electrónica Científica en Línea Brasil; Biblioteca Nacional de Medicina; Sistema de recuperación y análisis de literatura médica en línea; SciVerse Scopus, Web of Science y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, y las búsquedas corresponden al período de 2000 a 2021. Aplicando los descriptores seleccionados, se incluyeron estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos y de casos y controles. **Resultados:** Se identificaron 24.103 artículos, en la secuencia fueron excluidos y exportados al gestor Endnote. Luego se excluyeron los artículos duplicados entre las bases de datos, quedando 10.351 artículos. Después de leer el título y el resumen, 10.198 fueron excluidos por no adherir al tema o no corresponder a los métodos de estudio elegibles. Se seleccionaron 111 artículos y tras su lectura completa se incluyeron 14, de los cuales 10 eran estudios de cohortes y cuatro eran estudios de casos y controles. **Conclusiones:** Los artículos analizados en esta revisión demuestran que existen varios factores de riesgo para hemorragia en la tercera etapa del parto, y estos, cuando se asocian, presentan mayor riesgo para la mujer. Así, los servicios y profesionales deben realizar un diagnóstico de riesgo durante el embarazo y orientar toda la asistencia al parto y posparto hacia la prevención y el control.

Palabras clave: Hemorragia posparto. Parto. Muerte materna. Cuidado de enfermera. Tecnología.

INTRODUÇÃO

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) e suas causas se constituem em indicador das condições de vida e assistência em saúde de uma população; vista que quase a totalidade das mortes é evitável e ocorre em sua maioria em países em desenvolvimento (Nyfløt *et al.*, 2017a; Szwarcwald *et al.*, 2014). A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morbimortalidade materna em todo o mundo. HPP é definida como perda de sangue acima de 500 ml, medida até 24 horas após o parto, enquanto essa quantidade de perda de sangue após 24 horas é definida como HPP secundária. A perda de sangue de até 500ml entre mulheres saudáveis não acarreta muitas consequências negativas; no entanto, a perda de sangue não controlada acima de 500ml pode ser fatal (Martins; Souza; Arzuaga-Salazar, 2013; Briley *et al.*, 2014; Rangel *et al.*, 2019).

Diferenças geográficas foram observadas nas tendências da mortalidade materna global. Até 2015, 122 países apresentaram uma RMM inferior a 70 e 49 países uma RMM inferior a 15, entre estes a Arábia Saudita e todos os países da Europa Central, como Alemanha (6 óbitos/100.000 NV), Áustria (4 óbitos/100.000 NV) e Polônia (3 óbitos/100.000 NV). Outros países no norte da África e Oriente

Médio, EUA, Armênia, Chile, China, Costa Rica, entre outros, possuíam RMM entre 15 e 30. No mesmo ano, existiam 24 países com RMM superior a 400, 8 países com mais de 600 e apenas um (República Centro-Africana) com RMM superior a 1000 (WHO, 2018; Kassebaum *et al.*, 2016).

De acordo com a OMS, considera-se que a RMM é baixa quando apresenta valores inferiores a 100, moderada entre 100-299, alta entre 300-499, muito alta entre 500-999 e extremamente alta com valores igual ou superior a 1000 óbitos maternos para cada 100.000 NV (WHO, 2018; kassebaum *et al.*, 2016).

Observou-se significativos avanços no cuidado obstétrico no Século XX, porém, a morbidade e a mortalidade materna ainda ocorrem durante todo o ciclo gravídico puerperal e muitas das vezes associadas à qualidade dos serviços de saúde no mundo. É reconhecido que, em muitos países, as informações não são fidedignas acerca das causas de mortalidade materna. Assim, a organização de recursos assistenciais, o planejamento e a avaliação são fundamentais para o alcance da quinta meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (Hogan *et al.*, 2010). De acordo com a agenda 2030 no seu quinto Objetivo DO Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelece que até 2030 os membros devem reduzir a taxa de mortalidade global para menos de 70 mortes por cada 100.000 nascidos vivos (United Nations, 2015).

Portanto, a revisão sistemática sem meta análise sobre os fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto tem por finalidade contribuir para a redução da mortalidade materna por esta causa.

O Objetivo deste estudo é identificar os fatores de risco para a hemorragia no terceiro estágio do parto, descritos na literatura, no período de 2000 a 2021.

MÉTODO

Desenho do estudo

Revisão Sistemática sem Metanálise, nesta foram cumpridas as etapas descritas na recomendação do *The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Page *et al.*, 2021), Registro no PROSPERO 2021 CRD 42021219303 (Teixeira *et al.*, 2021). As buscas eletrônicas, foram

realizadas nas seguintes bases de dados: BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO Brasil (Scientific Electronic Library Online Brasil), PubMed (National Library of Medicine) / MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scopus, Web of Science e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Nestas, foi realizada busca dos artigos publicados no período de 2000 a 2021. Adotou-se o mnemônico PEOS, P- Populations: Mulheres com idade entre 10 e 49 anos, em trabalho de parto; E- Exposure(s): fatores de risco para hemorragia no terceiro estágio do parto O- Outcome: mulheres com hemorragia no parto e pós-parto; S- Study design: estudos observacionais (case-control; cohort) (JBI, 2011; Munn *et al.*, 2015). Seguindo-se a definição da pergunta: *Quais os fatores de risco para a hemorragia no terceiro estágio do parto, foram descritos na literatura no período de 2000 a 2021?*

Estratégias de busca

Aplicou-se estratégias de buscas que respeitasse a especificidade de cada base de dados, utilizando-se descritores controlados no idioma inglês, português e espanhol, nas possibilidades de plural e singular para cada descritor, além de recuperar seus sinônimos. Para isso foram resgatados termos indexados no Medical Subject Headings (MeSH) como “MeSH terms” e “All Fields”, e também em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como descritores e sinônimos.

Quadro 1 - *Search Strategy Medline.*

(P) Population	Postpartum period. Puerperal. Labor stage, third. Third labor Stage. Third labor Stages. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 4.
(E) Exposure	Risk factor mp or exp Risk Factors. Population at risk mp or exp Risk Factors. 7 OR 8.
(O) Outcome	Postpartum hemorrhage. Hemorrhage. Hemorrhages. Hemorrhagic. Bleeding. 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14.
	6 AND 9 AND 15

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Além disso, foram adotados nas estratégias de buscas os operadores booleanos AND e OR (Quadro 1). No fluxograma PRISMA apresenta-se uma síntese dos resultados.

Critérios de Inclusão

Artigos científicos primários, publicados no período de 2000 a 2021, nos idiomas inglês, português ou espanhol que abordassem os Fatores de Risco para Hemorragia no Terceiro Período do Parto, em estudos observacionais analíticos: estudos de coorte, caso controle, disponíveis nas bases de dados selecionadas.

Critérios de exclusão

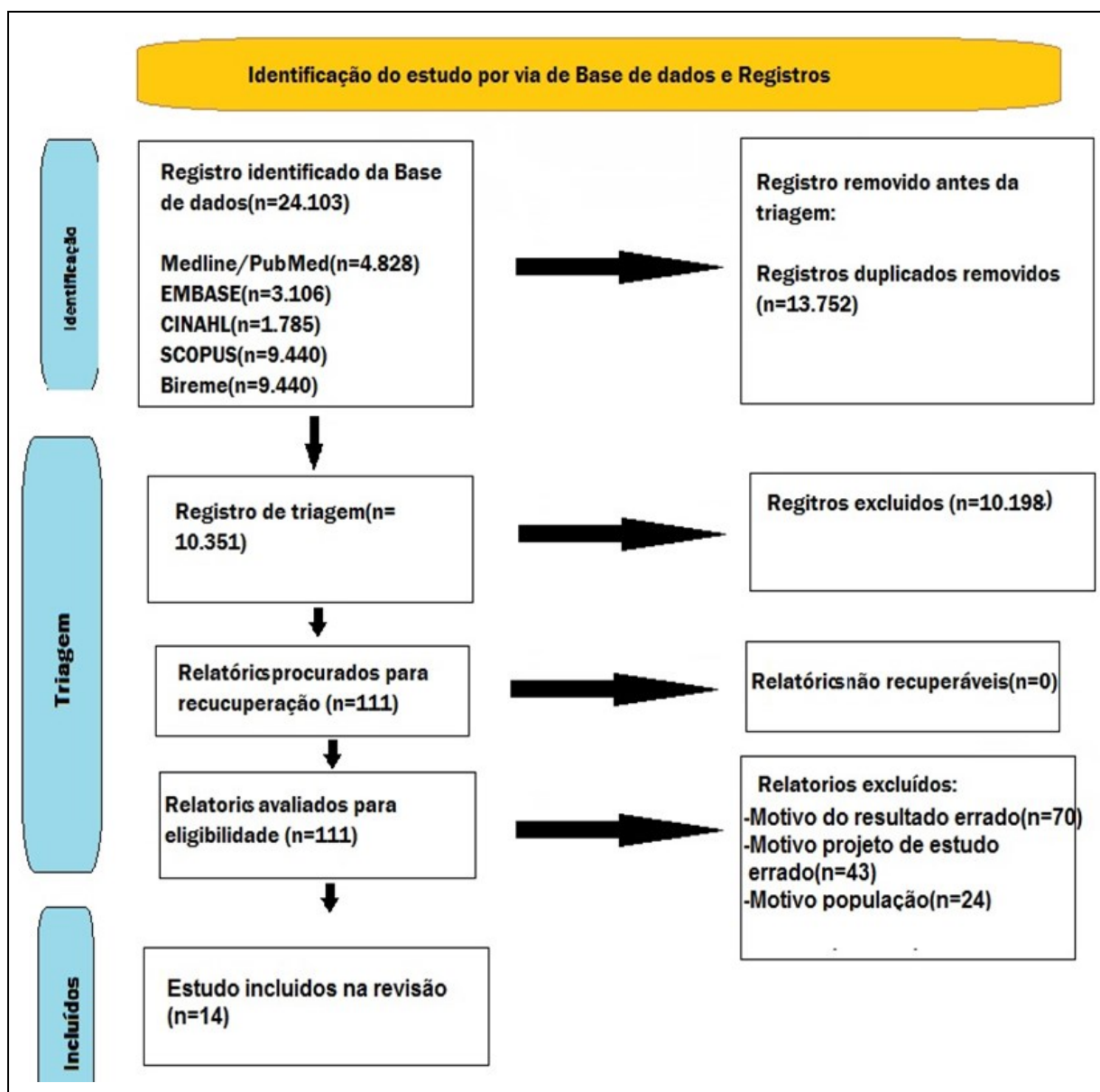
Teses, dissertações, editoriais, estudos de revisão integrativa, estudos de revisão sistemática e estudos qualitativos.

Extração de dados e síntese de dados

Textos completos de estudos primários foram identificados e recuperados por meio da triagem de títulos e resumos, adotando o software EndNote versão X9 e a Plataforma Rayyan (Ouzzani *et al.*, 2016). Dois pesquisadores independentes realizaram a seleção e leitura dos artigos, primeiramente pelo título e, então, foram selecionados os artigos para leitura do texto completo, observados os critérios de inclusão e de exclusão

Apenas os dados publicados foram extraídos de cada artigo: autores, país no qual foi desenvolvido, objetivo, desenho do estudo, amostra, fatores de risco, OR/RR e resultados. Os dados coletados dos estudos foram sistematizados em tabela e gráficos.

Figura 1: Identificação, triagem e estudos incluídos de acordo com o Fluxograma PRISMA.



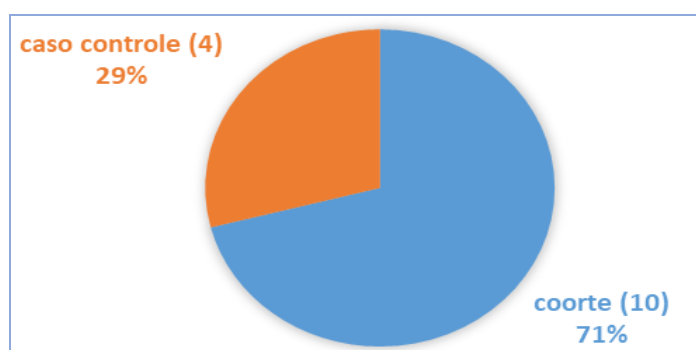
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Inicialmente foram localizados 24.103 artigos e excluídos os artigos duplicados entre as bases de dados, ficando 10.351 artigos. Desses, 10.198 foram excluídos após leitura de título e resumo por não apresentarem aderência ao tema ou não correspondência aos desenhos de estudo elegíveis. Preliminarmente foram selecionados 111 artigos para a leitura na íntegra por dois revisores, para inclusão final, as divergências foram resolvidas em reunião de conciliação com um terceiro revisor. Aplicados os critérios de exclusão e inclusão, os resultados finais são apresentados no fluxograma PRISMA (Page *et al.*, 2021).

RESULTADOS

Os dados acerca dos 14 estudos incluídos foram sistematizados em gráficos e tabela, incluídos na apresentação destes resultados, acerca dos fatores de riscos e de modo a poder aplicar na prática clínica.

Gráfico 1: Distribuição dos estudos de coorte e de controles incluídos na revisão. Florianópolis, SC, 2022.

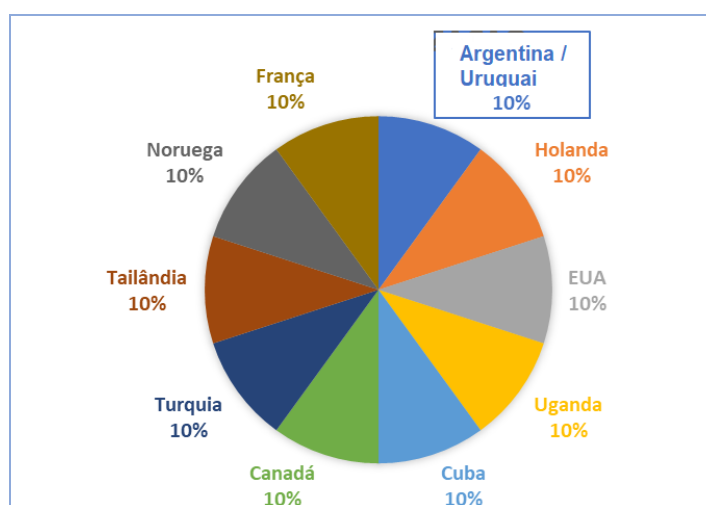


Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Dos estudos selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão, 71% (10) são estudos de coorte enquanto 29% (4) são estudos de caso controle.

Em relação à distribuição dos estudos incorporados na pesquisa segundo o país de realização, esses foram provenientes de países diversas. Dos 14 estudos examinados eles são originários de 11 países, e de vários continentes, conforme pode ser observado no gráfico 2.

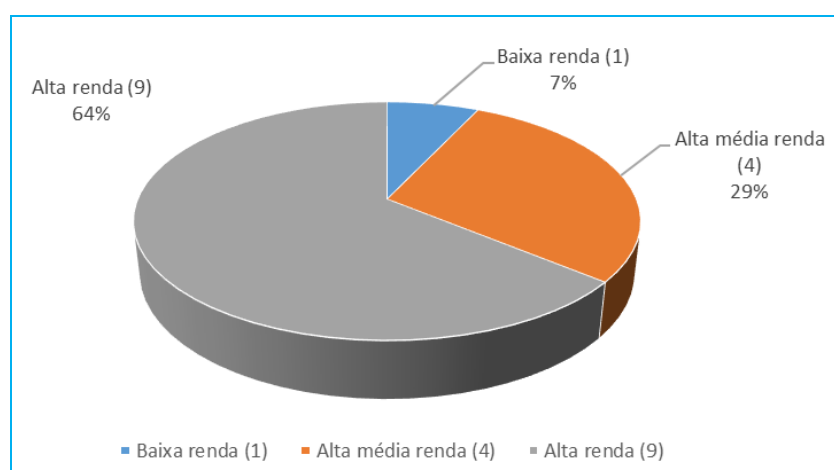
Gráfico 2: Distribuição dos estudos incluídos nesta revisão segundo o país de realização. Florianópolis, SC, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Bourguignon, Ferreira e Leite (2002) investigaram as diferenças entre as distribuições de renda dos países como França, Noruega, Holanda, Uganda, Brasil, EUA e México, utilizando uma extensão de Oaxaca (1973) e de Blinder (1973), que consiste na simulação de distribuições contrafactuais construídas a partir da substituição dos valores originais dos parâmetros da distribuição pelos da distribuição de outro país. Dessa forma, pode-se medir o efeito na distribuição de renda de um país caso alguma característica dos indivíduos, representada por um parâmetro da distribuição de renda, seja equiparada a de outro país. A desigualdade de dotação de capital humano e transferências explica cerca de 2/3 da diferença de desigualdade entre eles.

Gráfico 3: Distribuição dos estudos segundo a renda do país no qual foi realizado. Florianópolis, SC, 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

O Banco Mundial classifica as economias do mundo em quatro grupos de renda: alta, média-alta, média-baixa e baixa (World Bank Group, 2022).

A distribuição segundo o país de renda no qual foram realizados os estudos, identificou-se que 64% (9) dos estudos foram provenientes de países de alta renda, 29% (4) de países de alta média renda, enquanto que 7% (1) provenientes de países de baixa renda.

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
EKIN, A. <i>et al.</i> , (2015) País =Izmir Turquia	Identificar fatores de risco e etiologias que levam a hemorragia pós-parto primária grave (HPP) em mulheres com PPH. Determinar preditores de HPP grave e também identificar distribuição e significância de etiologias específicas para HPP grave.	Coorte retrospectiva de três anos	Dois grupos de mulheres a base de HPP grave (n = 125) ou HPP não grave (n = 411).	Idade materna <19	1.48	Cesárea prévia, trabalho de parto prolongado, aumento de ocitocina e cesariana de emergência.
				Idade materna > 30	1.93	
				Cesária previa	2.74	
				Oxitocina	3.09	
				Parto prolongado	4.32	
				Cesária de emergência	4.75	
				Laceração do períneo	0.55	
				Atonia uterina	2.45	
				Apresentação anormal da placenta.	1.64	
				Desordens de coagulação	0.41	
				Retenção de restos placentários.	1.34	
Paridade <4	2.34					
SOSA <i>et al.</i> , (2009) País = Argentina e Uruguai/ Estudo multicêntrico em 24 maternidades	Identificar fatores de risco para hemorragia pós-parto imediata após parto vaginal em uma população sul-americana.	Estudo coorte Prospectiva	Todos os partos vaginais (n=11.323) de 24 maternidades da Argentina e Urugua.	Idade materna, <19	1.23	Os fatores de risco para hemorragia pós-parto no presente estudo incluíram retenção de placenta, gravidez múltipla, macrosomia, episiotomia, sutura, bem como o não uso de manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto. A maioria desses fatores está relacionada ao segundo e terceiro estágio do trabalho de parto. Portanto, um esforço deve ser feito, durante o momento do parto, para aplicar técnicas de prevenção como episiotomia restritiva e manejo ativo do trabalho de parto para prevenir hemorragia pós-parto em partos vaginais
				Idade materna <35	0.86	
				Nulipara	1.33	
				Multipara =3+	0.66	
				Peso ao nascer< 2500kg	0.85	
				Peso ao nascer => 4,000 gr	3.07	
				Idade gestacional < 37	1.16	
				Idade gestacional < 41 semanas	2.48	
				Gestação múltipla Não	1.00	
				Gestação múltipla sim	2.61	
				Parto induzido	2.09	
				Morte fetal sim	1.57	
				Laceração do primeiro grau	1.70	
				Laceração do segundo grau	1.07	
				Laceração do terceiro grau	2.08	
				Sutura	2.40	
Manejo ativo do terceiro estágio do parto	0.55					
Retenção placentária	12.34					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
CORTET, M. <i>et al.</i> , (2015) País= França/ Lyon	Identificar mulheres em risco de hemorragia pós-parto grave (HPP) através da construção de um modelo de previsão baseado em Instrumentos sobre variáveis clínicas disponíveis no diagnóstico de HPP	Coorte de base populacional de 3 anos.	Analisamos dados de uma coorte de 7.236 mulheres com HPP após parto vaginal de 106 maternidades francesas	Laceração perineal	2.52	A prevalência geral de HPP grave foi de 18,80% entre as mulheres com HPP. Havia 1361 pacientes com HPP grave. Não houve diferença significativa na distribuição de dados entre hemorragia grave e não grave.
				Descol. manual da placenta Incompleto	0.74	
				Descolamento manual da placenta	1.48	
				Descolamento completo da placenta	1.0	
				Episiotomia	1.01	
				Duração do parto + 3 horas	1.28	
				Duração do parto + 6 horas	1.39	
				Pré-eclampsia	2.08	
				Anormalidade uterina	4.38	
				Multipara com historia de HPP	1.63	
				Multipara sem historia de HPP	1.96	
				Gestação gemelar	1.96	
				Rotura prematura de membrana	1.43	
				Idade gestacional, 41-42	1.21	
Placenta prévia	3.06					
VENDITTELLI, F. <i>et al.</i> , (2016) País= França Rhônes-Alpes- Auvergne, Grenoble	Estimar a incidência de PPH, tanto de forma grave quanto da forma branda, tanto vaginal quanto em cesárea. Descrever a incidência de HPP de acordo com as características da maternidade, causas e tipos de gerenciamento de HPP	Coorte observacional prospectivo de 1º de fevereiro de 2011 a 31 de julho de 2011.	Mulheres que deram à luz em um prazo ≥ 22 semanas foram elegíveis para o estudo. 182 maternidades participaram do estudo	Atonia uterina	1.15	A incidência de HPP após parto vaginal foi de 3,36% e após cesariana de 2,83%. A incidência de HPP grave após parto vaginal foi de 1,11% e após cesariana de 1,00%. Essa taxa de incidência variou de acordo com as características da maternidade. A principal causa de HPP para ambas as vias de parto foi a atonia uterina, que é, portanto, a complicação obstétrica para a qual a melhoria na prevenção, identificação e manejo continuam sendo prioridades importantes nas maternidades. Uma mulher pode ter várias causas que explicam sua HPP cesarianas vs. partos vaginais.
				Retenção placentária	0.07	
				Laceração vaginal ou perineal	-	
				Episiotomia	-	
				Inserção anormal da placenta	-	
				Rotura uterina	4.15	
				Laceração cervical	-	
				Trombosis vaginal	-	
				Inversão uterina	-	
				Embolia por fluido amniótico	-	
				Complicações intraoperatória RR	190.81	

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
NYFLØT, L. T. <i>et al.</i> , (2017b) Hospital Drammen= Oslo	Estudar a associação entre fatores de risco para hemorragia pós-parto severa.	caso-controle no período de 2008 a 2011.	Identificamos 1.064 casos de HPP grave 2.059 controles randomizados, no total de 43.105 partos tiveram 25% de hemorragia grave.	Idade < 19	2.23	A causa mais comum foi atonia uterina (60 %), enquanto identificamos. Os fatores mais fortes foram uso de anticoagulantes ,oxitocina intervenções obstetricas como parto instrumental cesaria pre eclanpsia síndrome de help gestação multipla e trabalho de parto induzido.
				Idade >40	1.45	
				Paridade < 0	1.54	
				Paridade > 3	1.47	
				Etnia MIDDLE-AST-NORST – ÁFRICA	0.82	
				Etnia – SUBSAARA ÁFRICA	1.54	
				BMI (kg/m2) <18.5	1.08	
				BMI(K/m2) ≥40	1.03	
				Casada / coabitante	0.70	
				Anormalidade uterina	2.40	
				Cirurgia uterina	3.38	
				Cesária prévia	1.12	
				Histórico de HPP	6.42	
				Gravidez múltipla	3.74	
				Anomalias uterinas	2.40	
				Anemia	4.11	
				Diabetes gestacional	1.56	
				Fibroma uterino	2.73	
				Polyhydramnios	2.60	
				Anticoagulantes	4.66	
Pre eclampsia severa	3.58					
instrumental vaginal	2.26					
Elective cesarean	1.27					
Trabalho de parto induzido	2.01					
Birth weight > 4500 g	1.77					
Aumento do trabalho de parto	-					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
VON SCHMIDT AUF ALTENSTADT, J. F. <i>et al.</i> , (2013) Holanda/Todo país	O objetivo principal deste estudo foi investigar a associação entre pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto. Investigar a relação da pré-eclâmpsia com a hemorragia e avaliar o risco de hemorragia nas mulheres holandesas	Coorte prospectiva de 8 anos.	Mulheres que deram à luz após 19 semanas de gestação de janeiro de 2000 a janeiro de 2008 (n = 1.457.576). Os dados foram extraídos da Holanda Registro Perinatal, cobrindo 96% de todos os partos na Holanda.	Idade materna <19	0.70	As mulheres com PE eram frequentemente mais velhas, nulíparas, tinham gestações múltiplas, menor idade gestacional e menor status socioeconômico.
				Idade materna 40 >	1.13	
				Paridade 0	1.27	
				Paridade >5	1.07	
				<i>Etnia descendência europeia:</i>		
				Sim	1.00	
				Não	0.90	
				<i>Status socioeconômico:</i>		
				Alta	1.09	
				Média	1.00	
				Baixa	0.97	
				<i>Gravidez múltipla:</i> Sim	3.07	
				Idade gestacional, semanas: <31	2.01	
				Idade gestacional, semanas: >42	1.54	
				Apresentação de nadeга	0.80	
				Trabalho de parto induzido	1.52	
				Cesariana eletiva	1.02	
				<i>Rotura prematura de membranas</i>		
				<12 horas	1.35	
				12 > horas	1.52	
				Aumento do trabalho: Sim	1.52	
				Tempo do trabalho de parto assistido <60	1.49	
				Cesariana de emergência	0.72	
Cesariana Eletiva	0.98					
Lesão do trato genital	2.68					
Remoção manual da placenta	33.9					
Macrossomia fetal > 4500gr	1.59					
Idade Materna < 20	0.67					
Idade Materna > 40	1.18					
Paridade >5	1.07					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados			
VAN STRALEN, G. <i>et al.</i> , (2016) País=Holanda/ Leiden.	Descrever a incidência de HPP na Holanda no período de 2000 a 2013	Estudo Coorte de 8 anos	Durante o período de estudo 2486703 mulheres deram à luz a partir das 22 semanas de gestação. Depois excluindo 57.792 mulheres com dados ausentes sobre HPP (3,2%), nossa população de estudo foi de 2.406.784 mulheres.	Paridade 0	1.27	O maior fator de risco com maior OR foi extração manual da placenta 29.3			
				Paridade >= 5	0.99				
				<i>Etnia</i>			Não Caucasianos	0.91	
							Caucasianos	1.00	
				<i>Status Sócio Econômico</i>			Médio	1.09	
							baixo	0.93	
				<i>Gravidez múltipla</i>			Sim	2.85	
							Não	1.00	
				<i>Hipertensão arterial</i>			Sim	1.45	
							Não	1.00	
				<i>Indução do trabalho de parto</i>			Sim	1.43	
							Sim	1.48	
							Não	1.00	
							Alívio da dor	1.34	
							Anestesia Epidural vaginal	1.66	
							Anestesia Epidural Espinal	0.99	
							Anestesia geral	1.87	
							Episiotomia SIM	1.64	
							Rotura uterina de segundo grau	1.71	
							Tempo de permanência no parto <1h	1.51	
				<i>Tipo de parto:</i>			Vagina assistido	1.31	
							Cesaria planejada	1.21	
							Cesaria de emergencia	1.10	
				<i>Peso ao nascer</i>			< 3 000	1.04	
							>= 4 000	1.59	
							Cesariana primaria	0.59	
							Cesaria prévia	0.47	
			Operatório vaginal	1.26					
			Indução do trabalho de parto	1.24					
			Gestação Múltipla	2.32					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
SHARP, G. C. <i>et al.</i> , (2014) Escócia = Dundee	Determinar os fatores de risco para hemorragia pós-parto (HPP) que inclui a transmissão intergeracional do risco de hemorragia pós-parto.	Estudo de coorte 1952-1966)	Identificamos dados de 3 gerações de mulheres, definidas da seguinte maneira: Geração 1: Walker mães (mulheres que aparecem no Walker coorte como mães); Geração 2: mães SMR02 (mulheres que aparecem em a coorte de Walker quando bebês e os coorte SMR02 como mães); e Geração 3: filhas SMR02 (mulheres que aparecem na coorte SMR02 como bebês e também como mães, se tiverem próprias crianças	Casado/coabitante	3.38	O risco de HPP em mulheres cujas mães/avós tinham HPP não foi maior do que naqueles cujas mães/avós não tinha HPP. Geração 1 como fator de risco para geração 2 - OR-1.32 Geração 2 para fator de risco para a geração 3. OR-0.68 Geração 1 como fator de risco para geração 3 - OR-2.21
				Anormalidade úterina	1.12	
				Grupo de idade	-	
				≥ 20 anos	3,464	
				Estado civil- Solteira	1.110	
				Primigesta	6.086	
				Nulipara	9.484	
				Escolaridade –Secundária ou menos	3.149	
				Poucas consultas pre –natais-8	7.743	
				Peso del recién nacido ≥ 3500g	2.328	
				Idade	2.6	
				IMC ≥40 obesidade	2.6	
				Sangramento pré-parto	2.7	
				Uso rotineiro de aspirina prescrito	1.7	
				Incisão uterina prévia	1.0	
				Paridade ≥5	1.8	
				Hemorragia pós-parto anterior	5	
				Suspeita de macrossomia ≥4000 g	2.7	
				Macrossomia (peso ao nascer ≥4000 g	3.1	
				Pré-eclâmpsia	5.3	
Duração do segundo estágio do trabalho de parto ≥1 h	1.6					
Duração do terceiro estágio do trabalho de parto ≥20 h	2,2					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
MERRIAM, A. A. <i>et al.</i> (2017) Estados Unidos País inteiro 1998 a 2011	O objetivo deste estudo foi caracterizar o risco e as tendências temporais de hemorragia pós-parto em hospitais com diferentes volumes de parto	Estudo de coorte	aproximadamente 8 milhões internações hospitalares de 45 estados em 2010 estão incluídas para n=55.140.088 realizar este estudo. Analisamos mulheres de 16 a 49 anos hospitalizado para um parto entre 1998 e 2011.	Natimorto	1.66	Morbidade materna grave associada com hemorragia pós-parto e/ou transfusão de sangue ocorreu em 75,3 por 100.000 partos, e as taxas de 54,8, 68,4 e 86,0 em volume baixo, médio e alto hospitais, respectivamente.
				Descolamento prematuro de Placenta	1.67	
				Mioma	1.46	
				HPP ante parto	1.51	
				Polidramio	1.15	
				Pre eclampsia	2.23	
				Corioamionite	2.17	
				Placenta prévia	2.88	
				Suspeita de macrossomia	1.57	
				Asma	1.02	
				Hipertensão crónica	1.04	
				Diabetes pre existente	0.86	
				Idade 18-19	0.98	
				<35	0.95	
Preta	1.06					
ONONGE, S. <i>et al.</i> , (2016) Uganda	Avaliar a incidência e os fatores de risco para hemorragia pós-parto entre mulheres rurais em Uganda.	Estudo de coorte prospectivo de 1 ano	Participaramdo estudo 1.188 mulheres. Todas receberam um questionário para verificar os fatores de risco para hemorragia pós-parto, definidos como uma perda de sangue de 500 ml ou mais, e	Hispanica	1.25	Entre as 1.188 mulheres, a incidência geral de hemorragia pós-parto foi de 9,0% (95% de confiança intervalo [IC]: 7,5-10,6%) e de hemorragia pós-parto grave (1000 ml ou mais) foi de 1,2%, (IC 95% 0,6-2,0%). 97,4 receberam uterotonicos após o parto para profilaxia da hemorragia, apesar disso a incidência de hemorragia foi alta.
				Outra	1.23	
				Localização urbana	1.33	
				Hospital de ensino	0.95	
				Parto cesárea	7.54	
				Gravidez multipla	2.26	
				Macrossomia fetal	2.18	
				HIV positivo	1.93	
				Paridade - primipara	0.97	
				Paridade+ 5	0.72	
				HHP prévia	2.02	
				Idade gestacional < 37 semanas	0.90	
				Idade gestacional > 42semanas	1.18	
				Anemia –Moderada- severa	1.14	
Indução ao trabalho de participação	0.71					

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
			avaliada usando um campo sob as nádegas calibrado no parto.	Não uso de úterotônicos no parto Episiotomia – sangramento perineal Fatores de Risco Gravidez múltipla baixo peso ao nascer Macrossomia fetal Idade materna <20 Idade materna > 40 Nuliparidade Parto prematuro <37 Parto pós termo Cesariana parto instrumental Trauma genital - episiotomia Fumante Paridade 0 Paridade ≥3 Etnia Oriente Médio/Norte da África América Latina Asia África Subsaariana	2.51 0.99 2.09 1.11 2.37 1.34 2.73 1.17 1.33 0.79 6.02 0.42 1.61 1.40 1.54 1.47 0.82 1.28 1.31 1.54 1.08 1.03	
ROMÁN-SOTO, J. M.; OYOLA-GARCÍA, A. E.; QUISPE-ILANZO, M. P., (2019) País = Cuba/?	Identificar os fatores de risco para hemorragia primária, pós-parto produzidos por laceração do trato genital.	Estudo de Caso controle.	A amostra foi composta por 30 casos (com hemorragia pós-parto primária por laceração do trato genital) e 120 controles (sem hemorragia pós-parto primária).	Residência em área rural Uso de oxitocina a + de 12 horas Diabetes gestacional Paridade >1 Abortos prévios 1ou 2 Aborto 3+ Fumo durante a gestação Parto vaginal com cesaria anterior Cesária com cesaria anterior Cesária sem cesaria anterior	2.0 3.0 1.0 0.44 0.62 1.04 0.53 3.07 0.98 0.43	O risco de hemorragia pós-parto primária foi associado à ruptura do trato genital. É fundamental que a atenção primária garanta o numero de consultas pré natais recomendado, que no local deste estudo são oito.

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Continua)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
HADLEY, M. E. <i>et al.</i> , (2021) País Estados Unidos / Alaska	Identificar os fatores que levam a um número alto de hemorragia pós-parto Entre nativas Americanas do Alaska	Estudo de caso-controle.	Um estudo de caso-controle de 384 mulheres (128 casos, 256 controles) entregando entre 1º de agosto de 2018 e 31 de julho de 2019, foi realizado em uma maternidade de nível III centro de referência para mulheres nativas do Alasca no Alasca	Sulfato de magnésio	14.0	.As mulheres que vivem em zonas rurais devem ser controladas previamente acerca das comorbidades da a HPP. Há diferença na acessibilidade aos serviços de saúde no alasca rural .A suplementação de VTD é necessária em razão do clima e da sua importância em relação ainflamação, função endotelial e hemostasia embora faltem estudos no seu papel para hemorragia pós parto.
				Pré-eclâmpsia	6.75	
				Analgésico durante a gestação	0.58	
				Vitamina durante a gestação	1.66	
				Parto induzido com oxitocina	2.09	
				Rotura artificial de membranas	3.18	
				Parto a fórceps	3.56	
				Febre intraparto	5.75	
				Uso de antibiótico	1.31	
				Idade materna na adolescência (<20)	0.94	
				Gravidez idosa (≥35)	2.36	
				Nacionalidade- Birmese	1.39	
				Tribos minoritárias	3.29	
				Paridade – Nulipara	3.17	
				Assistência pré- natal inadequada	1.66	
História prévia de HPP	22.77					
História prévia de macrosomia fetal>3000gr	1.44					
História de parto	2.39					
LISONKOVA, S. <i>et al.</i> , (2016) País= Canadá	Examinar a perda de sangue, fatores de risco e manejo do terceiro estágio do trabalho de parto associada à hemorragia pós-parto atônica.	Caso-cotrole de 3 anos	Realizamos um estudo caso-controle de pacientes em oito hospitais de cuidados terciários no Canadá entre janeiro de 2011 e Dezembro de 2013. O estudo incluiu 383 casos e 383 controles. casos tiveram significativamente	BMI 25-39.9	0.83	Os fatores não significativamente associados à hemorragia pós-parto na regressão logística incluíram o seguinte: a) Idade materna (< 25, 25 a 34, 35 anos); uso de drogas; miomas uterinos; cirurgia uterina; hipertensão crônica; e diabetes melito. b) Hipertensão durante a gravidez; diabetes gestacional; polidrâmnio;
				BMI 30-34.9	1.44	
				BMI = >35	2.44	
				Altura do fundo ≥36,0	2.97	
				Aumento do trabalho de parto	2.34	
				Remoção manual da placenta	49.35	
				Parto instrumental	2.58	
				Episiotomia com primeiro e segundo grau de laceração	1.16	
				Episiotomia com terceiro e quarto grau de laceração	25.89	

Quadro 2 - Estudos de caso controles e de coorte incluídos na revisão.

(Conclusão)

Autor/País	Objetivo	Tipo de estudo	População de estudo	Fatores de risco	OR/RR	Resultados
			maior perda média estimada de sangue do que os controles Oito centros participantes coletaram dados de 393 casos de hemorragia pós-parto atônica e 393 controles sem hemorragia pós-parto. Após excluir pares com dados incompletos, 383 pares combinados (766 mulheres) foram incluído no estudo. Destes, 296 casos e 272 controles parto vaginal, enquanto 87 casos e 111 controles entregue por CS.	Peso fetal 3500 -4000kgr > 4000kgr	2.11 5.92	corioamnionite; ruptura prematura de membranas pré-termo (nenhuma, <24 horas, 24 horas); suspeita de feto grande; gravidez múltipla; infecção materna; cultura positiva para Streptococcus B; antidepressivos; drogas da tireóide; medicamento para asma aguda; asma crônica drogas; antibióticos; uso de fitoterápicos durante a gravidez. c) Ausência de trabalho do parto; início espontâneo do trabalho de parto; indução do parto por varredura de membranas; indução do parto por cateter de Foley; indução falhada; epidural; espinal analgesia; anestesia geral; analgésicos; antiemético; tromboprofilaxia; placenta prévia; descolamento prematuro da placenta; posição cefálica (comparada com outras); prolongado segunda etapa (> 2 horas).
(THEPAMPAN, W. <i>et al.</i> , 2021) Fronteira entre Tailândia e Mianmar no norte da Tailândia.	Explorar fatores de risco relevantes para HPP em gestantes submetidas a parto transvaginal em um hospital comunitário na fronteira entre Tailândia e Mianmar, no norte da Tailândia.	Estudo de Caso controle de 5 anos.	Identificamos 265 mulheres com casos de HPP e 530 mulheres com controles sem HPP durante o período de estudo.			Os fatores de risco mais importantes foram : Gravidez em mulheres maiores de 35 anos, grupos étnicos minoritários, núlparas, HHPP Prévias e IMC= > 35 necessidade de remoção ~manual da placenta aumento do trabalho de parto peso fetal superior a 4 k

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

DISCUSSÃO

Conforme dados apontados no Quadro 1, verifica-se que a maioria dos autores consultados citam vários fatores de risco que podem desencadear na hemorragia pós parto. Assim, os 14 artigos integrados na presente revisão foram analisados e agrupados segundo o tipo de desenho do estudo vista a heterogeneidade dos fatores de risco. Apesar dos avanços tecnológicos e da qualificação dos profissionais que atuam diretamente em salas de partos a HPP ainda se constitui em importante causa de morte . O melhor tratamento para HPP cientificamente comprovado é a prevenção, portanto, a identificação dos fatores de risco é fundamental para implementar sistemas de alerta para a prevenção e o controle da hemorragia, bem como para o planejamento do cuidado individualizado de cada mulher.

Estudos de coorte

Dentre os dez estudos de coorte, múltiplos são os fatores de risco analisados pelos autores, conforme apresentado na Tabela 01. Sendo esta a razão porque decidiu-se destacar cada autor e ao final de cada conjunto de autores agregar um comentário geral, acerca dos fatores de risco que apresentaram maiores OR (*odds ratio*) e RR (risco relativo).

Ekin *et al.*, (2015) desenvolveram um estudo de coorte retrospectivo durante três anos com o intuito de identificar os fatores de risco e etiologias que levam a Hemorragia Pós-Parto (HPP). Os fatores de risco observados com maior OR/RR foram: Cesariana de emergência, parto prolongado, administração de oxitocina, atonia uterina, cesariana prévia e idade materna . Portanto, é fundamental que todos os profissionais que atuam diretamente em consultas pré natal ; bancos de urgências e salas de partos saibam que as mulheres com esses riscos devem ter um acompanhamento diferenciado para o encaminhamento correto no momento do parto.

A indução do trabalho de parto com infusão de ocitocina e a maior duração desta infusão foi identificada como associada com os fatores de risco para HPP grave nos estudos de Miller *et al.*, (2017), Hirsch *et al.*, (2017), Nyfløt *et al.*, (2017b), Lisonkova *et al.*, (2016), Helman *et al.*, (2015), Lutomski *et al.*, (2010) e

Belghiti *et al.*, (2011). Além disso, Al-Zirqi *et al.*, (2009) encontraram que a indução de parto aumentou a prevalência de HPP grave em todos os tipos de parto. Em comparação com o trabalho de parto espontâneo, a indução aumentou significativamente a taxa de parto de emergência e rotura uterina. Khirredine *et al.*, (2013) reforçam que a indução do trabalho de parto foi associada de forma independente com um risco 20% maior de HPP e HPP severa em mulheres de baixo risco.

Corroborando com os resultados apresentados por Ekin *et al.* (2015), os estudos de Sosa *et al.*, (2009) mostram que entre os fatores de risco com aumento significativo em seu OR/RR foram: aumento ou indução com ocitocina, idade materna, paridade, idade gestacional, peso ao nascer, início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido), gravidez única ou múltipla, morte fetal. Outros autores como Sharp *et al.*, (2014) identificaram que os fatores de risco com maior OR/RR são: retenção placentária; atonia uterina; restos placentários; defeitos de coagulação; gravidez múltipla; baixo peso ao nascer; macrossomia fetal; idade materna; nuliparidade; parto prematuro; gestação pós termo; parto instrumentalizado; trauma genital ou episiotomia e tabagismo. Estudos de Von Schmidt auf Altenstadt *et al.*, (2012) ainda complementam que esses fatores estão associados ao risco aumentado de HPP.

Em outro estudo Lisonkova *et al.*, (2016) apontam que a perda de sangue de 2.000 mL foi relatado em 2,1% dos casos com parto vaginal e 3,5% de casos em cesariana.

Sharp *et al.*, (2014) afirma que o risco de HPP em mulheres cujas mães/avós apresentaram hemorragia tiveram maior chance em apresentar o problema, Esse estudo teve poder de 80% para detectar uma razão de chances de 1,3, se tal aumento nas chances que está associado com história familiar existem. Em contraste, as razões de chance ajustadas que foram conferidas pela nuliparidade, ter um bebê grande, cesariana parto e trauma do trato genital foram 1,47, 1,84, 8,20 e 9,61, respectivamente. Esses resultados também foram observados nos estudos de Pubu *et al.*, (2021) quando apontam que houve maior representatividade no OR /RR a idade materna < 35 anos, história de parto prematuro, cesariana, peso do recém-nascido >4 kg e asfixia neonatal como fatores de risco de HPP, como avaliados no Tibete. Estudo realizado por Thepampan *et al.*,

(2021) analisou os fatores de risco relevantes para gestantes submetidas a parto transvaginal em um hospital comunitário na fronteira entre Tailândia e Mianmar, no norte da Tailândia. Observou que a hipertensão e a idade avançada da mãe, tiveram contribuição significativa para a ocorrência da HPP.

Ainda sobre os fatores de risco para a hemorragia pós parto no terceiro estágio Cortet *et al.*, (2015) e Hadley *et al.*, (2021) apontaram vários fatores de risco porém os que tiveram maior OR/RR foram os seguintes : Idade, gravidez múltipla, descolamento da placenta, paridade primíparas, múltíparas, sem cicatriz uterina, múltípara com cicatriz uterina, útero anormal (malformação, fibroma uterino); pré-eclâmpsia, histórico de sangramento uterino anormal, ruptura prematura da membrana, idade gestacional no parto; indução; duração das fases latente, ativa e fases de expulsão do trabalho de parto; tipo de anestesia e episiotomia com trauma perineal.

Estudos de caso controle

A estabilidade na prevalência das mortes maternas por causas diretas podem ser entendidas como um sinalizador da necessidade de ações efetivas para a eliminação desta tragédia anunciada. A maior parte das mulheres sobretudo em zonas rurais ainda não têm a noção da importância da realização correta do pré-natal. Muitas mulheres não o fazem por conta da complexidade dos acessos nos sistemas de saúde, assim recorrem a parteiras não qualificadas que, muitas das vezes não se dão conta do problema que a mulher está exposta. Vários estudos identificam os dois problemas que contribuem, significativamente, para o agravamento dos riscos e suas complicações. O primeiro, ocorre por dificuldade da mulher em buscar o serviço de saúde, seja por insegurança, falta de apoio por parte do parceiro ou familiares, e dificuldades financeiras. O segundo, dentro dos próprios serviços, é decorrente da longa espera para o atendimento, podendo ser ampliada pelo diagnóstico e tratamento tardios.

Os autores Merriam *et al.*, (2017), Van Stralen *et al.*, (2016) e Lisonkova *et al.*, (2016) ainda mencionam que a indução do trabalho de parto, asma, a hipertensão, tabagismo e a diabetes preexistentes pode gerar HPP.

Assim também, a idade, hemoglobina antes do parto e a atonia uterina foram citados por Vendittelli *et al.*, (2016), Henriquez *et al.*, (2019) e Nyfløt *et al.*, (2017b). A

atonia uterina ocorreu (60,4%), enquanto identificamos retenção de placenta em 19,8% dos casos. A placentação anormal foi diagnosticada pós-parto em 4,4% dos casos (NYFLØT *et al.*, 2017b).

Román-Soto; Oyola-García e Quispe-Illanzo, (2019) relatam que o risco de hemorragia pós-parto primária devido à ruptura do trato genital teve maior OR/RR em mulheres solteiras, nulíparas, com menos de oito controles pré-natal e recém-nascidos pesando mais de 3500 gramas.

Como visto anteriormente nos estudos de Ekin *et al.*, (2015), Sosa *et al.*, (2009) e Sharp *et al.*, (2014), fatores de risco para hemorragia pós-parto com aumento no OR/RR incluíram retenção de placenta, gravidez múltipla, macrossomia, episiotomia, sutura, bem como o não uso de manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto. A maioria desses fatores está relacionada ao segundo e terceiro estágio do trabalho de parto. Portanto, segundo estes autores, um esforço deve ser feito, durante o momento do parto, para aplicar técnicas de prevenção como episiotomia restritiva e manejo ativo do trabalho de parto para prevenir hemorragia pós-parto em partos vaginais.

O estudo de Merriam *et al.*, (2017) aponta que dos 55.140.088 partos incluídos na análise da hemorragia pós-parto e/ou transfusão de sangue ocorreu em 75,3 por 100.000 partos, e as taxas de 54,8, 68,4 e 86,0 em volume baixo, médio e alto hospitalares, respectivamente.

Ononge *et al.*, (2016) também encontraram que as mulheres com HPP tendem a ser mais velhas, mais propensas a ter gêmeos e infecção por HIV.

A maioria dos estudos relatados anteriormente incluiu a medição da perda de sangue através da estimativa visual sem uma medição objetiva. O grau de imprecisão deste método varia muito, e muitos estudos mostram que a estimativa visual difere entre 30 e 50% com a perda real. Além disso, essa imprecisão é ampliada com o aumento da perda de sangue (Ekin *et al.*, 2015; Sosa *et al.*, 2009; Sharp *et al.*, 2014; Hadley *et al.*, 2021; Merriam *et al.*, 2017).

Portanto, é muito provável que tenha havido um erro de classificação do resultado, uma vez que a estimativa visual da perda de sangue pode ser influenciada pelo conhecimento prévio do observador e das condições clínicas da mulher com quadro hemorrágico.

Estudos demonstram que retenção de placenta, gravidez múltipla,

macrossomia, episiotomia e sutura são todos fatores de risco (Hadley *et al.*, 2021; Merrian *et al.*, 2017).

No entanto, outros fatores de risco como idade materna, nuliparidade, condução e/ou indução por ocitocina durante o trabalho de parto prematuro foram associados a um risco aumentado de HPP (Ekin *et al.*, 2015; Sosa *et al.*, 2009; Sharp *et al.*, 2014; Hadley *et al.*, 2021; Merrian *et al.*, 2017).

A multiparidade tem sido citada em muitos estudos, citados anteriormente, como um importante fator de risco (Sosa *et al.*, 2009; Sharp *et al.*, 2014; Hadley *et al.*, 2021; Merrian *et al.*, 2017), e tem sido utilizada como marcador clínico de HPP. No entanto, não só o efeito prejudicial deste fator de risco não pôde ser confirmado nessa revisão, mas também identificamos um efeito importante protetor contra HPP na multiparidade. No entanto, a diferença pode ser devido ao nível de ponto de corte usado para definir paridade ou multiparidade. Da mesma forma, a idade como fator de risco tem sido controverso em estudos anteriores (Ekin *et al.*, 2015; Sosa *et al.*, 2009; Sharp *et al.*, 2014; Hadley *et al.*, 2021; Merrian *et al.*, 2017). Vale aqui ressaltar que várias mulheres morrerem por conta do Modelo dos Três Atrasos, atraso na decisão de procurar o serviço de saúde, falta de compreensão das complicações da gravidez, aceitação “cultural” da morte materna, baixo nível socioeconômico – escolaridade, baixo status feminino na sociedade, barreiras socioculturais, existe ainda a particularidade das chamadas barreiras geográficas – falta de acesso ao serviço de saúde (distância, meios de transporte) escassez ou ausência de unidades na região (Ononge *et al.*, 2016).

Em síntese, os fatores de risco para HPP mais observados pelos autores incluídos no presente estudo foram: idade materna, paridade indução do trabalho de parto, placenta retida, gravidez múltipla, macrossomia, episiotomia e sutura. Mulheres com fatores de risco relevantes merecem atenção e cuidados especiais no período pré-natal, Peri parto e pós-parto. A HPP é um evento multifatorial que pode ser considerado como resultado de uma responsabilidade contínua subjacente ao sangramento, em que somente aqueles que atingem um determinado limite vivenciam o evento serão diagnosticados (Ekin *et al.*, 2015; Sosa *et al.*, 2009; Sharp *et al.*, 2014; Hadley *et al.*, 2021; Merrian *et al.*, 2017).

CONCLUSÕES

Reconhecer a importância de identificar os fatores de risco para HPP no período pré-natal é o primeiro passo para se evitar a morte materna por HPP.

Os fatores de risco anteparto como, idade materna, obesidade, anemia moderada a grave, distorção anatômica e funcional do útero, histórico de HPP, paridade, gestações múltiplas/polidramnios, história de hipertensão, implantação anormal da placenta, uso de anticoagulante na gestação foram confirmados na maioria dos estudos incluídos na presente revisão.

Mulheres com histórico de fatores de risco relevantes carecem de atenção e cuidados especiais no período pré-natal, periparto e pós-parto. A HPP se instala por uma multiplicidade de fatores, que pode ser considerado como resultado de uma responsabilidade contínua subjacente ao sangramento, em que somente aqueles que atingem um determinado limite experimentam o evento e serão diagnosticados. As estratégias para prevenir a progressão da hemorragia pós-parto devem incluir o gerenciamento correto do trabalho de parto, protocolos conservadores para a administração de ocitocina, prevenção de cesariana desnecessária, parto cirúrgico temporário para parto prolongado e técnica cirúrgica cuidadosa. É necessária vigilância adicional durante os períodos pré-natal e periparto para identificar mulheres em risco e intervenção precoce para prevenir a HPP.

Estudos secundários como revisões sistemáticas, resultam em argumentos atualizados para justificar a reavaliação e atualização das ações de cuidado, da organização e gerenciamento de serviços de saúde, dos currículos e práticas educativas. Os diferentes riscos representam a probabilidade de ocorrências de desfechos desfavoráveis para o binômio mãe e filho, bem como os requerimentos de investimentos que resultem na redução dos riscos da morbimortalidade materna.

Portanto, a capacidade das equipes assistenciais deve ser potencializada para promover e instituir o manejo não cirúrgico na `` hora de ouro `` do parto, bem como do manejo ativo do terceiro período do parto.

Para a redução dos riscos e mortalidade por HPP, é necessário também implementar a estratificação de risco nos serviços de saúde e reduzir as dificuldades no manejo das pacientes otimizar a assistência pré-natal, ao parto e pós parto.

O uso da ocitocina deve ser controlado tecnicamente, seguindo protocolo

clínico, para evitar agravamento de riscos e acarretar eventos adversos.

Finalmente, há necessidade que pesquisas sejam realizadas para que a estimativa da perda sanguínea não seja apenas visual.

REFERÊNCIAS

AL-ZIRQI, I. *et al.* Effects of Onset of Labor and Mode of Delivery on Severe Postpartum Hemorrhage. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 201, p. 273.e1-273.e9, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809006279?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BELGHITI, J. *et al.* Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. **BMJ Open.** v. 1, art. n. e000514, 2011. Doi: 10.1136/bmjopen-2011-000514.

BRILEY, A. P. T. *et al.* Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum haemorrhage and progression to severe PPH: a prospective observational study. **BJOG**, v. 121, n. 7, p. 876-888, Jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12588>.

CORTET, M. *et al.* Severity of post-partum hemorrhage after vaginal delivery is not predictable from clinical variables available at the time post-partum hemorrhage is diagnosed. **J. Obstet. Gynaecol. Res.** v. 41, n. 2, p. 199-206, Feb. 2015. Doi: 10.1111/jog.12528.

EKIN, A. *et al.* Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage. **Arch Gynecol Obstet.** v. 292, p. 1.247-1.254, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3771-5>. Acesso em: 10 set. 2021.

HADLEY, M. E. *et al.* Postpartum hemorrhage: moving from response to prevention for Alaska native mothers. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v.155, n. 2, p. 290-295, nov. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13883>.

HELMAN, D. *et al.* A phenology-based method for monitoring woody and herbaceous vegetation in mediterranean forests from NDVI time seriesremote sens. v. 7, n. 9, p. 12.314-12.335, 2015. Doi: <https://doi.org/10.3390/rs70912314>.

HENRIQUEZ, D. D. C. A. *et al.* Clinical characteristics of women captured by extending the definition of severe postpartum haemorrhage with 'refractoriness to treatment': a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 19, Art. n. 361, 10f, 2019. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12884-019-2499-9.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

HIERSCH, L. *et al.* Effect of meconium-stained amniotic fluid on perinatal complications in low-risk pregnancies at term. **Am. J. Perinatol.** v. 33, n. 4, p. 378-384, Mar. 2016. Doi: 10.1055/s-0035-1565989.

HOGAN, M. C. *et al.* Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **Lancet**, v. 375, n. 9.726, p. 1.609-1.623, May 2010. doi: 10.1016/s0140-6736(10)60518-1

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Reviewers' Manual: Edition 2011**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; University of Adelaide, 2011. 201 p. Disponível em: <https://docplayer.net/1411720-Joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2011-edition.html>. Acesso em: 10 set. 2021.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990 - 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 388, n. 10.053, p. 1.775-1.812, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5224694/pdf/emss-70951.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

KHIREDDINE, I. *et al.* Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. **PLoS One**. v. 8, n. 1, art. e54858, Jan. 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0054858. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0054858&type=printable>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LISONKOVA, S. *et al.* Atonic postpartum hemorrhage: blood loss, risk factors, and third stage management. **J. Obstet. Gynaecol. Can.** v. 38, n. 12, 12f. Aug. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.06.014>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316394087>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LUTOMSKI, J. E. *et al.* Increasing trends in atonic postpartum haemorrhage in ireland: an 11-year population-based cohort study. **BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.** v. 119, n. 3, p. 306-314, Feb. 2012. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03198.x>.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L.; ARZUAGA-SALAZAR, M. A. Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo/SP, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jNxPLt6HmDvdtW3Zh6hmMxM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

MERRIAM, A. A. *et al.* Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: a population-based study. **BJOG**. v. 124, n. 9, p. 1365-1372, Aug. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14553>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14553>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MILLER, S. *et al.* Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **Lancet [Internet]**. v. 388, n. 10.056, p. 2.176-2.192, 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31472-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31472-6.pdf). Acesso em: 10 set. 2022.

MUNN, Z. *et al.* Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. **Int. J. Evid. Based Healthc.**, v. 13, n. 3, p. 147-153, Sep. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000054>.

NYFLØT, L. T. *et al.* Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: a case-control study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 4, p. 1-10, Apr., 2017a. Doi.: [10.1371/journal.pone.0175306](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175306).

NYFLØT, L. T. *et al.* Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 17, n. 1, Art. 17, 9 p., Jan 2017b. Doi: [10.1186/s12884-016-1217-0](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1217-0). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223545/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ONONGE, S. *et al.* Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. **Reprod. Health**. v. 13, Art. 38, 7p., Apr. 2016. Doi: [10.1186/s12978-016-0154-8](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0154-8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832492/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Syst. Rev.**, v. 5, n. 210, p. 1-10, 2016. DOI: [10.1186/s13643-016-0384-4](https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4). Disponível em: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 10 set. 2021.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Int. J. Surg**. V. 88, Art. 105.906, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919121000406>. Acesso em: 12 jan. 2022.

PUBU, Z. M. *et al.* Factors affecting the risk of postpartum hemorrhage in pregnant women in Tibet health facilities. **Med. Sci. Monit**. v. 27, Art. n. e928568-1 - e928568-9, Feb. 2021. Doi: [10.12659/MSM.928568](https://doi.org/10.12659/MSM.928568). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887994/pdf/medscimonit-27-e928568.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

RANGEL, R. C. T. *et al.* Content Validation of the Instrument Nursing Care Technology in the Prevention and Management of Hemorrhage in the Third Stage of Labor. **Nurs. Health Care Int. J.**, v. 3, n. 3, art. 000190, 2019. DOI: 10.23880/nhij-16000190. Disponível em: <https://medwinpublishers.com/NHIJ/NHIJ16000190.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

ROMÁN-SOTO, J. M.; OYOLA-GARCÍA, A. E.; QUISPE-ILANZO, M. P. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto[Postpartum primary haemorrhage's risk factors]. **Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.** V. 35, n. 1, Art. e718, Ene.-Mar. 2019. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n1/1561-3038-mgi-35-01-e718.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SHARP, G. C., *et al.* Intergenerational transmission of postpartum hemorrhage risk: analysis of 2 Scottish birth cohorts. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 211, n. 1, p. 51.e1-51.e7, Jul. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.012>.

SOSA, C. G. *et al.* Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. **Obstet Gynecol.** v. 113, n. 6, p. 1313-1319, 2009. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66b05. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730945/pdf/nihms125772.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimacão da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 30, Supl. 1, p. S71-S83, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125313>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HhYmP94jxzwyfxZ9MWqVxrP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

TEIXEIRA, E. P. *et al.* Risk factors for hemorrhage in the third stage of labour: systematic review. PROSPERO 2021 CRD42021219303. 2021. Disponível em: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021219303. Acesso em: 12 jan. 2022.

THEPAMPAN, W. *et al.* Risk factors for postpartum hemorrhage in a Thai-Myanmar border community hospital: a nested case-control study. **Int. J. Environ. Res. Public. Health.** v. 18, n. 9, Art. n. 4.633, 2021. Doi: 10.3390/ijerph18094633. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123817/pdf/ijerph-18-04633.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. **Sustainable Development Goals: 2015**. New York: United Nations. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/>. Acesso em: 10 set. 2021.

VAN STRALEN, G. *et al.* Increasing incidence of postpartum hemorrhage: the dutch piece of the puzzle. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.** v. 95, n. 10, p. 1104-1110, Oct. 2016. Doi: 10.1111/aogs.12950. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12950>. Acesso em: 12 jan. 2023.

VENDITTELLI, F. *et al.* Incidence of immediate postpartum hemorrhages in French maternity units: a prospective observational study (HERA study). **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 16, n. 1, Art. 242, 9p., Aug. 2016. Doi: 10.1186/s12884-016-1008-7. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1008-7>. Acesso em: 12 jan. 2023.

VON SCHMIDT AUF ALTENSTADT, J. F. *et al.* Pre-eclampsia increases the risk of postpartum haemorrhage: a nationwide cohort study in the Netherlands. **PLoS One**. v. 8, n. 12, Art. e81959, Dec. 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0081959. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867333/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

WORLD BANK GROUP. Relatório de Desenvolvimento Mundial 2022. Washington, DC, 2022. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/publication/wdr2022>. Acesso em: 12 jan. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. . Acesso em: 12 jan. 2022.

3.4 MANUSCRITO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE RANGEL PARA O PORTUGUÊS DE ANGOLA

Adaptação transcultural do instrumento de Rangel® para o português de Angola

Adália Edna Chipindo
Maria de Lourdes de Souza

RESUMO:

Introdução: A utilização de instrumentos construídos em outros países além da tradução, são necessárias a adaptação cultural e a validação. Isto porque, somente a tradução pode ocasionar interpretações incorretas devido às diferenças culturais, de linguagem e de terminologias científicas. Assim, a adaptação e a validação de um instrumento são realizadas em etapas distintas, porém complementares. **Objetivo:** Realizar adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel® sobre prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto para o português de Angola. **Método:** Adaptação Transcultural e Validação de Instrumento, adotando os procedimentos definidos por Beaton. O instrumento, em seu conteúdo, foi avaliado por 20 juízes (enfermeiros) nativos de Angola, aplicando-se Alfa de Cronbach e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), cujos resultados estatísticos demonstram que esta tecnologia é apropriada para a realidade angolana. **Resultados:** Ao final da tradução do instrumento, 8 (oito) termos ou (palavras) foram modificados, para o português de Angola tais como: registrar, factores, planear, controlo, adoptar, activo, sub-involução e colectores. **Discussão:** A adaptação cultural de um questionário, ou instrumento para uso em um outro País, cultura ou idioma requer uma metodologia exclusiva, a fim de obter a equivalência entre os idiomas de origem e o de destino. A composição do instrumento estimula os enfermeiros que trabalham em sala de parto a estar atentos as ações de cuidado que contribuem para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. **Conclusão:** O instrumento adaptado nesta pesquisa constitui um elemento essencial para todos profissionais que se dedicam no cuidado à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal, em Angola.

Palavras-chave: Hemorragia; Estudo de Validação; Tradução; Adaptação Transcultural; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT:

Introduction: The use of instruments built in other countries other than translation, it is necessary to cultural adaptation and validation. This is because, only the

translation can cause incorrect interpretations due to differences in culture, language and scientific terminology. Likewise, the adaptation and validation of an instrument are carried out in different stages, therefore complementary. **Objective:** To carry out cross-cultural adaptation and validation of the Rangel@ instrument, for the Portuguese of Angola, for the prevention and control of hemorrhage in the third period of delivery. **Method:** Transcultural Adaptation and Instrument Validation, adopting the procedures defined by Beaton. **Results:** At the end of the translation of the instrument, 8 (oito) terms or (words) were modified, for the Portuguese of Angola such as: register, factors, plan, control, adopt, active, sub-involvement and collectors. **Discussion:** The cultural adaptation of a questionnaire, or instrument for use in another country, culture or language requires an exclusive methodology, in order to obtain equivalence between the source and target languages. The composition of the instrument encourages the nurses who work in the delivery room to be attentive to the years of care that contribute to the prevention and control of hemorrhage in the third period of delivery. **Conclusion:** The instrument adapted to this research constitutes an essential element for all professionals who are dedicated to women's health care in the pregnancy and puerperal cycle, in Angola.

Keywords: Hemorrhage; Validation Study; Translation; Cross-Cultural Adaptation; Obstetric Nursing.

RESUMEN:

Introducción: El uso de instrumentos contruidos en otros países distintos a la traducción, es necesario para su adaptación y validación cultural. Esto se debe a que sólo la traducción puede provocar interpretaciones incorrectas debido a diferencias de cultura, idioma y terminología científica. Asimismo, la adaptación y validación de un instrumento se realizan en etapas diferentes, por lo tanto complementarias. **Objetivo:** Realizar adaptación transcultural y validación del instrumento Rangel@, para portugueses de Angola, para la prevención y control de la hemorragia en el tercer período del parto. **Método:** Adaptación Transcultural y Validación de Instrumentos, adoptando los procedimientos definidos por Beaton. **Resultados:** Al final de la traducción del instrumento, fueron modificados 8 (oito) términos o (palabras), para el portugués de Angola tales como: registrar, factores, planificar, controlar, adoptar, activo, subparticipación y recolectores. **Discusión:** La adaptación cultural de un cuestionario, o instrumento para su uso en otro país, cultura o lengua requiere de una metodología exclusiva, con el fin de obtener equivalencia entre las lenguas de origen y de destino. La composición del instrumento incentiva a los enfermeros que actúan en la sala de partos a estar atentos a los años de cuidados que contribuyen a la prevención y control de la hemorragia en el tercer período del parto. **Conclusión:** El instrumento adaptado a esta investigación constituye un elemento esencial para todos los profesionales que se dedican a la atención de la salud de la mujer en el ciclo gestacional y puerperal, en Angola.

Palabras clave: Hemorragia; Estudio de Validación; Traducción; Adaptación transcultural; Enfermería Obstétrica.

1 INTRODUÇÃO

A "adaptação transcultural" (ATC) é um processo metodológico ao qual se adequa um determinado instrumento para o uso em outro país e/ou cultura. Diversos estudos nacionais e internacionais (Herdman; Fox-Rushby; Badia, 1998; Reichenheim; Moraes, 2007; Maher; Latimer; Costa, 2007; Beaton *et al.*, 2000; Gjersing; Ehorn,; Clausen, 2010; Borsa; Damásio; Bandeira, 2012), têm apresentado propostas que abordam a metodologia para a tradução e adaptação de instrumentos que apresentam benefícios em relação ao desenvolvimento de outros, específicos para cada cultura. A elaboração de um novo instrumento é um processo dispendioso, lento e impossibilita a comparação entre diferentes países. Assim, a adaptação transcultural e validação correspondem a um investimento mais econômico, inclusive na linha do tempo, e principalmente possibilita o compartilhamento de informações no mundo inteiro (Maher; Latimer; Costa, 2007).

A adaptação transcultural (ATC) de instrumentos, escalas de avaliação são bastante usuais nas áreas da saúde. Frequentemente os modelos são desenvolvidos em língua inglesa e, muitas vezes, utilizados em populações diferentes daquelas para as quais foram originalmente criados (Beaton *et al.*, 2000; Oliveira *et al.*, 2020).

Nestes casos, é necessária a adaptação transcultural, pois sua validade não depende somente de tradução, mas, também, da contextualização ao novo cenário cultural. Entende-se que, a avaliação da equivalência conceitual e da equivalência de itens pode ser feita por meio da revisão de conceitos/valores de uma população local, realizando consulta a especialistas à cultura-alvo, da pesquisa entre representantes da população da cultura-alvo ou, ainda, por meio da combinação das três estratégias anteriores (Reichenheim; Moraes, 2007; Nunes, 2014).

A qualidade de um instrumento é determinada por avaliação das propriedades psicométricas, dentre estas se destacam a confiabilidade e a validade (Pilatti; Pedroso; Gutierrez, 2010; Luiz; Costa; Nadanovsky, 2008):

- **Confiabilidade:** um instrumento é considerado confiável quando é capaz de produzir resultados semelhantes quando aplicado em um mesmo indivíduo em diferentes instantes de tempo ou por diferentes examinadores sem que ocorra mudança real para o entrevistado. A confiabilidade do instrumento pode ser avaliada

a partir da reprodutibilidade e da consistência interna. A reprodutibilidade pode ser determinada pelo teste-reteste. O instrumento é aplicado duas vezes em um intervalo que não tenha ocorrido mudança do estado do indivíduo em relação ao que está sendo avaliado. Pode ser utilizado para avaliar variações entre um observador em dois momentos (confiabilidade intra-examinador) ou entre mais de um observador (confiabilidade inter-examinador). A consistência interna avalia a relação entre diferentes itens do instrumento e entre cada item e a pontuação total da escala. Segundo Pasquali (1999, 2009), a consistência interna é a viabilizada por intermédio de cálculos estatísticos para verificar a homogeneidade, ou seja, a consistência interna existe quando todas as subpartes da medida estão medindo a mesma característica. O procedimento mais aconselhado para aferir a consistência interna é o Alfa de Cronbach ou coeficiente alfa, que ajusta um cálculo da correlação da divisão em metades para todas as formas possíveis de dividir a medida em duas partes.

A confiabilidade pode ser conceituada como o grau em que as medidas estão livres de erros de medida; ou aquela capaz de reproduzir resultados consistentes no tempo e no espaço ou, a partir da observação de sujeitos distintos, assinalando equivalência, estabilidade, coerência e homogeneidade. A confiabilidade de medição quantitativa é um essencial critério avaliativo de sua qualidade; é a “consistência com que o instrumento mede o atributo”. Quanto menor for a variação produzida pelo instrumento em medições repetidas, maior será sua confiabilidade. Medidas confiáveis maximizam o componente de pontuação real e minimizam o erro”. (Costa, 2019, p. 70).

- **Validade:** A validade consiste em verificar se o instrumento mede o que se propõe avaliar. Existem três tipos de validade: de conteúdo, de critério e de constructo. A validade de conteúdo avalia se o instrumento contempla todos os aspectos do domínio a ser pesquisado. A validade de constructo é realizada quando não existe um instrumento padrão-ouro para ser comparado com o avaliado e pode ser verificada por meio de testes que identificam como as medidas se comportam em uma escala. A validade de critério corresponde à comparação do instrumento estudado com um considerado padrão-ouro (Luiz; Costa; Nadanovsky, 2008; Fain, 2009).

A adaptação transcultural de instrumentos é um método eficiente; contudo, os processos adotados precisam ser criteriosos, pois a tradução e a adaptação são tão relevantes quanto à construção de um novo instrumento. Logo, requer cuidados

linguísticos, devido ter-se distintas abrangências e especificidades inerentes a cada idioma. “A busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão adaptada transculturalmente deve guiar todo o processo, de maneira a evitar formas, muitas vezes sutis, de distorção” (Mota, 2009, p.10).

Um processo de tradução e adaptação transcultural, em instrumentos relativos a área de enfermagem, pode ser efetivado conforme metodologia preconizada por Beaton *et al.*, (2007): tradução, síntese da tradução, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas e pré-teste (Oliveira *et al.*, 2020).

A adaptação transcultural refere-se a “um processo de adequação e sincronização de um instrumento, para o uso em outro país, outra língua e outra cultura”. O mesmo, “possui diversas etapas e que envolvem tradutores, tradutores bilíngues (nativos na língua de origem), pesquisadores e a população-alvo”; com parâmetros de julgamento como: a cultura, a língua e o país (Nunes, 2014).

A adaptação transcultural é um processo que é “viável para pesquisas científicas devido à economia de tempo e dinheiro, quando comparado com os processos de criação de um novo instrumento” e, refere-se “à mudança de expressões verbais e coloquiais para a nova cultura” (Cabral *et al.*, 2018, p. 16).

Considerando a importância de prevenir e controlar a mortalidade materna por hemorragia e a existência do instrumento construído por Rangel é que foi definido o objetivo a seguir descrito.

2 OBJETIVO

Realizar adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel@, para o português de Angola, para prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de Adaptação Transcultural de Instrumento (Beaton *et al.*, 2000) para o português de Angola.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Superior Politécnico da Caála Huambo, Angola Parecer Número 027/2021 (Anexo C), vista que, toda a coleta de dados ocorreu em Huambo/Angola. Foi solicitado, também, previamente, a autorização da Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel, autora do instrumento ora em adaptação transcultural, que, concedeu por escrito a sua resposta.

O estudo

Trata-se de uma pesquisa de validação do instrumento de Rangel[@], que é constituído por cinco eixos, 20 domínios e 92 ações de cuidado, como um recordatório acerca das necessidades e da prevenção de riscos da gestante/parturiente/puérpera. A coleta de dados, relativas à compreensão acerca da validade de conteúdo, foi realizada durante o mês de outubro do ano 2022, com enfermeiros que trabalham na Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola.

4 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

Utilizou-se o referencial de Beaton *et al.*, (2007), com as seguintes etapas: tradução, síntese, retro tradução, revisão, e submissão ao autor original.

1ª Etapa – Tradução

A primeira etapa denominada fase de preparação. Nesta, foi elaborado um check list. Na sequência, foi realizada leitura do instrumento original, com a finalidade de compreendê-lo e também o desfecho, revisar na literatura local a existência de um instrumento idêntico ou semelhante ao da validação pretendida. Em termos conceituais, verificou-se se havia equivalência entre o instrumento de Rangel e os valores culturais da população alvo. Também foi solicitada a permissão da autora do instrumento original para ser adaptado na cultura alvo (WILD *et al.*, 2005). Além disso, buscou-se compreender nesta fase quais os compromissos a assumir nas etapas subsequentes da ATCI (Fortes; Araujo, 2019).

2ª Etapa - Síntese

A maior parte dos autores revisados em ATC recomenda que a versão para a cultura-alvo seja feita por pelo menos dois tradutores e que eles devem ser nativos da cultura-alvo (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993; Beaton *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2020; Cabral *et al.*, 2018; Beaton *et al.*, 2000; Reichenheim; Moraes, 2007; Fahl, 2014).

Na literatura consultada não foi observado consenso se ambos os tradutores deviam residir no país da cultura-alvo, mas há recomendação que pelo menos um resida (Wild *et al.*, 2005). Tendo em vista esta recomendação, a Etapa de Tradução foi realizada por dois tradutores angolanos nativos, com domínio da língua, um dos tradutores possuía familiaridade com o tema e objetivo da pesquisa e o outro era de área afim, identificados como Tradutor 1 (T1) e Tradutor 2 (T2).

Síntese das traduções: o T1, T2 e o pesquisador realizaram um encontro para comparar as traduções. O debate prosseguiu até a obtenção da versão de consenso identificada como Tradução 12 (T12).

O trabalho de síntese foi conduzido a partir do instrumento original e as versões elaboradas, obtendo o instrumento com o consenso dos tradutores (Beaton *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2020).

3ª etapa - Retrotradução

O Processo de retrotradução para o idioma original, foi realizado em duas versões, construída na etapa de síntese de tradução (por outros dois tradutores independentes, nativos de Angola), e de forma totalmente cega. Ambas as versões foram avaliadas pelo pesquisador e um outro tradutor, para comparar e debater os resultados, frente ao instrumento original, de modo que se obtivesse uma versão de síntese da retrotradução. Esta etapa é um processo de validação para garantir que a versão traduzida reflita com precisão o conteúdo do item da versão original (Beaton *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2020).

4ª Etapa - Revisão pelo Comitê

Após a retrotradução, e obtida uma única versão. A síntese das traduções em uma versão com possíveis discrepâncias resolvidas, foi realizada por um terceiro tradutor ouvido os tradutores anteriores (Eremenco; Cella; Arnold, 2005; Beaton *et*

al., 2007).

O comitê de especialistas foi integrado por vinte enfermeiros da Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola com os devidos esclarecimentos pela autora principal desta pesquisa. Foi realizada a leitura comparativa do instrumento, versão original e versão retraduzida, para verificar a consistência dos itens que compõem o instrumento e se as instruções possuíam o mesmo significado (Cabral *et al.*, 2018). Considerando a revisão e as sugestões dos especialistas, foi produzida a versão final do instrumento para o português de Angola (Beaton *et al.*, 2000; Reichenheim; Moraes, 2007; Fahl, 2014).

5ª Etapa - Submissão e Aprovação

Esta etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento de Rangel@ requeria que o instrumento adaptado fosse apresentado e conferido pela autora do original. Assim foi feito, todo o registro do processo para composição de manuscrito visando a sua publicação e apresentação para a comunidade científica (Reichenheim; Moraes, 2007; Alexandre; Coluci, 2011).

5 RESULTADOS

Apresenta-se os resultados obtidos durante o processo de tradução. Na tabela 1 demonstra-se as mudanças no português que foram registradas.

Tabela 1 - Tradução feita pelos validadores Angolanos. Florianópolis SC, Brasil 2023

MUDANÇAS PORTUGUÊS	MUDOU NÚMERO (%)	NÃO MUDOU NÚMERO (%)	TOTAL NÚMERO (%)
Título do Eixo	(2) 40%	(3) 60%	(5) 100%
Título do Domínio	(4) 20%	(16) 80%	(20) 100%
Cuidado	(29) 31%	(63) 69%	(92)100%
Palavras modificadas	Registrar Factores Planear Controlo Adoptar Activo Subinvolução Colectores		

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Conforme dados apontados na tabela 1, verifica-se que ocorreram mudanças em termos utilizados no português do Brasil para o português de Angola, na tradução e adaptação transcultural do instrumento para controle da hemorragia no terceiro período do parto, de autoria de Rangel@. Este instrumento é constituído por cinco eixos, 20 Domínios e 92 ações de cuidado, como um recordatório acerca das necessidades de cuidado da gestante/parturiente/puérpera, que assim instrumentalize as atividades assistenciais.

Após a etapa de tradução, no título do eixo (05), houveram alterações que representa 40% do total. No título do domínio (20), ocorreu 20% de mudanças. Nas 92 ações de cuidado teve-se de mudar 31%.

Ao final da tradução do instrumento, 8 (oito) termos ou (palavras) foram modificados, tais como: registrar, factores, planear, controlo, adoptar, activo, sub-involução e colectores (Anexo B).

Na tabela 2 apresenta-se as características dos enfermeiros validadores.

Tabela 2 - Características dos 20 validadores. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

Variável	nº	%
Idade		
25-34	4	20
35 - 45	16	80
Sexo		
Masculino	4	20
Feminino	16	80
Formação Profissional		
Graduação	3	15
Especialização	14	70
Mestrado	3	15
Setor de atuação		5
Consulta Pré Natal	3	15
Banco de urgência Maternidade	3	15
Sala de Partos	12	60
Alojamento Conjunto	2	10
Tempo de serviço		
1-4 anos	3	15
5-9 anos	3	15
10-14 anos	12	60
15-20 anos	2	10

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Para esta etapa foi enviado o convite prévio para os validadores respondentes com uma amostra de 20 enfermeiros, número ideal de validadores segundo Pasquali (1999, 2009). Após o aceite em participar da pesquisa, os validadores responderam um formulário eletrônico, construído via Google forms. A utilização de recursos de informática facilitou que enfermeiros angolanos procedessem a leitura do instrumento e realizassem o autopreenchimento, tornando esta atividade bem dinâmica (Calliyeris; Las Casas, 2012).

Na tabela 3 é demonstrada a pontuação das 92 ações de cuidado da enfermeira conferida pelos especialistas, com a frequência absoluta e relativa.

Tabela 3 - Validação das 92 ações de cuidado pelos Enfermeiros. Florianópolis, SC, Brasil, 2023

Validação /pontos	Número de especialistas	Percentagem
Abaixo de 75	10	11,0
75	13	14,0
80	17	18,5
85	37	40,2
90 +	15	16,3
Total	92	100,0

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

5 DISCUSSÃO

Durante anos foram criados e testados vários protocolos de seguimento de grávidas com objetivo de prevenir as hemorragias e, conseqüente a morte materna nos diferentes estágios da gravidez. Contudo, há disponibilidade limitada e má qualidade dos serviços, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o que desencadeia ou causa anualmente mortes maternas no mundo. Destas mortes, 85% ocorrem na África Subsaariana (56%) e no sul da Ásia (29%). No mundo, no ano de 2008, mais da metade de todas as mortes maternas se registraram em seis países: Afeganistão, República Democrática do Congo ,Etiópia ,Índia, Nigéria e Paquistão, a maior parte no momento do parto ou no puerpério (WHO, 2012, 2019; Campbell; Graham, 2006).

Pesquisas dão conta que a morte materna por hemorragia é evitável, incluindo hemorragia anteparto ,durante o parto e hemorragia pós – parto. Nos

países em desenvolvimento umas das principais causas de morte materna é a hemorragia no terceiro estágio do parto, afetando cerca de 1% das gestantes (Souza *et al.*, 2013; MARTINS; Souza; Arzuaga-Salazar, 2013).

A adaptação transcultural de instrumentos é tarefa complexa que demanda a utilização de diretrizes internacionais que assegurem a qualidade do trabalho desenvolvido, de modo a se preservar a igualdade da avaliação e respectiva comparação entre resultados das versões original e adaptada em diferentes países e culturas. Instrumentos estruturados para o controle da hemorragia, são de grande importância para o desenvolvimento científico e o aprimoramento dos profissionais na prática, com vistas a reduzir as mortes maternas por hemorragia (Silva *et al.*, 2010).

A presente pesquisa representa contribuição para a área de conhecimentos na qual se insere, ao propor a adaptação transcultural do instrumento Tecnologia de Cuidado de Enfermagem na Prevenção e no Controle de Hemorragia Pós Parto, autoria de Rangel@ para o português de Angola/Huambo. Após esta adaptação e sua testagem será possível disponibilizar para as demais maternidades existentes na província, contribuindo assim para os diagnósticos precoces que auxiliam na definição da intervenção adequada.

A redução da morte em mulheres por hemorragia no terceiro estágio do parto, é uma meta desejável vista que pode ser prevenida e controlada.

Tradução, síntese e retro tradução, o trabalho de tradutores independentes, leituras das referências acerca de fatores de risco para hemorragia no parto requereu tempo e foco no processo de pesquisa sem perder de vista a prática clínica do parto (Rangel, 2019).

A contribuição dos especialistas que integraram o Comitê de Experts, foi fundamental, vista que, embora não fossem pesquisadores, possuíam experiência clínica com a assistência às mulheres no ciclo gravídico puerperal. O trabalho desses profissionais contribuiu para cancelar a qualidade do processo de validação semântica do instrumento em questão. Destaca-se a contribuição desta pesquisa com a disponibilização de um instrumento que permitirá a realização de diagnósticos para o aprimoramento das práticas existentes com foco na criação de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis nas unidades de saúde de Angola/Huambo. O processo de adaptação utilizado demonstra a robustez do procedimento utilizado

para assegurar as mesmas propriedades psicométricas do instrumento original.

Muitas mulheres morrem todos os dias no mundo pela complexidade de acesso ao atendimento na assistência e tratamento adequado devido à HPP. Assim, adaptar e propor tecnologia para a prevenção e o controle acessíveis aos diversos contextos sociais, econômicos culturais e políticos em que essas mulheres estão inseridas é essencial para alcançar a redução da HPP e da morte materna. O instrumento ora adaptado, ao português de Angola e com o aval dos enfermeiros validadores, se constitui num elemento essencial para todos profissionais, que se dedicam ao cuidado da mulher no ciclo gravídico e puerperal, vista que, em cada um dos 20 Domínios, há requerimento de ações de cuidado de enfermagem. Estas, por sua vez, integradas num instrumento poderão ser aplicadas conforme os requerimentos da gestante/ parturiente/ puérpera, devido à história clínica, história de vida social e obstétrica de cada mulher.

CONCLUSÃO

Os resultados da presente validação de conteúdo por peritos, são fundamentais para assistência, ensino e pesquisa na enfermagem, porque permite oferecer um instrumento padronizado para assistência a mulher.

A utilização deste instrumento requer atualização periódica, em decorrência de novas evidências clínicas e por conta da acelerada produção de tecnologias de produto e de processo para prevenção e controle da hemorragia pós-parto.

Tecnologias voltadas para a prática assistencial fazem com que esta evolua para níveis de atenção eficazes e, especialmente, para a prevenção da morte materna por hemorragia, e eleva-se a qualidade do atendimento, preservando-se o bem-estar e a vida.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 7, p. 3.061-3.068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

BEATON, D. E. *et al.*, Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3.186-3.191, Dec. 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014.

BEATON, D. *et al.* Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Revised. Illinois: American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf Acesso em: 10 set. 2021.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto/SP, v. 22, n. 53, p. 423-432, set.-dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRxjMqmbZddKpwywVM8mJv/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

CABRAL, L. L. *et al.* Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da escala de percepção de esforço de Borg. **J. Phys. Educ.** v. 28, Art. e2853, 13f., 2017. Doi: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2853>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jpe/a/rwwRmWFzLvzJX8XQ9gCvbwS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 set. 2021.

CALLIYERIS, V. E.; CASAS, A. L. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. **Interações (Campo Grande)**. v. 13, n. 1, p. 11-22, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-70122012000100002>.

CAMPBELL, O. M.; GRAHAM, W. J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006; 368:1284–99. Volume 368, N. 9543, p. 7-13, Oct. 2006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606693811?via%3Dihub>

COSTA, P. T. L. **Adaptação transcultural e validação semântica da Vancouver Scar Scale – Baryza Version para a população brasileira**. 2019. 212f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204424/PNFR1109-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2021.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Eval. Health Prof.**, v. 28, n. 2, p. 212-232, Jun. 2005. DOI: 10.1177/0163278705275342. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0163278705275342>. Acesso em: 10 set. 2021.

FAHL, G. B. **Adaptação transcultural do Self-Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy (SECEL) para o português brasileiro**. 2014. 68f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/115025>. Acesso em: 12 set. 2021.

FAIN, J. A. **Reading, understanding, and applying nursing research**. 4. ed. Philadelphia: F. A Davis Company, 2009. 337p.

FORTES, C. P. D. D.; ARAÚJO, A. P. Q. C. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 27, n. 24, p. 1/8, 2019. DOI: 10.1590/1414-462x201900020002.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Med. Res. Methodol.** v. 10, n. 13, 2010. Doi: 10.1186/1471-2288-10-13.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1.417-1.432, Dec. 1993. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90142-n. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90142-N/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90142-N/pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual. Life Res.**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1024985930536>. Disponível em: <https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/10007/1/Fulltext.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. Epidemiologia & Bioestatística em Odontologia. São Paulo: **Atheneu**, 2008, 469 p.

MAHER, C.G.; LATIMER, J.; COSTA, L. O. P. The relevance of crosscultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 11, n. 4, p. 245-252, 2007.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L.; ARZUAGA-SALAZAR, M. A. Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo/SP, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jNxPLt6HmDvdtW3Zh6hmMxM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

MOTA, L. B. **Versão brasileira da escala Chedoke McMaster Assessment Stroke**: tradução, adaptação cultura, validade e confiabilidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

Campinas/SP, 2009. Disponível em:
<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313518>. Acesso em: 10 set. 2021.

NUNES, S. P. H. **Validação do instrumento DISABKIDS®-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-30032015-185317/pt-br.php>. Acesso em: 12 set. 2020.

OLIVEIRA, I. C. L. *et al.* Adaptação transcultural brasileira do Resilience Safety Culture. **Referência**, Coimbra, PT, v. 5, n. 4, e20065, 2020. DOI:
<https://doi.org/10.12707/RV20065>. Disponível em:
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=3472&codigo=. Acesso em: 10 set. 2021.

PASQUALI, L. Histórico dos Instrumentos Psicológicos. In: PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de avaliação. Brasília: LabPam/IBAP, 1999.

PASQUALI L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. Esp., p. 992-999, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: **Um debate necessário RBECT**, Paraná, v.3, n.1, p.81-91, jan-abr., 2010.

RANGEL, R. C. T. **Tecnologia do cuidado do enfermeiro na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215178/PNFR1112-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2021.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo/SP, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZL8GFt3jxcFfHW3HzJjnyRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

SILVA, E. G. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1380-1386, abr. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n. 3, p.711-718, Jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KMD5ksTnDqBCKW4rf5bJx9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

WILD, D. *et al.* Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, v. 8, n. 2, p. 94-104, Mar./Apr. 2005. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x. Disponível em: <http://www.researchintorecovery.com/files/PRINCIPLES%20OF%20GOOD%20PRACTICE%20FOR%20TRANSLATION.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.*, Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.*, Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>. Acesso em: 10 set. 2021.

3.5 MANUSCRITO 3: PREVENÇÃO E CONTROLE DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO: VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA DE RANGEL PARA HUAMBO, ANGOLA

Prevenção e controle da hemorragia pós-parto: validação da tecnologia de Rangel para Huambo, Angola

Adália Edna Chipindo
Maria de Lourdes de Souza
Rita de Cássia Teixeira Rangel
Helder Lucas Chpindo

Resumo: A mulher no pós-parto imediato necessita de observação da enfermeira obstetra para que sejam tomadas medidas, que previnam as hemorragias, bem como reduzir as suas complicações. As recomendações baseadas em evidências relacionadas à prevenção da Hemorragia Pós-Parto apontam o manejo ativo do terceiro estágio como medida de rotina, aplicada às parturientes em todas as maternidades **Objetivo:** Validar o instrumento de Rangel® com sua aplicação na Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Este, se constitui na Sexta Etapa, ou pré teste, do processo de Tradução e Adaptação Cultural. Este instrumento foi enviado para avaliação dos validadores pelo formulário eletrônico de coleta de dados Google forms, com uma escala do tipo Likert de sete pontos (de 7- concordo totalmente a 1- discordo totalmente). A análise foi realizada com o índice do coeficiente Alfa de Cronbach ($>0,91$) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC $>0,98$). **Resultados:** Dos 10 itens de critérios de avaliação do instrumento, analisados pelos 20 validadores, 100% deles obtiveram classificação do índice Alfa de Cronbach 0,91: clareza; coerência; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização. Abrangência; criticidade dos itens e objetividade alcançaram Alfa de Cronbach 0,95. O Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,95, abrangência, coerência, criticidade dos itens, redação científica, relevância e atualização. **Conclusão:** O instrumento de Rangel foi validado por enfermeiros e classificado com Alfa de Cronbach total de 0,91 e Índice de Validade de Conteúdo de 0,98, sendo recomendado para sua aplicação na prática clínica.

Palavras-chave: Protocolos. Cuidados de enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Hemorragia pós-parto. Validação. Aplicação. Tecnologia de enfermagem.

ABSTRACT: The woman in the immediate postpartum period needs observation by the obstetric nurse so that measures can be taken to prevent bleeding and reduce its complications. Evidence-based recommendations related to the prevention of Postpartum Hemorrhage point to the active management of the third stage as a routine measure, applied to parturients in all maternity hospitals **Objective:** To validate the Rangel@ instrument with its application in the Maternidade do Hospital Geral de Huambo, Angola. **Method:** This is a descriptive study with a quantitative approach. This constitutes the Sixth Stage, or pre-test, of the Translation and Cultural Adaptation process. This instrument was sent to the validators for evaluation using the Google forms electronic data collection form, with a seven-point Likert-type scale (from 7- I totally agree to 1- I totally disagree). The analysis was performed using Cronbach's Alpha coefficient (>0.91) and Content Validity Index (CVI >0.98). **Results:** Of the 10 items of the instrument's evaluation criteria, analyzed by the 20 validators, 100% of them obtained a Cronbach's Alpha index of 0.91: clarity; coherence; scientific writing; relevance; sequence; uniqueness and update. Coverage; item criticality and objectivity reached Cronbach's alpha 0.95. The Content Validity Index was 0.95, comprehensiveness, coherence, criticality of the items, scientific writing, relevance and updating. **Conclusion:** The Rangel instrument was validated by nurses and classified with a total Cronbach's Alpha of 0.91 and Content Validity Index of 0.98, being recommended for its application in clinical practice.

Keywords: Protocols. Nursing care. Obstetric Nursing. Postpartum hemorrhage. Validation. Application. Nursing technology.

Resumen: La mujer en el puerperio inmediato necesita observación por parte de la enfermera obstetra para que se puedan tomar medidas que prevengan el sangrado y reduzcan sus complicaciones. Recomendaciones basadas en evidencia relacionadas con la prevención de la Hemorragia Posparto apuntan al manejo activo de la tercera etapa como medida de rutina, aplicada a las parturientas en todas las maternidades **Objetivo:** Validar el instrumento Rangel@ con su aplicación en la Maternidade do Hospital General de Huambo, Angola. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Esta constituye la Sexta Etapa, o preprueba, del proceso de Traducción y Adaptación Cultural. Este instrumento fue enviado a los validadores para su evaluación mediante el formulario electrónico de recolección de datos de Google Forms, con una escala tipo Likert de siete puntos (de 7- totalmente de acuerdo a 1- totalmente en desacuerdo). El análisis se realizó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach ($>0,91$) y el Índice de Validez de Contenido (CVI $>0,98$). **Resultados:** De los 10 ítems de los criterios de evaluación del instrumento, analizados por los 20 validadores, el 100% obtuvo un índice Alfa de Cronbach de 0,91: claridad; coherencia; escritura científica; Relevancia; secuencia; singularidad y actualización. Cobertura; La criticidad y objetividad del ítem alcanzaron el alfa de Cronbach de 0,95. El Índice de Validez de Contenido fue de 0,95, amplitud, coherencia, criticidad de los ítems, redacción científica, relevancia y actualización. **Conclusión:** El instrumento Rangel fue validado por enfermeras y clasificado con Alfa de Cronbach total de 0,91 e Índice de Validez de Contenido de 0,98, siendo recomendado para su aplicación en la práctica clínica.

Palabras clave: Protocolos. Cuidado de enfermera. Enfermería Obstétrica. Hemorragia post parto. Validación. Solicitud. Tecnología de enfermería.

INTRODUÇÃO

A hemorragia e as desordens hipertensivas da gravidez constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna nos países em desenvolvimento. A hemorragia é a primeira causa de morte materna na África (33,9%) e na Ásia (30,8%) e a segunda causa na América Latina e no Caribe (20,8%) (WHO, 2012). Globalmente, 35% das mortes maternas estão associadas a HPP (WHO, 2009). A mortalidade por hemorragia para os países desenvolvidos era bem inferior, 13,4% (WHO, 2012), no entanto, estudos têm alertado para a tendência ao aumento da incidência da HPP como causa de morbidade materna severa (near miss) em países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, especialmente as relacionadas à atonia uterina (Knight *et al.*, 2009).

A mulher no pós-parto imediato necessita de observação do volume da perda sanguínea da altura da contração uterina, do reconhecimento das causas da hemorragia da identificação de fatores de risco e os sinais de alerta são fundamentais para prevenir e controlar a HPP. A prestação do cuidado em saúde tem como foco principal fazer o bem ao paciente, considerando os avanços científicos e tecnológicos envolvidos. O cuidado define a essência da enfermagem e esta conquistou socialmente um espaço de confiança, proteção, esperança e capacidade de solidariedade junto aos pacientes, às famílias e às comunidades (Malvarez; Rodrigues, 2011). Portanto, a enfermagem, deve ser reinterpretada a partir do conhecimento científico, de modo a gerar teorias, conceitos, métodos, hipóteses e inovações tecnológicas (Souza *et al.*, 2013). Assim, o cuidado de enfermagem na HPP deve estar subsidiado na observação e em protocolos fundamentados em evidência, com vistas à prevenção, detecção precoce e controle da HPP.

As contrações uterinas subsequentes ao parto separam completamente a placenta da parede uterina, e esta desce para o segmento uterino inferior e depois para a vagina, de onde é expelida. São quatro os sinais mais frequentes, nos primeiros cinco minutos após o parto, que indicam a separação da placenta: útero globular firme, sangue em jorro ou em fio (dependendo da inserção), alongamento do cordão e aumento do útero no abdômen (Martins; Menezes, 2022).

No local da placenta, fluem, a cada minuto 500 a 800 ml de sangue. Se não

houver nenhum mecanismo depois da expulsão para controlar a hemorragia, será a essa velocidade que a mulher perderá sangue. Sangrará até à morte numa questão de minutos. Tendo em média cinco litros de sangue em circulação, uma mulher pode perder todo o seu sangue entre seis a dez minutos (Say *et al.*, 2021).

Devido à urgência e importância da HPP, os profissionais devem agir rapidamente antes que essa intercorrência se torne uma condição irreversível, podendo trazer prejuízos graves e até a morte (OMS, 2005). Nessas condições é importante realizar uma estimativa de perda de sangue com a maior precisão possível e observar cuidadosamente os sinais e sintomas de hipovolemia e/ou choque, registrando-os corretamente e tomando as medidas de controle e tratamento adequadas.

Portanto, para os cuidados de enfermagem que previnam e/ou controlem a HPP são necessários técnicas e tecnologias, fundamentados em evidências científicas. Assim, dentre os diversos requerimentos para a gestão institucional se destacam a infraestrutura organizacional, número e preparação dos profissionais adequados, protocolos, diretrizes e instrumentos que apoiem a intervenção. Assim sendo e visando contribuir para a redução da mortalidade materna por hemorragia definiu-se o objetivo a seguir apresentado.

OBJETIVO

Validar o instrumento de Rangel@ para Huambo, Angola.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Este, se constitui na Sexta Etapa do processo de Tradução e Adaptação Cultural (BEATON *et al.*, 2000, 2007).

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Superior Politécnico da Caála Huambo, Angola parecer número 027/2021 (Anexo C).

Foi solicitado, também, previamente, a autorização da Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel, autora do instrumento, que, concedeu por escrito a sua resposta. Também foi solicitada a autorização da Direção da Maternidade do Hospital Geral do Huambo (HGH), em Angola.

Local de estudo

O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Geral do Huambo (HGH), em Angola (HGH, 2022). Esta unidade foi escolhida por ser a que atende o maior número de nascimentos, e, também definida como de alta complexidade na Província de Huambo.

O HGH foi inaugurado no dia 19 de outubro de 1956, sendo regido nos termos do Decreto Presidencial 260/10 (Angola, 2010), de 19 de novembro (e segundo a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, conforme Decreto–Lei 21-B/92 (Angola, 1992), onde constam as referências dos casos do primeiro nível. Atualmente, o HGH tem uma capacidade instalada de 820 camas, funciona em regime de 24 horas.

Seguindo a orientação da Direção Nacional do Ministério da Saúde está a transformar-se em Hospital Regional. Possui 402 médicos angolanos e 62 estrangeiros de diversas nacionalidades como: Cuba, Rússia, Egito, Brasil, Senegal, Etiópia, Portugal, entre outros. Possui 810 trabalhadores de enfermagem, sendo 609 enfermeiros (licenciados como universitários), ou seja 82,2%, e destes 20 integraram o Comitê de Especialistas.

Para além de pacientes da Província do Huambo, o HGH também atende populações das diferentes províncias tais como: Bié, Kuando Kubango e municípios limítrofes tais como: Waco Kungo, Quibala, Cassongue, Ganda (Quadro 1).

Quadro 1 – Distância entre Huambo e as províncias que recebem atendimento no Hospital Geral de Huambo. Florianópolis – SC, Brasil 2023.

Província	Distância de Huambo
Bié	211 quilômetros
Kuando Kubango	522 quilômetros
Waco Kungo	193 quilômetros
Quibala	269,8 quilômetros
Cassongue	163,6 quilômetros
Ganda	148,5 quilômetros

Fonte: Huambo (2021), sistematizado pela autora

População do Estudo e Amostragem

Constituem a população de estudo, as mulheres que tiveram filhos nascidos na Maternidade do HGH, independentemente do tipo de parto (vaginal ou cesareana) que apresentaram HPP no terceiro estágio do parto, cuja hemorragia tenha sido controlada e apresentaram condições de responder o instrumento, após dez horas de controlada a hemorragia.

Como procedimento preliminar foi definido o ano de 2019, anterior a pandemia da COVID-19. Portanto, considerando que a maternidade do HGH apresentou o maior número de nascimentos identificou-se haver representatividade para Huambo (Tabela 1). Assim sendo, foram considerados 12.294 nascimentos ocorridos nesta instituição como população de estudo. Após estas definições, foi aplicado para o cálculo da amostra o sistema LabStat da Universidade Federal de Santa Catarina, plataforma gratuita e de fácil acesso para vários cálculos estatísticos (<http://sestatnet.ufsc.br>) (Nassar *et al.*, 2021). Considerando uma hipótese de frequência de casos de 10%, com intervalo de confiança de 95%, teve-se uma amostra estimada em 102 puérperas.

Tabela 1 - Número de partos e nascidos vivos por instituição de Huambo, Angola. Florianópolis/SC, Brasil 2023.

Instituição	Número de partos	Nascidos vivos
Hospital Municipal	2.713	-
Hospital geral.	12.294	7889
Bailundo	4346	4229
Caála	4302	4185
Ekunha	888	806
Katchiungo	964	941
Londuibali	1472	1433
Longonjo	1274	866
Mungo	1391	1355
Tchindjenje	474	465
Ukuma	1497	1463
Chicala	1103	1093

Fonte: Huambo (2021), sistematizado pela autora

Coleta de dados

A aplicação na prática clínica junto a Maternidade do Hospital Geral do Huambo, do Instrumento de Rangel@, foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2023, até completar o número de puérperas, observadas as características definidas na população de estudo. A coleta foi realizada pelos enfermeiros que

compuseram o Comitê de Especialistas, em conjunto com a pesquisadora principal, visto que o instrumento, após ajustes devido a tradução para o português de Angola, passou por avaliação nos seguintes aspectos: clareza, coerência, relevância para a prática clínica, atualidade científica e viabilidade. Cada enfermeiro, realizou em média cinco aplicações, e, também, a pesquisadora principal; assim, obteve-se respostas para proceder a avaliação da validade e confiabilidade do instrumento no campo de prática clínica.

Estatística

A descrição da amostra foi feita por meio das frequências absoluta (n) e relativa (%). O instrumento de Rangel @ traduzido para o português de Angola, permaneceu com os cinco eixos, 20 domínios e 92 ações de cuidado. Nesta fase, sexta na concepção de Beaton *et al.*, (2007), foi aplicado o instrumento pelos enfermeiros integrantes do Comitê de Especialistas e pesquisadora principal, acompanhado de uma escala de avaliação do tipo Likert de sete pontos, para avaliar cada cuidado proposto em cada domínio, em termos de validade de conteúdo para a realidade angolana . Pontuações da escala: 1) =Inadequado e incompleto; 2 = Necessita de grande revisão para ser adequado e completo; 3 = Necessita de pequena revisão para ser adequado e completo; 4 = Nem inadequado e nem adequado; 5 = Adequado e completo; 6 = Muito adequado e completo; 7 =Totalmente adequado e completo).

Finalizada esta etapa, as respostas foram registradas em planilha eletrônica, de modo a verificar as pontuações atribuídas a cada item. A relevância dos itens foi obtida pela concordância e inter-observadores por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach e Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O índice Alfa de Cronbach estima a uniformidade dos itens e se contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o Alfa de Cronbach pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas da consistência interna que se obteria se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951). De acordo com Freitas e Rodrigues (2005), sendo satisfatório quando obtido $\alpha \geq 0,70$. Neste processo adotado, foi avaliada a concordância ou discordância, resultando na proporção de aceitação da ação de

cuidado como válida e aplicável na realidade angolana, considerou-se válido quando a ação de cuidado obteve uma pontuação acima de 5 (cinco) como válido na escala likert, também para considerar válido, considerou-se o IVC maior que 0,77 (Grant; Davis, 1997). O Coeficiente Kappa mostra a relação entre a proporção de vezes que os avaliadores concordaram (corrigido para a concordância do acaso) com a proporção máxima de vezes que os avaliadores poderiam concordar (corrigido para a concordância de chance) (Pasquali, 2009).

RESULTADOS

A compreensão do instrumento de Rangel[®] pelas puérperas ficou demonstrada, após o questionamento do seu entendimento, onde as 102 puérperas participantes e enfermeiras afirmaram que é fácil de ser respondido. Os resultados estatísticos demonstraram medidas confiáveis para a versão adaptada, do valor de confiabilidade pois permite inferir que ele é capaz de medir as competências clínicas propostas.

Tabela 2 - Avaliação para a realidade de Huambo, Angola, do instrumento de Rangel[®] para a prevenção e o controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.

(continuação)

Itens	Média	DP	IVC	Kappa	Avaliação	Alpha
1. Realizar anamnese	7	0	1	1	Item válido	0,77
2. Realizar exame físico e Obstétrico	7	0	1	1	Item válido	
3. Realizar estratificação de Risco de HPP	7	0	1	1	Item válido	
4. Monitorar as parturientes após estratificação de Risco	7	0	1	1	Item válido	
5. Realizar controlo do trabalho de Parto com o partograma	6,7	0,5	1	1	Item válido	
6. Identificar e monitorar as falhas no progresso de trabalho de parto	6,7	0,6	0,99	0,99	Item válido	
7. Monitorar e avaliar oxitocina	6,6	0,6	0,99	0,99	Item válido	
8. Prevenir fatores de risco para parturientes no segundo período do parto	6,8	0,5	1	1	Item válido	
9. Monitorar falhas no progresso do trabalho de parto	6,6	0,7	0,99	0,99	Item válido	
10. Prevenir traumas Perineais do Terceiro período do parto	6,7	0,5	1	1	Item válido	

Tabela 3 - Validação de conteúdo quanto ao Item, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade Conteúdo (IVC) para o instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.

(continuação)

Item	Abrangência	Clareza	Coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação Científica	Relevância	Sequência	Unicidade	Atualização
ENF14	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF15	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF17	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF18	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF20	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF21	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF22	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF23	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7
ENF24	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF25	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF26	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
ENF27	7	7	7	7	6	7	6	7	6	6
ENF28	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF29	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF30	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF31	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
ENF32	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF33	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7
ENF34	7	7	6	6	6	6	7	7	7	7
ENF35	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF36	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF37	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF38	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF39	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
ENF40	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF41	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
ENF42	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
ENF43	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7
ENF44	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF45	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7
ENF46	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7
ENF47	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF48	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
ENF49	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
ENF50	6	6	6	7	7	7	6	7	6	6
ENF51	6	5	6	6	6	6	6	7	7	7
ENF52	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7
ENF53	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF55	7	7	6	6	7	6	7	7	7	7

Tabela 3 - Validação de conteúdo quanto ao Item, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade Conteúdo (IVC) para o instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.

(continuação)

Item	Abrangência	Clareza	Coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação Científica	Relevância	Sequência	Unicidade	Atualização
ENF56	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF57	7	6	6	6	7	6	6	7	6	6
ENF58	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF59	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF60	7	6	6	6	7	7	7	7	7	7
ENF61	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7
ENF62	7	6	6	6	6	7	7	7	7	7
ENF63	7	6	6	6	7	6	6	7	6	6
ENF64	7	6	6	6	7	6	6	6	6	6
ENF65	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF66	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7
ENF67	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7
ENF68	6	6	6	7	6	7	7	6	7	7
ENF69	7	7	7	6	6	6	6	7	6	7
ENF70	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF71	7	7	7	7	6	7	7	6	6	7
ENF72	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF73	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6
ENF74	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF75	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF76	4	7	2	5	1	3	7	7	7	7
ENF77	7	7	6	6	6	6	6	7	6	7
ENF78	6	6	7	7	7	6	6	7	6	6
ENF79	6	7	7	6	7	7	7	6	7	7
ENF80	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7
ENF81	7	6	6	6	6	7	7	7	7	7
ENF82	7	7	6	6	6	6	6	7	6	7
ENF83	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7
ENF84	7	6	7	6	7	7	7	6	7	7
ENF85	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7
ENF86	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
ENF87	7	6	6	6	6	6	6	7	7	7
ENF88	7	6	6	7	7	6	6	7	6	6
ENF89	7	6	6	6	6	6	6	6	7	7
ENF90	7	7	7	7	7	7	7		7	7
ENF91	7	6	7	6	6	6	7		6	6
ENF92	7	7	6	6	6	7	7		6	7
ENF93	7	7	7	7	7	7	7		7	7
ENF94	7	7	7	7	7	7	7		7	7
ENF95	6	7	7	7	7	6	6		7	7
ENF96	7	7	7	7	7	7	7		7	7
ENF97	7	7	7	6	7	6	7		7	7
ENF98	7	7	7	7	7	6	6		6	6

ENF97 7 7 7 6 7 6 7 7 7

Tabela 3 - Validação de conteúdo quanto ao Item, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade Conteúdo (IVC) para o instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.

(conclusão)

Item	Abrangência	Clareza	Coerência	Criticidade dos itens	Objetividade	Redação Científica	Relevância	Sequência	Unicidade	Atualização
ENF99	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7
ENF100	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6
ENF101	6	6	6	6	6	6	7	7	6	6
ENF102	7	7	7	6	6	6	6	7	7	7
Percentual de Concordância (%)	99,0	98,0	97,1	100,0	98,0	97,1	99,0	98,0	98,0	98,0
Média	6,81	6,74	6,63	6,70	6,69	6,62	6,74	6,74	6,74	6,74
IVC	0,99	0,98	0,97	1,00	0,98	0,97	0,99	0,98	0,98	0,98
Alpha	0,91									

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Tabela 4 - Validação de conteúdo quanto a Composição, para a realidade de Huambo, Angola, por medidas de confiabilidade com Alfa de *Cronbach*, Média e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) do instrumento de Rangel® para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto. Florianópolis/SC, Brasil, 2023.

Composição	Percentual de Concordância (%)	Média	IVC	Alpha
Abrangência	99,0	6,81	0,99	0,91
Clareza	98,0	6,74	0,98	
Coerência	97,1	6,63	0,97	
Criticidade dos itens	100,0	6,70	1,00	
Objetividade	98,0	6,69	0,98	
Redação Científica	97,1	6,62	0,97	
Relevância	99,0	6,74	0,99	
Sequência	98,0	6,74	0,98	
Unicidade	98,0	6,78	0,98	
Atualização	98,0	6,74	0,98	

Fonte: elaborado pela autora (2023).

DISCUSSÃO

A validação de conteúdo se fundamenta no parecer dos peritos sobre o tema em que se pretende estudar, portanto, a identificação e escolha desses profissionais torna-se o cerne em pesquisas que utilizam essa abordagem metodológica. A escolha inadequada dos critérios de seleção dos peritos (Enfermeiros com prática

clínica) poderá interferir na fidedignidade dos resultados, já que caberá a esses profissionais a função de julgar a validade de cada item descrito no instrumento. (Teixeira *et al.*, 2011).

A obtenção desses profissionais é uma dificuldade nos estudos de tradução e adaptação; pois não existe um consenso na literatura quanto as características definidoras para a seleção dos mesmos. A falta de uniformidade nos critérios para se considerar um profissional como perito é descrita na literatura como geradora de discussões e sugestões variadas sobre seu perfil. Por exemplo, pode-se questionar os anos de experiência; tempo de graduação; grau de titulação, experiência com a pesquisa; publicações sobre o tema estudado e local de atuação. Nesse contexto de indefinição, a fim de viabilizar a identificação de peritos (Melo *et al.*, 2011) refere que cada pesquisador elabora seus próprios critérios como forma de direcioná-los aos objetivos do estudo, respeitando os requisitos necessários para considerar um profissional como perito. De qualquer forma os critérios devem ser claros, justificando-se as escolhas do pesquisador a fim de aumentar a credibilidade das pesquisas futuras. Portanto, convidar enfermeiros como expertos ou peritos de outros países, requer levar em consideração os aspectos linguísticos e culturais de cada um. Por este motivo, ficou muito mais factível trabalhar com os enfermeiros da Maternidade do Hospital Geral de Huambo tendo em conta conhecerem a população do Huambo/ Angola, terem vivência na prática clínica e concordassem em ser acompanhados pela pesquisadora principal.

A validade de conteúdo de um instrumento é baseada necessariamente no julgamento (Polit; Hungler, 1997). Não é conhecida uma totalidade de métodos objetivos que assegurem a adequação da abrangência do conteúdo de um instrumento, porém, a validade de conteúdo envolve o exame crítico da estrutura básica do instrumento, uma revisão dos procedimentos utilizados para desenvolvê-los e também a sua aplicabilidade para a questão de pesquisa (Fayers; Machin, 2000).

Os valores encontrados do Alfa de Cronbach (α) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) superaram os valores do ponto de corte estabelecido no método da pesquisa, que foi Alfa de Cronbach $\geq 0,70$ e IVC $\geq 0,80$ (Pasquali, 1999). Também foram superiores aos que Yamada (2006) adotaram, ou seja, o coeficiente Alfa de Cronbach menor que 0,70 para a exclusão dos itens do instrumento. A análise dos

dados, por meio de testes estatísticos, constituiu os procedimentos analíticos dos estudos. O Alfa de *Cronbach* foi escolhido pela capacidade de refletir o grau de concordância dos itens entre si: quanto mais próximo do valor um, mais próxima de 100% foi a correspondência dos itens.

O instrumento aplicado na Maternidade do Hospital Geral do Huambo, Angola apresentou uma consistência interna adequada ($\alpha = 0,77$) nos vinte domínios avaliados. As médias foram próximas da maior pontuação entre 6,3 e 7,0; o que reflete a direção positiva da atitude dos respondentes em relação a cada afirmação. Os testes de IVC e Kappa mostraram valores de 0,99 e 1,0; dessa forma, considera-se que o instrumento é recomendável para a prática clínica, com concordância e validade (Tabela 3).

Na tabela 4, é apresentada a validação de conteúdo, por medidas de confiabilidade com Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade Conteúdo (IVC) do instrumento de Rangel[@] para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto, de acordo com a composição de 10 itens (abrangência; clareza; coerência; criticidade dos itens; objetividade; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização). Após a avaliação com 102 puérperas, as médias de cada item variaram entre 6,62 e 6,81. As medidas de validação se mostraram adequadas, sendo que a concordância das respostas obtida ficou entre 97,1% e 100%; o IVC variou entre 0,97 e 1,00; e o Alpha de *Cronbach* foi de 0,91.

Terminado o processo de validação de conteúdo, por avaliação de juízes, o instrumento de Rangel, permaneceu com os cinco eixos, 20 Domínios e 92 ações de cuidado, traduzido para o português angolano, como um recordatório acerca das necessidades da gestante/parturiente/puérpera, que amenizará os dilemas enfrentados nas atividades assistenciais de enfermagem.

O instrumento validado, com avaliações dos itens propostos por Pasquali (1999) obtiveram valores variando com máximas e mínimas. Os itens avaliados com maior classificação no valor do Alfa de *Cronbach*, com 0,96, referindo-se à confiabilidade dos dados do instrumento, foram: clareza; coerência; redação científica; relevância; sequência; unicidade e atualização. Os itens de abrangência, criticidade dos itens e objetividade alcançaram Alfa de *Cronbach* 0,95, todos considerados pelos juízes com confiabilidade. Esses dados atestam a confiabilidade, a consistência interna do instrumento e a estimativa da confiabilidade entre juízes,

além da validade de conteúdo. O instrumento como um todo obteve Alfa de *Cronbach* de 0,98, tendo a classificação de confiabilidade dos eixos, Domínios e ações avaliada por juízes como confiável e, portanto, recomendável para a prática clínica.

CONCLUSÕES

A validação de instrumentos com ações de cuidado torna-se útil para a realização adequada de procedimentos na prática clínica de Enfermagem. Os testes estatísticos Alfa de *Cronbach* e Índice de Validade de Conteúdo, cujos valores obtidos foram Alfa de *Cronbach* de 0,96 e Índice de Validade de Conteúdo 0,92. Portanto o instrumento de Rangel traduzido para o português de Angola, para o cuidado do enfermeiro na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto foi considerado adequado e necessário na prática clínica de Enfermagem em Huambo, Angola.

A maioria das causas de mortalidade materna são consideradas evitáveis, com os devidos cuidados portanto, o instrumento traduzido e validado, na prática clínica de Enfermagem em Huambo, Angola, contribuirá para a prevenção e controle da hemorragia no terceiro período do parto e, por conseguinte, contribuirá para reduzir a mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

ANGOLA (REPÚBLICA). Decreto Presidencial n. 260/10, de 19 de Novembro de 2010. Angola. Disponível em: http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=109704. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANGOLA (REPÚBLICA). Lei n. 21-B/92, de 28 de agosto de 1992. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. **Diário da República**. Angola. Série I, n. 34, p. 392(7-14), de 28 de agosto de 1992. Disponível em: https://extranet.who.int/mindbank/download_file/3456/fed2263e8ae24c61c3de87d6ad1eb7084115ae22. Acesso em: 12 jan. 2021.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3.186-3.191, Dec. 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014.

BEATON, D. *et al.*, Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Revised. Illinois: American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. v. 16, p. 297-334, 1951. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>.

FAYERS, P.; MACHIN, D. **Quality of life**: assessment analysis and interpretation. West sussex England: John Wiley e Sons, 2000.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *In*: XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil, 7 a 9 de Novembro de 2005.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997. Doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g.

HOSPITAL GERAL DO HUAMBO (HGH). Quem somos [Internet]. Huambo, Angola, 2022. Disponível em: <https://www.hghbo.ao/about-us>. Acesso em: 12 jan. 2022.

HUAMBO (PROVÍNCIA). Repartição Municipal da Saúde de Huambo. **Relatórios de Nascidos Vivos**: Período 2019 a 2022. Huambo, Angola, 2021. [Não Publicado].

KNIGHT, M. *et al.*, Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 9, n. 55, [10f], nov., 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021

MALVAREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. *In*: COMETTO, M. C. *et al.* **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2011. cap. 1, p. 1-18.

MARTINS, P. L.; MENEZES, R. A. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, 21p. 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320218>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/H4WmkwwRJhyh73tP4c79PPc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**. v. 12, n. 2, p. 424-431, abr.-maio 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975020.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

NASSAR, S. M. *et al.*, **S EstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis/SC, Brasil, 2021. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 6, junho ano.2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Hemorragia posparto: manual para professores de enfermagem obstétrica educação para um maternidade segura. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Módulo de educação em obstetria).

PASQUALI L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. Esp., p. 992-999, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PASQUALI, L. Histórico dos Instrumentos Psicológicos. In: PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de avaliação. Brasília: LabPam/IBAP, 1999.

POLIT, D. F.; HUGLER, B. P. **Essentials of nursing research**: Métthods, appraisal.and utilization 4ed. Philadelphia:loppnott-Rauns, 1997.

SAY, L. *et al.*, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob. Health**, v. 2, p. e323-e333, 2021.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n. 3, p.711-718, Jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KMD5ksTnDqBCKW4rf5bJx9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* Validation of nursing interventions in people with diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 1, p. 173-199, mar. 2011. Doi: 10.1590/s0080-62342011000100024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta, World Health Organization, 2012. Acesso: http://apps.who.int/rhl/guidelines/apprasail_pph/en/ 113.

YAMADA, B. F. A. **Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers**: construção e validação da versão feridas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Pergunta de Pesquisa: *Instrumentos contribuem para a melhoria na prática clínica do Enfermeiro Obstetra e para a redução da morte materna no terceiro período do parto?*

TESE: Neste estudo assume-se a tese de que os enfermeiros obstetras contribuem para a redução da mortalidade materna e na prática clínica necessitam de instrumentos fundamentados em evidências científicas.

O desenvolvimento do presente estudo contempla o processo de Adaptação transcultural do instrumento de Rangel[@], seguindo rigorosamente os passos do referencial teórico de BEATON. Este processo remete ao fechamento de um ciclo de doutoramento, que traz a oportunidade de aprofundamento e continuidade na prática clínica, para a otimização dos cuidados prestados às mulheres assistidas no Hospital Geral de Huambo/Angola. A tradução realizada seguiu os passos descritos por Beaton com a escolha de tradutores, com conhecimento do constructo possibilitou o cumprimento do processo. A análise realizada pelo Comitê de Juízes e pelas etapas relacionadas à análise semântica, ao pré-teste e a constância das equivalências semântica-idiomática, cultural e conceitual, foram essenciais no cumprimento do que Beaton preconizou.

Os instrumentos e protocolos devem contar com fundamentação científica e viabilidade para a realidade a qual se destinam. É possível, também, incorporar protocolos de outras realidades desde que sejam traduzidos e adaptados, com participação dos autores originais (profissionais e institucionais), e autorização para sua realização. Por este motivo, a colaboração da autora principal do instrumento, Dr^a. Rita de Cassia Teixeira Rangel e da Professora Dr^a. Maria de Lourdes de Souza, com vasto conhecimento na temática estudada, ambas com vários anos na prática clínica, foram fundamentais para compreender e aplicar todos os procedimentos requeridos nesta pesquisa.

Reconhecemos que os instrumentos contribuem para a melhoria na prática clínica do enfermeiro obstetra e também, para a redução da morte materna. Concluímos

que, respondemos a tese que assumimos, ao oferecer para Huambo/Angola o instrumento adequado e fundamentado em evidências científicas.

Portanto, a construção de protocolos apropriados a determinadas realidades é um diferencial de qualidade para os serviços de enfermagem e, obrigatoriamente, devem seguir os passos de planejamento com orientação teórica e de método. Instrumentos e protocolos são recursos científicos para a prática clínica que devem respeitar ética e legalmente as definições aportadas para a prática profissional e, neste caso, a enfermagem. No entanto, é importante ressaltar que a adaptação transcultural é um processo contínuo e em constante evolução. As culturas estão em constante mudança, assim como os indivíduos que as vivenciam. Portanto, a conclusão da adaptação transcultural não significa que o processo está encerrado, mas sim que os indivíduos adquiriram as habilidades e competências necessárias para lidar com a diversidade cultural de forma ética, científica e em cooperação com outros profissionais. Em resumo, a conclusão deste processo envolve a integração e a fluência de novas formas de atuação aos atendimentos às mulheres de Huambo/Angola, nos diferentes períodos da gestação resultando em um senso de pertencimento e identidade cultural híbrida.

O instrumento de Rangel[@], submetido a validação transcultural vem contribuir para que o enfermeiro/obstetra execute com propriedade e segurança ações no cuidado à mulher em trabalho de parto, parto e puerpério nas maternidades de Huambo/ Angola; Promovendo a incorporação de tecnologias no processo e na arte do cuidar, que é por sinal considerada uma responsabilidade exclusiva do enfermeiro/obstetra, frente ao risco de ocorrência de sangramento/ hemorragia no terceiro período do parto. O presente instrumento, se aplica para identificar os fatores de risco anteparto, sinais e sintomas de HPP, a história clínica, cirúrgica e obstétrica da gestante. Inclui também a classificação de risco das gestantes admitidas na maternidade que devem ser priorizadas pelo enfermeiro/obstetra, ações indispensáveis para a prevenção dos fatores de risco intraparto no atendimento à parturiente, além de ações de controlo e tratamento. A redução da mortalidade materna tem sido há muito tempo uma prioridade em saúde no contexto global. Apesar da queda no número de óbitos maternos, nenhum país conseguiu alcançar as metas pactuadas em 2015, embora a morte materna por hemorragia seja evitável, incluindo hemorragia anteparto, durante o parto e

hemorragia pós-parto. A ausência de padronização das ações significa fragilidade nos sistemas de saúde, podendo levar a uma variação nos modos de fazer. Esta situação abre um espaço indesejável para o emprego de protocolos internacionais, ou a adoção não crítica de outras tecnologias, o que pode tornar as práticas inadequadas para a realidade local. O instrumento de Rangel[@], fornece apoio teórico-prático para o aperfeiçoamento da qualidade da prática clínica do enfermeiro. Assim, o processo de tomada de decisão diante de condições de agravo à saúde da mulher é realizado de modo fundamentado e com redução de riscos. Instrumentos e protocolos para a prática clínica, ao resumirem as evidências disponíveis, fornecem indicações para a prática profissional e incorporam conhecimentos para aperfeiçoar o desempenho das atividades. Nesse sentido, o instrumento de Rangel[@] é uma tecnologia, modalidade instrumento, visando que os cuidados compartilhados pelo enfermeiro com a mulher no terceiro período do parto sejam fundamentados nas melhores evidências. O instrumento consta de 5 eixos, 20 Domínios e 93 ações de cuidado de enfermagem e seu conteúdo foi validado por juízes, enfermeiros com experiência em prática clínica. Sabe-se que o processo de implementação de tecnologia, do tipo instrumento, para protocolos de cuidados na assistência é complexo, com várias barreiras a serem ultrapassadas. Estudos mostram que a adoção de protocolos de cuidados é fundamental para a enfermagem justificar a sua prática clínica. Esta tecnologia do tipo instrumento se constitui em ferramenta para a sistematização, padronização das ações e a continuidade do cuidado, de forma clara, objetiva e de fácil aplicação. O instrumento, em seu conteúdo, foi avaliado por vinte juízes (enfermeiros) nativos de Angola, aplicando-se Alfa de *Cronbach* e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), cujos resultados estatísticos demonstram que esta tecnologia é apropriada para a realidade angolana. As ações de cuidado e justificativas foram consideradas pertinentes, portanto, esta pesquisa resulta em suporte para a redução da mortalidade materna, especialmente a HPP, em Huambo, Angola.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. **Rev. Enf. Uerj.** v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.12338>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338/12288>. Acesso em: 10 set. 2022.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 7, p. 3.061-3.068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

AL-ZIRQI, I. *et al.* Effects of Onset of Labor and Mode of Delivery on Severe Postpartum Hemorrhage. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 201, p. 273.e1-273.e9, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937809006279?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ANGARITA, A. M. *et al.* Prevention of postpartum hemorrhage in vaginal deliveries. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, v. 280, p. 112–119, 1 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.11.021>. Acesso em: 12 abr. 2023.

ANGOLA (REPÚBLICA). Lei n. 21-B/92, de 28 de agosto de 1992. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. **Diário da República**. Angola. Série I, n. 34, p. 392(7-14), de 28 de agosto de 1992. Disponível em: https://extranet.who.int/mindbank/download_file/3456/fed2263e8ae24c61c3de87d6ad1eb7084115ae22. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANGOLA (REPÚBLICA). Decreto Presidencial n. 260/10, de 19 de Novembro de 2010. Angola. Disponível em: http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=109704. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANGOLA (REPÚBLICA). **UNGASS 2012**: Relatório de Progresso da Declaração Política sobre VIH/SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011. Luanda, República de Angola: USAIDS, mar. 2012. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ce_AO_Narrative_Report%20%5B1%5D.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

ANGOLA (REPÚBLICA). Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário**: 2012-2025. Luanda, República de Angola: Ministério da Saúde, Jan. 2015. 404p. Disponível em:

https://minsa.gov.ao/fotos/frontend_24/gov_documentos/relatorio_final_comissao_m_ultissectorial_pnds_200663155760b0a64397ffa.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine (Phila Pa 1976)**, v. 25, n. 24, p. 3.186-3.191, Dec. 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014.

BEATON, D. *et al.* Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Revised. Illinois: American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

BELGHITI, J. *et al.* Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. **BMJ Open**. v. 1, art. n. e000514, 2011. Doi: 10.1136/bmjopen-2011-000514.

BERRY, J. W. *et al.* **Cross-cultural psychology: research and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto/SP, v. 22, n. 53, p. 423-432, set.-dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRxjMqmbZddKpwywVM8mJv/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf. Acesso em 01 set. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília(DF), 13 jun. 2013, n. 12, seção 1, p. 59.

BRILEY, A. P. T. *et al.* Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum haemorrhage and progression to severe PPH: a prospective observational study. **BJOG**, v. 121, n. 7, p. 876-888, Jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12588>.

CABRAL, L. L. *et al.* Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da escala de percepção de esforço de Borg. **J. Phys. Educ.** v. 28, Art. e2853, 13f., 2017. Doi: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v28i1.2853>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jpe/a/rwwRmWFzLvzJX8XQ9gCvbwS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 set. 2021.

CALLIYERIS, V. E.; CASAS, A. L. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. **Interações (Campo Grande)**. v. 13, n. 1, p. 11-22, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-70122012000100002>.

CAMPBELL, O. M.; GRAHAM, W. J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006; 368:1284–99. Volume 368, N. 9543, p. 7-13, Oct. 2006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69381-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606693811?via%3Dihub>

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 23, n. 10, p. 2.275-2.284, out. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QPRbCXpPJR5W7pZ7ctyQMRS/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

CHEN, H *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **Lancet**. v. 395, n. 10.226, p. 809-815, Mar. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3).

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). **Relatório Final CPLP: Angola 2017**. Lisboa, PT: CPLP, 2017. 54p. Disponível em: https://saude.cplp.org/media/miibk3lh/cplp_angola_2018-1.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

CONGER, A. J. Kappa and rater accuracy: paradigms and parameters. **Educ. Psychol. Meas.**, v. 77, n. 6, p. 1.019-1.047, Dec. 2017. DOI: 10.1177/0013164416663277. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5965649/>. Acesso em: 10 set. 2021.

CORTET, M. *et al.* Severity of post-partum hemorrhage after vaginal delivery is not predictable from clinical variables available at the time post-partum hemorrhage is diagnosed. **J. Obstet. Gynaecol. Res**. v. 41, n. 2, p. 199-206, Feb. 2015. Doi: 10.1111/jog.12528.

CORVINO, F. *et al.* Postpartum Hemorrhage: Rescue. **Seminars in Ultrasound, CT and MRI**. v. 42, n. 1, p. 75-84, Feb. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.sult.2020.09.001>. Acesso em: 6 jan. 2023.

COSTA, P. T. L. **Adaptação transcultural e validação semântica da Vancouver Scar Scale – Baryza Version para a população brasileira**. 2019. 212f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204424/PNFR1109-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2021.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. v. 16, p. 297-334, 1951. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>.

EKIN, A. *et al.* Predictors of severity in primary postpartum hemorrhage. **Arch Gynecol Obstet**. v. 292, p. 1.247-1.254, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3771-5>. Acesso em: 10 set. 2021.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Eval. Health Prof.**, v. 28, n. 2, p. 212-232, Jun. 2005. DOI: 10.1177/0163278705275342. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0163278705275342>. Acesso em: 10 set. 2021.

FAHL, G. B. **Adaptação transcultural do Self-Evaluation of Communication Experiences After Laryngectomy (SECEL) para o português brasileiro**. 2014. 68f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/115025>. Acesso em: 12 set. 2021.

FAIN, J. A. **Reading, understanding, and applying nursing research**. 4. ed. Philadelphia: F. A Davis Company, 2009. 337p.

FAYERS, P.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment analysis and interpretation**. West sussex England: John Wiley e Sons, 2000.

FERRER, M. *et al.* Validity and reability of the St Geroge's Respiratory Questionaire after adaptation to a different language and culture: the spanish example. **Eur. Respir. J.**, v. 9, n. 6, p. 1.160-1.166, Jun. 1996. DOI: 10.1183/09031936.96.09061160. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/9/6/1160.long>. Acesso em: 10 set. 2021.

FORD, J. B. *et al.* Increased postpartum hemorrhage rates in Australia. *Int J Gynaecol Obstet* 2007, 98(3):237-243.

FORTES, C. P. D. D.; ARAÚJO, A. P. Q. C. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 27, n. 24, p. 1/8, 2019. DOI: 10.1590/1414-462x201900020002.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *In*: XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil, 7 a 9 de Novembro de 2005.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Med. Res. Methodol.** v. 10, n. 13, 2010. Doi: 10.1186/1471-2288-10-13.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997. Doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1.417-1.432, Dec. 1993. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90142-n. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90142-N/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90142-N/pdf). Acesso em: 10 set. 2021.

HADLEY, M. E. *et al.* Postpartum hemorrhage: moving from response to prevention for Alaska native mothers. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v.155, n. 2, p. 290-295, nov. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13883>.

HELMAN, D. *et al.* A phenology-based method for monitoring woody and herbaceous vegetation in mediterranean forests from NDVI time seriesremote sens. v. 7, n. 9, p. 12.314-12.335, 2015. Doi: <https://doi.org/10.3390/rs70912314>.

HENRIQUEZ, D. D. C. A. *et al.* Clinical characteristics of women captured by extending the definition of severe postpartum haemorrhage with 'refractoriness to treatment': a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 19, Art. n. 361, 10f, 2019. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12884-019-2499-9.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual. Life Res.**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1024985930536>. Disponível em: <https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/10007/1/Fulltext.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

HIERSCH, L. *et al.* Effect of meconium-stained amniotic fluid on perinatal complications in low-risk pregnancies at term. **Am. J. Perinatol.** v. 33, n. 4, p. 378-384, Mar. 2016. Doi: 10.1055/s-0035-1565989.

HOGAN, M. C. *et al.* Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **Lancet**, v. 375, n. 9.726, p. 1.609-1.623, May 2010. Doi: 10.1016/s0140-6736(10)60518-1

HOSPITAL GERAL DO HUAMBO (HGH). Quem somos [Internet]. Huambo, Angola, 2022. Disponível em: <https://www.hghbo.ao/about-us>. Acesso em: 12 jan. 2022.

HUAMBO (PROVÍNCIA). Repartição Municipal da Saúde de Huambo. **Relatórios de Nascidos Vivos**: Período 2019 a 2022. Huambo, Angola, 2021. [Não Publicado].

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **Reviewers' Manual: Edition 2011**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; University of Adelaide, 2011. 201 p. Disponível em:

<https://docplayer.net/1411720-Joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2011-edition.html>. Acesso em: 10 set. 2021.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990 - 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 388, n. 10.053, p. 1.775-1.812, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5224694/pdf/emss-70951.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

KHIREDDINE, I. *et al.* Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. **PLoS One**. v. 8, n. 1, art. e54858, Jan. 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0054858. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0054858&type=printable>. Acesso em: 12 jan. 2023.

KNIGHT, M. *et al.* Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 9, n. 55, [10f], nov., 2009. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-9-55.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, Mar. 1977. Doi: <https://doi.org/10.2307/2529310>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2529310?origin=crossref>. Acesso em: 10 set. 2021.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P, GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiologia**. v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HbTsjc3kb367HZtTrcFDr7y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P, GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 23, n. 5, p. 349-356, 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v23n5/349-356/pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

LEAL, M. D. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

LISONKOVA, S. *et al.* Atonic postpartum hemorrhage: blood loss, risk factors, and third stage management. **J. Obstet. Gynaecol. Can.** v. 38, n. 12, 12f. Aug. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.06.014>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316394087>. Acesso em: 12 jan. 2023.

LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L.; NADANOVSKY, P. Epidemiologia & Bioestatística em Odontologia. São Paulo: **Atheneu**, 2008, 469 p.

LUTOMSKI, J. E. *et al.* Increasing trends in atonic postpartum haemorrhage in ireland: an 11-year population-based cohort study. **BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.** v. 119, n. 3, p. 306-314, Feb. 2012.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03198.x>.

MAHER, C.G.; LATIMER, J.; COSTA, L. O. P. The relevance of crosscultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 11, n. 4, p. 245-252, 2007.

MALVAREZ, S.; RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. *In*: COMETTO, M. C. *et al.* **Enfermería y seguridad de los pacientes**. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2011. cap. 1, p. 1-18.

MARTINS, H. E. L.; SOUZA, M. L.; ARZUAGA-SALAZAR, M. A. Maternal mortality from hemorrhage in the State of Santa Catarina, Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo/SP, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500003>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/jNxPLt6HmDvdtW3Zh6hmMxM/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 10 set. 2021.

MARTINS, P. L.; MENEZES, R. A. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, 21p. 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320218>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/H4WmkwwRjhyh73tP4c79PPc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**. v. 12, n. 2, p. 424-431, abr.-maio 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975020.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MENDONÇA, I. M. *et al.* Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(3):e00195821. Doi: 10.1590/0102-311X00195821. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sY3NG58cbj4nVKwTsv5wGyB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MERRIAM, A. A. *et al.* Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: a population-based study. **BJOG**. v. 124, n. 9, p. 1365-1372, Aug. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14553>. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14553>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MILLER, S. *et al.* Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **Lancet [Internet]**. v. 388, n. 10.056, p. 2.176-2.192, 2016. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31472-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31472-6.pdf). Acesso em: 10 set. 2022.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <https://systematicreviewjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2046-4053-4-1.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

MOTA, L. B. **Versão brasileira da escala Chedoke McMaster Assessment Stroke**: tradução, adaptação cultura, validade e confiabilidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas/SP, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313518>. Acesso em: 10 set. 2021.

MUNN, Z. *et al.* Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. **Int. J. Evid. Based Healthc.**, v. 13, n. 3, p. 147-153, Sep. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000054>.

NASSAR, S. M. *et al.*, **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis/SC, Brasil, 2021. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 6, junho ano.2021

NEARY, C. *et al.* Predicting risk of postpartum haemorrhage: a systematic review. **BJOG**, v. 128, n. 1, p. 46-53, 2021. DOI: 10.1111/1471-0528.16379. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16379>. Acesso em: 10 set. 2021.

NUNES, S. P. H. **Validação do instrumento DISABKIDS®-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-30032015-185317/pt-br.php>. Acesso em: 12 set. 2020.

NYFLØT, L. T. *et al.* Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: a case-control study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 4, p. 1-10, Apr., 2017a. Doi.: 10.1371/journal.pone.0175306.

NYFLØT, L. T. *et al.* Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 17, n. 1, Art. 17, 9 p., Jan 2017b. Doi: 10.1186/s12884-016-1217-0. DOI: 10.1186/s12884-016-1217-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223545/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OLIVEIRA, I. C. L. *et al.* Adaptação transcultural brasileira do Resilience Safety Culture. **Referência**, Coimbra, PT, v. 5, n. 4, e20065, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20065>. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=3472&codigo=. Acesso em: 10 set. 2021.

ONONGE, S. *et al.* Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. **Reprod. Health**. v. 13, Art. 38, 7p., Apr. 2016. Doi: 10.1186/s12978-016-0154-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832492/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: 10a revisão. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2012. v. 2. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/1ed/c03.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Hemorragia posparto**: manual para professores de enfermagem obstétrica educação para um maternidade segura. 2. ed. Genebra: OMS, 2005. (Módulo de educação em obstetrícia).

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Syst. Rev.**, v. 5, n. 210, p. 1-10, 2016. DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 10 set. 2021.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Int. J. Surg**. V. 88, Art. 105.906, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919121000406>. Acesso em: 12 jan. 2022.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. Esp., p. 992-999, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PASQUALI, L. Histórico dos Instrumentos Psicológicos. In: PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos Psicológicos**: manual prático de avaliação. Brasília: LabPam/IBAP, 1999.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: **Um debate necessário RBECT**, Paraná, v.3, n.1, p.81-91, jan-abr., 2010.

POLIT, D. F.; HUGLER, B. P. **Essentials of nursing research: Métthods, appraisal.and utilization** 4ed. Philadelphia:loppnott-Rauns, 1997.

PUBU, Z. M. *et al.* Factors affecting the risk of postpartum hemorrhage in pregnant women in Tibet health facilities. **Med. Sci. Monit.** v. 27, Art. n. e928568-1 - e928568-9, Feb. 2021. Doi: 10.12659/MSM.928568. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887994/pdf/medscimonit-27-e928568.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

RAMLER, P. I. *et al.* Incidence, management and outcome of women requiring massive transfusion after childbirth in the Netherlands: secondary analysis of a nationwide cohort study between 2004 and 2006. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 17, n. 1, p. 197, 2017. Doi 10.1186/s12884-017-1384-7.

RANGEL, R. C. T. *et al.* Content Validation of the Instrument Nursing Care Technology in the Prevention and Management of Hemorrhage in the Third Stage of Labor. **Nurs. Health Care Int. J.**, v. 3, n. 3, art. 000190, 2019. DOI: 10.23880/nhij-16000190. Disponível em: <https://medwinpublishers.com/NHIJ/NHIJ16000190.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

RANGEL, R. C. T. **Tecnologia do cuidado do enfermeiro na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215178/PNFR1112-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2021.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo/SP, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZL8GFt3jxcFfHW3HzJjnyRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

ROMÁN-SOTO, J. M.; OYOLA-GARCÍA, A. E.; QUISPE-ILANZO, M. P. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto[Postpartum primary haemorrhage's risk factors]. **Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.** V. 35, n. 1, Art. e718, Ene.-Mar. 2019. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n1/1561-3038-mgi-35-01-e718.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W.; LANCET MATERNAL SURVIVAL SERIES STEERING GROUP. Maternal mortality: who, when, where, and why. **Lancet**, v. 368, n. 9.542, p. 1189-1200, Sep. 2006. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69380-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69380-X).

ROSENFELD, A.; MAINE, D. Maternal mortality -- a neglected tragedy. Where is the M in MCH? **Lancet**, v. 2, n. 8.446, p. 83-85, Jul. 1985. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90188-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90188-6).

SAY, L. *et al.*, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob. Health**, v. 2, p. e323-e333, 2021.

SHAMSEER, L. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ**, v. 349, Art. g7647, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g7647.full.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

SHARP, G. C., *et al.* Intergenerational transmission of postpartum hemorrhage risk: analysis of 2 Scottish birth cohorts. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 211, n. 1, p. 51.e1-51.e7, Jul. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.012>.

SILVA, E. G. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1380-1386, abr. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>.

SOSA, C. G. *et al.* Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. **Obstet Gynecol.** v. 113, n. 6, p. 1313-1319, 2009. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66b05. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730945/pdf/nihms125772.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo/SP, v. 37, n. 12, p. 549-551, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/CnqKVybBxsb8g9ZvRGHY8nk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

SOUZA, M. L. Coeficiente de mortalidade materna segundo tipo de óbito, grupo etário, paridade, idade, local de residência e tipo de parto: obituário hospitalar, 1975 a 1979, Florianópolis, SC (Brasil). **Rev. Saúde Pública** (São Paulo). v. 17, n. 4, p. 279-289, 1983. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101983000400003>.

SOUZA, M. L.; LAURENTI, R. Mortalidade materna: conceitos e aspectos estatísticos. São Paulo: Centro da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, 1987 (Serie Divulgação, n. 3).

SOUZA, M. L. *et al.* Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200011>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wkwmHBNQkVYdvfkqy5nKGJr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

SOUZA, M. L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 21, n. 3, p.711-718, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KMD5ksTnDqBCKW4rf5bJx9f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 30, Supl. 1, p. S71-S83, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125313>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HhYmP94jxzwyfxZ9MWqVxrP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* Validation of nursing interventions in people with diabetes mellitus. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 1, p. 173-199, mar. 2011. Doi: 10.1590/s0080-62342011000100024.

TEIXEIRA, E. P. *et al.* Risk factors for hemorrhage in the third stage of labour: systematic review. **PROSPERO 2021 CRD42021219303**, 2021. Disponível em: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021219303. Acesso em: 12 jan. 2022.

THEPAMPAN, W. *et al.* Risk factors for postpartum hemorrhage in a Thai-Myanmar border community hospital: a nested case-control study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 18, n. 9, Art. n. 4.633, 2021. Doi: 10.3390/ijerph18094633. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123817/pdf/ijerph-18-04633.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

TSU, V. D. SHANE, B. New and underutilized technologies to reduce maternal mortality: call to action from a Bellagio workshop. **Int. J. Gynaecol. Obstet**. v. 85, Suppl. 1, p. S83-S93, Jun. 2004. Doi: 10.1016/j.ijgo.2004.02.011. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2004.02.011>. Acesso em: 12 jan. 2023.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. **Sustainable Development Goals: 2015**. New York: United Nations. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/>. Acesso em: 10 set. 2021.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). Análise da situação dos serviços essenciais de saúde reprodutiva em Angola. Luanda, Angola: USAID, Out. 2014. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KWKZ.pdf. Acesso em: 12 jan. 2023.

VAN STRALEN, G. *et al.* Increasing incidence of postpartum hemorrhage: the dutch piece of the puzzle. **Acta Obstet. Gynecol. Scand**. v. 95, n. 10, p. 1104-1110, Oct.

2016. Doi: 10.1111/aogs.12950. Disponível em:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12950>. Acesso em: 12 jan. 2023.

VENDITTELLI, F. *et al.* Incidence of immediate postpartum hemorrhages in French maternity units: a prospective observational study (HERA study). **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 16, n. 1, Art. 242, 9p., Aug. 2016. Doi: 10.1186/s12884-016-1008-7. Disponível em:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1008-7>. Acesso em: 12 jan. 2023.

VON SCHMIDT AUF ALTENSTADT, J. F. *et al.* Pre-eclampsia increases the risk of postpartum haemorrhage: a nationwide cohort study in the Netherlands. **PLoS One**. v. 8, n. 12, Art. e81959, Dec. 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0081959. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867333/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

WEN R, Sun Y, Xing QS. A patient with SARS-CoV-2 infection during pregnancy in Qingdao, China. *J Microbiol Immunol Infect*. 2020 Jun;53(3):499-500. doi: 10.1016/j.jmii.2020.03.004. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32198004; PMCID: PMC7128446. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128446/pdf/main.pdf>

WETTA, L. A. *et al.*, Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 209, n. 1, p. 51.e1-51.e6, Jul. 2013. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.011>.

WILD, D. *et al.* Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, Mar./Apr. 2005. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x. Disponível em: <http://www.researchintorecovery.com/files/PRINCIPLES%20OF%20GOOD%20PRACTICE%20FOR%20TRANSLATION.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD BANK GROUP. Relatório de Desenvolvimento Mundial 2022. Washington, DC, 2022. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/publication/wdr2022>. Acesso em: 12 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.*, Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO, 2012b. Disponível em:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.*, Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2019. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 22. Geneva: WHO, 11 February 2020. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330991/nCoVsitrep11Feb2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Global Health Observatory (GHO) [Internet]. Maternal and reproductive health. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/maternal-and-reproductive-health/>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth, and puerperium: ICD MM. Geneva: World Health Organization, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO global report on falls prevention in older age** [Internet]. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age>. Acesso em: 10 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta, World Health Organization, 2012. Acesso: http://apps.who.int/rhl/guidelines/apprasail_pph/en/ 113.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

YAMADA, B. F. A. **Índice de qualidade de vida de Ferrans & Powers**: construção e validação da versão feridas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

ZHOU, P. *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**. v. 579, n. 7.798, p. 270-273, Mar. 2020. Doi: 10.1038/s41586-020-2012-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7095418/>. Acesso em: 10 set. 2021.

**APÊNDICE A: ESTRATÉGIAS DE BUSCA NAS BASES DE DADOS
CONSULTADAS**

Base de Dados	Estratégia utilizada
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("hemorrhage" OR "hemorrhages" OR "hemorrhagic" OR "bleeding") AND TITLE-ABS-KEY ("postpartum period" OR "postpartum" OR "puerperal" OR "labor stage, third" OR "Third labor Stage" OR "Third labor Stages")) AND (TITLE-ABS-KEY ("risk factors" OR "risk")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "ip")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT- TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2004) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2003) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2002) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2001) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2000)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))
PUBMED/ MEDLINE	("postpartum hemorrhage"[MeSH Terms] OR ("hemorrhage"[MeSH Terms] OR "hemorrhage"[All Fields] OR "hemorrhages"[All Fields] OR "hemorrhagic"[All Fields] OR "bleeding"[All Fields]) AND ("postpartum period"[MeSH Terms] OR "postpartum"[All Fields] OR "puerperal"[All Fields] OR "labor stage, third"[MeSH Terms] OR "Third labor Stage"[All Fields] OR "Third labor Stages"[All Fields])) AND ("risk factors"[MeSH Terms] OR "risk"[MeSH Terms] OR "risk"[All Fields])
LILACS (BIREME)	("Hemorragia Pós-Parto" OR "Hemorragia Puerperal" OR "Postpartum Hemorrhage" OR "Hemorragia Posparto" OR (hemorragia* OR sandramento* OR hemorragic* OR hemorrhag* OR bleeding)) AND ("Período Pós-Parto" OR "pos-parto" OR puerper* OR "posparto" OR "postpartum period" OR "postpartum" OR "Terceira Fase do Trabalho de Parto" OR "terceiro periodo" OR "terceiro estagio" OR "terceira etapa" OR "Labor Stage, Third" OR "Third labor Stage" OR "Third labor Stages" OR "gravidez" OR "gestacao" OR "pregnancy" OR "pregnancies" OR "gestation" OR "prenhez" OR "tercera etapa") AND ("fatores de risco" OR "risco" OR "risk factors" OR "risk" OR "Factores de Riesgo" OR "riesgo") tw:(("Hemorragia Pós-Parto" OR "Hemorragia Puerperal" OR "Postpartum Hemorrhage" OR "Hemorragia Posparto" OR (hemorragia* OR sandramento* OR hemorragic* OR hemorrhag* OR bleeding)) AND ("Período Pós-Parto" OR "pos- parto" OR puerper* OR "posparto" OR "postpartum period" OR "postpartum" OR "Terceira Fase do Trabalho de Parto" OR "terceiro periodo" OR "terceiro estagio" OR "terceira etapa" OR "Labor Stage, Third" OR "Third labor Stage" OR "Third labor Stages" OR "gravidez" OR "gestacao" OR "pregnancy" OR "pregnancies" OR "gestation" OR "prenhez" OR "tercera etapa") AND ("fatores de risco" OR "risco" OR "risk factors" OR "risk" OR "Factores de Riesgo" OR "riesgo")) AND (la:("en" OR "es" OR "pt") AND type:("article")) AND (year_cluster:[2000 TO 2020])

CINAHL	("postpartum hemorrhage" OR (("hemorrhage" OR "hemorrhages" OR "hemorrhagic" OR "bleeding") AND ("postpartum period" OR "postpartum" OR "puerperal" OR "labor stage, third" OR "Third labor Stage" OR "Third labor Stages")))) AND ("risk factors" OR "risk")
COCHRANE COLLABORATION http://Cochrane.bireme.br/ 742 ref. Usar Search Manager na Busca	(("hemorrhage" OR "hemorrhages" OR "hemorrhagic" OR "bleeding") AND ("postpartum period" OR "postpartum" OR "puerperal" OR "labor stage, third" OR "Third labor Stage" OR "Third labor Stages")) AND ("risk factors" OR "risk")

APÊNDICE B: MATRIZ DE ANÁLISE PARA IDENTIFICAR OS FATORES DE RISCO PARA HEMORRAGIA NO TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO

Fatores de risco	Definição/ Categorias	Grupo de risco e grupo de referência
Idade	Até 20 anos Entre 21 a 25 anos Entre 26 a 30 anos Entre 31 a 35 anos Mais de 40 anos	< 15 anos de idade >35 anos de idade
Raça/etnia	Nativos Migrantes Outros	
Uso de medicação	Uso indevido de vitamina K e anticoagulantes sem indicação adequada	SIM/NÃO
Anemia	Hb<9g/dl	SIM/NÃO
Distorção anatômica e funcional do útero	Retrovertido Antevertido	SIM/NÃO
Aborto prévio	1 2 3 Mais de 3	SIM/NÃO
Gestação múltipla	2 filhos 3 filhos 4 filhos Mais de 4 filhos	SIM/NÃO
Cesariana anterior	2 ou mais	SIM/NÃO
Pré-eclâmpsia, eclâmpsia DHEG, Síndrome de Hellp	Com internação hospitalar Sem internação hospitalar	SIM/NÃO
HPP	Na gestação anterior Na gestação atual	SIM/NÃO
Concepção assistida		SIM/NÃO
Placenta Prévia Placenta Acreta	Na gestação anterior Na gestação atual	SIM/NÃO
Descolamento prematuro de placenta	Na gestação anterior Na gestação atual	SIM/NÃO
Peso para massa corporal	>30 ≥34	Obesidade prévia Obesidade gestacional
Paridade	1 2 3+ 1 2 3+	Pimigesta/Multigesta

APÊNDICE C: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO



A Exma Senhora Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel

ASSUNTO: solicita autorização para: adaptação transcultural e validação de instrumento para controle de hemorragia no terceiro período do parto e sua aplicação em ANGOLA, Província de HUAMBO.

O Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no Curso de Doutorado está matriculada a Enfermeira Adália Edna Fernando Chipindo, oriunda de Huambo- Angola, Orientada pela Professora Doutora Maria de Lourdes de Souza. A conclusão do Curso de Doutorado, está vinculada a realização de uma pesquisa visando a redução da mortalidade materna. A referida Doutoranda conta com a parceria do Instituto Superior Politécnico da Caála, Huambo-Angola.

Considerando a tecnologia desenvolvida por VSa na qual integra o “*Instrumento para o cuidado na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto*”, solicitamos a autorização de Vossa Excelência para que este instrumento seja aplicado na Tese de Doutorado denominada como **Mortalidade materna: adaptação transcultural e validação de um instrumento para controle de hemorragia no terceiro período do parto em Angola Huambo.**

A autorização de Vossa Excelência é fundamental para viabilizar o Projeto de Tese, razão pela qual solicitamos por escrito seu referendado ao solicitado.

Desejamos que esta pesquisa se constitua em parcerias futuras para projetos que resultem em cuidados adequados no ciclo gravídico puerperal, às mulheres residentes em Angola.

Desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para esclarecimentos que considerar necessários.

Florianópolis, 29 de setembro de 2021

Adalia Edna Fernando Chipindo



Documento assinado digitalmente
Adalia Edna Fernando Chipindo
Data: 12/10/2021 15:24:13-0300
CPF: 013.050.609-54
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>



Documento assinado digitalmente
Maria de Lourdes de Souza
Data: 12/10/2021 15:36:13-0300
CPF: 067.572.270-53
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Maria de Lourdes de Souza

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, **Adalia Edna Chipindo**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Doutorado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Mortalidade materna: adaptação transcultural e validação de um instrumento para controle de hemorragia no terceiro período do parto em Angola – Huambo**”. Este estudo faz parte de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Doutorado em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, que tem como pesquisadora responsável (orientadora) a Enfermeira Professora Doutora Maria de Lourdes de Souza e a doutoranda Enfermeira Mestre Adalia Edna Chipindo, e tem como objetivo “*Realizar adaptação transcultural e validação do instrumento de Rangel@, para o português de Angola, para controle de hemorragia no terceiro período do parto*”. Para tanto, solicitamos sua colaboração para participar desta pesquisa, de modo on-line por correio eletrônico, preenchendo o formulário que ora lhe enviamos. Garantimos que os dados obtidos com a vossa solidária participação, será garantido total sigilo em relação a sua identidade, que não será apontada durante o estudo ou em publicações científicas e em Relatórios. Além disso, tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem qualquer prejuízo para sua pessoa.

Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação de

cada item, assinalando uma só alternativa para cada ação de cuidado das dimensões das ações do enfermeiro na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto. Solicitamos também que avalie a passagem desses conceitos abstratos para o campo da representação comportamental, ou seja, a operacionalização do constructo em itens.

Os custos relacionados a essa pesquisa serão de inteira responsabilidade das pesquisadoras. Sua participação não acarretará em nenhum custo ou em reembolso ou gratificação.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, pode entrar em contato com a Doutoranda ADÁLIA EDNA CHIPINDO (244) 943105369 e/ou e-mail: adaliachipindo@gmail.com, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria de Lourdes de Souza e-mail: repensul@uol.com.br.

Consentimento de Participação no Estudo

Eu, _____,
declaro que li e estou de acordo em participar do estudo proposto por este documento. Fui devidamente informado (a) pela pesquisadora **Adália Edna Chipindo** dos objetivos, dados que serão obtidos, sigilo, desconforto e custos inerentes à pesquisa. Estou ciente ainda que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Huambo, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável:

Dra. Maria de Lourdes de Souza
Orientadora
E-mail: repensul@uol.com.br

Adalia Edna Chipindo
Doutoranda
E-mail: mairarasia@gmail.com
rctrangel@gmail.com

APÊNDICE E: RELATÓRIO CIENTÍFICO - REVISÃO ORTOGRÁFICA EM CONTEXTO ANGOLANO (DO NOVO AO ANTIGO ACORDO ORTOGRÁFICO)



Relatório científico: Revisão ortográfica em contexto angolano (do Novo ao Antigo Acordo Ortográfico)

A obra: Adaptação transcultural da tecnologia de cuidado do enfermeiro na prevenção e no controlo da hemorragia no terceiro período do parto.

O presente relatório tem como objectivo apresentar o trabalho desenvolvido durante a revisão ortográfica da obra acima citada e que, de forma contextual, adaptamos a obra à ortografia do Antigo Acordo, o que rege em Angola, de forma a adequá-la à realidade literária angolana, uma vez que a mesma trazia um sistema ortográfico pertencente ao Novo Acordo e, além do mais, algumas características exclusivas da variante brasileira.

As actividades foram desenvolvidas a partir do dia 23 do mês de Fevereiro de 2022, e finalizadas no dia 1 de Março do mesmo ano. Por conta dalgumas interrupções, os trabalhos somaram um total de 16 horas.

As actividades desenvolvidas foram as seguintes:

- a) Leitura da obra;
- b) Consulta, interpretação e compreensão dos termos técnicos;
- c) Substituição dalguns termos do Novo para o Antigo Acordo Ortográfico;
- d) Substituição dalguns termos referentes à variante brasileira para o português padrão;
- e) Correção dalguns erros ortográficos;
- f) Tratamento devido aos termos em língua estrangeira;
- g) Revisão do trabalho.

Determina-se como resumo das actividades que, não foram mexidos os instrumentos para realizar a adaptação transcultural para o “português de Angola”, pois os mesmos apresentam-se como citação directa, pelo que, devem permanecer originais. As adaptações da obra para o “português de Angola” começaram nos objectivos e, em seguida, partimos para os EIXOS, onde, para os problemas expostos, foram apresentadas sugestões de correcção devidamente justificadas:

- 1º **Controle** (variante brasileira) / **Controlo** (português padrão – Angola);
- 2º **Português de Angola** (não existe um português de Angola, existe uma variante angolana, portanto colocamos a frase entre aspas) – “**Português de Angola**”;
- 3º **Fatores** (Novo Acordo Ortográfico) – **Factores** (Antigo Acordo – Angola);
- 4º **Registrar, Registrado** (variante brasileira) – **Registar, Registado** (português padrão - Angola);
- 5º **Justificativa** (à moda brasileira) – **Justificação** (Angola);
- 6º **Ação** (Novo Acordo Ortográfico) – **Acção** (Antigo Acordo – Angola);
- 7º **Pósparto** (erro ortográfico) – **Pós-parto** (correcto, com hífen);
- 8º **Prénatal** (erro ortográfico) – **Pré-natal** (correcto, com hífen);
- 9º **Contato** (Novo Acordo Ortográfico) – **Contacto** (Antigo Acordo – Angola);
- 10º **Objetivo** (Novo Acordo Ortográfico) – **Objectivo** (Antigo Acordo – Angola);
- 11º **Deteção** (Novo Acordo Ortográfico) – **Detecção** (Antigo Acordo – Angola);
- 12º **Correta(o)** (Novo Acordo Ortográfico) – **Correcta(o)** (Antigo Acordo – Angola);
- 13º **Coletar** (Brasil e um pouco Portugal) – **Recolher** (recolher elementos ou amostras para exames, análises, estudo, etc. - Angola);
- 14º **Sangüínea** (Arcaísmo. Essa palavra já não se escreve com tremas) – **Sanguínea** (sem as tremas na vogal U);
- 15º **Planejar** (variante brasileira) – **Planear** (português padrão – Angola);
- 16º **Periparto** (erro ortográfico) - **Peri-parto** (correcto, com Hífen);
- 17º **Devese ressaltar** (erro ortográfico e de colocação) frase (p. 29). Substituída por “**deve-se realçar**”.
- 18º **Efetiva** (Novo Acordo Ortográfico) – **Efectiva** (Antigo Acordo – Angola);
- 19º **Puerpera** (erro ortográfico, acentuação) **Puérpera** (Correcto: todas as palavras proparoxítonas devem ser acentuadas graficamente);
- 20º **Etdimenro**: deparamo-nos com essa expressão na página 30, não sabemos ao certo se é ou não uma palavra técnica relacionada à área, pois, com as buscas

feitas, não foi encontrada nenhuma correspondência. Pelo que, substituímo-la por “**atendimento**” (atendimento inicial);

- 21º **Pra** (à moda brasileira) – **Para** (português padrão);
- 22º **Ativa** (Novo Acordo Ortográfico) – **Activa** (Antigo Acordo – Angola);
- 23º “...em **conjunto com** um protocolo de trabalho” (erro de concordância e redundância). Substituímos pela seguinte frase: “...em **conjunto de um protocolo de trabalho**”
- 24º **Exceto** (Novo Acordo Ortográfico) – **Excepto** (Antigo Acordo – Angola);
- 25º Curtos **períodos de tempo** (redundância) - **Curtos períodos** (correcto);
- 26º **Proteção** (Novo Acordo Ortográfico) – **Protecção** (Antigo Acordo – Angola);
- 27º **hands off/on** (palavras em língua estrangeira devem estar em itálico ou entre aspas). **hands off/on** (correcto);
- 28º Adoção (Novo Acordo Ortográfico) – **Adopção, Adoptar** (Antigo Acordo – Angola);
- 29º **Fator** (Novo Acordo Ortográfico) – **Factor** (Antigo Acordo – Angola);
- 30º **Protetor** (Novo Acordo Ortográfico) – **Protector** (Antigo Acordo – Angola);
- 31º **Tratase** de uma política... (erro ortográfico) - **Trata-se de uma política** (certo);
- 32º **Binmio** (pareceu-nos um lapso) – substituímos por “**Binómio**”;
- 33º **Direcionada** (Novo Acordo Ortográfico) – **Direccionada** (Antigo Acordo – Angola);
- 34º **Inspeccionar** (Novo Acordo Ortográfico) – **Inspeccionar** (Antigo Acordo – Angola);
- 35º **Reto** (Novo Acordo Ortográfico) – **Recto** (Antigo Acordo – Angola);
- 36º **Trajeto** (Novo Acordo Ortográfico) – **Trajecto** (Antigo Acordo – Angola);
- 37º **Anatômico** (com o acento circunflexo: obedecendo a fonética brasileira) – **Anatómico** (com o acento agudo: obedecendo a fonética angolana, portuguesa, etc.);
- 38º **afim de evitar complicações** (erro de colocação ou ortográfico: “afim” significa igual. O que se quer na frase é a expressão “**a fim**”, com a vogal “a” separada, que significa finalidade ou objectivo) frase encontrada na página 39. Entretanto, substituímos a frase por “**a fim de evitar complicações...**”
- 40º **Ações** (Novo Acordo Ortográfico) – **Acções** (Antigo Acordo – Angola);
- 41º **Interval** (erro ortográfico) – **Intervalo** (correcto);
- 42º **Distócias** (erro ortográfico) – **Distocias** (correcto);
- 43º **Infeção** (Novo Acordo Ortográfico) – **Infecção** (Antigo Acordo – Angola);
- 44º **Aspeto** (Novo Acordo Ortográfico) – **Aspecto** (Antigo Acordo – Angola);

- 45º **Controle** (à moda brasileira) – **Controlo** (português padrão);
- 46º **Recetores** (Novo Acordo Ortográfico) – **Receptores** (Antigo Acordo – Angola);
- 47º **Perineo** (erro ortográfico) – **Períneo** (Correcto: palavras proparoxítonas devem ser acentuadas graficamente);
- 48º **Analizar** (erro ortográfico) – **analisar** (correcto: analisar vem da palavra análise, pois, as palavras derivadas devem obedecer as primitivas);
- 49º **Epsiotomia** (erro ortográfico) – **Episiotomia** (correcto);
- 50º **Incômodos** (obedece a fonética brasileira) – **Incómodos** (obedece a fonética angolana, portuguesa, etc.);
- 51º Estão **ok** (estrangeirismo), encontramos essa frase na página 32 e substituímo-la por “**estão bem**”;
- 52º **Antichoque** (Novo Acordo Ortográfico) – **Anti-choque** (Antigo Acordo – Angola);
- 53º **Ruturas** (Novo Acordo Ortográfico) – **Rupturas** (Antigo Acordo – Angola);
- 54º **Perceção** (Novo Acordo Ortográfico) – **Percepção** (Antigo Acordo – Angola);
- 55º **Justificativas** (à moda brasileira) – **Justificações** (português padrão);
- 56º **Obs.: Depois do domínio 12 aparece logo o domínio 14, pois deixamos como está.**

Tendo como considerações finais, o êxito nos resultados alcançados e, por conseguinte, a aprendizagem sobre a tecnologia de cuidado do enfermeiro na prevenção e no controlo da hemorragia no terceiro período do parto, assim como o conhecimento de vários termos técnicos.

Huambo, 2 de Março de 2022

Maradona Euclides Serrão Gonçalves

**APÊNDICE F: CARTA CONVITE AOS AVALIADORES FORMULÁRIO DE
COLETA DE DADOS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.

Nome do destinatário-----

Título: MORTALIDADE MATERNA: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE Rangel@ PARA CONTROLE DE HEMORRAGIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO EM ANGOLA HUAMBO.

Prezado (a) Nome do destinatário:

Estou escrevendo para convidá-lo em participar da minha pesquisa com o título acima mencionado que será realizado no Hospital Geral do Huambo em um período de mais ou menos três meses.

Em breve agendaremos uma reunião para melhor planificação. Sem mais assunto de momento subscrevo.

Atenciosamente: Adália Edna Fernando chipindo.



Documento assinado digitalmente

Adalia Edna Fernando Chipindo

Data: 14/11/2023 15:08:31-0300

CPF: ***.050.609-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

APÊNDICE G: FORMULÁRIO ELETRÔNICO

Tecnologia do Cuidado do Enfermeiro na Prevenção e no controlo da Hemorragia no Terceiro Período do Parto: Construção,...

Tecnologia do Cuidado do Enfermeiro na Prevenção e no controlo da Hemorragia no Terceiro Período do Parto: Construção, validação de Instrumento

Qual a tua idade?

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- Outro: _____

Qual o Sexo?

- Masculino
- Femenino
- Outro: _____



Situação Conjugal

- Casado (a)-União consensual
- Solteiro (a)
- Separado(a)
- Divorciado (a)
- viúvo (a)
- outro
- Outro: _____

Formação Profissional

- Graduação (Licenciado(a))
- Especialista
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado
- Outro: _____



Sector de Actuação

- Centro Obstrético
- Centro de Parto Normal
- Alojamento Conjunto
- Equipa de parto Planejado
- Ensino da Graduação(Licenciatura)
- Ensino nível médio-Técnico
- Outro: _____

Tempo de actuação na Enfermagem Obstétrica

- 0 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- Mais de 25 anos
- Outro: _____

Motivo que levou a atender/pesquisa /atuar como enfermeira na área de obstétrica

- Afinidade
- imposição
- Especialização
- Outro: _____



8. Considera importante os Profissionais de maternidade serem capacitados em prevenção e controle de hemorragia no terceiro período do parto?

- Sim
- Não
- Outro: _____

9. Sente-se preparado para assistir paciente com hemorragia no terceiro período do parto?

- Sim
- Não

10. Como você adquiriu este preparo?

- Actualização/capacitação
- Especialização/Mestrado/Doutorado
- Na prática
- Outro: _____

Próxima

Limpar formulário



Tecnologia do Cuidado do Enfermeiro na Prevenção e no controlo da Hemorragia no Terceiro Período do Parto: Construção, validação de Instrumento

A) Acolhimento e Classificação de risco obstétrica 1) Realizar ANAMMESE

Em relação ao domínio Realizar anamnese?

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequação Totalmente adequado e
incompleta completo

Realizar a estratificação de HPP

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e Totalmente adequado e
incompleto completo

Monitorar as parturientes após estratificação de Risco

Sua resposta _____



Realizar controle do trabalho de parto com partograma

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e incompleto Totalmente adequado e completo

Identificar e monitorar as falhas no progresso de trabalho de parto

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e incompleto Totalmente adequado e completo

Identificar e monitorar as falhas no progresso de trabalho de parto

Sua resposta

Monitorar e avaliar o uso de Ocitocina

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e incompleto Totalmente adequado e completo

Monitorar e avaliar o uso de Ocitocina

Sua resposta



Prevenir factores de risco para parturientes no segundo período de parto

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Prevenir traumas perineais do segundo período de parto

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Monitorar a duração do terceiro período de parto

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Prevenir Fatores de risco nas parturientes de terceiros períodos de parto

0 1 2 3 4 5 6 7

Inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Voltar

Próxima

Limpar formulário



Tecnologia do Cuidado do Enfermeiro na Prevenção e no controle da Hemorragia no Terceiro Período do Parto: Construção, validação de Instrumento

D) PLANEJAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO TERCEIRO PERÍODO DE PARTO 13) TENTAR PARA MANEJO ATIVO DE TERCEIRO PERÍODO DO PARTO CESÁREA

Atentar para o manejo ativo do terceiro período do parto cesária

	0	1	2	3	4	5	6	7	
inadequado e incompleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente adequado e completo

Acompanhar o desligamento- secundamento da placenta em parto vaginal

	0	1	2	3	4	5	6	7	
inadequado e incompleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente adequado e completo

Monitorar a Fisiologia da hemostasia da ferida placentária

	0	1	2	3	4	5	6	7	
inadequado e incompleto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente adequado e completo



Reparar as lesões de canal do parto

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Comunicar a equipa Multidisciplinar se houver complicações
hemorrágicas(Retenção placentária e colapso materno)

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Monitorar a retenção placentária

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Monitorar Hemorragia instalada e controlar colapso materno

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo

Monitorar indicação e tratamento para controle da HPP e do Colapso materno

0 1 2 3 4 5 6 7

inadequado e
incompleto

Totalmente adequado e
completo



Tecnologia do Cuidado do Enfermeiro na Prevenção e no controle da Hemorragia no Terceiro Período do Parto: Construção, validação de Instrumento

AValiação do Protocolo Quanto a Apresentação

Abrangência - Explicação: O protocolo apresenta os comportamentos essenciais a execução da tarefa, sem omitir nenhum passo importante

0 1 2 3 4 5 6 7

Discordo totalmente Concordo totalmente

Clareza-Explicação: O protocolo esta explicito de forma clara e simples

0 1 2 3 4 5 6 7

Discordo totalmente Concordo totalmente

Coerencia - Exicação: o protocolo foi formulado de modo que não pareça despropositado mais que expressa ideia.

0 1 2 3 4 5 6 7

Discordo totalmente Concordo totalmente



Criticidade dos itens Explicação : O protocolo representa passos importante, essenciais para o sucesso da tarefa

0 1 2 3 4 5 6 7

Discordo totalmente Concordo totalmente

Objectividade- Explicação: O protocolo orienta a comportamento desejáveis, não abstracções.

0 1 2 3 4 5 6 7

discordo Totalmente Concordo Totalmente

Redação Cientifica- Explicação: O protocolo possui frases condizentes com atributo e o nível de formação profissional que fará uso do instrumento

0 1 2 3 4 5 6 7

discordo Totalmente Concordo Totalmente

Redação Cientifica- Explicação: O protocolo é relevante e atende a finalidade de proposta

0 1 2 3 4 5 6 7

discordo Totalmente Concordo Totalmente



Unicidade- Explicação: O protocolo é distinto único na sua apresentação

0 1 2 3 4 5 6 7

discordo Totalmente Concordo Totalmente

Atualização- Explicação: os itens seguem as condutas baseadas em evidencias mais atuais

0 1 2 3 4 5 6 7

discordo Totalmente Concordo Totalmente

Voltar

Enviar

Limpar formulário



APÊNDICE H: INSTRUMENTO ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DE ANGOLA

EIXO A - ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO
DOMÍNIO 1: REALIZAR ANAMNESE
Cuidado 1.1: Atender as mulheres de forma acolhedora, identificar a gestante pelo nome e registar a idade.
Cuidado 1.2: Identificar e registar os antecedentes - Clínicos/Cirúrgicos.
Cuidado 1.3: Identificar factores de risco para HPP na gestação actual
DOMÍNIO 2: REALIZAR EXAME FÍSICO/OBSTÉTRICO
Cuidado 2.1: Avaliar os sinais vitais no momento da admissão - Verificar e registar os seguintes parâmetros: Pulso, Temperatura e PA
Cuidado 2.2: Pesar e medir a altura da parturiente. Calcular o IMC, avaliar e registar o estado nutricional utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional.
Cuidado 2.3: Avaliar (Realizar a medida da) Altura uterina e registar no gráfico da curva uterina e idade gestacional.
Cuidado 2.4: Identificar e avaliar a anemia
Cuidado 2.5: Identificar e registar e determinar o Grupo sanguínea e fator Rh.
DOMÍNIO 3: REALIZAR A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HPP
Cuidado 3.1 Estratificar Risco de HPP conforme as recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica da OPAS, 2018.
BAIXO RISCO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de cicatriz uterina 2. Gravidez única 3. ≤ 3 partos vaginais prévios 4. Ausência de distúrbio de coagulação 5. Sem história de HPP
MÉDIO RISCO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cesariana ou cirurgia uterina prévia 2. Pré-eclâmpsia leve 3. Hipertensão gestacional leve 4. Superdistensão uterina (gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) 5. ≥ 4 partos vaginais 6. Corioamnionite 7. História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica 8. Obesidade materna (IMC > 35kg/m²)
ALTO RISCO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Placenta prévia ou de inserção baixa 2. Pré-eclâmpsia grave 3. Hematócrito 30% + factores de risco 4. Plaquetas 100.000/ mm³ 5. Sangramento activo à admissão 6. Coagulopatias 7. Uso de anticoagulantes 8. Descolamento prematuro de placenta 9. Placentação anômala (acretismo) 10. Presença de ≥ 2 factores de médio risco.

Cuidado 3.2: Atentar aos fatores de Risco não contemplados na estratificação - (- Idade > 35 anos; - Diabetes Tipo 2)
Cuidado 3.3: Identificar com pulseira ALARANJADA parturiente em médio risco e com pulseira VERMELHA em alto risco.
EIXO B - PLANEAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO PRIMEIRO PERÍODO DE PARTO
DOMÍNIO 4: MONITORAR AS PARTURIENTES APÓS ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO
Cuidado 4.1: Orientar a parturiente e o acompanhante sobre os sinais de alerta para HPP.
Cuidado 4.2: Monitorar todas as parturientes com factores de risco HPP anteparto no primeiro período de parto (Dilatação).
Cuidado 4.3: Monitorar e evitar, em todas as parturientes, incremento dos factores de risco para atonia/HPP no primeiro período de parto.
Cuidado 4.4: Manter conforto e bem-estar à parturiente.
Cuidado 4.5: Manter acesso venoso periférico nas parturientes de alto risco.
DOMÍNIO 5: REALIZAR CONTROLO DO TRABALHO DE PARTO COM PARTOGRAMA
Cuidado 5.1: Acompanhar e registar as contracções em partograma.
Cuidado 5.2: Acompanhar e registar a dilatação na fase activa do trabalho de parto em Partograma.
Cuidado 5.3: Acompanhar e registar em partograma descida e rotação interna do polo cefálico.
Cuidado 5.4: Acompanhar e registar no partograma quando uso de analgesia e medicamentos.
Cuidado 5.5: Monitorar sinais vitais no primeiro período do trabalho de parto: Monitorar factores de risco para hemorragia: Atenção para sinais premonitórios de pré eclampsia/eclampsia. <ul style="list-style-type: none"> - Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - PA sistólica ≥ 160 mmHg OU PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida; - PA sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo; - Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo. Fonte: Brasil (2017).
DOMÍNIO 6: IDENTIFICAR E MONITORAR FALHAS DE PROGRESSO DO TRABALHO DE PARTO
Cuidado 6.1: Acompanhar em partograma a evolução do primeiro período do trabalho de parto, identificando a fase latente prolongada - 12 h ou mais em nulíparas, e 6 h ou mais em múltiparas.
Cuidado 6.2: Diagnosticar trabalho de parto prolongado com a parada de dilatação cervical por 2 h ou mais em nulíparas sem anestesia peridural, com mais de 3 h em nulíparas com anestesia peridural e mais de 2 h em múltiparas com ou sem anestesia peridural.
Cuidado 6.3: Diagnosticar distócias de progressão do trabalho de parto.
Cuidado 6.4: Oferecer apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto – a parturiente não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.
Cuidado 6.5: Oferecer métodos não farmacológico de alívio da dor (banho terapêutico, massagens).

DOMÍNIO 7: MONITORAR E AVALIAR USO DE OCITOCINA
Cuidado 7.1: Controlar rigorosamente a indução de parto com uso de ocitocina com avaliação da DU a cada 30 minutos para aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.
Cuidado 7.2: Manter a ocitocina sob refrigeração em temperatura entre 2°C a 8°C.
Cuidado 7.3: Realizar registo da administração da ocitocina conforme prescrição médica com controle rigoroso da dosagem e aumento da dose a cada 30 minutos e resposta do paciente.
EIXO C - PLANEAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO SEGUNDO PERÍODO DE PARTO
DOMÍNIO 8: PREVENIR FACTORES DE RISCO PARA PARTURIENTES NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO
Cuidado 8.1: Monitorar e evitar, em todas as parturientes, incremento dos factores de risco para atonia/HPP no segundo período de parto.
Cuidado 8.2: Monitorar dinâmica uterina no início do segundo estágio de parto.
Cuidado 8.3: Controlar rigorosamente a indução de parto com uso de ocitocina
Cuidado 8.4: Avaliar a DU a cada 30 minutos para aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.
DOMÍNIO 9: MONITORAR FALHAS DE PROGRESSO DO TRABALHO DE PARTO
Cuidado 9.1: Monitorar as nulíparas com suspeita de prolongamento do trabalho de parto.
Cuidado 9.2: Monitorar progressão da descida da apresentação fetal.
DOMÍNIO 10: PREVENIR TRAUMAS PERINEAIS DO SEGUNDO PERÍODO DE PARTO
Cuidado 10.1: Orientar a parturiente a adoptar a posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.
Cuidado 10.2: Evitar massagem perineal durante o segundo período do parto.
Cuidado 10.3: Aplicar compressas mornas no períneo durante segundo estágio do parto.
Cuidado 10.4: Evitar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo a fim de reduzir a perda sanguínea desnecessária.
Cuidado 10.5: Impedir a manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto.
Cuidado 10.6: Usar técnica de proteção de períneo (Hands On) em parto de alto risco.
Cuidado 10.7: Usar técnica de Hands Off em parto de risco habitual.
EIXO D - PLANEAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO
DOMÍNIO 11: MONITORAR A DURAÇÃO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO
Cuidado 11.1: Monitorar os factores de risco para HPP.
Cuidado 11.2: Aguardar o descolamento placentário por um período de 30 minutos após a expulsão fetal.
DOMÍNIO 12: PREVENIR FATORES DE RISCO NAS PARTURIENTES NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO.
Cuidado 12.1: Monitorar os fatores de risco para atonia/HPP intraparto.
Cuidado 12.2: Prevenir HPP com uso do manejo activo para todas as parturientes.
Cuidado 12.3: Aplicar no pós-parto vaginal - 10 UI de ocitocina, via intramuscular, logo após o nascimento.

Cuidado 12.4: <u>Atentar</u> para esquema alternativo no manejo activo.
Cuidado 12.5: Recomendar a administração de misoprostol (600 µg PO) para prevenção de HPP.
Cuidado 12.6: Clampear em tempo oportuno o cordão umbilical.
Cuidado 12.7: Realizar tração controlada do cordão umbilical. Realizar a ligadura do cordão umbilical com uma pinça próximo ao períneo. Segura-se o cordão clampeado com uma das mãos e realiza-se concomitantemente a manobra de Brandt-Andrews com a outra mão (para estabilização uterina).
Cuidado 12.8: Monitorar o tônus uterino - Realizar massagem uterina a cada 15 minutos nas primeiras duas horas em todas as puérperas, iniciando imediatamente após a saída da placenta.
Cuidado 12.9: Oferecer contacto pele a pele precoce - Realizar contacto pele a pele entre mãe e filho por pelo menos uma hora.
DOMÍNIO 13: ATENTAR PARA O MANEJO ACTIVO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO QUANDO DE CESÁREA
Cuidado 13.1: Aplicar, no pós-parto cesariana, ocitocina logo após o nascimento em esquema endovenoso de ocitocina da “Regra dos 3” (administrar 3 UI de ocitocina, IV, em bolus lento (mínimo de 30 segundos). Após três minutos, observar resposta uterina e, em caso de hipotonia/atonia, aplicar mais 3 UI de ocitocina, por IV, em bolus lento (mínimo de 30 segundos) e aguardar outros três minutos. Se ainda assim a resposta se mantiver inadequada, fazer terceira dose de ocitocina (3UI em bolus lento). Caso haja resposta positiva (tônus uterino adequado) após qualquer uma das doses de ocitocina, iniciar o esquema de manutenção com infusão de 3 UI ocitocina/hora por quatro horas. Para a dose de manutenção, diluir 15 UI de ocitocina (03 ampolas) em 500 ml de soro fisiológico 0,9% e infusão a 100ml/h em bomba de infusão contínua. Caso não haja resposta após a terceira dose de ocitócito, é fundamental iniciar o protocolo de abordagem à atonia uterina, com a administração imediata de uterotônicos de segunda linha.
DOMÍNIO 14: ACOMPANHAR O DESCOLAMENTO/SECUNDAMENTO DA PLACENTA EM PARTO VAGINAL
Cuidado 14.1: Monitorar os sinais e sintomas da subinvolução uterina - Observar sinais uterinos.
Cuidado 14.2: Observar sinais de dequitação da placenta.
Cuidado 14.3: Avaliar os sinais de descida da placenta observando: <ul style="list-style-type: none"> - Sinal de Ahlfeld - pinçamento ou ligadura do cordão próximo à vulva, que dela irá se distanciando com progresso da migração placentária de 10 cm. - Sinal de Küstner - uma das mãos mantém o cordão umbilical, a outra colocada no hipogástrio (segmento inferior) desloca para cima o corpo uterino. Pode ser negativo (o cordão sobe em consequência da manobra se a placenta ainda não desceu) ou positivo (o cordão permanece imóvel indicando que a placenta desceu). - Sinal de Fabre ou do pescador ou Sinal de Strassman - uma das mãos mantém o cordão umbilical, a outra determina movimentos no fundo uterino. Pode ser negativo (a mão que mantém o cordão recebe a propagação) ou positivo (os movimentos do fundo uterino não se propagam ao cordão, revelando descida da placenta). - Sinais de desconforto como contracção ou puxos, parturiente quer mudar de posição. Parturiente pode referir peso na vagina e no reto.
Cuidado 14.4: Realizar a manobra de Jacob Dublin.
Cuidado 14.5: Identificar e registar o tipo de dequitação de acordo com as características apresentadas.

Cuidado 14.6: Avaliar minuciosamente a placenta em relação à integridade dos componentes.
Cuidado 14.7: Controlar o pulso e da Pressão Arterial para classificar a hemorragia pós-parto
DOMÍNIO 15: MONITORAR A FISIOLOGIA DA HEMOSTASIA DA FERIDA PLACENTÁRIA
Cuidado 15.1: Avaliar a retracção uterina - formação do Globo de Segurança de Pinard.
Cuidado 15.2: Estimar a perda volêmica para prevenção da HPP. Os parâmetros visuais que podem auxiliar na quantificação e diagnóstico de uma hemorragia.
DOMÍNIO 16: REPARAR AS LESÕES DE CANAL DO PARTO
Cuidado 16.1: Inspeccionar e avaliar a vagina, períneo e recto para identificar lesões do canal de parto. Revisar o trajeto mesmo que não tenha laceração visível.
Cuidado 16.2. Classificar trauma perineal de acordo com a Diretriz do NICE: - Primeiro grau – Lesão apenas na pele - Segundo grau – Lesão dos músculos do períneo sem o envolvimento do esfíncter anal - Terceiro grau – Lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal. 3a – Lesão menor que 50% da espessura do esfíncter anal externo. 3b – Lesão maior que 50% da espessura do esfíncter anal externo com laceração do esfíncter anal interno - Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (externo e do esfíncter anal interno) e epitélio anal
Cuidado 16.3: Reparar as lesões de canal do parto com sutura com a técnica simples, continua e ou ancorada, de acordo com o local da laceração/epiotomia, para o reparo da musculatura perineal com fio adequado. - Realizar a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas. - Explicar à puérpera o que será realizado e por quê. - Ajudar a mulher a adoptar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. - Avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento. - Providenciar analgesia local ou regional efetiva. - Avaliar o alinhamento anatômico da ferida. - Realizar sutura contínua simples, para o reparo da musculatura perineal com fio adequado. - Realizar exame rectal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal. - Verificar os equipamentos utilizados: contar as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento, registando esses números.
Cuidado 16.4: Informar à mulher sobre a extensão do trauma do assoalho pélvico.
EIXO E - CONTROLE E TRATAMENTO DA HPP
DOMÍNIO 17: COMUNICAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SE HOVER COMPLICAÇÕES HEMORRAGICAS (RETENÇÃO PLACENTÁRIA E COLAPSO MATERNO)
Cuidado 17.1: Manter controle rigoroso das parturientes estratificadas em médio risco e alto risco para HPP (manter acesso venoso periférico; identificar tipo sanguíneo e fator Rh; realizar coleta de sangue para hemograma).
Cuidado 17.2: Comunicar a equipe médica no momento da complicação hemorrágica.

Cuidado 17.3: Transferir imediatamente para uma maternidade de referência a puérpera com complicação hemorrágica, se disponível e necessário com uso de traje anti-choque não pneumático, quando o parto ocorreu em domicílio ou em Centro de Parto Normal extra ou peri-hospitalar.
Cuidado 17.4: Controlar o pulso e a Pressão Arterial para classificar a hemorragia pós-parto.
DOMÍNIO 18: MONITORAR A RETENÇÃO PLACENTÁRIA.
Cuidado 18.1: Instalar acesso venoso calibroso (puncionar veia de médio calibre utilizando técnica asséptica).
Cuidado 18.2: Administrar occitocina IV adicional.
Cuidado 18.3: Avaliar retenção placentária.
Cuidado 18.4: Estimar a perda volêmica para prevenção da HPP. Os parâmetros visuais podem auxiliar na quantificação e diagnóstico de uma hemorragia por meio de quatro métodos: - Embebição das compressas 50% = 25ml; 75% = 50 ml; 100% = 75ml e compressa pingando = 100ml - Poça na cama de 50 cm de diâmetro = 500ml; 75 cm de diâmetro = 1.000ml; 100 cm de diâmetro = 1.500ml); cama com poça de sangue sobre o lençol, provavelmente 1.000ml; hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão excede 1.000ml - Peso das compressas - 1 ml de sangue equivale a aproximadamente 1 grama de peso, usa-se a fórmula: perda sanguínea estimada (mililitros) = peso das compressas sujas de sangue (gramas) – peso estimado das compressas secas (gramas) - Dispositivos colectores, bolsas, sacos ou fraldas colectoras oferecem melhor estimativa da perda sanguínea do que a estimativa visual.
DOMÍNIO 19: MONITORAR HEMORRAGIA INSTALADA E CONTROLAR COLAPSO MATERNO
Cuidado 19.1: Monitorar e registrar as medidas de controle da HPP. - Pressão arterial média acima de 90 mmHg. - Frequência cardíaca igual ou abaixo de 90 bpm. - Frequência respiratória acima de 12 e abaixo de 18 rpm. - Saturação de oxigênio por oximetria igual ou acima de 95%.
Cuidado 19.2: Identificar causa e origem da HPP - Classificar a HPP de acordo com sua causa em 4Ts: - Tônus uterino (atonia uterina) - Trauma (lacerações cervicais, vaginais e perineais; hematomas pélvicos; inversão uterina; ruptura uterina) - Tecido (retenção de tecidos placentários; invasão placentária) - Trombina (coagulopatias)
Cuidado 19.3: Avaliar a retracção uterina - Observar o tônus uterino. Realizar palpação do útero logo após a dequitação - abaixo da cicatriz umbilical, contraído.
Cuidado 19.4: Estimar a perda volêmica para controle da HPP. Os parâmetros visuais que podem auxiliar na quantificação e diagnóstico de uma hemorragia por meio de quatro métodos: - Embebição das compressas 50% = 25ml; 75% = 50 ml; 100% = 75ml e compressa pingando = 100ml - Poça na cama de 50 cm de diâmetro = 500ml; 75 cm de diâmetro = 1.000ml; 100 cm de diâmetro = 1.500ml; cama com poça de sangue sobre o lençol, provavelmente 1.000ml; hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão excede 1.000ml

<ul style="list-style-type: none"> - Peso das compressas - 1 ml de sangue equivale a aproximadamente 1 grama de peso, usa-se a fórmula: perda sanguínea estimada (mililitros) = peso das compressas sujas de sangue (gramas) – peso estimado das compressas secas (gramas) - Dispositivos coletores, bolsas, sacos ou fraldas coletoras oferecem melhor estimativa da perda sanguínea do que a estimativa visual
<p>Cuidado 19.5: Avaliar pulso e pressão arterial para classificar a hemorragia pós-parto como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compensada: 10 a 15% de perda sanguínea (500 a 1000 ml.) - Pulso - 60 – 90 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) > 90 - Leve: 16 a 25% de perda sanguínea (1000 a 1500 ml.) - Pulso - 91 – 100 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) - 80 – 90 - Moderada: 26 a 35% de perda sanguínea (1500 a 2000 ml.) - Pulso - 101 – 120 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) - 70 – 79 - Grave: >35 % de perda sanguínea (>2000ml.) - Pulso > 120 bpm. Pressão arterial sistólica (mmHg) 70.
<p>Cuidado 19.6: Calcular a estimativa clínica de HPP por meio do índice de choque (IC). O cálculo é feito através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da gestante/puérpera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - IC ≥ 0.9 sugere perda sanguínea significativa, risco de transfusão e uma abordagem agressiva - IC ≥ 1.4 necessidade de terapêutica agressiva com urgência, abordagem agressiva e imediata e abrir protocolo de transfusão maciça - IC ≥ 1.7 Alto Risco de resultado materno adverso, abordagem agressiva e imediata e abrir protocolo de transfusão maciça.
<p>Cuidado 19.7: Avaliar perfusão periférica para identificar e classificar a hemorragia pós-parto. Para realizar a avaliação, o examinador deve aplicar a técnica de dígito-pressão do 2º quirodáctilo da puérpera por um período mínimo de 20 segundos, o exame é considerado normal se a coloração retornar ao normal em até 4,5 segundos; se o tempo for maior, relaciona-se à hipoperfusão tecidual, com maior chance de disfunções orgânicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compensada: 10 a 15% 500 a 1000 ml. - Perfusão - normal - Leve: 15 a 25% 1000 a 1500 ml. - Perfusão - ligeira queda - Moderada: 25 a 35% 1500 a 2000 ml. - Perfusão - moderada queda - Severa: 35 a 45% 2000 a 3000 ml. - Perfusão - acentuada queda.
<p>Cuidado 19.8: Avaliar os sinais sensório-motores na hemorragia para classificar e registrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compensada: sem alterações - Leve: normal e/ou agitada - Moderada: agitada, confusa - Severa: letárgica e inconsciente
<p>Cuidado 19.9: Avaliar o esvaziamento da bexiga.</p>
<p>DOMÍNIO 20: MONITORAR INDICAÇÃO E TRATAMENTO PARA O CONTROLE DA HPP E DO COLAPSO MATERNO</p>

<p>Cuidado 20.1: Disponibilizar no serviço os fármacos protocolados para tratamento e controle de HPP.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ocitocina (1ª escolha), infundir 5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 ml. SF 0,9% a Infusão 250 ml/h. Manutenção de 125 ml/h por 4 horas- Metilergometrina 0,2 mg, IM, repetir em 20 min se necessário- Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h (dose máxima: 1 mg/24 horas). OBS.: Não utilizar em parturientes hipertensas. Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz- Misoprostol 800 mcg, via retal ou oral. Observação: Considerar o tempo de latência para o início de ação do misoprostol - via retal: início de ação 15-20 min; via oral: início de ação 7-11 min- Ácido Tranexâmico, iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina. Repetir se persistir o sangramento após 30 min da 1ª dose ou se o sangramento reiniciar em até 24 horas da 1ª dose
<p>Cuidado 20.2: Auxiliar na massagem uterina bimanual.</p>
<p>Cuidado 20.3: Disponibilizar no serviço balão de tamponamento intrauterino (BTI).</p>
<p>Cuidado 20.4: Monitorar continuamente o sangramento e o estado hemodinâmico da gestante/parturiente/puérpera durante o uso de BIT.</p>
<p>Cuidado 20.5: Reconhecer o Traje Antichoque Não-pneumático (TAN) para controle de HPP.</p>
<p>Cuidado 20.6: Monitorar a infusão de cristaloides - soro fisiológico ou ranger lactato.</p>
<p>Cuidado 20.7: Monitorar a hemotransfusão.</p>
<p>Cuidado 20.8: Acompanhar as decisões terapêuticas da equipe multidisciplinar para tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto.</p>

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Rita de Cássia Teixeira Rangel, RG nº 1.407.957 SSP-SC, CPF nº 604.940.699-53 autorizo Adalia Edna Fernando Chipindo, utilizar o “***Instrumento para o cuidado na prevenção e no controle da hemorragia no terceiro período do parto***”, e que este instrumento seja aplicado na Tese de Doutorado denominada como ***Mortalidade materna: adaptação transcultural e validação de um instrumento para controle de hemorragia no terceiro período do parto em Angola Huambo***. Reitero que a presente autorização está condicionada à citação da fonte, conforme recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e que a cessão dos itens requisitados é feita de livre e espontânea vontade e não implica quaisquer ônus financeiros para a requerente, nem para a Orientadora e Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, na presente data ou em futuro.

Balneário Piçarras, 14 de outubro de 2021.



Rita de Cássia Teixeira Rangel

ANEXO B: VARIÁVEIS DE COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO PARA ETAPA DE EVIDÊNCIA DE VALIDAÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO

DOMÍNIO	VARIÁVEIS
EIXO A - ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO	
1: REALIZAR ANAMNESE E IDENTIFICAÇÃO	Acolhimento, nome; idade; antecedentes - Clínicos/Cirúrgicos; fatores de risco para HPP na gestação atual
2: REALIZAR EXAME FÍSICO/ OBSTÉTRICO	Sinais vitais no momento da admissão; IMC avaliar e registrar o estado nutricional utilizando o gráfico de IMC; Altura uterina e registrar no gráfico da curva uterina e idade gestacional; Anemia; Tipagem sanguínea e fator Rh.
3: REALIZAR A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HPP	Estratificar Risco de HPP; fatores de Risco; Identificação com pulseira.
EIXO B - PLANEJAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO PRIMEIRO PERÍODO DE PARTO	
4: MONITORAR AS PARTURIENTES APÓS ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	Sinais de alerta para HPP; Monitorar todas as parturientes com fatores de risco HPP anteparto; Evitar, em todas as parturientes, incremento dos fatores de risco para atonia/HPP no primeiro período de parto; Manter conforto e bem-estar à parturiente; Acesso venoso periférico nas parturientes de alto risco.
5: REALIZAR CONTROLE DO TRABALHO DE PARTO COM PARTOGRAMA	Uso do Partograma; Monitorar sinais vitais no primeiro período do trabalho de parto; Monitorar fatores de risco para hemorragia; Atenção para sinais premonitórios de pré eclampsia/ eclampsia.
6: IDENTIFICAR E MONITORAR FALHAS DE PROGRESSO DO TRABALHO DE PARTO	Identificar a fase latente prolongada em nulíparas e em múltiparas; Diagnosticar trabalho de parto prolongado com a parada de dilatação cervical; Diagnosticar distocias de progresso do trabalho de parto; Apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto; Oferecer métodos não farmacológicos de alívio da dor; Acompanhar durante todos os períodos do parto e puerpério.
7: MONITORAR E AVALIAR USO DE OCITOCINA	Controle rigoroso na indução de parto com uso de citocina; Ocitocina sob refrigeração em temperatura entre 2°C a 8°C.; Registro da administração da ocitocina conforme prescrição médica com controle rigoroso da dosagem.
EIXO C - PLANEJAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO SEGUNDO PERÍODO DE PARTO	
8: PREVENIR FATORES DE RISCO PARA PARTURIENTES NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO	Monitorar e evitar, em todas as parturientes, incremento dos fatores de risco para atonia/HPP no segundo período de parto; Monitorar dinâmica uterina no início do segundo estágio de parto; Controlar rigorosamente a indução de parto com uso de ocitocina; Realizar DU a cada 20 minutos para aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.
9: MONITORAR FALHAS DE PROGRESSO DO TRABALHO DE PARTO	Monitorar as nulíparas com suspeita de prolongamento do trabalho de parto; Monitorar progressão da descida da apresentação fetal.

DOMÍNIO	VARIÁVEIS
10: PREVENIR TRAUMAS PERINEAIS DO SEGUNDO PERÍODO DE PARTO	Orientar a parturiente a adotar a posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios; Evitar massagem perineal durante o segundo período do parto. Aplicar compressas mornas no períneo durante segundo estágio do parto; Evitar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo a fim de reduzir a perda sanguínea desnecessária; Impedir a manobra de Kristeller no segundo período do trabalho de parto; Usar técnica de proteção de períneo (Hands On) em parto de alto risco; Usar técnica de Hands Off em parto de risco habitual.
EIXO D - PLANEJAR E ASSEGURAR OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO DA HPP NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO	
11: MONITORAR A DURAÇÃO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO	Monitorar os fatores de risco para HPP; Aguardar o descolamento placentário por um período de 30 minutos após a expulsão fetal.
12: PREVENIR FATORES DE RISCO NAS PARTURIENTES NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO	Fatores de risco para atonia/HPP intraparto; Prevenir uso do manejo ativo para todas as parturientes; Ocitocina logo após o nascimento; Esquema alternativo no manejo ativo; Misoprostol (600 µg PO) para prevenção de HPP; Clampar em tempo oportuno o cordão umbilical; Tração controlada do cordão umbilical; Monitorar o tônus uterino; Contato pele a pele precoce.
13: ATENTAR PARA O MANEJO ATIVO DO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO QUANDO DE CESÁREA	Aplicar ocitocina o em esquema endovenoso da "Regra dos 3"
14: ACOMPANHAR O DESCOLAMENTO/ SECUNDAMENTO DA PLACENTA EM PARTO VAGINAL	Monitorar os sinais e sintomas da subinvolução uterina; Observar sinais de dequitação da placenta; Manobra de Jacob Dublin; Tipo de dequitação; Avaliar a placenta; Controlar o pulso e da Pressão Arterial para classificar a hemorragia pós parto.
15: MONITORAR A FISIOLOGIA DA HEMOSTASIA DA FERIDA PLACENTÁRIA	Retração uterina - formação do Globo de Segurança de Pinard; Estimar a perda volêmica para prevenção da HPP.
16: REPARAR AS LESÕES DE CANAL DO PARTO	Avaliar a vagina, períneo e reto; Identificar lesões do canal do parto. Revisar o trajeto; Classificar trauma perineal; Reparar as lesões de canal do parto; Informar à mulher sobre a extensão do trauma do assoalho pélvico.
EIXO E - CONTROLE E TRATAMENTO DA HPP	
17: COMUNICAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR SE HOUVER COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS (RETENÇÃO PLACENTÁRIA E COLAPSO MATERNO)	Manter controle rigoroso das parturientes estratificadas em médio risco e alto risco para HPP; Comunicar a equipe médica no momento da complicação hemorrágica; Transferir imediatamente para uma maternidade de alto risco, inserida em hospital a puérpera com complicação hemorrágica; traje anti-choque não pneumático; Controlar o pulso e e a Pressão Arterial para classificar a hemorragia pós parto
18: MONITORAR A RETENÇÃO PLACENTÁRIA	Instalar acesso venoso calibroso; Ocitocina IV adicional; Avaliar retenção placentária; Estimar a perda volêmica.

DOMÍNIO	VARIAVEIS
19: MONITORAR HEMORRAGIA INSTALADA E CONTROLAR COLAPSO MATERNO	Medidas de controle da HPP; Identificar causa e origem da HPP - Tônus uterino (atonia uterina) - Trauma (lacerações cervicais, vaginais e perineais; hematomas pélvicos; inversão uterina; ruptura uterina) - Tecido (retenção de tecidos placentários; invasão placentária) - Trombina (coagulopatias); Avaliar a retração; Estimar a perda volêmica para controle da HPP. Avaliar sinais vitais para classificar a hemorragia pós-parto; Calcular a estimativa clínica de HPP por meio do índice de choque (IC); Avaliar perfusão periférica; Avaliar os sinais sensorio-motores na hemorragia; Avaliar o esvaziamento da bexiga.
20: MONITORAR INDICAÇÃO E TRATAMENTO PARA O CONTROLE DA HPP E DO COLAPSO MATERNO	Disponibilizar Ocitocina; Metilergometrina 0,2 mg; Misoprostol 800 mcg; Ácido Tranexâmico; Massagem uterina bimanual; Disponibilizar balão de tamponamento intrauterino (BTI); Monitorar continuamente o sangramento e o estado hemodinâmico da gestante/parturiente/puérpera durante o uso de BIT. Reconhecer o Traje Antichoque Não-pneumático(TAN) para controle de HPP; Monitorar a infusão de cristaloides; Monitorar a hemotransfusão; Decisões terapêuticas da equipe multidisciplinar para tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto.

Fonte: Rangel, (2019).

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:

Pertinência:

- 1- Adequado
- 2- Inadequado
- 3- Adequado com alterações

Fonte de informação:

- 1- Paciente
- 2- Acompanhante
- 3- Prontuário
- 4- Médico
- 5- Equipe de enfermagem
- 6- Pesquisador

Aplicabilidade:

- 1- Sim
- 2- Não

Justificar:

**ANEXO C: PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO
SUPERIOR POLITÉCNICO DA CAÁLA HUAMBO, ANGOLA)**



Protocolo Nº 09/2020-2021

Doutoranda: Adália Edna Fernando Chipindo

Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes de Souza, PhD

Título: Adaptação transcultural e validação de um instrumento para controle de hemorragia no terceiro período de parto em Huambo / Angola

O Comitê de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála reunido aos 08 de Setembro de 2021 analisou o projecto de Doutoramento com Título acima exposto e chegou as Seguentes conclusões :

- 1- **Aprovado o Projecto** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com o regulamento de ética do ISP-CAÁLA, e não fere os princípios éticos de pesquisas em saúde com Humanos na República de Angola
- 2- **Recomendações:**
 - Classificar os sujeitos de estudo se são os profissionais de saúde ou parturientes;
 - Inserir uma secção sobre questões éticas;
 - Realizar o estudo com dados actuais.

O Comitê de ética do Instituto Superior Politécnico da Caála na Caála aos 08 de Novembro do ano de 2021

O Presidente do Comitê de Ética


Arlindo da Costa Afonso, Ph.D
=Professor Auxiliar=



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DA CAÁLA

O Gabinete do Director Adjunto para os Assuntos Científicos e Pós Graduação

Departamento Para os Assuntos Científicos e Pós-Graduação

Vago
Director Geral
Hélder Lucas Chipindo, Ph.D.
Professor Associado

LISTA DE PRESENÇA DA 10ª REUNIÃO DO COMITÉ DE ÉTICA

Nº	Membro	Assinatura
1	Arlindo da Costa Afonso, Ph.D	
2	António Eduardo, Ph.D	
3	António Mendes Sambalundo, Ph.D	
4	António Armindo Paixão, Ph.D	
5	Hamilton Tavares, Ph.D	
6	Hélder Lucas Chipindo, Ph.D	
7	Lucas António Nhamba, Ph.D	

Caála, aos 15 de Novembro de 2021.

O Director Adjunto para os Assuntos Científicos e Pós Graduação

Professor Doutor Arlindo da Costa Afonso Ph.D.

Professor Associado