



Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto



Organização
Mundial da Saúde

Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto

Catálogo-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.

1. Hemorragia Pós-Parto - prevenção e controle. 2. Hemorragia Pós-Parto - terapia.
3. Complicações do Trabalho de Parto. 4. Guia. I. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978 92 4 854850 5

(Classificação NLM: WQ 330)

© Organização Mundial da Saúde 2014

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no site web da OMS (www.who.int) ou podem ser compradas a Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS - seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS através do site web da OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Printed in (country name)

Sumário

Agradecimentos	1
Abreviaturas	2
Sumário executivo	3
Caixa A: Recomendações para a prevenção da HPP	5
Caixa B: Recomendações para o tratamento da HPP	6
Caixa C: Organização dos tratamentos	7
1. Antecedentes	8
2. Métodos	9
3. Resultados	12
Caixa 1: Recomendações para a prevenção da HPP - uterotônicos	15
Caixa 2: Recomendações para a prevenção da HPP - gestão do cordão umbilical e massagem uterina	16
Tabela 1: Status da recomendação dos componentes individuais da gestão ativa da terceira fase do parto, baseado em quem realiza a intervenção	18
Caixa 3: Recomendações para a prevenção da HPP em partos via cesárea	18
Caixa 4: Recomendações para o tratamento da HPP - uterotônicos	19
Caixa 5: Recomendações para o tratamento da HPP - reanimação hídrica e ácido tranexâmico	19
Caixa 6: Recomendações para o tratamento da HPP - manobras e outros procedimentos	20
Caixa 7: Recomendações para o tratamento da placenta retida	21
Caixa 8: Recomendações para os sistemas de saúde e organização de tratamentos para a prevenção e tratamento da HPP	22
Caixa 9: Declarações relacionadas a temas para os quais não há evidência suficiente para emitir uma recomendação	23
4. Implicações da pesquisa	24
5. Disseminação e implementação da diretriz	25
6. Questões de aplicabilidade	26
7. Atualização da diretriz	27
Referências	27
Anexo 1. Especialistas externos, pessoal da OMS envolvido na preparação da diretriz e resumo de declarações de interesse	29
Anexo 2. Resultados finais críticos para a tomada de decisões	33
Anexo 3: Resumo das considerações relacionadas à força das recomendações (Planilhas de balanço)	34
Caixa 1. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 1 a 5)	34

Caixa 2. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 6 a 10)	35
Caixa 3. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 11 a 15)	36
Caixa 4. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 16 a 20)	37
Caixa 5. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 21 a 25)	38
Caixa 6. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 26 a 30)	39
Caixa 7. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 31 a 32)	40
Caixa 8. Modelo de um resumo de considerações relacionadas à força das recomendações com explicações para o preenchimento do modelo	41

Os critérios padronizados usados na classificação da evidência, os resumos narrativos da evidência e as tabelas GRADE **não estão incluídos neste documento**. Este material foi publicado em um documento independente com a designação de “*Recomendações da OMS para a hemorragia pós-parto: base das evidências*” e pode ser acessado on-line em: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/

Agradecimentos

O trabalho nesta diretriz foi iniciado por A. Metin Gülmezoglu e João Paulo Souza, do Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS, e por Matthews Mathai, do Departamento de saúde materna, neonatal, infantil e adolescente da OMS. João Paulo Souza coordenou o desenvolvimento da presente diretriz e redigiu um rascunho deste documento. Edgardo Abalos e Virginia Diaz, do Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), Rosario, Argentina, revisaram a evidência científica relacionada à prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto (HPP) e criaram as tabelas GRADE usadas nesta diretriz. Natasha Hezelgrave, do Academic Women's Health Centre, King's College London (KCL), no Reino Unido, redigiu um rascunho dos resumos narrativos da evidência. As tabelas GRADE foram duplamente verificadas por Kanokwa-roon Watananirun (Fon) da University of Bangkok, na Tailândia. A. Metin Gülmezoglu, Matthews Mathai e Edgardo Abalos comentaram o rascunho do documento antes de ele ser revisado por Natasha Hezelgrave e pelos participantes da Consulta técnica da OMS sobre a prevenção e tratamento da HPP (consulte o Anexo 1).

Agradecemos a Zahida Qureshi, da University of Nairobi, no Quênia, por ocupar o cargo de presidente da Consulta técnica. Reconhecemos com gratidão os comentários muito úteis fornecidos por um amplo número de partes interessadas internacionais durante a consulta on-line que foi realizada como parte desse processo.

A OMS agradece o apoio contínuo da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional nessa área de trabalho. Agradecimentos especiais vão também para a organização Gynuity Health Projects por ter oferecido suporte financeiro adicional para o trabalho nesta diretriz. A OMS também deseja agradecer aos autores das revisões sistemáticas usadas nesta diretriz pela assistência e colaboração disponibilizadas na atualização das mesmas. A OMS também agradece ao Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, especialmente aos funcionários do escritório em Liverpool, no Reino Unido, por seu suporte na atualização das revisões Cochrane.

Abreviaturas

AGREE	Apreciação crítica de diretrizes clínicas
AMTSL	Gestão ativa da terceira fase do parto
DR	Desigualdade relativa
GDD	Grupo de desenvolvimento de diretrizes
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Classificação da análise, desenvolvimento e avaliação das recomendações)
GREAT	Desenvolvimento de diretrizes, Prioridades da pesquisa, Síntese das evidências, Aplicabilidade das evidências, Transferência de conhecimentos (um projeto da OMS)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPP	ECR hemorragia pós-parto Ensaio controlado randomizado RevMan Review Manager (software)
IC	Intervalo de confiança
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
MCA	Departamento de saúde materna, neonatal e adolescente
PICO	População, intervenções, comparações e resultados finais
PO	Per Os (oralmente)
RR	Risco relativo
TCC	Tração controlada do cordão umbilical
TMM	Taxa de mortalidade materna
µg	Micrograma
UI	Unidade internacional
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Sumário executivo

Introdução

A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto. A HPP é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. A maioria das mortes resultantes da HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto: a maioria dessas mortes poderia ser evitada por meio do uso de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e através da gestão adequada em tempo hábil.

O aprimoramento dos cuidados de saúde para mulheres durante o parto para prevenir e tratar a HPP é uma etapa essencial para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O objetivo primário desta diretriz é, portanto, fornecer uma base para o desenvolvimento de políticas e programas estratégicos necessários para garantir a implementação sustentável de intervenções eficazes cujo objetivo é reduzir a carga global da HPP.

Métodos de desenvolvimento de diretrizes

Os procedimentos usados no desenvolvimento desta diretriz estão delineados no *“Manual da OMS para o desenvolvimento de diretrizes”*¹. Resumidamente, esses procedimentos são os seguintes: (i) identificação de perguntas relacionadas à prática clínica e à política de saúde para as quais são necessárias respostas; (ii) acesso a evidências atualizadas fundamentadas em pesquisas; (iii) avaliação e síntese das evidências; (iv) formulação de recomendações com contribuições de um vasto leque de partes interessadas; e (v) formulação de planos para a disseminação, implementação, avaliação de impactos e atualização da diretriz.

As evidências científicas para as recomendações foram sintetizadas usando a metodologia para Classificação da análise, desenvolvimento e avaliação das recomendações (GRADE). Para cada uma das recomendações da OMS anteriores sobre a HPP (2007 e 2009) e para todas as perguntas recentemente adicionadas, foram preparados perfis de evidência com base em 22 revisões sistemáticas atualizadas. As recomendações novas e revisadas foram desenvolvidas e adotadas por um grupo internacional de especialistas que participaram da Consulta técnica da OMS sobre a prevenção e tratamento da HPP, realizada em Montreux, na Suíça, de 6 a 8 de março de 2012.

A Consulta técnica da OMS adotou 32 recomendações, as quais são exibidas nas Caixas A, B e C. Para cada recomendação, a qualidade da evidência de apoio é classificada como “muito baixa”, “baixa”, “moderada” ou “alta”. As partes interessadas que deram suas contribuições qualificaram a força destas recomendações levando em consideração a qualidade da evidência e outros fatores (incluindo os valores e preferências das partes interessadas, a magnitude do efeito, o equilíbrio de benefícios versus desvantagens, o uso de recursos e a viabilidade de cada recomendação). Para assegurar que cada recomendação seja entendida e usada na prática da forma correta, foram incluídos comentários adicionais, que estão registrados no documento completo abaixo das recomendações. Os leitores devem consultar esses comentários na versão completa da diretriz caso tenham alguma dúvida quanto ao significado de cada recomendação.

¹ WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization, 2012.

Recomendações para a prevenção da HPP

A contribuição intrínseca de cada componente da “gestão ativa da terceira fase do parto” foi examinada considerando novas evidências disponíveis e foram feitas recomendações relevantes. Todas as parturientes devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da HPP; a ocitocina (IM/IV, 10 UI) é recomendada como o fármaco uterotônico preferencial. Outros uterotônicos injetáveis e misoprostol são recomendados como alternativas para a prevenção da HPP em situações nas quais não há ocitocina disponível. A importância da tração controlada do cordão umbilical (TCC) foi revisitada devido à nova evidência. Esta intervenção agora é considerada opcional em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e é contraindicada em situações nas quais os profissionais de assistência ao parto qualificados não ajudam a fazer os partos. O clampeamento precoce do cordão umbilical é geralmente contraindicado. A massagem uterina contínua não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática, pois ela pode causar desconforto materno, exigir um profissional de saúde específico e pode não produzir uma redução da perda de sangue. No entanto, a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto. Em resumo, o Grupo de desenvolvimento de diretrizes (GDD) considerou o uso de uterotônicos como a principal intervenção do pacote de gestão ativa da terceira fase do parto. Nesse contexto, o uso de misoprostol para a prevenção da HPP por trabalhadores comunitários da saúde e por trabalhadores da saúde leigos é apoiado em situações nas quais não há qualquer profissional de assistência ao parto qualificado presente.

O GDD também emitiu recomendações para reduzir a perda de sangue durante a terceira fase do parto nos partos via cesárea. A ocitocina é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP nos partos via cesárea. A tração do cordão umbilical é recomendada em detrimento da remoção manual na assistência à expulsão placentária em partos via cesárea.

Recomendações para o tratamento da HPP

O uso de uterotônicos (somente ocitocina como primeira escolha) tem um papel fundamental no tratamento da HPP. A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP logo que é diagnosticada. Além disso, a reanimação hídrica inicial com cristaloides isotônicos é recomendada. O uso de ácido tranexâmico é aconselhado em casos de hemorragia tônica refratária ou hemorragia persistente relacionada à lesão traumática. O uso de tamponamento intrauterino com balão é recomendado para hemorragia refratária ou se não houver uterotônicos disponíveis. A compressão uterina bimanual, a compressão externa da aorta e o uso de peças de vestuário não pneumáticas antichoque são recomendados como medidas temporárias até que seja disponibilizada atenção substantiva. Se houver hemorragia persistente e os recursos relevantes estiverem disponíveis, a embolização da artéria uterina deverá ser considerada. Se a hemorragia persistir, apesar do tratamento com fármacos uterotônicos e outras intervenções conservadoras, uma intervenção cirúrgica deverá ser realizada imediatamente.

Se a terceira fase do parto durar mais de 30 minutos, a TCC e a ocitocina IV/IM ç (10 UI) devem ser usadas para gerenciar a placenta retida. Se a placenta ficar retida e ocorrer hemorragia, a remoção manual da placenta deve ser feita o mais rapidamente possível. Sempre que for realizada a remoção manual da placenta, uma única dose de antibióticos profiláticos é recomendada.

O GDD também emitiu recomendações relacionadas à organização dos tratamentos da HPP. As instalações de saúde que prestam serviços de maternidade devem adotar protocolos formais para a prevenção e tratamento da HPP e para encaminhamento de pacientes. O uso de simulações de tratamento da HPP para programas de treinamento pré-serviço e em serviço foi recomendado. Por fim, o GDD recomendou que o uso de uterotônicos para a prevenção da HPP devia ser monitorado e foi sugerido um indicador específico.

Caixa A: Recomendações para a prevenção da HPP

1. O uso de uterotônicos para a prevenção da HPP durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
2. A ocitocina (10 UI, IV/IM) é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
3. Em situações nas quais não há ocitocina disponível, é recomendado o uso de outros uterotônicos injetáveis (se adequado, a combinação de ergometrina/metilergometrina ou a combinação fixa de fármacos de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg). (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
4. Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e a ocitocina não está disponível, a administração de misoprostol (600 µg PO) por trabalhadores comunitários da saúde e trabalhadores da saúde leigos é recomendada para a prevenção de HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
5. Em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC é recomendada para partos vaginais se o provedor de cuidados e a parturiente considerarem importante uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do parto (Recomendação fraca, evidência de alta qualidade)
6. Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC não é recomendada. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
7. O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
8. O clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) não é recomendado, a menos que o neonato esteja asfixiando e precise ser transferido imediatamente para reanimação. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
9. A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade baixa)
10. A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)
11. A ocitocina (IV ou IM) é o fármaco uterotônico recomendado para prevenir a HPP em partos via cesárea. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
12. A tração controlada do cordão umbilical é o método recomendado para a remoção da placenta nos casos de cesárea. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)

Caixa B: Recomendações para o tratamento da HPP

13. Somente a ocitocina intravenosa é o fármaco uterotônico recomendado para o tratamento da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
14. Se a ocitocina intravenosa estiver indisponível ou se o sangramento não responder à ocitocina, é recomendado o uso da ergometrina intravenosa, uma dose fixa de ocitocina e ergometrina ou um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg). (Recomendação forte, evidência de qualidade baixa)
15. O uso de cristaloides isotônicos é recomendado em detrimento do uso de coloides para a reanimação hídrica intravenosa inicial de mulheres com HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade baixa)
16. O uso de ácido tranexâmico é recomendado para o tratamento da HPP caso a ocitocina e outros uterotônicos não consigam interromper a hemorragia ou se for considerado que a hemorragia pode ser parcialmente resultante de uma lesão traumática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade moderada)
17. A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)
18. Se as mulheres não responderem ao tratamento usando uterotônicos ou se não houver uterotônicos disponíveis, o uso do tamponamento intrauterino com balão é recomendado para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
19. Se outras medidas falharem e se os recursos necessários estiverem disponíveis, o uso da embolização da artéria uterina é recomendado como tratamento para a HPP resultante da atonia uterina. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
20. Se o sangramento não parar apesar do tratamento usando uterotônicos e outras intervenções conservadoras disponíveis (por exemplo, massagem uterina, tamponamento com balão), o uso de intervenções cirúrgicas é recomendado. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)
21. O uso da compressão uterina bimanual é recomendado como medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
22. O uso da compressão externa da aorta para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal é recomendado como uma medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
23. O uso de peças de vestuário não pneumáticas antichoque é recomendado como uma medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados. (Recomendação fraca, evidência de qualidade baixa)
24. O uso do empacotamento uterino não é recomendado para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
25. Se a placenta não for expelida espontaneamente, é recomendado o uso de ocitocina IV/IM (10 UI) em combinação com a tração controlada do cordão umbilical. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
26. O uso de ergometrina para a gestão da placenta retida não é recomendado, pois isso pode provocar contrações uterinas tetânicas que poderão atrasar a expulsão da placenta. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
27. O uso de prostaglandina E2 alfa (dinoprostona ou sulprostona) para gerenciar a placenta retida não é recomendado. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
28. Uma única dose de antibiótico (ampicilina ou cefalosporina de primeira geração) é recomendada quando a remoção manual da placenta é praticada. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)

Caixa C: Organização dos tratamentos

29. O uso de protocolos formais pelas instalações de saúde para a prevenção e tratamento da HPP é recomendado. (Recomendação fraca, evidência de qualidade moderada)
30. O uso de protocolos formais para o encaminhamento de mulheres para instalações de saúde de nível superior é recomendado para instalações de saúde. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
31. O uso de simulações de tratamento da HPP é recomendado para programas de treinamento pré-serviço e em serviço. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
32. O monitoramento do uso de uterotônicos após o parto para a prevenção da HPP é recomendado como um indicador de processo para avaliação programática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)

1. Antecedentes

A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz: ela não somente está associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global, como também é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países de baixa renda. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque e disfunção orgânica. (1-3)

A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, no entanto, traumatismo do trato genital (isto é, lacerações vaginais e cervicais), ruptura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. A HPP pode ser agravada pela anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas. (4)

Durante a segunda metade do séc. XX, um pacote de intervenções realizadas durante a terceira fase do parto se tornou a pedra angular para a prevenção da HPP. Esta abordagem ficou conhecida como a “gestão ativa da terceira fase do parto” e consistia inicialmente nos componentes a seguir: a administração de um uterotônico profilático após o nascimento de um bebê, o clampeamento e corte precoce do cordão umbilical e a tração controlada do cordão umbilical. A massagem uterina também é frequentemente incluída como parte da gestão ativa da terceira fase do parto. Contrariamente à gestão ativa, a gestão expectante envolve a espera por sinais de separação da placenta e permite que a expulsão da placenta seja feita espontaneamente ou com o auxílio da estimulação manual do mamilo ou pela gravidade. Comparada com a gestão expectante, a gestão ativa da terceira fase do parto está associada à redução substancial na ocorrência de HPP. (5)

É geralmente aceito que prevenindo e tratando a HPP, a maioria das mortes associadas à HPP poderia ser evitada. A prevenção e o tratamento da HPP são, portanto, etapas vitais para aprimorar os cuidados de saúde para mulheres durante o parto e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Para concretizar estes objetivos, os trabalhadores da saúde nos países em desenvolvimento devem ter acesso a medicações adequadas e ser treinados em procedimentos relevantes para a gestão da HPP. Os países também precisam de orientação baseada em evidências para fundamentar suas políticas de saúde e aprimorar seus resultados finais da saúde.

Considerando a disponibilidade de novas evidências científicas relacionadas à prevenção e tratamento da HPP, o objetivo deste documento é revisar recomendações da OMS anteriores para a prevenção e tratamento da HPP e adicionar novas recomendações. O objetivo primário desta diretriz é o de fornecer uma base para a implementação de desenvolvimentos de políticas e programas estratégicos para intervenções que demonstraram ser eficazes na redução da carga da HPP. Os profissionais da saúde responsáveis pelo desenvolvimento de protocolos nacionais e locais e de políticas de saúde constituem o principal público-alvo deste documento. Obstetras, parteiras, médicos generalistas, administradores de postos de saúde e formuladores de políticas em matéria de saúde pública, especialmente aqueles que se encontram em situações

de escassez de recursos, também fazem parte do público-alvo do documento. A orientação disponibilizada é fundamentada em evidências e abrange temas relacionados à gestão da HPP que foram selecionados e priorizados por um grupo internacional e multidisciplinar de profissionais da saúde, consumidores e outras partes interessadas. Este documento estabelece princípios gerais de tratamento da HPP e destina-se a fundamentar o desenvolvimento de protocolos e políticas de saúde relacionados à HPP. Este documento não se destina a fornecer um guia prático abrangente para a prevenção e tratamento da HPP.

2. Métodos

Esta diretriz é uma atualização das “Recomendações da OMS para a prevenção da HPP” publicadas em 2007 e das “Diretrizes da OMS para a gestão da HPP e placenta retida” publicadas em 2009 (6,7). Este documento representa o apoio normativo da OMS à adoção de políticas e práticas fundamentadas em evidências por todos os países. A diretriz faz parte do projeto do conhecimento à ação da OMS denominado GREAT (Desenvolvimento de diretrizes, Prioridades da pesquisa, Síntese das evidências, Aplicabilidade das evidências, Transferência de conhecimento) (8) e foi desenvolvida por meio de procedimentos operacionais padronizados em conformidade com o processo descrito no “Manual da OMS para o desenvolvimento de diretrizes” (9). Em resumo, o processo incluiu: (i) a identificação de perguntas essenciais e resultados críticos; (ii) o acesso a evidências; (iii) a avaliação e síntese das evidências; (iv) a formulação de recomendações; e (v) o planejamento para a disseminação, implementação, avaliação do impacto e atualização da diretriz.

Dois grupos técnicos trabalharam no desenvolvimento desta diretriz. Um pequeno grupo operacional composto por funcionários do Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa e do Departamento de saúde materna, neonatal, infantil e adolescente (MCA) da OMS bem como por dois especialistas externos (consulte o Anexo 1 - O grupo de orientação das diretrizes) e um grupo maior com partes interessadas internacionais incluindo parteiras, obstetras, neonatologistas, pesquisadores, especialistas em síntese de pesquisas, especialistas em programas de assistência médica e representantes dos consumidores (o Grupo de desenvolvimento de diretrizes - GDD). O grupo de orientação das diretrizes foi formado no início do projeto e revisou as diretrizes anteriores da OMS sobre a prevenção e tratamento da HPP (6,7). Este grupo preparou uma lista de potenciais perguntas adicionais relacionadas à prevenção e tratamento da HPP. Em seguida, o GDD revisou e deu prioridade aos rascunhos de perguntas. Em seguida, o grupo de orientação das diretrizes elaborou uma lista de todas as perguntas a serem abordadas. Essa lista incluiu as perguntas das versões anteriores das diretrizes e as novas. O grupo de orientação das diretrizes também adotou os resultados finais usados nos documentos das diretrizes em 2007 e 2009. Estes resultados finais, tal como antes, foram classificados em uma escala de 1 a 9. Uma pergunta ou resultado final era definido como “crítico” se recebesse uma pontuação média de 7 ou superior. As perguntas e resultados finais com um pontuação entre 4 e 6 foram considerados “importantes, mas não críticos”, enquanto aqueles que receberam uma pontuação inferior a 4 não foram considerados importantes para os propósitos dessa diretriz (Anexo 2).

As revisões sistemáticas Cochrane de ensaios controlados randomizados (ECRs) foram a fonte primária de evidências para fundamentar as recomendações². Usando a lista de perguntas e resultados finais que foi elaborada, o grupo de orientação de diretrizes identificou revisões sistemáticas Cochrane que eram relevantes ou potencialmente relevantes e posteriormente avaliou a necessidade de atualizações. Uma revisão era considerada desatualizada se a última data especificada para pesquisas de novos ensaios tivesse dois anos ou mais, ou se houvesse estudos relevantes aguardando avaliação, como identificado pelos procedimentos de pesquisa padrão do Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Grupo Cochrane para a gravidez e parto). As atualizações eram realizadas usando estratégias de pesquisa padrão específicas. Os autores correspondentes das revisões desatualizadas eram convidados a atualizá-las dentro de um período de tempo específico. Nos casos em que os autores correspondentes não fossem capazes de fazê-lo, as atualizações eram realizadas por membros do grupo de orientação das diretrizes. As estratégias de pesquisa usadas para identificar os ensaios e os critérios específicos para a inclusão e exclusão de ensaios são descritos nas revisões sistemáticas individuais. Uma revisão sistemática da literatura que incluísse ensaios não randomizados era realizada pelos membros do grupo de orientação das diretrizes quando os dados de ensaios randomizados relacionados a perguntas específicas eram escassos.

Os procedimentos a seguir foram usados para extrair as evidências para esta diretriz de cada uma dessas revisões sistemáticas: primeiro, a versão mais recente do arquivo Review Manager (RevMan) foi obtida a partir do Cochrane Pregnancy and Childbirth Cochrane Group e personalizada de modo a refletir as principais comparações e resultados finais (aqueles que não eram relevantes para a diretriz foram excluídos). Depois, o arquivo RevMan foi exportado para o software criador de perfis GRADE (Classificação da análise, desenvolvimento e avaliação das recomendações) e foram usados os critérios GRADE para apreciar criticamente as evidências científicas coletadas. Por fim, perfis de evidência (na forma de tabelas GRADE) foram preparados para cada comparação. Um sistema de gestão de conteúdos on-line desenvolvido para o projeto GREAT, nomeadamente o *Sistema de produção de diretrizes*, foi usado para tratar e compartilhar os arquivos eletrônicos.

A evidência exibida nas tabelas GRADE derivou de um amplo banco de dados extraídos primariamente de revisões Cochrane, os quais em muitos casos continham múltiplas comparações (Base da evidência (BE) Tabelas 1 a 70). Cada tabela GRADE está relacionada a uma pergunta ou comparação específica, mas algumas tabelas GRADE não contêm dados para todos os resultados finais críticos. Isso acontece porque os dados relativos a esses resultados finais não estavam disponíveis nas revisões Cochrane. Os dados não processados que constituem a base das tabelas GRADE não estão incluídos neste documento, contudo, leitores interessados em descobrir como as tabelas GRADE foram construídas podem solicitar acesso a essa informação. O grupo de orientação das diretrizes usou a informação exibida nas tabelas GRADE para verificar se alguma recomendação existente (incluída nos documentos de 2007 ou 2009) precisava ser revisada e para elaborar um rascunho das recomendações relacionadas às novas perguntas. A cada recomendação foi atribuído um módulo temático que incluía os resumos narrativos da evidência e as tabelas GRADE relevantes. Os critérios padronizados usados na classificação da evidência e os módulos temáticos (incluindo as tabelas GRADE) **não estão incluídos neste documento**. Eles foram publicados

² Como parte do processo de editoração da pré-publicação da Cochrane, as revisões são comentadas por três pares (um editor e dois assessores externos à equipe editorial) e pelo Consultor de estatística do Grupo (consulte <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>). “O Manual Cochrane para as Revisões sistemáticas de intervenções” descreve detalhadamente o processo de preparação e manutenção das revisões sistemáticas Cochrane sobre os efeitos das intervenções em saúde.

separadamente on-line em um documento com o título “*Recomendações da OMS para prevenir e tratar a HPP: base das evidências*” (www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en).

Uma consulta preliminar on-line foi realizada para revisar o rascunho das recomendações. O rascunho das recomendações e as evidências de apoio foram disponibilizadas para um inúmeras partes interessadas internacionais que foram solicitadas a responder a uma pesquisa on-line. Além disso, a consulta preliminar on-line identificou outras recomendações anteriores que precisavam ser discutidas na Consulta técnica da OMS sobre a Prevenção e tratamento da HPP realizada em Montreux, na Suíça, de 6 a 8 de março de 2012. Um subconjunto do grupo internacional de especialistas (que haviam participado das consultas on-line) e outros especialistas adicionais foram convidados para assistir à Consulta técnica (consulte o Anexo 1 para visualizar uma lista completa dos participantes). O rascunho das recomendações, os resumos narrativos da evidência, as tabelas GRADE para as recomendações antigas e novas e outros documentos relacionados foram distribuídos pelos participantes antes da reunião. Foram usadas planilhas de balanço durante a Consulta técnica para resumir os valores, preferências e juízos de valor feitos com respeito à força das recomendações novas e revisadas.

Declaração de interesse pelos participantes da Consulta técnica da OMS

De acordo com as regulações da OMS, todos os especialistas devem declarar seus interesses relevantes antes de sua participação em reuniões da OMS. Todos os membros do GDD e participantes foram solicitados a preencher um formulário de Declaração de interesse antes da reunião. Essas declarações de interesse foram revisadas pelo grupo de orientação das diretrizes antes da finalização da composição do grupo e dos convites. Os consultores externos declararam também verbalmente os potenciais conflitos de interesse no início da reunião. Os procedimentos para a gestão de conflitos de interesses foi realizada em conformidade com as “*Diretrizes da OMS para a declaração de interesses (especialistas da OMS)*”. Em resumo, todos os membros do GDD declararam que não tinham qualquer interesse comercial ou financeiro diretamente ou indiretamente relacionado ao tema da reunião/diretriz. Sete membros do GDD estiveram envolvidos em trabalho acadêmico relacionado ao tema da diretriz, mas esse envolvimento não foi considerado um conflito de interesse e a participação plena de todos os especialistas selecionados foi considerada adequada. Uma tabela resumindo as declarações de interesse feitas pelos membros do GDD está incluída no Anexo 1.

Tomada de decisões durante a Consulta técnica

No início da Consulta técnica, os participantes discutiram e adotaram uma lista de recomendações que deviam ser abordadas durante a reunião. Essa lista incluía as novas recomendações e as recomendações anteriores que precisavam ser reanalisadas e, possivelmente, revisadas.

O protocolo a seguir foi usado para a Consulta técnica: a reunião foi estruturada de modo a permitir aos participantes discutir a lista proposta de recomendações e essas recomendações foram revisadas, conforme necessário, por meio de discussão em grupo. A adoção final de cada recomendação foi feita por consenso (definido como o acordo de três quartos ou mais dos participantes), embora aqueles que discordaram não estivessem muito convictos de sua posição. Fortes discordâncias foram registradas nas diretrizes. Se os participantes não chegassem a um consenso, a recomendação disputada ou qualquer outra decisão seria submetida à votação. Uma recomendação ou decisão era aceita se uma maioria simples (mais de metade dos participantes) votasse por ela, a menos que a discordância estivesse relacionada a uma preocupação

de segurança, em cujo caso o Secretariado da OMS decidiria não emitir recomendação alguma. Os funcionários da OMS presentes na reunião, os especialistas técnicos externos envolvidos na coleta e classificação das evidências e os observadores não tinham permissão para votar. Além da discussão sobre as evidências científicas e sua qualidade, as questões de aplicabilidade relevantes, os custos e outros juízos de valor foram levados em consideração na formulação das recomendações finais.

A força de cada recomendação foi determinada durante a Consulta técnica. Por padrão, a força das recomendações discutidas foi inicialmente alinhada com a qualidade da evidência (isto é, no início da discussão, as recomendações fortes eram baseadas em evidências de qualidade “moderada” e “alta”, enquanto as recomendações fracas eram baseadas em evidências de qualidade “baixa” e “muito baixa”). Além da qualidade da evidência, os seguintes fatores foram considerados no momento de determinar a recomendação final e sua força: valores e preferências, a magnitude do efeito, o equilíbrio dos benefícios versus desvantagens, uso de recursos e viabilidade. Os valores e as preferências, o uso de recursos e a viabilidade de cada recomendação se basearam na experiência e opinião dos membros do GDD. As planilhas de balanço foram usadas para anotar e sintetizar essas considerações (Anexo 3, Caixas 1 a 8) e para registrar os motivos das alterações efetuadas na força padrão das recomendações.

Preparação do documento e revisão de pares

Antes da Consulta técnica, o grupo de orientação das diretrizes preparou uma versão preliminar do presente documento usando um modelo de relatório de diretrizes que havia sido desenvolvido como parte do projeto GREAT da OMS. O rascunho da diretriz foi reanalisado pelos participantes da Consulta técnica na reunião realizada em Montreux. Durante a reunião, o rascunho da diretriz foi modificado de acordo com as deliberações e comentários dos participantes. As opiniões recebidas durante a consulta preliminar on-line também foram discutidas e incorporadas ao documento conforme adequado. Após a reunião, os membros do grupo de orientação das diretrizes trabalharam para assegurar que uma versão revisada do documento refletisse com precisão as deliberações e decisões dos participantes. O documento revisado contendo o rascunho da diretriz foi enviado a dois revisores externos e suas contribuições foram cuidadosamente avaliadas pelo grupo de orientação das diretrizes e as revisões do documento foram realizadas de forma correspondente. Após a reunião em Montreux, o grupo de orientação das diretrizes se absteve de fazer quaisquer alterações substanciais ao escopo da diretriz (como a expansão adicional do escopo da diretriz) ou às recomendações. A versão revisada foi enviada de volta eletronicamente para aqueles que participaram da Consulta técnica a fim de obter sua aprovação.

3. Resultados

Esta diretriz inclui 32 recomendações para a prevenção e tratamento da HPP. Sete dessas recomendações são novas, enquanto as outras foram revisadas à luz de novas evidências. A maioria das recomendações anteriores de 2007 e 2009 mantêm-se inalteradas na sua essência, apesar das atualizações da base das evidências. O teor das recomendações anteriores foi revisado para melhorar a clareza da orientação fornecida. As recomendações incluídas nesta diretriz são baseadas em um total de 22 revisões sistemáticas Cochrane resumidas em 70 tabelas GRADE. As Caixas 1 a 8 exibem as recomendações da OMS mais atualizadas para a prevenção e tratamento da HPP. Onde aplicável, os comentários relacionados a recomendações específicas também são exibidos nessas caixas e as novas recomendações são marcadas com asteriscos. Os resumos narrativos das evidências que sustentam as recomendações são exibidos

no apêndice eletrônico juntamente com as tabelas GRADE correspondentes (consulte as “Recomendações da OMS para prevenir e tratar a HPP: base das evidências” em www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en). A Caixa 9 exibe declarações relacionadas a temas para os quais, de acordo com as avaliações do GDD, havia evidência insuficiente para emitir uma recomendação. As planilhas de balanço que resumem os valores, as preferências e os juízos de valor feitos sobre a força das recomendações são exibidas no Anexo 3, Caixas 1 a 8.

O desenvolvimento dessas recomendações envolveu 130 partes interessadas que participaram da pesquisa preliminar on-line (representando todas as regiões da OMS) e 25 especialistas que participaram da Consulta técnica da OMS.

Recomendações para a prevenção da HPP

A contribuição de cada componente da “gestão ativa da terceira fase do parto” foi examinada em função das novas evidências disponibilizadas e recomendações relevantes foram realizadas. A Caixa 1 exibe recomendações relacionadas ao uso de uterotônicos para a prevenção da HPP. Todas as parturientes devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para prevenir HPP e a ocitocina IM/IV (10 UI) é recomendada como fármaco uterotônico preferencial. Outros uterotônicos injetáveis (isto é, ergometrina/metilergometrina, ou a combinação de fármacos fixa de ocitocina e ergometrina) e misoprostol são recomendados como alternativas para a prevenção da HPP em situações nas quais a ocitocina não está disponível. A Caixa 2 contém recomendações relacionadas à gestão do cordão umbilical e massagem uterina. A importância da tração controlada do cordão umbilical (TCC) foi revisitada em função das novas evidências. Essa intervenção é agora considerada opcional em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e é contraindicada em situações nas quais os partos não são assistidos por profissionais de assistência ao parto qualificados. O clampeamento precoce do cordão umbilical é geralmente contraindicado. A massagem uterina contínua não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática, pois a massagem pode causar desconforto materno, exigir um profissional de saúde específico e poderá não produzir uma redução da perda de sangue. Contudo, a vigilância do tônus uterino por meio da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto. A Tabela 1 resume o status da recomendação dos componentes individuais da gestão ativa da terceira fase do parto. Em resumo, o GDD considerou o uso de uterotônicos como principal intervenção do pacote da gestão ativa da terceira fase do parto. Nesse contexto, o uso de misoprostol para a prevenção da HPP por trabalhadores comunitários da saúde e por trabalhadores da saúde leigos é apoiado em situações nas quais não há qualquer profissional de assistência ao parto qualificado presente.

As recomendações para reduzir a perda de sangue durante a terceira fase do parto nos partos via cesárea são exibidas na Caixa 3. A ocitocina é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP nos partos via cesárea. A tração do cordão umbilical é recomendada em detrimento da remoção manual na assistência à expulsão placentária em partos via cesárea.

Recomendações para o tratamento da HPP

O uso de uterotônicos (somente ocitocina como primeira escolha) tem um papel fundamental no tratamento da HPP (consulte as Caixas 4 e 5). A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP a partir do momento em que é diagnosticada

(consulte a Caixa 6) e a reanimação hídrica inicial com cristaloides isotônicos é recomendada. O uso de ácido tranexâmico é aconselhado em casos de hemorragia tônica refratária ou hemorragia persistente relacionada à lesão traumática (consulte a Caixa 5). O uso do tamponamento intrauterino com balão é recomendado para a hemorragia refratária ou se não houver uterotônicos disponíveis. A compressão uterina bimanual, a compressão externa da aorta e o uso de peças de vestuário não pneumáticas antichoque são recomendados como medidas temporárias até que sejam disponibilizados cuidados substantivos. Se houver hemorragia persistente e os recursos relevantes estiverem disponíveis, a embolização da artéria uterina deverá ser considerada. Se a hemorragia persistir apesar do tratamento com fármacos uterotônicos e outras intervenções conservadoras, uma intervenção cirúrgica deverá ser realizada imediatamente.

Se a terceira fase do parto durar mais de 30 minutos, a TCC e a ocitocina IV/IM (10 UI) devem ser usadas para gerenciar a placenta retida. Se a placenta ficar retida e ocorrer hemorragia, a remoção manual da placenta deve ser feita o mais rapidamente possível. Sempre que for realizada a remoção manual da placenta, uma única dose de antibióticos profiláticos é recomendada (consulte a Caixa 7).

O GDD também emitiu recomendações relacionadas à organização dos tratamentos da HPP (consulte a Caixa 8). As instalações de saúde que prestam serviços de maternidade devem adotar protocolos formais para a prevenção e tratamento da HPP e para o encaminhamento de pacientes. O uso de simulações de tratamento da HPP para programas de treinamento pré-serviço e em serviço foi recomendado. Por fim, o GDD recomendou que o uso de uterotônicos para a prevenção da HPP devia ser monitorado e foi sugerido um indicador específico.

O GDD encontrou evidência insuficiente para recomendar uma opção em detrimento de outra para a prevenção da HPP com ocitocina, o uso do fator VIIa recombinante para o tratamento da HPP, a injeção de ocitocina na veia intraumbilical para o tratamento da placenta retida e a distribuição de misoprostol no período pré-natal. O GDD também encontrou evidência insuficiente para recomendar a autoadministração para prevenir a HPP e a medição da perda de sangue em detrimento da estimativa clínica (consulte a Caixa 9).

Caixa 1: Recomendações para a prevenção da HPP - uterotônicos

1. O uso de uterotônicos para a prevenção da HPP durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
2. A ocitocina (10 UI, IV/IM) é o fármaco uterotônico recomendado para a prevenção da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
3. Em situações nas quais não há ocitocina disponível, é recomendado o uso de outros uterotônicos injetáveis (por ex.: a combinação de ergometrina/metilergometrina ou a combinação fixa de fármacos de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg). (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
4. Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis e a ocitocina não está disponível, a administração de misoprostol (600 µg PO) por trabalhadores comunitários da saúde e trabalhadores da saúde leigos é recomendada para a prevenção de HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)

Comentários

- As comparações disponíveis são limitadas, no entanto, uma diferença significativa entre os benefícios da ocitocina e ergometrina é pouco provável. Estas recomendações valorizam bastante o fato de evitar os efeitos colaterais da ergometrina e supõem um benefício semelhante do uso de ocitocina e ergometrina para a prevenção da HPP.
- É necessário ter muito cuidado no momento de optar por derivados do ergot de centeio para a prevenção da HPP, pois esses fármacos têm contra-indicações claras em mulheres com distúrbios hipertensivos. Assim, é provavelmente mais seguro evitar o uso de derivados de ergot de centeio em populações não rastreadas.
- O misoprostol (600 µg PO) foi considerado pelo GDD como um fármaco eficaz para a prevenção da HPP. No entanto, o GDD considerou os benefícios relativos da ocitocina comparada ao misoprostol na prevenção da perda de sangue bem como os efeitos colaterais aumentados do misoprostol comparado à ocitocina. O GDD reconheceu que não há qualquer evidência que mostre que uma dose de 600 µg de misoprostol oferece maior eficácia em detrimento de uma dose de 400 µg. As doses mais baixas têm um perfil de efeitos colaterais mais baixo, contudo, a eficácia de doses mais baixas de misoprostol não foi suficientemente avaliada.
- As recomendações relacionadas aos uterotônicos alternativos não devem prejudicar o objetivo de tornar a ocitocina tão amplamente acessível quanto possível.
- Considerando preocupações passadas relacionadas à distribuição de misoprostol no nível comunitário e ao potencial de consequências sérias da administração antes do parto, o GDD coloca ênfase no treinamento de pessoas que administrem misoprostol e monitorem intervenções de distribuição comunitária com métodos cientificamente mais sólidos e indicadores adequados.

Caixa 2: Recomendações para a prevenção da HPP - gestão do cordão umbilical e massagem uterina

5. Em situações nas quais há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC é recomendada para partos vaginais se o provedor de cuidados e a parturiente considerarem importante uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do parto. (Recomendação fraca, evidência de alta qualidade)
6. Em situações nas quais não há profissionais de assistência ao parto qualificados disponíveis, a TCC não é recomendada. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
7. O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado aproximadamente 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
8. O clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) não é recomendado, a menos que o neonato esteja asfixiando e precise ser transferido imediatamente para reanimação. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
9. A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade baixa)
10. A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)

Comentários

- As recomendações 5 e 6 são baseadas em um grande ECR no qual a ocitocina 10 UI foi usada para a prevenção da HPP em todas as participantes. Com base nessa evidência, a TCC foi considerada segura quando aplicada por profissionais de assistência ao parto qualificados, pois oferece pequenos efeitos benéficos na perda de sangue (redução média de 11 ml na perda de sangue) e na duração da terceira fase do parto (redução média de 6 minutos). A decisão de implementar a TCC no contexto de um fármaco uterotônico profilático deve ser discutida pelo provedor de cuidados e a própria mulher.
- Se forem usados alcaloides de ergot para a prevenção da HPP, então a TCC será considerada essencial para minimizar a retenção da placenta.
- Não há evidência suficiente para determinar o benefício ou risco da TCC quando usada em conjunto com misoprostol.
- A TCC é a primeira intervenção para tratar a placenta retida, por isso, o ensino da TCC nos currículos médicos e da profissão de profissionais de assistência ao parto é essencial.
- A base das evidências para fazer recomendações relacionadas ao momento do clampeamento do cordão umbilical inclui partos via vaginal e cesárea. O GDD considera esta recomendação igualmente importante para os partos via cesárea.
- O clampeamento tardio deve ser realizado durante a prestação dos cuidados essenciais ao recém-nascido. Para os cuidados essenciais ao recém-nascido e reanimação, consulte as diretrizes da OMS sobre a reanimação neonatal. (10)
- As recomendações relacionadas ao momento do clampeamento do cordão umbilical são igualmente aplicáveis aos nascimentos pré-termo e a termo. O GDD considera os benefícios do clampeamento tardio para bebês pré-termo particularmente importantes.

(Continua na próxima página)

(Continuação da página anterior)

- Alguns profissionais da saúde que trabalham em zonas de alta prevalência de HIV expressaram preocupações quanto ao clameamento tardio do cordão umbilical como parte da gestão da terceira fase do parto. Estes profissionais estão preocupados com o fato de que durante a separação placentária, uma placenta parcialmente descolada poderia ser exposta ao sangue materno e isso poderia resultar em uma microtransfusão de sangue materno para o bebê. Foi demonstrado que a possibilidade de transmissão de HIV de mãe para filho pode ocorrer em três pontos diferentes no tempo: microtransfusões de sangue materno para o feto durante a gravidez (transmissão intrauterina do HIV), exposição ao sangue da mãe e a secreções vaginais quando o feto passa através do canal de parto em partos vaginais (transmissão intraparto) e durante o período de aleitamento materno (infecção pós-natal). Por esse motivo, a principal intervenção para reduzir a transmissão de mãe para filho é a redução da carga viral materna por meio do uso de fármacos antirretrovirais durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Não há qualquer evidência de que o clameamento tardio do cordão umbilical aumenta a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido. O sangue materno penetra através do espaço intervilo placentário ao longo da gravidez com um risco relativamente baixo de transmissão materno-fetal antes do parto. É muito pouco provável que a separação da placenta aumente a exposição ao sangue materno e é muito pouco provável que isso perturbe a circulação placentária fetal (isto é, é pouco provável que durante a separação da placenta a circulação do recém-nascido seja exposta ao sangue materno). Assim, os benefícios comprovados de um atraso de, pelo menos, 1 a 3 minutos para proceder ao clameamento do cordão umbilical têm mais importância do que os prejuízos teóricos e não comprovados. O clameamento tardio do cordão umbilical é recomendado até mesmo entre mulheres soropositivas ou mulheres com status sorológico para o HIV desconhecido.
- Há falta de evidências relacionadas ao papel da massagem uterina para a prevenção da HPP quando não são usados quaisquer fármacos uterotônicos ou se for usado um fármaco uterotônico que não seja a ocitocina.
- Embora o GDD tenha reconhecido que um pequeno estudo registrou que a massagem uterina sustentada e a expulsão de coágulo estavam associadas a uma redução do uso de uterotônicos adicionais, há falta de evidência concreta que suporte outros benefícios. No entanto, o GDD considerou que a avaliação cotidiana e frequente do tônus uterino continua sendo uma parte fundamental da atenção pós-parto imediata, particularmente para a otimização do diagnóstico precoce da HPP.
- Com base na evidência mais recente, o conhecimento da contribuição de cada componente do pacote da gestão ativa da terceira fase do parto evoluiu. O GDD considerou que este pacote tem uma intervenção primária: o uso de um uterotônico. No contexto do uso de ocitocina, a TCC poderá adicionar um pequeno benefício, enquanto a massagem uterina não adiciona qualquer benefício para a prevenção da HPP. O clameamento precoce do cordão umbilical é geralmente contraindicado.

Tabela 1: Status da recomendação dos componentes individuais da gestão ativa da terceira fase do parto, baseado em quem realiza a intervenção

	Profissional de assistência ao parto qualificado	Profissional de assistência ao parto não qualificado	Profissional de atendimento ao parto autoadministrado
Uterotônicos	A favor	A favor	Pesquisa*
Clampamento precoce do cordão umbilical	Contra	Contra	Contra
Tração controlada do cordão umbilical	Condicional**	Contra	Contra
Massagem uterina contínua	Contra***	Contra	Pesquisa****

* Distribuição de misoprostol durante o período pré-natal para autoadministração durante a terceira fase do parto

** Pequena redução na perda de sangue e na duração da terceira fase; adoção baseada nos valores e preferências da mulher e do provedor de cuidados de saúde

*** A avaliação cotidiana do tônus uterino continua sendo uma parte vital da tomada de decisões clínicas e deve ser praticada durante a terceira fase do parto

**** Massagem uterina autoadministrada na ausência de uterotônicos

Caixa 3: Recomendações para a prevenção da HPP em partos via cesárea

11. A ocitocina (IV ou IM) é o fármaco uterotônico recomendado para prevenir a HPP em partos via cesárea. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
12. A tração do cordão umbilical é o método recomendado para a remoção da placenta nos casos de cesárea. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)

Comentários

- O GDD registrou que, em termos de perda de sangue, não havia evidência suficiente para recomendar a infusão de ocitocina em detrimento da injeção IV em bolus. No entanto, devido a preocupações relacionadas aos efeitos colaterais hemodinâmicos, o GDD considerou que se for usada uma injeção IV em bolus será preferível uma taxa de injeção lenta e, por isso, uma taxa de injeção rápida deve ser evitada.
- O GDD registrou que a combinação de uma infusão de ocitocina após a administração em bolus de ocitocina por via intravenosa após um parto via cesárea reduz a necessidade de agentes uterotônicos adicionais, mas não afeta a ocorrência global da principal hemorragia obstétrica.
- O GDD registrou que a carbetocina está associada à redução do uso de agentes uterotônicos adicionais, embora sem qualquer diferença na ocorrência da principal hemorragia obstétrica. Além disso, o GDD registrou que o uso de carbetocina é consideravelmente mais caro do que o uso de ocitocina. Este comentário é igualmente aplicável aos partos vaginais.

Caixa 4: Recomendações para o tratamento da HPP - uterotônicos

13. A ocitocina intravenosa é o fármaco uterotônico recomendado para o tratamento da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade moderada)
14. Se a ocitocina intravenosa estiver indisponível ou se o sangramento não responder à ocitocina, é recomendado o uso da ergometrina intravenosa, uma dose fixa de ocitocina e ergometrina ou um fármaco de prostaglandina (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg). (Recomendação forte, evidência de qualidade baixa)

Comentários

- O GDD recomendou a ocitocina intravenosa como fármaco uterotônico de primeira linha para o tratamento da HPP, incluindo quando a mulher já recebeu este fármaco para a profilaxia da HPP.
- O GDD reconheceu que a ocitocina intravenosa pode não estar disponível em todas as situações. Esse fato incentiva os decisores em matéria de atenção à saúde nessas situações a reunir esforços para disponibilizar a ocitocina.
- Em situações nas quais a ocitocina intravenosa não é disponibilizada para mulheres que receberam ocitocina intramuscular profilática durante a terceira fase do parto, o GDD considerou o misoprostol uma alternativa válida.
- Se foi administrada a profilaxia da HPP com misoprostol e se não houver uterotônicos injetáveis disponíveis, não há evidência suficiente para orientar dosagem adicional de misoprostol e o risco potencial de toxicidade deve ser levado em consideração.
- Não há qualquer benefício na oferta de misoprostol simultaneamente a mulheres que estão recebendo ocitocina para o tratamento da HPP (isto é, complemento de misoprostol).
- O GDD registrou que os dois maiores ensaios de misoprostol para o tratamento da HPP (Winikoff 2010, Blum 2010) mencionaram o uso de uma dose de 800 µg administrada sublingualmente. A maioria dos membros do GDD concordou que 800 µg é uma dose de misoprostol sublingual aceitável para o tratamento da HPP, embora alguns membros do GDD tenham expressado preocupação relacionada ao risco de hiperpirexia associado a esta dosagem.
- Se a ocitocina intravenosa tiver sido usada para o tratamento da HPP e mesmo assim a hemorragia não parar, há uma escassez de dados para recomendar preferências relativas ao tratamento com fármaco uterotônico de segunda linha. As decisões em situações como essa devem ser orientadas pela experiência do provedor, pela disponibilidade dos fármacos e pelas contraindicações conhecidas.
- Em situações nas quais é possível administrar ocitocina intramuscular e não há qualquer possibilidade de tratamento por via intravenosa com alcaloides de ergot/prostaglandinas injetáveis, há uma escassez de dados para recomendar preferivelmente a ocitocina intramuscular em detrimento de misoprostol ou outros uterotônicos. As decisões em situações como essa devem ser orientadas pela experiência do provedor, pela disponibilidade dos fármacos e pelas contraindicações conhecidas.

Caixa 5: Recomendações para o tratamento da HPP - reanimação hídrica e ácido tranexâmico

15. O uso de cristaloides isotônicos é recomendado em detrimento do uso de coloides para a reanimação hídrica intravenosa inicial de mulheres com HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade baixa)
16. O uso de ácido tranexâmico é recomendado para o tratamento da HPP caso a ocitocina e outros uterotônicos não consigam interromper a hemorragia ou se for considerado que a hemorragia pode ser parcialmente resultante de uma lesão traumática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade moderada)

Comentários

- A evidência para a recomendação de ácido tranexâmico foi extrapolada da literatura sobre cirurgia e traumatismo, o que revela que o ácido tranexâmico é uma opção segura para o tratamento da hemorragia relacionada a traumatismos

Caixa 6: Recomendações para o tratamento da HPP - manobras e outros procedimentos

17. A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)
18. Se as mulheres não responderem ao tratamento usando uterotônicos ou se não houver uterotônicos disponíveis, o uso do tamponamento intrauterino com balão é recomendado para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
19. Se outras medidas falharem e se os recursos necessários estiverem disponíveis, o uso da embolização da artéria uterina é recomendado como tratamento para a HPP resultante da atonia uterina. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
20. Se o sangramento não parar apesar do tratamento usando uterotônicos e outras intervenções conservadoras disponíveis (por exemplo, massagem uterina, tamponamento com balão), o uso de intervenções cirúrgicas é recomendado. (Recomendação forte, evidência de qualidade muito baixa)
21. O uso da compressão uterina bimanual é recomendado como medida temporária até que a atenção adequada seja disponibilizada para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
22. O uso da compressão externa da aorta para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal é recomendado como uma medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
23. O uso de peças de vestuário não pneumáticas antichoque é recomendado como uma medida temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados. (Recomendação fraca, evidência de qualidade baixa)
24. O uso do empacotamento uterino não é recomendado para o tratamento da HPP resultante da atonia uterina após o parto vaginal. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)

Comentários

- O GDD registrou que a aplicação dessas intervenções requer treinamento e que o desconforto materno e as complicações associadas a esses procedimentos foram mencionados.
- A massagem uterina como medida terapêutica é definida como a fricção do útero por meio da massagem manual do abdome. Esta massagem é normalmente feita até que a hemorragia pare ou o útero contraia. O GDD considerou que a massagem uterina deve ser iniciada logo após a confirmação do diagnóstico da HPP.
- A fricção inicial do útero e a manifestação de coágulos de sangue não são consideradas como massagem uterina terapêutica.
- Na hora de classificar a recomendação nº 17 como “forte”, o baixo custo e a segurança da massagem uterina foram levados em consideração.
- O uso do tamponamento com balão foi considerado pelo GDD como uma medida que pode potencialmente evitar a cirurgia ou como uma medida temporária durante o período de espera para transferência para uma instalação de saúde de nível superior. O GDD reconhece que o tamponamento com balão pode ser obtido com dispositivos específicos e com adaptações de custos mais baixos, incluindo aquelas que se baseiam no uso de preservativos e luvas cirúrgicas.
- O GDD registrou que a embolização da artéria uterina requer recursos significativos, em termos do custo do tratamento, das instalações e do treinamento dos trabalhadores da saúde.
- O GDD registrou que as abordagens cirúrgicas conservadoras ser testadas em primeiro lugar. Se essas abordagens não funcionarem, elas devem ser seguidas de procedimentos mais invasivos. As suturas de compressão, por exemplo, podem ser tentadas como uma primeira intervenção, e se essas falharem, então a ligadura de vasos uterinos, ovarianos e hipogástricos pode ser experimentada. Se a hemorragia severa continuar mesmo após a ligadura, então deverá ser realizada uma histerectomia total ou subtotal (também chamada de supracervical).
- O GDD reconheceu que o nível de competências do provedor de cuidados de saúde terá um papel importante na seleção e sequência das intervenções cirúrgicas.

(Continua na próxima página)

(Continuação da página anterior)

- A compressão externa da aorta já é recomendada há muito tempo como uma potencial técnica essencial à vida e a compressão mecânica da aorta, se bem-sucedida, abranda a perda de sangue. O GDD valorizou bastante este procedimento como medida temporária no tratamento da HPP.
- O GDD registrou que a pesquisa que avalia os potenciais benefícios e prejuízos das peças de vestuário não pneumáticas antichoque está em andamento. Com base na evidência disponível, o GDD considerou as peças de vestuário não pneumáticas antichoque como uma medida temporária enquanto a paciente aguarda a transferência.
- O GDD registrou que não havia qualquer evidência de benefício do empacotamento uterino e valorizou bastante as preocupações relacionadas ao seu potencial prejuízo.

Caixa 7: Recomendações para o tratamento da placenta retida

25. Se a placenta não for expelida espontaneamente, é recomendado o uso de ocitocina adicional (10 UI, IV/IM) em combinação com a tração controlada do cordão umbilical. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
26. O uso de ergometrina para a gestão de uma placenta retida não é recomendado, pois isso pode provocar contrações uterinas tetânicas que poderão atrasar a expulsão da placenta. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
27. O uso de prostaglandina E2 alfa (dinoprostona ou sulprostona) na gestão da placenta retida não é recomendado. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
28. Uma única dose de antibiótico (ampicilina ou cefalosporina de primeira geração) é recomendada quando a remoção manual da placenta é praticada. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)

Comentários

- O GDD não encontrou qualquer evidência empírica para sustentar a recomendação do uso de uterotônicos para a gestão de uma placenta retida na ausência de hemorragia. A recomendação acima foi alcançada por consenso.
- O guia da OMS, “*Gerenciando complicações na gravidez e parto*” (OMS, 2007), declara que, se uma placenta não for expelida em 30 minutos após o nascimento do bebê, a mulher deve receber o diagnóstico de placenta retida. Como não há qualquer evidência a favor ou contra esta definição, o atraso usado antes desta condição ser diagnosticada é deixado a critério do clínico.
- O mesmo guia da OMS também sugere que na ausência de hemorragia, a mulher deve ser observada por mais 30 minutos após os 30 minutos iniciais, antes da tentativa de remoção manual da placenta. O GDD registrou que a expulsão espontânea da placenta ainda pode ocorrer, mesmo na ausência de hemorragia. Uma abordagem conservadora é, portanto, aconselhada e o momento da remoção manual da placenta como tratamento definitivo é deixado a critério do clínico.
- A recomendação relacionada ao uso de prostaglandina E2 é fundamentada na falta de evidência sobre esta questão e também diz respeito a preocupações relacionadas a eventos adversos, especialmente eventos cardíacos.
- A evidência direta do valor da profilaxia com antibiótico após a remoção manual da placenta não estava disponível. O GDD considerou evidência indireta do benefício dos antibióticos profiláticos de estudos de partos via cesárea e aborto bem como de estudos observacionais de outras manipulações intrauterinas.
- A prática corrente sugere que a ampicilina ou cefalosporinas de primeira geração podem ser administradas quando a remoção manual da placenta é realizada.
- Esta questão foi identificada como uma prioridade de pesquisa para situações nas quais os antibióticos profiláticos não são administrados regularmente e para situações com baixa morbidade infecciosa.

Caixa 8: Recomendações para os sistemas de saúde e organização de tratamentos para a prevenção e tratamento da HPP

29. O uso de protocolos formais pelas instalações de saúde para a prevenção e tratamento da HPP é recomendado. (Recomendação fraca, evidência de qualidade moderada)
30. O uso de protocolos formais para o encaminhamento de mulheres para instalações de saúde de nível superior é recomendado para instalações de saúde. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
31. O uso de simulações de tratamento da HPP é recomendado para programas de treinamento pré-serviço e em serviço. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)
32. O monitoramento do uso de uterotônicos após o parto para a prevenção da HPP é recomendado como um indicador de processo para avaliação programática. (Recomendação fraca, evidência de qualidade muito baixa)

Comentários

- A avaliação cotidiana e frequente do tônus uterino continua sendo uma parte fundamental do tratamento pós-parto imediato, especialmente para otimizar o diagnóstico precoce da HPP.
- O GDD reconheceu que a implementação de protocolos formais é um processo complexo que exigirá a adaptação local de diretrizes gerais.
- O GDD valorizou bastante os custos de programas de simulação e reconheceu que há tipos diferentes de programas de simulação. Alguns programas são de alta tecnologia, computadorizados e caros, enquanto outros são menos caros e têm maior probabilidade de serem acessíveis nos países de baixa e média renda. O GDD identificou o aprimoramento na comunicação entre provedores de cuidados de saúde e pacientes e seus familiares como uma prioridade importante no treinamento de provedores de cuidados de saúde na gestão da HPP.
- O GDD recomendou o monitoramento do uso de uterotônicos profiláticos. Esta recomendação é baseada na experiência de outras áreas do sistema de saúde, especialmente a saúde infantil, nas quais indicadores de saúde baseados em conteúdo são comuns e considerados igualmente úteis para propósitos programáticos. O indicador sugerido é calculado como o número de mulheres que recebem fármacos uterotônicos profiláticos após o parto dividido por todas as parturientes.

Caixa 9: Declarações relacionadas a temas para os quais não há evidência suficiente para emitir uma recomendação

- A. Não há evidência suficiente para recomendar uma via de ocitocina em detrimento de outra para a prevenção da HPP.
- B. Não há evidência suficiente para recomendar o uso do fator VIIa recombinante para o tratamento da HPP.
- C. Não há evidência suficiente para recomendar o uso da injeção de ocitocina na veia intraumbilical como tratamento para a placenta retida.
- D. Não há evidência suficiente para recomendar a distribuição pré-natal de misoprostol às mulheres grávidas para autoadministração para a prevenção da HPP.
- E. Não há evidência suficiente para recomendar a medição da perda de sangue em detrimento da estimativa clínica da perda de sangue.

Comentários

- O GDD registrou que há três ensaios em andamento nos quais as vias IV e IM para a administração da ocitocina estão sendo comparadas para a prevenção da HPP.
- O GDD considerou haver evidência insuficiente para recomendar o uso da infusão de ocitocina em detrimento da injeção IV em bolus com relação à perda de sangue. No entanto, em vista das preocupações sobre os potenciais efeitos colaterais hemodinâmicos, o GDD considerou que se for usado o tratamento com a injeção IV em bolus, então será preferível uma taxa de injeção lenta e, por isso, uma taxa de injeção rápida deve ser evitada.
- No contexto da HPP, o GDD considerou que o uso do fator VIIa recombinante deve ser limitado a mulheres com indicações hematológicas específicas. O grupo considerou o fator VIIa recombinante como sendo um fármaco potencialmente suscetível para o salvamento de vidas, mas registrou que ele também está associado a efeitos colaterais que colocam a vida em risco. Além disso, o fator VIIa recombinante é caro e pode ser difícil administrá-lo.
- O GDD reconheceu que embora haja uma escassez de dados para recomendar a injeção de ocitocina na veia intraumbilical como tratamento para a placenta retida, o próprio procedimento não mostrou causar prejuízos e demonstra uma tendência não significativa para um risco menor de necessidade de remoção manual da placenta.
- O GDD reconheceu que vários países adotaram programas no nível comunitário de distribuição de misoprostol e considerou que isso deve ser feito no contexto de pesquisa (na qual seja possível coletar dados confiáveis relativos à cobertura, segurança e resultados finais da saúde).
- O GDD registrou que todos os ensaios incluídos na revisão sistemática sobre a medição da perda de sangue foram conduzidos em países desenvolvidos e vê a aplicabilidade desta evidência em países de baixa e média renda como algo bem incerto.

4. Implicações da pesquisa

O GDD identificou lacunas de conhecimento importantes que precisam ser preenchidas por meio de pesquisa primária. Nesta diretriz, as recomendações baseadas em qualidade de evidência que foi classificada como “muito baixa” ou “baixa” requerem mais pesquisa. Por outro lado, não é uma prioridade realizar mais pesquisas para essas recomendações baseadas em evidência de qualidade “moderada” ou “alta”. As lacunas de conhecimento identificadas nos documentos da OMS de 2007 e 2009 também foram reanalisadas. As lacunas de conhecimento identificadas foram priorizadas, ponderando se essas pesquisas seriam viáveis, inovadoras, originais, com probabilidade de promover a igualdade e contribuir para a redução da carga da HPP. Os principais obstáculos à ampliação da intervenção também foram considerados neste exercício de priorização.

O GDD registrou que há pesquisa planejada ou em andamento com respeito a algumas das prioridades de pesquisa identificadas. No entanto, não há qualquer certeza de que essas investigações fornecerão resultados conclusivos e, portanto, os temas permaneceram listados como prioridades de pesquisa neste documento.

Principal prioridade de pesquisa

Nas situações em que o uso de uterotônicos injetáveis não é viável, quais são os efeitos da distribuição de misoprostol às gestantes no período pré-natal para autoadministração durante a terceira fase do parto?

Outras perguntas de pesquisa

- Qual é a dose efetiva mínima de ocitocina para a prevenção da HPP?
- Quais são os efeitos da ocitocina intramuscular (versus ocitocina intravenosa) para a prevenção da HPP?
- A ocitocina pode ser administrada de modo seguro por profissionais de assistência ao parto não qualificados?
- Quais são os efeitos do uso de ocitocina bucal e sublingual para a prevenção da HPP?
- Qual é a dose efetiva mínima de misoprostol para a prevenção da HPP?
- Qual é a dose efetiva mínima de misoprostol para o tratamento da HPP?
- Quais são os efeitos e segurança do misoprostol como tratamento para a HPP, em mulheres que receberam misoprostol como profilaxia da HPP?
- O misoprostol deve ser usado conjuntamente com ocitocina para a prevenção da HPP?
- Quais são os efeitos do ácido tranexâmico no tratamento da HPP?
- Quais são os efeitos da massagem uterina para a prevenção da HPP?
- Quais são os efeitos da massagem uterina para prevenir a HPP, quando não há ocitocina disponível?
- Quais são os efeitos do balão uterino ou tamponamento no tratamento da HPP?
- Quais são os efeitos da massagem uterina para prevenir a HPP, quando só há misoprostol disponível?

- Quais são os efeitos dos antibióticos profiláticos após a extração manual da placenta como parte do tratamento da placenta retida?
- Quais são os efeitos do uso de misoprostol para o tratamento da placenta retida?
- Quais são os efeitos da ergometrina (em combinação ou não com ocitocina) após o parto via cesárea para a prevenção da HPP?
- Qual é o momento ideal para clampar o cordão umbilical no contexto da gestão fisiológica e ativa da terceira fase do parto?
- Qual é o momento adequado para administrar ocitocina a fim de prevenir a HPP, com relação ao clampamento do cordão umbilical e expulsão da placenta? (isto é, antes/após o clampamento do cordão umbilical, antes/após a expulsão da placenta)
- Que conseqüências clínicas da perda de sangue têm valor inestimável para o diagnóstico e tratamento da HPP?
- Qual é o papel dos trabalhadores da saúde leigos na gestão da HPP?

5. Disseminação e implementação da diretriz

O objetivo principal dessa diretriz é melhorar a qualidade do tratamento e os resultados finais da saúde relacionados à HPP. Desse modo, a disseminação e implementação dessa diretriz são etapas cruciais que devem ser realizadas pela comunidade internacional e pelos serviços de saúde locais. O Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS adotou um quadro formal de conhecimento à ação para a disseminação, adaptação e implementação de diretrizes (8). Além desse quadro, durante a Consulta técnica da OMS, foi estabelecida uma lista de ações prioritárias que será usada pela OMS e outros parceiros para fomentar a disseminação e implementação dessa diretriz (BE Caixa 2).

Disseminação e avaliação da diretriz

As recomendações descritas nessa diretriz serão disseminadas por meio de uma ampla rede de parceiros internacionais, incluindo os escritórios nacionais e regionais da OMS, ministérios de saúde, centros colaboradores da OMS, outras agências das Nações Unidas e organizações não governamentais. Elas também serão publicadas no site da OMS e na Biblioteca de saúde reprodutiva da OMS (The WHO Reproductive Health Library) (11), na qual serão acompanhadas por uma apreciação crítica independente baseada no instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation - Apreciação crítica de diretrizes clínicas) que pode ser encontrado em <http://www.agreecol-laboration.org/instrument>. Um informe sobre políticas também será desenvolvido para um amplo leque de formuladores de políticas, gestores de programas e clínicos e, em seguida, disseminado por meio de escritórios nacionais da OMS.

Implementação da diretriz

O sucesso da introdução de políticas baseadas em evidências relacionadas à prevenção e gestão da HPP em programas nacionais e serviços de saúde depende de processos de adaptação e implementação bem planejados, consensuais e participativos. Esses processos podem incluir o desenvolvimento ou revisão de diretrizes ou protocolos nacionais existentes baseados neste documento.

As recomendações contidas na presente diretriz devem ser adaptadas em documentos adequados localmente que possam atender às necessidades específicas de cada país e serviço de saúde. As modificações realizadas nas recomendações, sempre que necessário, devem ser limitadas às recomendações fracas e as justificativas para quaisquer alterações devem ser feitas de uma maneira explícita e transparente.

Deve ser criado um ambiente favorável para o uso dessas recomendações (por exemplo, ampliando a disponibilidade de uterotônicos), incluindo alterações no comportamento dos profissionais para permitir o uso de práticas baseadas em evidências. As sociedades profissionais locais podem ter papéis importantes neste processo e um processo participativo e abrangente deve ser incentivado. O Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS publicou orientação específica sobre a introdução das diretrizes de saúde reprodutiva e ferramentas da OMS em programas nacionais.

6. Questões de aplicabilidade

Impacto antecipado na organização de tratamentos e recursos

A gestão e a prevenção baseada em evidências da HPP podem ser conseguidas com o uso de fármacos relativamente baratos. No entanto, o GDD registrou que as questões a seguir devem ser consideradas antes da aplicação das recomendações feitas na presente diretriz:

- As mulheres não devem ser deixadas sozinhas durante as primeiras horas após o nascimento do bebê e a expulsão da placenta
- Nas situações em que a ocitocina é usada, deve ser dada atenção à cadeia de frio da ocitocina (isto é, as exigências de uma cadeia de suprimento com temperatura controlada)
- Os serviços de saúde que adotarem o clampeamento tardio do cordão umbilical também devem adotar estratégias para identificar (e, se necessário, tratar) a icterícia neonatal

Monitoramento e avaliação da implementação da diretriz

A implementação das recomendações descritas nessa diretriz deve ser monitorada pelos serviços de saúde. As auditorias clínicas das séries temporais interrompidas ou auditorias clínicas baseadas em critérios poderiam ser usadas para obter dados relevantes relacionados à gestão da HPP. São necessários critérios e indicadores de revisão claramente definidos e eles poderiam ser associados aos objetivos acordados localmente. O GDD recomenda fortemente que a cobertura de uterotônicos profiláticos seja usada como um indicador de processo para a monitoração e prevenção da HPP.

- Indicador de cobertura de uterotônicos profiláticos: O indicador sugerido é calculado como o número de mulheres que recebem uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto dividido por todas as parturientes

Esse indicador fornece uma avaliação geral da adesão a uma recomendação importante incluída nessa diretriz. O uso de outros indicadores acordados localmente e mais específicos (por ex.: a avaliação do uso de uterotônicos específicos) pode ser necessário para obter uma avaliação mais completa da qualidade do tratamento relacionado

à prevenção e tratamento da HPP. A OMS desenvolveu orientação específica para avaliar a qualidade do tratamento para complicações maternas graves (incluindo a HPP), baseada nos conceitos de auditoria clínica de quase acidentes e em critérios (13).

7. Atualização da diretriz

Esta diretriz será atualizada em 2017 ou após a identificação de novas evidências que indiquem a necessidade de revisar essas recomendações. A OMS acolhe sugestões relacionadas a perguntas adicionais para inclusão na diretriz atualizada. Envie um e-mail com suas sugestões para: reproductivehealth@who.int.

Referências

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006;367 (9516): 1066-74.
2. Campbell OM, Graham WJ. Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368 (9543): 1284-99.
3. World Health Organization. World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2012
4. World Health Organization. Managing complication in pregnancy and child birth: a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html
5. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2011(11). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>
6. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of post partum haemorrhage. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf
7. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf
8. World Health Organization. Knowledge to action framework and the G.R.E.A.T project. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/greatproject_KTAframework/en/index.html
9. World Health Organization. WHO Handbook for guideline development. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf
10. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

11. World Health Organization. The WHO Reproductive Health Library. Geneva: WHO. Disponível em: www.who.int/rhl
12. World Health Organization. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and process of adaptation and implementation. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/en/index.html
13. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO nearmiss approach for maternal health. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf

A lista completa de referências que sustentam as recomendações está incluída no documento chamado “*Recomendações da OMS para a hemorragia pós-parto: base das evidências*” e pode ser acessado on-line em: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/

Anexo 1. Especialistas externos, pessoal da OMS envolvido na preparação da diretriz e resumo de declarações de interesse

A. Grupo de desenvolvimento de diretrizes (participantes da Consulta técnica da OMS)

Membros (Consultores externos da OMS)

Professor Hany Abdel-Aleem

Professor de obstetrícia e ginecologia
Women's Health Center Assiut University
Hospital Assiut
Egito

Dr^a. Catherine Deneux-Tharoux

Epidemiologista médica e pesquisadora
Inserm U953
Recherche épidémiologique en santé périnatale
et santé des femmes et des enfants
Hôpital Tenon
Paris
França

Dr. Bukola Fawole

Professor acadêmico
Department of Obstetrics and Gynaecology
College of Medicine
University of Ibadan
Ibadã
Nigéria

Dr^a. Atf Ghérissi

Maître Assistante Universitaire en Sciences
de l'Education appliquées à la Santé
Ecole Supérieure des Sciences et Techniques
de la Santé Université Tunis-El Manar Tunísia

Srta. Gill Gyte

Pesquisadora associada
Cochrane Pregnancy and Childbirth Group
University of Liverpool
Liverpool Women's Hospital NHS Trust
Crown Street
Reino Unido

Dr. Justus Hofmeyr

Diretor
Effective Care Research Unit University
of the Witwatersrand/
University of Fort Hare/
Eastern Cape Department of Health
Amalinda Drive
Private Bag X9047
Londres Oriental
Eastern Cape 5201
África do Sul

Dr. Simon Lewin

Pesquisador sênior Global Health Unit
Norwegian Knowledge Centre for the Health
Services & Medical Research Council,
África do Sul
Oslo
Noruega

Professora Syeda Batool Mazhar

Professora de obstetrícia e ginecologia
Mother and Child Health Centre (MCH)
Paquistão
Institute of Medical Sciences
Islamabad
Paquistão

Professora Suneeta Mittal

Professora de obstetrícia e ginecologia Diretora
responsável pelo Centro colaborador da OMS
para a Pesquisa sobre a reprodução humana
em All India Institute of Medical Sciences (AIIMS)
Nova Deli
Índia

Dr. Enrique Oyarzun

Presidente
Department of Obstetrics and Gynaecology
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago
Chile

Dr^a. Zahida Qureshi
Professora acadêmica
Department of Obstetrics and Gynaecology
University of Nairobi
Nairobi
Quênia

Professor Hamid Rushwan
Diretor executivo
International Federation of Gynecology and Obstetrics
FIGO House, Suite 3
Waterloo Court, 10 Theed Street
Londres
SE1 8ST
Reino Unido

Dr. Jeffrey Michael Smith
Diretor, Saúde materna, MCHIP
Washington
EUA

Dr. Tran Son Thach
Epidemiologista perinatal
Australian Research Centre for Health of Women
and Babies
Discipline of Obstetrics and Gynaecology
The University of Adelaide
Women's and Children's Hospital King William Road
Austrália

Dr^a. Dilys Walker
Professora associada
Department of Global Health and Obstetrics
& Gynecology
University of Washington
Ninth & Jefferson Building, Harborview Medical Center
Seattle, WA
EUA

Observadores

Srta. Deborah Armbruster
Consultora sênior de saúde materno-infantil
Center for Population, Health and Nutrition
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento
Internacional
Washington D.C.
EUA

Srta. Jennifer Blum
Gynuity Health Projects
Nova Iorque
EUA

Srta. Claire Glenton
Pesquisadora sênior
Nordic Cochrane Centre, filial norueguesa/
Global Health Unit
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Oslo
Noruega

Dr^a. Sarah Rosenbaum
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
Oslo
Noruega

Srta. Mary Ellen Stanton
Consultora sênior de saúde reprodutiva
Center for Population, Health and Nutrition
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento
Internacional
Washington D.C.
EUA

Srta. Clare Waite
Gestora de projeto
Misoprostol for Post-Partum Haemorrhage
in Baixa Resource Settings
International Federation of Gynecology
and Obstetrics FIGO House Londres
Reino Unido

Dr^a. Beverly Winikoff
Gynuity Health Projects
Nova Iorque
EUA

Escritórios regionais e nacionais da OMS

AFRO

Dr^a. Alicia Carbonell

Responsável nacional profissional
Making Pregnancy Safer and Reproductive Health
Bureau de pays de l'OMS PO Box CP 377
Maputo
Moçambique

SEARO

Dr. Narimah Awin

Responsável médico
Making Pregnancy Safer and Reproductive Health
Department of Family and Research
Organização Mundial da Saúde
Escritório regional para o Sudeste Asiático
World Health House, Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Marg
Nova Deli 110 002
Índia

WPRO

Dr^a. Hiromi Obara

Responsável médica
Maternal and Child Health and Nutrition Building
Healthy Communities and Populations
World Health Organization
Escritório regional para o Pacífico Ocidental
P.O. Box 2932
1000 Manila
Filipinas

Secretariado externo

Dr. Edgardo Abalos

Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
Rosario
Argentina

Dr^a. Virginia Diaz

Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)
Rosario
Argentina

Dr^a. Natasha Hezelgrave

Academic Clinical Fellow, Obstetrics and Gynaecology
Kings College London
Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust
Londres
Reino Unido

Secretariado da OMS

Dr. Michael Mbizvo

Diretor
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

Dr^a. Ana Pilar Betran

Responsável médica
Improving Maternal and Perinatal Health
Research, Evidence and Norms
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

Dr. Metin Gülmezoglu

Especialista principal
Improving Maternal and Perinatal Health
Research, Evidence and Norms
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

Dr. Matthews Mathai

Coordenador
Epidemiology, Monitoring and Evaluation
Departamento de
Saúde materna, neonatal, infantil e adolescente

Dr. João Paulo Souza

Responsável médico
Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

Dr. Joshua Vogel

Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

Dr^a. Mariana Widmer

Responsável técnica
Improving Maternal and Perinatal Health Research,
Evidence and Norms
Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa

B. Grupo de orientação das diretrizes

Dr. A. Metin Gülmezoglu (OMS)

Dr. Matthews Mathai (OMS)

Dr. João Paulo Souza (OMS)

Dr. Edgardo Abalos (CREP)

Dr^a. Virginia Diaz (CREP)

Dr^a. Natasha Hezelgrave (KLC)

C. Resumo das declarações de interesse: Membros do GDD

Nome	Região	País	Declaração de conflito de interesse (indique “sim” ou “não” para cada seção)				Conselho do departamento jurídico (indique “sim” ou “não”)	Restrição da reunião: Indique ver abaixo para obter explicações)
			A	B	C	D		
Professor Hany Abdel-Aleem	EMRO	Egipto	S	N	N	N	N	N
Dr ^a . Catherine Deneux-Tharoux	EURO	França	S	N	N	N	N	N
Dr. Bukola Fawole	AFRO	Nigéria	N	N	N	N	N	N
Dr ^a . Atf Ghérissi	EMRO	Tunísia	N	N	N	N	N	N
Srta. Gill Gyte	EURO	RU	S	N	N	N	N	N
Dr. Justus Hofmeyr	AFRO	África do Sul	S	N	N	N	N	N
Dr. Simon Lewin	EURO	Noruega/ África do Sul	N	N	N	N	N	N
Professora Syeda Batool Mazhar	EMRO	Paquistão	N	N	N	N	N	N
Dr. Enrique Oyarzun	AMRO	Chile	N	N	N	N	N	N
Dr ^a . Zahida Qureshi	AFRO	Quênia	S	N	N	N	N	N
Profesor Hamid Rushwan	EURO	Sudão/RU	N	N	N	N	N	N
Dr. Jeffrey Michael Smith	AMRO	EUA	N	N	N	N	N	N
Dr. Tran Son Thach	WPRO	Vietnã/ Austrália	S	N	N	N	N	N
Dr ^a . Dilys Walker	AMRO	EUA	S	N	N	N	N	N

A: Envolvido em trabalho acadêmico relacionado ao tema da reunião/diretriz

B: Declarou algum interesse financeiro comercial, relacionado ao tema da reunião/diretriz

C: Declarou algum interesse financeiro comercial, não diretamente relacionado ao tema da reunião/diretriz

D: Declarou interesse não comercial ou concessões relacionados ao tema da reunião/diretriz

Anexo 2. Resultados finais críticos para a tomada de decisões

Prevenção da HPP

Resultados finais críticos

Menos mortes maternas
Menos eventos de HPP grave (perda de sangue >1000 ml)
Menor necessidade de transfusões de sangue

Resultados finais importantes

Menos internações na unidade de terapia intensiva
Perda de sangue ≥ 500 ml
Uterotônicos adicionais
Perda de sangue média
Anemia pós-parto
Aleitamento materno
Menor anemia na infância
Qualquer efeito colateral de intervenção
Qualquer efeito colateral exigindo tratamento
Náuseas
Vômitos
Diarreia
Dor de cabeça
Dor abdominal
Pressão arterial alta
Tremores
Temperatura materna ≥ 38 °C
Temperatura materna ≥ 40 °C

Tratamento da HPP

Resultados finais críticos

Perda de sangue adicional ≥ 500 ml
Perda de sangue adicional ≥ 1000 ml
Transfusão de sangue
Uterotônicos adicionais
Intervenções não cirúrgicas invasivas
Intervenções cirúrgicas (incluindo a histerectomia)
Temperatura materna ≥ 40 °C
Complicações relacionadas ao procedimento
Infecções
Morbidade grave
Transferência materna
Redução do tempo desde a tomada de decisões à implementação
Disponibilidade de fármacos e tratamento

Resultados finais importantes

Precisão na avaliação da perda de sangue
Perda de sangue média
Anemia pós-parto
Intervenções não cirúrgicas adicionais (por ex.: compressão externa da aorta e peças de vestuário de compressão)
Embolização da artéria
Náuseas, vômitos ou tremores
Temperatura materna ≥ 38 °C
Iniciação tardia do aleitamento materno
Internação prolongada

Anexo 3: Resumo das considerações relacionadas à força das recomendações (Planilhas de balanço)

Caixa 1. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 1 a 5)

Recomendação	1	2	3	4	5
Intervenção	Uterotônicos para a prevenção da HPP	Ocitocina para a prevenção da HPP	Outros uterotônicos para a prevenção da HPP	Misoprostol por trabalhadores comunitários da saúde para a prevenção da HPP	TCC por profissionais de assistência ao parto qualificados para a prevenção da HPP
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input checked="" type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input checked="" type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 2. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 6 a 10)

Recomendação	6	7	8	9	10
Intervenção	TCC por profissionais de assistência ao parto não qualificados para a prevenção da HPP	Clampeamento tardio do cordão umbilical para a prevenção da HPP	Clampeamento precoce do cordão umbilical para a prevenção da HPP	Massagem uterina sustentada para a prevenção da HPP	Avaliação abdominal pós-parto do tônus uterino
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito Baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito Baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input checked="" type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input checked="" type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input checked="" type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input type="checkbox"/> A favor da intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input type="checkbox"/> A favor da intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input type="checkbox"/> A favor da intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 3. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 11 a 15)

Recomendação	11	12	13	14	15
Intervenção	Ocitocina para a prevenção da HPP em partos via cesárea	TCC para prevenção da HPP em partos via cesárea	Ocitocina para o tratamento da HPP	Outros fármacos uterotônicos para o tratamento da HPP	Cristaloides isotônicos para o tratamento da HPP
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 4. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 16 a 20)

Recomendação	16	17	18	19	20
Intervenção	Ácido tranexâmico para o tratamento da HPP	Massagem uterina para o tratamento da HPP	Tamponamento intrauterino com balão para o tratamento da HPP	Embolização da artéria uterina para o tratamento da HPP	Intervenções cirúrgicas para o tratamento da HPP
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, globalmente <input type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte <input type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendação forte* <input type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 5. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 21 a 25)

Recomendação	21	22	23	24	25
Intervenção	Compressão uterina bimanual para o tratamento da HPP	Compressão externa da aorta para o tratamento da HPP	Vestuário não pneumático antichoque para o tratamento da HPP	Empacotamento uterino para o tratamento da HPP	Uterotônicos e TCC para a placenta retida
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input checked="" type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 6. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 26 a 30)

Recomendação	26	27	28	29	30
Intervenção	Ergometrina para a placenta retida	Prostaglandina E2 alfa para a placenta retida	Antibióticos com remoção manual da placenta retida	Protocolos formais para o tratamento da HPP	Protocolos formais para encaminhamento de pacientes
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input checked="" type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input checked="" type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input type="checkbox"/> A favor da intervenção <input checked="" type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 7. Resumo de considerações relacionadas à força das recomendações (Recomendações 31 a 32)

Recomendação	31	32
Intervenção	Simulações de tratamento da HPP	Monitoramento do uso de uterotônicos
Qualidade da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baixa <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências	<input checked="" type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input type="checkbox"/> Variabilidade significativa	<input type="checkbox"/> Sem variabilidade significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidade significativa
Magnitude absoluta do efeito	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efeito amplo (RR>2 ou RR<0,5) <input checked="" type="checkbox"/> Efeito pequeno (0,5<RR<2)
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens são equilibrados <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos	<input type="checkbox"/> Menor uso intensivo de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Maior uso intensivo de recursos
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sim, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sim, condicionalmente
Direção da recomendação	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção	<input checked="" type="checkbox"/> A favor da intervenção <input type="checkbox"/> Contra a intervenção
Classificação geral	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca	<input type="checkbox"/> Recomendação forte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendação fraca

Caixa 8. Modelo de um resumo de considerações relacionadas à força das recomendações com explicações para o preenchimento do modelo

Recomendação	Qual recomendação?
Intervenção	Qual é a intervenção?
Qualidade da evidência	<p>Quanto mais alta for a qualidade da evidência, mais forte será a recomendação.</p> <p>Se a qualidade da evidência for “baixa” ou “muito baixa”, considere mais cuidadosamente os outros critérios abaixo na determinação da força da recomendação.</p>
Valores e preferências	<p>Isso se refere aos valores colocados por trabalhadores da saúde, formuladores de políticas, pacientes e outras partes interessadas nos resultados finais pretendidos das intervenções.</p> <p>Se houver uma grande variabilidade entre os valores e as preferências de várias partes interessadas, a intervenção terá menos probabilidade de ter uma recomendação forte.</p>
Magnitude absoluta do efeito	<p>Isso se refere ao potencial da intervenção para ter efeitos amplos. Os efeitos podem ser aprimorados ao serem combinados com outras intervenções. Considere qual das potenciais associações (ou “grupos”) podem aprimorar os efeitos.</p> <p>Quanto mais amplos forem os efeitos potenciais e mais longo o período de tempo dos efeitos potenciais, mais probabilidades terá a intervenção de obter uma recomendação forte.</p>
Equilíbrio de benefícios versus desvantagens	<p>Os benefícios se referem aos efeitos positivos pretendidos de uma intervenção.</p> <p>As desvantagens se referem aos efeitos potencialmente negativos de uma intervenção bem como aos seus efeitos não pretendidos.</p> <p>Quanto menos efeitos potencialmente negativos houver, mais probabilidade terá a intervenção de receber uma recomendação forte.</p>
Uso de recursos	<p>Os recursos necessários para a implementação de uma recomendação podem incluir recursos financeiros, recursos humanos e infraestrutura ou equipamento. Idealmente, o custo dos benefícios de uma intervenção deve ser razoável, acessível e sustentável. É importante recordar que os custos capitais, como aqueles que são exigidos para o desenvolvimento de infraestruturas, podem ser inicialmente elevados, mas também podem trazer benefícios de longo prazo.</p> <p>Geralmente, as intervenções que implicam custos incrementais ou recorrentes mais elevados têm menos probabilidade de serem fortemente recomendadas.</p>
Viabilidade	<p>O compromisso político e o amplo envolvimento das partes interessadas são pré-requisitos para as intervenções. A viabilidade “técnica” das intervenções também depende das estruturas organizacionais e institucionais suficientemente funcionais para gerir, seguir e monitorar a implementação da recomendação. Os elementos da viabilidade técnica variam consideravelmente de país para país e de contexto para contexto; onde esses elementos tiverem a possibilidade de serem funcionais em uma ampla variedade de situações, será mais provável que as intervenções venham a receber recomendações fortes.</p>
Direção da recomendação	
Classificação geral	Força da recomendação.

Para obter mais informações entre em contato com:

Departamento de saúde reprodutiva e pesquisa
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

Saúde materna, neonatal, infantil e adolescente
E-mail: mncah@who.int
www.who.int/maternal_child_adolescent

Organização Mundial da Saúde
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Suíça

ISBN 978 92 4 854850 5

