

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**LÍVIA LEMOS DESBESEL**

**Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto em um hospital  
universitário**

**Porto Alegre**

**2013**

**LÍVIA LEMOS DESBESEL**

**Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto em um hospital  
universitário**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helga Geremias Gouveia

**Porto Alegre**

**2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, por terem primado pelo meu estudo e pela minha educação. Assim como, por terem indicado os caminhos possíveis de seguir, me deixando livre para fazer minhas próprias escolhas, a fim de que eu aprendesse a seguir o melhor deles. Mais uma vez, obrigada mãe pelo apoio incondicional. Agradeço a mim, por ter persistido e ter sido responsável e dedicada o suficiente para atingir todos os objetivos planejados. E a minha irmã Luíza por sempre torcer por mim e por ser o melhor presente que a vida me deu.

Agradeço aos meus mestres, não somente aos excelentes mestres que tive na Escola de Enfermagem, como também aos grandiosos mestres que tive o prazer de ter em toda minha caminhada: Simone Pasin, Isete Maria Stella, Lisiane Acosta, Fernanda Cordova e Emerson Silveira de Brito. Certamente vocês contribuíram fortemente, através do modo como fazem Enfermagem, para o desenvolvimento da minha forma de ser Enfermeira.

Agradeço a todos os lugares que me acolheram como estagiária. Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – o Laboratório de Informática do Ensino Superior da Faculdade de Educação, a Pró-reitoria de Gestão de Pessoas e a Administração do Prédio da Escola de Enfermagem. No Hospital de Clínicas – Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Unidade de Banco de Sangue, Unidade de Internação Neonatal, e Unidade de Internação Obstétrica. Na Coordenadoria Geral de Vigilância Sanitária – Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis. E na Unidade de Saúde da Família Orfanotrófio. O conhecimento adquirido em cada lugar foi único, e essencial.

Agradeço a professora Helga Geremias Gouveia, pela paciência e por me ensinar que devemos ter calma sempre, e nunca nos desesperar. Apesar de eu não ter sido tão boa aluna nestes quesitos, certamente levarei isto para a minha vida, e seguirei trabalhando este aspecto. Agradeço também por toda ajuda.

Por fim, porém não menos relevante, agradeço à professora Anne Marie Weissheimer, por todos os momentos nestes dois semestres finais, e também por, juntamente com a enfermeira Fernanda Cordova, terem acreditado no meu trabalho e aceitado fazer parte da minha banca avaliadora.

A todos, o meu muito obrigada.

A felicidade às vezes é uma benção,  
mas geralmente, é uma conquista.

**Paulo Coelho**

## RESUMO

No Brasil, a assistência obstétrica realizada durante o trabalho de parto, obteve extensa evolução através dos anos. Atualmente, um novo modelo de atenção vem sendo instituído, com o objetivo de humanizar o atendimento. E visa que as intervenções obstétricas sejam baseadas em evidências. Este estudo teve como objetivo conhecer a assistência obstétrica realizada durante o trabalho de parto. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com 361 puérperas, no período de fevereiro a abril de 2013. Foram incluídas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico e excluídos casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, no prontuário físico e eletrônico materno e do neonato, da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade, e da carteira pré-natal. Foi realizada análise descritiva e analítica, utilizando-se teste de  $\chi^2$ , teste de *Mann-Whitney* e Regressão de Poisson Simples. Foram cumpridos os termos da resolução 466/12. Os resultados apontam que a intervenção obstétrica mais prevalente foi a amniotomia (85,1%), seguida de ocitocina (61,1%) e cardiotocografia (57,8%). Não foram identificadas associações entre as variáveis estudadas e a amniotomia. Ocitocina esteve associada a patologias na gestação, dilatação  $\geq 3$ cm, dinâmica uterina presente e colo grosso, já o misoprostol com colo grosso, dinâmica uterina ausente e dilatação  $< 3$  cm. Analgesia foi mais associada à primíparas, dilatação entre 1-3 cm e colo grosso, e cardiotocografia à número de gestações, paridade, dilatação, dinâmica, características do líquido amniótico (LA) e batimentos cardíacos fetais (BCFs). Os fatores associados à amniotomia foram: primigesta (RP=1,118), nulípara (RP=1,243), dilatação entre 1-3 cm (RP=1,120), dinâmica ausente (RP=1,137) e BCFs  $< 120$ bpm e  $> 160$ bpm (RP=1,162). Já, os associados à ocitocina foram: primigesta (RP=1,408), patologia na gestação (RP=1,535), colo impérvio (RP=1,587), dilatação entre 1-3 cm (RP=1,533), dinâmica ausente (RP=1,474), colo médio (RP=0,774), colo fino (RP=0,456) e bolsa rota (RP=1,334). Misoprostol teve como fatores associados: primigesta (RP=3,543), colo impérvio (RP=112), dilatação entre 1-3 cm (RP=52), dinâmica ausente (RP=12,802), colo médio (RP=0,088), bolsa íntegra (RP=0,244), BCFs  $> 160$ bpm (RP=3,512). Os fatores relacionados à aplicação de analgesia foram: primípara (RP=2,714), dilatação entre 1-3 cm (RP=2,121) e colo fino (RP=0,78). Por fim, a utilização de cardiotocografia obteve: primigesta (RP=1,249), nulípara (RP=1,567), colo impérvio (RP=1,863), dilatação entre 1-3 cm (RP=1,583), dinâmica ausente (RP=1,372), LA meconial (RP=1,663), colo médio (RP=0,733), fino (RP=0,417) e BCFs  $> 160$ bpm (RP=1,735), como fatores associados. A prevalência de cesárea foi significativamente maior, quando realizada analgesia (RP=2,25) ou cardiotocografia (RP=1,742). É imprescindível, para que exista humanização no parto, uma visão menos intervencionista, e o resgate da autonomia da mulher.

**Descritores:** Assistência ao parto. Trabalho de parto. Obstetria.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
2.1 Objetivo geral .....	8
2.2 Objetivos específicos .....	8
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
3.1 Contexto histórico da assistência obstétrica.....	9
3.2 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.....	11
3.3 Assistência ao trabalho de parto .....	13
3.4 Intervenções obstétricas no trabalho de parto .....	16
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Contexto do estudo.....	19
4.3 População e amostra .....	19
4.4 Seleção de sujeitos .....	19
4.5 Coleta de dados .....	20
4.6 Variáveis do estudo .....	20
4.7 Análise dos dados .....	21
4.8 Aspectos éticos.....	21
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>23</b>
5.1 Prevalência das intervenções .....	23
5.2 Associação entre intervenções obstétricas e dados de admissão .....	25
5.3 Fatores associados às intervenções obstétricas .....	32
5.4 Relação entre as intervenções e o tipo de parto .....	39
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO A – Classificação desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal, OMS, 1996.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre .....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No atual cenário da obstetrícia, estão envolvidos muitos procedimentos realizados, na maioria das vezes, sem uma concreta indicação, como por exemplo, as cesarianas. A frequência é muito maior do que o máximo preconizado, colocando a mulher fora do papel de protagonista do trabalho de parto. Diante deste contexto, é chegado o momento de refletir sobre essas intervenções e suas consequências, a fim de que possamos voltar a encarar o trabalho de parto como algo natural do ser humano.

Historicamente, a partir do ano de 1960, intensificaram-se os processos de medicalização e hospitalização do parto (BRASIL, 2012). Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2010, o Brasil atingiu a taxa de 52% de cesarianas (BRASIL, 2013), muito além da taxa estabelecida pela Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000, que pactuou que o percentual máximo de cesarianas por Estado não ultrapassaria os 35% (BRASIL, 2000a).

Através do objetivo de ter uma diminuição das taxas de cesarianas, e também de promover uma assistência obstétrica mais humanizada, o Ministério da Saúde criou diversas portarias regulamentadoras, sendo a mais ampla, o conjunto de portarias que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a, 2000b). Porém, mesmo com todos os regulamentos e normas vigentes, as intervenções durante o trabalho de parto continuam ocorrendo sem indicação, resultando em consequências muitas vezes irreversíveis. É fundamental ressaltar que “por humanização da assistência ao parto, entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde [...]” (BRASIL, 2001, p. 38).

O uso indiscriminado de técnicas como amniotomia precoce, episiotomia, administração de soro com ocitocina, entre outros, pode afetar a evolução do parto, e trazer consequências negativas para a parturiente e/ou para o recém-nascido. Uma intervenção realizada de modo incorreto, sem a necessidade clara, acaba por intervir fortemente na escolha do tipo de parto. Portanto, a indicação correta dessas intervenções, requer que os profissionais conheçam suas reais aplicações. Além disso, a realização de práticas baseadas em estudos e evidências colabora

significativamente na tomada de decisões, sendo essas mais conscientes e criteriosas, melhorando assim os cuidados para cada paciente (BRASIL, 2001).

Para que isto ocorra, torna-se necessário o conhecimento das intervenções que vêm sendo realizadas, e a proporção em que elas ocorrem. Neste aspecto, há uma deficiência de dados publicados, pois apesar de existirem informações sobre o número de partos que são realizados, o seu tipo e seus desfechos, não se têm acesso a dados sobre a sua assistência, como por exemplo, quais procedimentos e intervenções foram realizados, nem a justificativa para suas realizações.

Levando-se em conta o acima descrito, considera-se relevante conhecer as intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto.

Este estudo é um subprojeto da pesquisa denominada: “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”, que tem por objetivo geral analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Conhecer as intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto de mulheres atendidas em um Hospital Universitário no sul do país.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Estimar a prevalência das intervenções obstétricas no trabalho de parto.
- Verificar se há associação entre as intervenções obstétricas e os dados de admissão e história obstétrica.
- Identificar os fatores associados às intervenções obstétricas praticadas no trabalho de parto.
- Relacionar as intervenções obstétricas com o tipo de parto.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Contexto histórico da assistência obstétrica

O parto é algo inerente à humanidade, no entanto, a assistência a ele prestada historicamente, já esteve ligada a diversos lugares, pessoas e profissões. “Até o final do século XIX, os partos eram realizados em sua maioria no domicílio da parturiente” (MOTT, 2002, p. 198), o ato de partejar era exercido tradicionalmente por mulheres, e em sua maioria parteiras tradicionais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). A cesariana era apenas realizada quando não havia mais meios de salvar a vida da mãe, devido ao seu risco. Para isso foram criados diversos instrumentos cirúrgicos para retirar o feto, mesmo que em pedaços, do ventre materno (MOTT, 2002).

“Dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos, sobretudo por pessoas tidas como desclassificadas socialmente” (MOTT, 2002, p. 198). O que contribuía para que o parto fosse domiciliar era a concepção do fenômeno de dar a luz como um evento fisiológico (WOLFF; MOURA, 2004).

Por volta da década de 1820, o início da emigração de parteiras estrangeiras para o Brasil, resultou na profissionalização do parto, que passou a ter maior nível teórico. O conceito de riqueza e poder de um país começou a ser considerado intimamente relacionado com o número de habitantes, e com isso a saúde da mulher passou a interessar a todos (MOTT, 2002). Apesar dos cursos de medicina já ensinarem, desde o início da sua formação, conhecimentos relacionados à obstetrícia na disciplina de cirurgia (VIEIRA, 2002), a institucionalização da assistência ao parto e a predominância de partos hospitalares ocorreu apenas anos depois (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O parto que por muitos anos fora considerado um evento privado, íntimo e feminino, passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizado, com presença e interferência de outros autores sociais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; WOLFF; MOURA, 2004). “O uso do fórceps permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655). Passou a ser então, encarado

como um evento médico e perigoso, e as intervenções passaram a ser cada vez mais estimuladas (MOTT, 2002).

Mesmo com tantas indicações médicas, as mulheres ainda não procuravam voluntariamente as maternidades, que na época tinham sua finalidade voltada para a prática do ensino médico (MOTT, 2002), “preferiam a companhia das parteiras, por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655). As maternidades eram, em sua maioria, frequentadas por mães pobres, sendo os partos complicados realizados por médicos e partos normais por parteiras (MOTT, 2002).

Por volta da década de 1940, houve o aumento da frequência de partos hospitalares e com isso o maior domínio das técnicas, e maiores possibilidades de diagnóstico de risco (MOTT, 2002), “resultando em uma prática médica que passou a fazer uso intensivo da tecnologia, traduzido pelo uso saturado de monitorização do parto e aumento progressivo de cesáreas” (SILVA, 2006, p. 157). O parto domiciliar começou a ser considerado pela classe médica o mais trabalhoso, e com isso, exigências foram criadas, como por exemplo, a necessidade de haver na casa quarto amplo, com água encanada ou banheiro próximo para lavagem das mãos, além disso, a família deveria providenciar algodão esterilizado, gazes, soro fisiológico e glicosado, entre outros materiais (MOTT, 2002).

Pela frequente impossibilidade de se manter as condições exigidas, as recomendações de evitar o parto no domicílio e de se fazer a internação sistemática das parturientes, foram difundidas (MOTT, 2002).

O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva e de uma vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiências no âmbito hospitalar, em momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina (WOLFF; MOURA, 2004, p. 281).

Com o aumento do número de profissionais médicos, realizando partos, e com o progressivo número de internações, a febre puerperal atingiu o seu auge e conseqüentemente a população adquiriu horror à hospitalização (MOTT, 2002). A solução veio com a maior medicalização do parto, e a introdução de rotinas cirúrgicas, como a episiotomia e o uso de fórceps profilático (WOLFF; MOURA, 2004). “As mulheres perderam seu papel de protagonistas e foram relegadas ao papel de coadjuvantes. Paulatinamente elas foram perdendo a possibilidade de

existir no processo e levadas a viver o que denominamos de cultura do silêncio” (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005, p.587).

O cenário de nascimento transformou-se rapidamente: simbolicamente a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação – separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 656).

As consequências da melhoria das condições do parto foram a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). O ato cirúrgico começou a ser visto de outra forma e ter uma maior valorização. Nos anos de 1970, assistiu-se no Brasil a remuneração maior para o médico quando o nascimento terminava por cesariana, o que era justificado pela maior complexidade do ato, considerado salvador de vidas (ROCHA; NOVAES, 2010).

Em 1984 a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi uma das grandes conquistas da atenção ao parto, com um enfoque epidemiológico e de risco, instituiu ações básicas para a redução da morbimortalidade materna e infantil (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

O avanço da assistência ao parto tem por intermédios também, diversos movimentos como a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e organizações não governamentais, como as “Amigas do Parto” e a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), além de manuais e recomendações, como o criado pela Organização das Nações Unidas (ONU), denominado “*Assistência ao Parto Normal: um guia prático*”, o qual foi criado com o objetivo de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, as “boas práticas” na assistência ao parto normal, no sentido de torna-lo mais fisiológico possível (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

### **3.2 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**

O Ministério da Saúde instituiu no ano de 2000, a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de reduzir as

altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações na área de atenção a gestante (BRASIL, 2000b).

Em resumo, o PHPN, pretende “reorganizar a assistência, através da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério” (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005, p. 589).

Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), humanização significa o ato de humanizar, suavizar, inspirar a humanidade. Com o objetivo de tornar mais humana a atenção à saúde da mulher, as principais características do PHPN estão voltadas a promoção dos direitos da mulher, a integralidade da assistência, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a garantia de qualidade da assistência (BRASIL, 2000b).

A atenção humanizada requer o conhecimento, e a execução de práticas e atividades, que visam à promoção do parto e do nascimento, de forma segura e saudável, com a finalidade de prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Esta deve ter início no pré-natal e perdurar até o puerpério, garantindo a realização de procedimentos comprovadamente benéficos e a preservação da privacidade, com a autonomia da mulher (BRASIL, 2001).

Durante a assistência humanizada “procura-se considerar a mulher como sujeito do parto, sendo a sua participação fundamental para o sucesso do processo” (WOLFF; MOURA, 2004, p. 282). Ao decorrer de toda a assistência, existem pontos essenciais a serem trabalhados com a mulher, sua família e os profissionais de saúde, tais como, a sensibilidade, a informação, a comunicação, a decisão e a responsabilidade. Estes aspectos devem ser compartilhados e valorizados constantemente (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005), a fim de que, cada mulher seja valorizada na sua individualidade, sendo a busca pela assistência humanizada plenamente alcançada (WOLFF; MOURA, 2004).

Porém, a “humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, do envolvimento e aderência dos gerentes a proposta, e da capacitação e sensibilidade dos profissionais” (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 704). Esse fato acaba por dificultar a disseminação da política de humanização. Um exemplo disso é a utilização de recursos alternativos para a condução do trabalho de parto, como, técnicas não farmacológicas para alívio da dor, e a adoção de

posições não supinas durante o trabalho de parto. Estas foram encaradas inicialmente pelos médicos, como pouco científicas e inapropriadas (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Diante de tantas barreiras encontradas pelo PHPN, é visível que a diretriz da humanização do parto, não vem sendo cumprida (BRASIL, 2008). Podemos identificar algumas fragilidades, como a “falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre da gravidez, e a escassa realização da consulta de puerpério” (BRASIL, 2008, p. 387).

“A assistência segura, de qualidade e humanizada, na perspectiva dos direitos da cidadania das mulheres, seus recém-nascidos e sua família, ainda está longe de ser uma realidade” (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005, p. 598), apesar de constituir uma “importante estratégia na busca da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres” (SILVA, 2006, p. 163). Assim como Dias e Domingues (2005), acreditamos nesta nova abordagem, que valoriza a vontade da mulher estimula e apoia a sua participação no processo, preconiza o suporte físico e emocional por parte dos profissionais, permite o uso de novas técnicas de cuidado objetivando o alívio da dor, e permite que o tratamento humano, rico em sentimentos, esteja presente.

### **3.3 Assistência ao trabalho de parto**

A assistência ao trabalho de parto pode ser caracterizada dentro de dois modelos principais de atenção em saúde - o modelo biomédico e o modelo holístico (LIMA, 1998 apud WOLFF; MOURA, 2004). O primeiro deles vê o nascimento como um processo patológico, utilizando de artefatos e intervenções para controlá-lo. Seu centro de atuação é o hospital e têm ênfase no uso invasivo de tecnologia sofisticada (LIMA, 1998 apud WOLFF; MOURA, 2004). Frequentemente, o cuidado obstétrico desenvolvido neste modelo almeja ser objetivo e desvinculado de emoções (ANGELO-TUESTA et al., 2003). Esse uso intensivo de tecnologias para atender o parto, com consequentes intervenções, pode estar atrelado à necessidade dos médicos de oferecer segurança a este processo, uma vez que acreditam que o corpo da mulher não possa oferecer tal garantia (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Já o modelo holístico, tem uma visão mais natural do processo, acreditando que o mesmo envolva fenômenos psíquicos, econômicos, sociais e culturais, e não pode ser tratado apenas como um evento médico. Têm na comunidade, na família e no domicílio o seu centro de atenção, e faz uso de tecnologias simples e eficazes (LIMA, 1998 apud WOLFF; MOURA, 2004).

Atualmente, o parto tem sido visto como uma doença que necessita cada vez mais da intervenção de profissionais especializados, e de procedimentos que envolvem alta tecnologia, com maiores índices de intervenção cirúrgica (SILVA, 2006). Há muito tempo a assistência está concentrada neste modelo biomédico, hospitalocêntrico e com práticas curativas. Deste modo, o saber científico se afastou do saber popular (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A mulher é arbitrariamente internada para o parto, ficando submetida às condutas e protocolos das rotinas institucionais (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007). Durante a assistência ao trabalho de parto, são realizadas diversas intervenções, como por exemplo: “manobras para preparar o colo uterino para indução, como administração de prostaglandinas ou infusão de ocitocina, acompanhadas de amniotomia e monitorização eletrônica fetal contínua ou intermitente” (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007, p. 301).

O número de tecnologias utilizadas durante o trabalho de parto é extenso. Na atualidade, assistimos o ápice do crescimento da ultrassonografia e cardiotocografia, maior oferta de analgesia do parto, dentre outras. Porém, não observamos mudanças na posição adotada pela mulher, no parto, nem a redução nas taxas de episiotomia, tampouco a presença de acompanhantes escolhidas pela parturiente, já que nada disso é do interesse dos atuais protagonistas do parto, os profissionais (ROCHA; NOVAES, 2010).

Existem evidências científicas suficientes para que modificações no modelo tradicional de assistência ao parto sejam realizadas (DIAS; DOMINGUES, 2005). Devido a isto, “este modelo encontra-se em crise, caracterizada pela transação do modelo centrado no uso rotineiro da tecnologia para controlar o trabalho de parto, para um modelo em que a fisiologia, como pressuposto, é o principal desafio para cuidar do nascimento” (SCHNECK; RIESCO, 2006, p. 2).

As transformações são lentas, enfrentam a resistência do modelo médico historicamente instituído, baseado em rotinas intervencionistas (SCHNECK; RIESCO, 2006), que quando não realizadas, aparentam uma ingratidão ao avanço

científico (ROCHA; NOVAES, 2010). Além do que, modificar o modelo, implica em perda do controle médico no processo da parturição, e em modificações das referências do papel deste profissional, no contexto da assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Assim como, Dias e Domingues (2005, p. 702), acreditamos que a humanização do nascimento pode ocorrer a partir de:

Uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto da parturiente, que preconize o suporte físico e emocional e o uso de novas técnicas de cuidado que permitam o alívio da dor, como o estímulo a deambulação e a mudança de posição, uso de água para relaxamento e massagens.

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a) reconheceu oficialmente a assistência ao parto, por enfermeiro obstetra, nos hospitais conveniados ao SUS e normatizou a remuneração desses profissionais. Estudos internacionais demonstram que a atuação de enfermeiras obstétricas resulta principalmente em menor utilização de intervenções relacionadas ao parto (OAHLEY et al., 1995; VAN WIJK et al., 1996).

Essa inserção de enfermeiras na assistência ao parto de baixo risco, “tem mostrado que é medida capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer um cuidado mais integral, dando o necessário suporte emocional à mulher e sua família” (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 703). Principalmente pelo fato de que a formação da enfermeira dá “maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo” (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 457), fazendo, portanto, com que o modelo holístico seja implantado em maiores proporções, e o atendimento seja fundamentado na compreensão do fenômeno de reprodução como algo saudável e natural, colocando a mulher novamente como protagonista do processo (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Segundo, Dias e Domingues (2005, p. 701) “a simples substituição do médico pela enfermeira obstetra, não resulta necessariamente na humanização da assistência”. Mas acreditamos que, “se a atuação desse profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado, estão dadas as condições para a modificação do modelo de assistência” (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 701). Para que a inserção efetiva do enfermeiro obstetra na assistência ao parto aconteça, faz-se necessário uma mudança de conceitos e a criação de estratégias para esta transformação.



Existe claramente uma disputa inevitável pelo mercado da assistência obstétrica (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Acima de tudo é necessário uma mudança na cultura hospitalar, através de uma reorganização da assistência, e modificações na estrutura física, voltando-as para as necessidades das mulheres e de suas famílias, a fim de que propicie um ambiente acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

### **3.4 Intervenções obstétricas no trabalho de parto**

Intervenções obstétricas são práticas realizadas durante a assistência ao parto, que certamente são elementos chaves para a obtenção de bons resultados maternos e neonatais (CECATTI; CALDERÓN, 2005). Entretanto, no Brasil, “o uso de intervenções na assistência ao parto, permanece alto e, em grande parte, acontece de maneira inadequada” (BRASIL, 2009, p. 3).

Assim como, indica Schneck e Riesco (2006, p. 3) “o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos, em que uma intervenção condiciona a outra de maneira sucessiva”. O que acaba gerando uma medicalização da assistência, podendo ser traduzido pelo “processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (MILES, 1991 apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655).

Diante de todas as intervenções e modificações no processo de nascer, nos perguntamos como a mulher, protagonista desse processo, deixou tal interferência ocorrer. E assim como descreve Faundes e Cecatti (1991), entendemos que fatores associados à mulher, como o medo da dor, a busca pela integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é o mais arriscado para o feto, aliado a conveniência e a segurança que o profissional acaba oferecendo as mulheres, as fazem aceitar e muitas vezes até desejar este papel de coadjuvante.

Porém, não existe intervenção médica sem risco, e quanto mais elas ocorrem, mais expomos as mulheres e os bebês, de forma desnecessária, a complicações (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002). Para que isso não ocorra de forma tão imprudente, fica claro que as intervenções obstétricas devem ser executadas criteriosamente, com base em evidências científicas (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Com a finalidade de “disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde”, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 5) publicou o manual denominado “*Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*”, o qual faz referência à classificação desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal, que a OMS convocou no ano de 1996 (ANEXO A). Nessa classificação, as práticas no parto normal são divididas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; práticas que não têm evidências para apoiar suas recomendações, devendo ser utilizadas com cautela; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

Cada mulher é diferente e reage de maneira diferente durante o trabalho de parto, portanto, assim como as evidências científicas demonstraram, são úteis as práticas obstétricas que envolvem o planejamento individual de cada parto (BRASIL, 2001). Além disto, é importante respeitar as escolhas e a privacidade da mulher neste momento, fornecendo apoio emocional e, principalmente, deixando-a informada de todo e qualquer procedimento que for realizado. Assim como essas, outras evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto foram listadas, como sendo classificadas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (BRASIL, 2001). Algumas delas, como por exemplo: a estimulação da Manobra de Valsalva e a manutenção de posições supinas durante o trabalho de parto, são práticas que vêm em confronto ao que durante muitos anos foi realizado (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Existem práticas que têm eficácia apenas quando utilizadas diante de condições específicas, como por exemplo, a amniotomia, técnica utilizada para estimular o trabalho de parto, quando a condição da cérvix é favorável. Estas intervenções devem ser indicadas criteriosamente, pois ao contrário, a amniotomia pode retardar o trabalho de parto, restringir a parturiente ao leito e expor ela e o feto a infecções (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

Apesar das recomendações quanto ao uso seguro dessas práticas, estudiosos constatam que, maternidades públicas e privadas, seguem realizando uso de enemas, hidratação venosa de rotina, uso rotineiro de ocitocina, restrição ao leito durante o trabalho de parto, sendo essas precursoras de consequências indesejadas, como por exemplo, a anóxia perinatal (D’ORSI et al., 2005).

Devemos, então, concordar com Cecatti e Calderón (2005, p. 358) que:

As evidências científicas disponíveis sobre intervenções que possam ser classificadas como benéficas, durante a atenção ao parto, deveriam ser mais bem conhecidas e adotadas universalmente nos manuais e guias de conduta obstétrica, para diferentes realidades e populações.

Segundo a classificação, citada anteriormente, realizada pelo grupo de trabalho sobre Parto Normal (OMS), as práticas de: amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto, correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina, controle da dor por analgesia epidural e monitoramento eletrônico fetal, são práticas classificadas como frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

### 4.2 Contexto do estudo

A pesquisa da qual este estudo faz parte foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no décimo primeiro andar, ala sul. O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### 4.3 População e amostra

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado o número total de partos no HCPA no ano de 2011, ou seja, 3714 partos, sendo que destes, 1392 (37,4%) foram cesarianas<sup>1</sup>. Considerando a referida taxa de cesarianas, com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias no mínimo 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra<sup>2</sup>, porém foram entrevistadas ao total 361 puérperas. O *Software* utilizado foi o *Win Pepi*.

### 4.4 Seleção de sujeitos

Critérios de inclusão: Foram incluídas na amostra mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico da referida instituição, sejam partos via vaginal ou cesáreas, eletivas ou de urgência.

---

<sup>1</sup> Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

<sup>2</sup> Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

Critérios de exclusão: Foram excluídos os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

#### 4.5 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, além da carteira pré-natal. As entrevistas foram realizadas diariamente, na Unidade de Internação Obstétrica, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplarem os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada alta hospitalar de ambos.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto de pesquisa “Fatores associados a realização de cesariana em um hospital universitário”. Foram utilizados os dados referentes a história obstétrica, a admissão, as intervenções obstétricas e o tipo de parto atual.

#### 4.6 Variáveis do estudo

**História obstétrica:** Nesta variável constará o número de gestações (número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual), a paridade (número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto), a idade gestacional, calculada através do método Capurro Somático, (exame clínico-neurológico realizado logo após o nascimento do concepto, que avalia características específicas do recém-nascido) (SOUZA, 2011) e as intercorrências obstétricas e/ou clínicas na gravidez atual.

**Dados da admissão:** informações do exame obstétrico realizado na admissão no Centro Obstétrico. Serão considerados: dilatação, característica do colo, condição da bolsa das águas, característica do líquido amniótico, dinâmica uterina e batimento cardíaco fetal.

**Tipo de parto:** Será considerado o parto vaginal (o concepto nasce por via vaginal, podendo ser instrumentalizado ou não) e a cesariana (procedimento cirúrgico para extração do concepto).

**Intervenções obstétricas:** procedimentos realizados durante o trabalho de parto. Serão considerados: amniotomia, uso de ocitocina, misoprostol, analgesia (peridural e/ou raquianestesia), cardiotocografia.

#### **4.7 Análise dos dados**

Foi realizada a análise descritiva das variáveis pesquisadas. As variáveis qualitativas serão representadas pela frequência absoluta e relativa (%). O teste de qui-quadrado foi realizado para verificar associação entre as variáveis. Para verificar como as variáveis se associam com as intervenções obstétricas (variáveis desfechos) foi realizada a Regressão de Poisson Simples com variâncias robustas. Estabeleceu-se o nível de 5% de significância estatística. As análises foram realizadas no software SPSS, versão 18. Os dados serão apresentados por meio de figuras, quadros e tabelas.

#### **4.8 Aspectos éticos**

O projeto “Fatores associados à realização de cesariana em um Hospital Universitário” foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO B).

Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, tal projeto foi submetido, para avaliação metodológica e ética, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, conforme resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), sendo aprovado (ANEXO C).

Todas as mulheres que aceitaram o convite de participar na pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e de que o seu nome não será divulgado, além da possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados abaixo, conforme as categorias: prevalência das intervenções, associação entre intervenções obstétricas, dados de admissão e história obstétrica, fatores associados às intervenções obstétricas e a relação entre as intervenções e o tipo de parto.

### 5.1 Prevalência das intervenções

Entre as entrevistadas, constatou-se que as intervenções obstétricas abaixo descritas não se aplicavam para parte delas. Isto se deve ao fato de apresentarem condições que às tornam não elegíveis para a prática das intervenções obstétricas estudadas, tais como: bolsa rota no momento da internação e cesariana eletiva.

A Tabela 1 apresenta os resultados referentes à prevalência das intervenções obstétricas, durante o trabalho de parto.

**Tabela 1:** Prevalência das intervenções obstétricas no trabalho de parto

Variável	Total	(n)	(%)
Amniotomia	181	154	85,1
Ocitocina	306	187	61,1
Misoprostol	306	23	7,5
Analgesia	306	58	19,0
Cardiotocografia	306	177	57,8

Fonte: Lívia Lemos Desbesel

Os dados da Tabela 1 divergem dos encontrados em pesquisas semelhantes, realizadas em outras localidades (CHALMERS et al., 2009; LOBO et al., 2010; PETERSEN et al., 2011; ROCHA; FONSECA, 2010; SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009; SCHNECK; RIESCO, 2006).

Chalmers et al (2009), obteve resultados distintos em pesquisa realizada com 8244 mulheres, de 13 províncias diferentes, no Canadá, a qual verificou que para 44,8% das participantes houve tentativa de induzir o parto, e para 37,3% de acelerá-lo. Dentre as entrevistadas, 90,8% delas informaram que realizaram monitorização eletrônica fetal durante algum momento do trabalho de parto e 57,3% receberam anestesia epidural (CHALMERS et al., 2009).



Outra investigação, realizada em 47 maternidades da região da Baixa Saxônia, na Alemanha, no qual 1169 nascimentos foram analisados, constatou-se que 29,8% das mulheres não sofreram nenhuma intervenção durante o trabalho de parto. Já a ruptura artificial das membranas ocorreu em 39,1% dos casos, enquanto a administração de soro com ocitocina aconteceu em 43%. Verificou-se a analgesia farmacológica em 61,3% dos casos, e analgesia epidural em 22% deles (PETERSEN et al., 2011).

Um estudo transversal sobre a utilização de intervenções e procedimentos obstétricos, realizado no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo, constatou que dentre 830 mulheres pesquisadas, 75,1% foram submetidas à rotura artificial de membranas, e 44,5% à infusão de ocitocina. Porém, apenas 12,3% das parturientes tiveram monitorização eletrônica fetal. Esta pesquisa foi realizada com mulheres que tiveram parto normal, assistidas por enfermeira obstétrica (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Com relação às intervenções obstétricas, observou-se em análise realizada com 938 partos, assistidos por enfermeiros obstetras, em maternidade pública, do município do Rio de Janeiro, que a mais utilizada foi à administração de soro com ocitocina, 55,5% dos casos. Neste mesmo estudo, constatou-se que a amniotomia foi realizada em 5,82% dos casos, e em 35,0% dos casos não houve qualquer tipo de intervenção durante o trabalho de parto (ROCHA; FONSECA, 2010).

Contudo, no estudo transversal realizado em hospital universitário de Florianópolis, onde 7249 partos foram analisados, a prevalência da indução do parto, aconteceu em 23,6% dos casos. No entanto, a utilização da ocitocina ocorreu para 46,9% das parturientes (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Por fim, na análise realizada no Centro de Parto Normal Casa Maria, em São Paulo, a amostra probabilística foi de 991 parturientes. Obteve-se que em 62,6% dos casos a amniotomia foi realizada, já a infusão de ocitocina ocorreu em 23,5% dos partos. Monitorização eletrônica fetal foi utilizada apenas em 4,6% das mulheres (LOBO et al., 2010).

É possível perceber que, em centros de parto normal, e em partos domiciliares, a frequência da utilização de intervenções obstétricas foi menor. Entretanto, mesmo no ambiente hospitalar, as diversas pesquisas referenciadas apresentaram diferentes resultados. Isto demonstra que o critério para a aplicação

de tais técnicas diverge na maioria dos locais onde o parto é realizado, o que sofre influências também do modelo de assistência que é prestado.

## 5.2 Associação entre intervenções obstétricas e dados de admissão

Tratando-se de uma segunda análise, verificamos através dos dados a seguir explanados, as associações entre as intervenções obstétricas e os dados de admissão e história obstétrica.

**Tabela 2:** Associação entre a realização de amniotomia e os dados de admissão e história obstétrica

Variável	Total	Amniotomia		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Nº de Gestações</b>				0,118
Primigesta	75	68	90,6	
Multigesta	106	86	81,1	
<b>Paridade</b>				0,358
Nulípara	8	8	100,0	
Primípara	52	41	78,8	
Múltipara	46	37	80,4	
<b>Patologia na Gest.</b>				1,000
Sim	150	127	84,7	
Não	31	27	87,1	
<b>Dilatação (cm)</b>				0,283
Impérvio	10	9	90,0	
< 3 cm	35	33	94,3	
≥ 3cm	133	112	84,2	
<b>Dinâmica Uterina</b>				0,206
Presente	153	129	84,3	
Ausente	24	23	95,8	
<b>Característica LA</b>				0,481
Claro	52	49	94,2	
Meconial	9	8	88,9	
<b>Característica do Colo</b>				0,596
Grosso	54	49	90,7	
Médio	58	49	84,5	
Fino	65	56	86,1	
<b>Condições da Bolsa</b>				0,163
Íntegra	175	150	85,7	
Rota	5	3	60,0	
<b>BCFs</b>				0,448
<120 bpm	4	4	100,0	
120 – 160 bpm	165	142	86,1	
>160 bpm	6	6	100,0	
<b>Idade Gestacional</b>				0,279
Termo	161	138	85,7	
Prematuro	7	5	71,4	

Fonte: Livia Lemos Desbesel

Através dos dados apresentados na Tabela 2, conclui-se que não foram encontradas associações significativas entre a realização de amniotomia e as

variáveis analisadas. Em pesquisa semelhante, realizada recentemente na Alemanha, também não foram encontrados resultados significantes, quanto a este desfecho (PETERSEN et al., 2011).

Já, na pesquisa realizada no Centro de Parto Normal em Itapeçerica da Serra, pôde-se visualizar, através dos dados obtidos, que a amniotomia foi precoce para 4,2% das pacientes, ou seja, foi realizada quando a dilatação era inferior a cinco centímetros (SCHNECK; RIESCO, 2006). Por outro lado, em análise desenvolvida em 2007 no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, o qual segue o modelo biomédico, 63,2% dos casos de amniotomia, foram realizados precocemente (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007). Porém, no presente estudo, não foi analisado o momento da realização da amniotomia.

Em estudo executado em Minas Gerais, três locais de atendimento ao trabalho do parto foram analisados. O primeiro deles, o Hospital Prevalente (HP), representativo do modelo assistencial vigente. O segundo, o Hospital Geral de Itapeçerica da Serra (HG), vencedor do Prêmio Galba de Araújo, prêmio destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal (BRASIL, 1998b). E por último, um Centro de Parto Normal (CPN) peri-hospitalar. Em cada um deles 277 prontuários serviram de amostra. Tanto no HP, como no CPN, obteve-se como resultado a associação da realização de amniotomia em mulheres com dilatação do colo uterino maior ou igual a 5 cm. Foi constatado também que no CPN, houve menor frequência em relação aos demais, do uso de amniotomia tanto para primíparas, quanto para múltiparas. Por fim, no HG não foi significativa a associação entre estas variáveis (VOGT et al., 2011).

Em revisão realizada concluiu-se que a amniotomia de rotina não deve ser estimulada, e que as evidências encontradas, devem ser mostradas para a parturiente no momento em que se oferece a prática, com a finalidade de ser útil na tomada de decisão conjunta (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2007).

Relacionando as variáveis estudadas com a administração de soro com ocitocina durante o trabalho de parto, obtemos os resultados listados na Tabela 3.

**Tabela 3:** Associação entre a administração de soro com ocitocina durante o trabalho de parto e os dados de admissão e história obstétrica

Variável	Total	Ocitocina		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Nº de Gestações</b>				<b>&lt;0,001</b>
Primigesta	120	89	74,2	
Multigesta	186	98	52,7	
<b>Paridade</b>				0,960
Nulípara	17	9	52,9	
Primípara	91	47	51,6	
Múltipara	78	42	53,8	
<b>Patologia na Gest.</b>				<b>0,009</b>
Sim	263	169	64,3	
Não	43	18	41,9	
<b>Dilatação (cm)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Impérvio	14	12	85,7	
< 3 cm	64	53	82,8	
≥ 3cm	224	121	54,0	
<b>Dinâmica Uterina</b>				<b>&lt;0,001</b>
Presente	244	141	57,8	
Ausente	54	46	85,2	
<b>Característica LA</b>				0,556
Claro	121	86	71,1	
Meconial	16	13	81,2	
<b>Característica do Colo</b>				<b>&lt;0,001</b>
Grosso	91	78	85,7	
Médio	98	65	66,3	
Fino	110	43	39,1	
<b>Condições da Bolsa</b>				<b>0,004</b>
Íntegra	218	123	56,4	
Rota	85	64	75,3	
<b>BCFs</b>				0,556
<120 bpm	5	4	62,3	
120 – 160 bpm	281	175	80,0	
>160 bpm	8	6	75,0	
<b>Idade Gestacional</b>				0,724
Termo	263	160	60,8	
Prematuro	22	12	54,5	

Fonte: Livia Lemos Desbesel

Percebe-se, através da Tabela 3, que as variáveis, número de gestações, patologia na gestação atual, dilatação do colo, dinâmica uterina, característica do colo, e condições da bolsa, apresentaram associação com o uso de ocitocina.

Em relação à dilatação, resultado análogo foi percebido em pesquisa desenvolvida com 238 parturientes, no Hospital Geral de Itapeçerica da Serra. Segundo a análise dos dados, em 58,8% das pacientes a ocitocina foi infundida, mais da metade delas (68,5%) tinha dilatação menor que quatro centímetros, sendo a média de dilatação do colo, no momento da infusão, igual a 3,3 centímetros (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

Estudo realizado na Alemanha mostrou que, na variável paridade, entre nulíparas e múltiparas, as quais têm maior e menor associação com a utilização de

ocitocina, respectivamente (PETERSEN et al., 2011). Da mesma forma, na pesquisa desenvolvida por Chalmers et al. (2009), no Canadá, observa-se que o número de primíparas que receberam infusão de soro com ocitocina, foi maior que o de múltiparas (44,7% e 30,8%).

Não foram encontrados, nas bases de dados pesquisadas, outros estudos de que avaliaram a associação entre as variáveis aqui pesquisadas e o uso da ocitocina no trabalho de parto.

A seguir, serão apresentadas as associações entre a administração de misoprostol via vaginal, durante o trabalho de parto, e os dados de admissão e história obstétrica.

**Tabela 4:** Associação entre a administração de misoprostol via vaginal durante o trabalho de parto e os dados de admissão e história obstétrica

Variável	Total	Misoprostol		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Nº de Gestações</b>				<b>0,004</b>
Primigesta	120	16	13,3	
Multigesta	186	7	3,8	
<b>Paridade</b>				0,875
Nulípara	17	1	5,9	
Primípara	91	3	3,3	
Múltipara	78	3	3,8	
<b>Patologia na Gest.</b>				0,221
Sim	263	22	8,4	
Não	43	1	2,3	
<b>Dilatação (cm)</b>				<b>&lt;0,001</b>
Impérvio	14	7	50,0	
< 3 cm	64	15	23,4	
≥ 3cm	224	1	0,4	
<b>Dinâmica Uterina</b>				<b>&lt;0,001</b>
Presente	244	6	2,5	
Ausente	54	17	31,5	
<b>Característica LA</b>				0,468
Claro	121	4	3,3	
Meconial	16	1	6,2	
<b>Característica do Colo</b>				<b>&lt;0,001</b>
Grosso	91	21	23,1	
Médio	98	2	2,0	
Fino	110	0	0,0	
<b>Condições da Bolsa</b>				0,056
Íntegra	218	21	9,6	
Rota	85	2	2,4	
<b>BCFs</b>				0,135
<120 bpm	5	0	7,1	
120 – 160 bpm	281	20	0,0	
>160 bpm	8	2	25,0	
<b>Idade Gestacional</b>				0,381
Termo	263	20	7,6	
Prematuro	22	0	0,0	

Fonte: Livia Lemos Desbesel

O misoprostol é um medicamento que precisa ser usado com cautela, pois a sua utilização tem sido associada a efeitos adversos maternos e fetais, como a hiperestimulação uterina (CRANE et al., 2006), fortes mudanças na frequência cardíaca fetal, ruptura uterina e mortalidade materna (HOLFMEYR, 2007).

Com os dados apresentados na Tabela 4, verifica-se que existe associação entre a administração via vaginal de misoprostol durante o trabalho de parto, e as seguintes variáveis: número de gestações, dilatação, dinâmica uterina e característica do colo.

Pesquisa realizada na Nigéria, com 106 mulheres, constatou que a indicação de uso desta droga, estava mais ligada ao amadurecimento e indução do trabalho de parto (78,1%), do que apenas à maturação do colo. Percebeu-se também, com tal pesquisa, que a frequência de taquicardia fetal (64,2%), hiperestimulação do colo (76,4%) e ruptura uterina (52,8%) se manifestou em mais da metade das mulheres que recebeu esta intervenção. E além destes efeitos, observou-se ainda asfixia infantil em 38,7% dos casos, natimortos (34%) e mortalidade materna (24,5%), estatísticas muito elevadas, devido à gravidade destes fatos (FAWOLE et al., 2008).

Percebe-se com isto, a importância da utilização criteriosa deste medicamento, a fim de evitar tais complicações.

Adiante, serão elencadas as associações entre a aplicação de analgesia, no trabalho de parto, e os dados de admissão e história obstétrica.

**Tabela 5:** Associação entre a aplicação de analgesia em algum momento do trabalho de parto e os dados de admissão e história obstétrica

Variável	Total	Analgesia		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Nº de Gestações</b>				0,086
Primigesta	120	29	24,2	
Multigesta	186	29	15,6	
<b>Paridade</b>				<b>0,040</b>
Nulípara	17	4	23,5	
Primípara	91	19	20,9	
Multípara	78	6	7,7	
<b>Patologia na Gest.</b>				0,785
Sim	263	51	19,4	
Não	43	7	16,3	
<b>Dilatação (cm)</b>				<b>0,008</b>
Impérvio	14	4	28,6	
< 3 cm	64	20	31,2	
≥ 3cm	224	33	14,7	
<b>Dinâmica Uterina</b>				0,450
Presente	244	45	18,4	
Ausente	54	13	24,1	
<b>Característica LA</b>				1,000

Variável	Total	Analgesia		$\chi^2$
		(n)	(%)	
Claro	121	23	19,0	<b>0,006</b>
Meconial	16	3	18,7	
<b>Característica do Colo</b>				
Grosso	91	25	27,4	0,689
Médio	98	21	21,4	
Fino	110	11	10,0	
<b>Condições da Bolsa</b>				
Íntegra	218	40	18,3	0,920
Rota	85	18	21,2	
<b>BCFs</b>				
<120 bpm	5	1	19,2	0,776
120 – 160 bpm	281	54	20,0	
>160 bpm	8	2	25,0	
<b>Idade Gestacional</b>				
Termo	263	50	19,0	0,776
Prematuro	22	3	13,6	

Fonte: Lívia Lemos Desbesel

Através dos dados apresentados na Tabela 5, torna-se evidente que existe associação significativa entre a aplicação de analgesia, no trabalho de parto, e as variáveis: paridade, dilatação e característica do colo.

Resultado afim foi encontrado por Vogt et al. (2011), através de sua pesquisa realizada no estado de São Paulo, a qual constatou, em dois hospitais estudados, que a analgesia epidural estava mais associada a mulheres com dilatação cervical menor que cinco centímetros, e por sua vez, tinham menor relação com parturientes que apresentavam mais de cinco centímetros de dilatação.

Assim como as demais variáveis estudadas, não foram encontradas, através das buscas realizadas em bases de dados, pesquisas que estudassem a associação entre as variáveis em questão e a aplicação de analgesia no trabalho de parto.

Na tabela a seguir, serão apresentados os dados referentes às associações entre a realização de cardiotocografia, durante o trabalho de parto, e os dados de admissão e história obstétrica.

**Tabela 6:** Associação entre a realização de cardiotocografia durante o trabalho de parto e os dados de admissão e história obstétrica

Variável	Total	Cardiotocografia		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Nº de Gestações</b>				<b>0,031</b>
Primigesta	120	79	65,8	<b>0,029</b>
Multigesta	186	98	52,7	
<b>Paridade</b>				
Nulípara	17	14	82,4	<b>0,029</b>
Primípara	91	43	47,3	
Multípara	78	41	52,6	

Variável	Total	Cardiotocografia		$\chi^2$
		(n)	(%)	
<b>Patologia na Gest.</b>				0,261
Sim	263	156	59,3	
Não	43	21	48,8	
<b>Dilatação (cm)</b>				<0,001
Impérvio	13	12	85,7	
< 3 cm	65	51	79,7	
≥ 3cm	224	111	49,6	
<b>Dinâmica Uterina</b>				0,008
Presente	244	135	55,3	
Ausente	54	41	75,9	
<b>Característica LA</b>				0,009
Claro	121	68	56,2	
Meconial	16	15	93,7	
<b>Característica do Colo</b>				<0,001
Grosso	91	76	83,5	
Médio	98	60	61,2	
Fino	110	38	34,5	
<b>Condições da Bolsa</b>				0,576
Íntegra	218	130	59,6	
Rota	85	47	55,3	
<b>BCFs</b>				0,029
<120 bpm	5	4	57,7	
120 – 160 bpm	281	162	80,0	
>160 bpm	8	8	100,0	
<b>Idade Gestacional</b>				0,849
Termo	264	151	57,4	
Prematuro	21	13	59,1	

Fonte: Livia Lemos Desbesel

Quanto à realização de cardiotocografia, os resultados apresentados na Tabela 6, demonstram que as variáveis: número de gestações, paridade, dilatação, dinâmica uterina, características do líquido amniótico, características do colo e batimentos cardíacos fetais, possuem associação significativa com a sua utilização.

Chalmers et al.(2009) verificou, em sua pesquisa realizada no Canadá, que quanto à variável paridade obteve-se associação significativa com o uso de cardiotocografia. A monitorização eletrônica fetal (MEF) foi mais indicada entre as primíparas, que entre as múltiparas (94% e 87,9% respectivamente).

Estudo realizado no Hospital Geral de Itapeverica da Serra revelou achado idêntico, quanto a variável característica do líquido amniótico. Quando detectada presença de mecônio no líquido amniótico, a proporção de casos que utilizaram a MEF foi 1,8 vezes maior, em relação à apresentação de líquido amniótico claro (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

Evidência da Cochrane classificou a utilização da monitorização eletrônica fetal, no momento da admissão, como forma de cuidado com eficácia desconhecida ou com dados insuficientes sobre a qualidade, que possam embasar sua



recomendação (NEILSON, 1998). Por conseguinte, devemos utilizá-la apenas quando sua necessidade torna seu uso inevitável.

### 5.3 Fatores associados às intervenções obstétricas

Analizamos os dados a fim de identificar os fatores associados à realização das intervenções obstétricas. Serão considerados para tanto, os dados referentes à admissão e história obstétrica. Os resultados obtidos serão apresentados através de tabelas, e discutidos a seguir.

Não foram encontradas, nas bases de dados pesquisadas, estudos e artigos que constatem fatores associados às intervenções obstétricas, então, desta forma, para as discussões, serão consideradas as indicações para suas utilizações já publicadas.

**Tabela 7:** Fatores associados à realização de amniotomia no trabalho de parto

Variável	Total	Amniotomia (n)	(%)	RP	IC95%	P-valor
<b>Nº de Gestações</b>						
Primigesta	75	68	90,6	1,118	0,994 – 1,256	0,063
Multigesta	106	86	81,1	1		
<b>Paridade</b>						
Nulípara	8	8	100,0	1,243	1,078 – 1,434	<b>0,003</b>
Primípara	52	41	78,8	0,980	0,802 – 1,198	0,845
Múltipara	46	37	80,4	1		
<b>Patologia na Gest.</b>						
Sim	150	127	84,7	0,972	0,835 – 1,131	0,715
Não	31	27	87,1	1		
<b>Dilatação (cm)</b>						
Impérvio	10	9	90,0	1,069	0,858 – 1,331	0,552
< 3 cm	35	33	94,3	1,120	1,003 – 1,250	<b>0,044</b>
≥ 3cm	133	112	84,2	1		
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	153	129	84,3	1		
Ausente	24	23	95,8	1,137	1,020 – 1,266	<b>0,020</b>
<b>Característica LA</b>						
Claro	52	49	94,2	1		
Meconial	9	8	88,9	0,943	0,742 – 1,200	0,634
<b>Característica do Colo</b>						
Grosso	54	49	90,7	1		
Médio	58	49	84,5	0,931	0,810 – 1,070	0,315
Fino	65	56	86,1	0,949	0,834 – 1,081	0,432
<b>Condições da Bolsa</b>						
Íntegra	175	150	85,7	1		
Rota	5	3	60,0	0,700	0,341 – 1,436	0,330
<b>BCFs</b>						
<120 bpm	4	4	100,0	1,162	1,093 – 1,236	<b>&lt;0,001</b>
120 – 160 bpm	165	142	86,1	1		
>160 bpm	6	6	100,0	1,162	1,093 – 1,236	<b>&lt;0,001</b>

Variável	Total	Amniotomia		RP	IC95%	P-valor
		(n)	(%)			
<b>Idade Gestacional</b>						
Termo	161	138	85,7	1		
Prematuro	7	5	71,4	0,833	0,519 – 1,337	0,450

Fonte: Livia Lemos Desbesel

Com os dados apresentados na Tabela 7, é possível aferir que a prevalência de uma primigesta submetida à amniotomia é 11,8% maior em relação a uma multigesta. O mesmo ocorre em relação à nulíparas e múltiparas, sendo aquelas, 24,3% mais prevalentes que estas.

Observa-se que há maior predominância (12%) de amniotomia, em parturientes que apresentam dilatação do colo uterino entre um e três centímetro no momento da admissão, em relação às que apresentam dilatação maior que três centímetros. Os dados apresentados divergem do recomendado. O momento ideal para realizar amniotomia, se esta estiver indicada, é quando a parturiente tem dilatação inicial maior ou igual a três centímetros (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

Para as mulheres que apresentam dinâmica uterina ausente na admissão, a amniotomia é 13,7% mais prevalente, durante o trabalho de parto, do que em relação as que têm dinâmica presente. Já, a predominância desta prática em parturientes admitidas no centro obstétrico, apresentando BCFs menores que 120bpm ou maiores que 160bpm, é 16,2% maior em relação as que são admitidas com BCFs entre 120-160bpm.

A ruptura artificial das membranas amnióticas foi inicialmente utilizada com o objetivo de determinar as características do líquido amniótico. Atualmente, é realizada com a finalidade de induzir ou acelerar o processo de parturição, e é uma das intervenções mais prevalentes (BRICKER; LUCKAS, 2007; SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2007). Isso ocorre não obstante ao fato de não existir evidências que comprovem a relação entre a utilização e a abreviação do período de dilatação. Embora alguns estudos observem redução, outros, tão evidentes quanto, não encontram o mesmo (PARPINELLI et al., 2001).

Este procedimento oferece grande risco à parturiente, uma vez que, as principais complicações referentes ao seu uso são: o prolapso de cordão umbilical, compressão do cordão com aumento da frequência de desacelerações fetais,

ruptura de vasa prévia, hemorragia, infecções ascendentes e desconforto durante a realização do procedimento (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2007).

A seguir, serão apresentados, na Tabela 9, os fatores associados à administração de soro com ocitocina durante o trabalho de parto.

**Tabela 8:** Fatores associados à administração de soro com ocitocina durante o trabalho de parto

Variável	Total	Ocitocina		RP	IC95%	P-valor
		(n)	(%)			
<b>Nº de Gestações</b>						
Primigesta	75	89	74,2	1,408	1,185 – 1,672	<b>&lt;0,001</b>
Multigesta	106	98	52,7	1		
<b>Paridade</b>						
Nulípara	8	9	52,9	0,983	0,601 – 1,610	0,946
Primípara	52	47	51,6	0,959	0,721 – 1,277	0,775
Múltipara	46	42	53,8	1		
<b>Patologia na Gest.</b>						
Sim	150	169	64,3	1,535	1,067 – 2,208	<b>0,021</b>
Não	31	18	41,9	1		
<b>Dilatação (cm)</b>						
Impérvio	10	12	85,7	1,587	1,241 – 2,029	<b>&lt;0,001</b>
< 3 cm	35	53	82,8	1,533	1,301 – 1,807	<b>&lt;0,001</b>
≥ 3cm	133	121	54,0	1		
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	153	141	57,8	1		
Ausente	24	46	85,2	1,474	1,263 – 1,720	<b>&lt;0,001</b>
<b>Característica LA</b>						
Claro	52	86	71,1	1		
Meconial	9	13	81,2	1,143	0,880 – 1,485	0,316
<b>Característica do Colo</b>						
Grosso	54	78	85,7	1		
Médio	58	65	66,3	0,774	0,657 – 0,912	<b>0,002</b>
Fino	65	43	39,1	0,456	0,356 – 0,584	<b>&lt;0,001</b>
<b>Condições da Bolsa</b>						
Íntegra	175	123	56,4	1		
Rota	5	64	75,3	1,334	1,127 – 1,580	<b>0,001</b>
<b>BCFs</b>						
<120 bpm	4	4	80,0	1,285	0,821 – 2,010	0,273
120 – 160 bpm	165	175	62,3	1		
>160 bpm	6	6	75,0	1,204	0,799 – 1,815	0,375
<b>Idade Gestacional</b>						
Termo	161	160	60,8	1		
Prematuro	7	12	54,5	0,897	0,605 – 1,329	0,587

Fonte: Livia Lemos Desbesel

A prevalência da administração soro com ocitocina em mulher primigesta é 40,8% maior que em multigesta. Da mesma forma, há uma prevalência 53,5% maior em mulheres que apresentaram patologia(s) na gestação, em relação à mulher que não apresentou.

Por sua vez, mulheres que apresentam colo impérvio no momento da admissão no centro obstétrico (CO), tem prevalência de utilização 58,7% maior, que

mulher com dilatação do colo uterino maior ou igual a três centímetros. Assim como, é 53,3% maior a prevalência da infusão de ocitocina em mulher que apresenta dilatação menor que três centímetros.

A prevalência da administração de soro com ocitocina em mulher que não apresenta dinâmica uterina, no momento da admissão no CO, é 47,4% maior, em relação à mulher que apresenta dinâmica uterina. Já em mulheres que apresentam colo médio, é 22,6% menor a prevalência em relação mulheres com característica de colo grosso. E, para as que apresentam colo fino, é 54,4% menos prevalente.

Quanto à integridade da bolsa das águas, é 33,4% mais prevalente a administração de soro com ocitocina, em mulheres que apresentam bolsa rota no momento da admissão no CO, em relação às que apresentam bolsa íntegra.

A eficácia da ocitocina foi verificada para pacientes com ruptura prematura das membranas. Entretanto, as evidências são insuficientes para indicar a utilização, e as membranas estiverem íntegras (SOUZA; AMORIM; NORONHA NETO, 2010).

Na tabela a seguir, os fatores associados à administração de misoprostol via vaginal, durante o trabalho de parto, serão apresentados.

**Tabela 9:** Fatores associados à administração de misoprostol via vaginal durante o trabalho de parto

Variável	Total	Misoprostol		RP	IC95%	P-valor
		(n)	(%)			
<b>Nº de Gestações</b>						
Primigesta	75	16	13,3	3,543	1,502 – 8,356	<b>0,004</b>
Multigesta	106	7	3,8	1		
<b>Paridade</b>						
Nulípara	8	1	5,9	1,529	0,169 – 13,824	0,705
Primípara	52	3	3,3	0,857	0,178 – 4,126	0,848
Múltipara	46	3	3,8	1		
<b>Patologia na Gest.</b>						
Sim	150	22	8,4	3,597	0,498 – 25,997	0,205
Não	31	1	2,3	1		
<b>Dilatação (cm)</b>						
Impérvio	10	7	50,0	112,000	14,7 – 848,1	<b>&lt;0,001</b>
< 3 cm	35	15	23,4	52,500	7,06 – 389,9	<b>&lt;0,001</b>
≥ 3cm	133	1	0,4	1		
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	153	6	2,5	1		
Ausente	24	17	31,5	12,802	5,295 – 30,952	<b>&lt;0,001</b>
<b>Característica LA</b>						
Claro	52	4	3,3	1		
Meconial	9	1	6,2	1,891	0,225 – 15,884	0,558
<b>Característica do Colo</b>						
Grosso	54	21	23,1	1		
Médio	58	2	2,0	0,088	0,021 – 0,367	<b>0,001</b>
Fino	65	0	0,0	-	-	-
<b>Condições da Bolsa</b>						
Íntegra	175	21	9,6	1		

Rota	5	2	2,4	0,244	0,059 – 1,019	0,053
<b>BCFs</b>						
<120 bpm	4	0	0,0	-	-	-
120 – 160 bpm	165	20	7,1	1		
>160 bpm	6	2	25	3,512	0,984 – 12,537	0,053
<b>Idade Gestacional</b>						
Termo	161	20	7,6	1		
Prematuro	7	0	0,0	-	-	-

Fonte: Lívia Lemos Desbesel

Evidencia-se através da Tabela 9, que a administração de misoprostol via vaginal, é acima de três vezes mais prevalente em primigestas, que em parturiente multigesta.

Já a possibilidade de ser administrado, em parturientes que apresentam colo uterino impérvio, no momento da admissão, é 112 vezes maior, que as com dilatação do colo uterino, maior ou igual a três centímetros. E 52 vezes maior, em mulheres que apresentam dilatação do colo uterino, menor que três centímetros, em relação as que apresentam dilatação superior a isto.

A predominância desta intervenção em parturientes, que não apresentam dinâmica uterina, no momento da admissão, é quase 13 vezes maior que as que apresentam dinâmica.

Foi identificada prevalência 91,2% menor da utilização de misoprostol em mulheres que apresentam colo médio no momento da admissão, em contrapartida as que apresentam colo grosso. Já, em mulheres que apresentam bolsa rota na admissão, é 75,6% menos prevalente das que apresentam bolsa íntegra. Por sua vez, o predomínio da administração de misoprostol via vaginal que apresentam BCFs em número superior à 160bpm, é 3,5 vezes maior, das que apresentam BCFs entre 120-160bpm.

O misoprostol é uma droga utilizada para amadurecer o colo vaginal. É recomendado para indução, independentemente, da integridade das membranas. A via mais recomendada, ainda é a vaginal, por existirem evidências suficientes que comprovam a sua eficácia (SOUZA; AMORIM; NORONHA NETO, 2010).

Todavia, como já citado anteriormente neste trabalho, esta intervenção deve ser utilizada com prudência, pois pesquisas já mostraram que o uso sem critérios, pode gerar efeitos maléficis, tanto para mãe quanto para o feto (FAWOLE et al., 2008).

Adiante, serão anunciados os fatores associados à aplicação de analgesia, no trabalho de parto.

**Tabela 10:** Fatores associados à aplicação de analgesia em algum momento do trabalho de parto

Variável	Total	Analgesia		RP	IC95%	P-valor
		(n)	(%)			
<b>Nº de Gestações</b>						
Primigesta	75	29	24,2	1,550	0,978 – 2,457	0,062
Multigesta	106	29	15,6	1		
<b>Paridade</b>						
Nulípara	8	4	23,5	3,059	0,967 – 9,672	0,057
Primípara	52	19	20,9	2,714	1,141 – 6,457	<b>0,024</b>
Múltipara	46	6	7,7	1		
<b>Patologia na Gest.</b>						
Sim	150	51	19,4	1,191	0,579 – 2,450	0,634
Não	31	7	16,3	1		
<b>Dilatação (cm)</b>						
Impérvio	10	4	28,6	1,939	0,800 – 4,704	0,143
< 3 cm	35	20	31,2	2,121	1,311 – 3,431	<b>0,002</b>
≥ 3cm	133	33	14,7	1		
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	153	45	18,4	1		
Ausente	24	13	24,1	1,305	0,759 – 2,245	0,335
<b>Característica LA</b>						
Claro	52	23	19,0	1		
Meconial	9	3	18,7	0,986	0,334 – 2,917	0,980
<b>Característica do Colo</b>						
Grosso	54	25	27,4	1		
Médio	58	21	21,4	0,364	0,190 – 0,699	0,335
Fino	65	11	10,0	0,780	0,471 – 1,293	<b>0,002</b>
<b>Condições da Bolsa</b>						
Íntegra	175	40	18,3	1		
Rota	5	18	21,2	1,154	0,702 – 1,896	0,572
<b>BCFs</b>						
<120 bpm	4	1	20,0	1,041	0,177 – 6,106	0,965
120 – 160 bpm	165	54	19,2	1		
>160 bpm	6	2	25,0	1,301	0,383 – 4,424	0,674
<b>Idade Gestacional</b>						
Termo	161	50	19,0	1		
Prematuro	7	3	13,6	0,717	0,243 – 2,114	0,547

Fonte: Livia Lemos Desbesel

De acordo com os dados apresentados na Tabela 10, a aplicação de analgesia, durante o trabalho de parto, é quase três vezes maior em mulheres primíparas, quando comparadas às múltiparas. Por sua vez, mulheres que são admitidas com dilatação do colo uterino entre um e três centímetros, têm predominância 2,12 vezes superior às que apresentam mais que três centímetros de dilatação. Entretanto, a prevalência desta intervenção, em parturientes que apresentam colo fino, é 22% menor que para aquelas que tinham colo grosso.

A analgesia é um método utilizado para alívio da dor, durante o trabalho de parto. Pode ser tanto farmacológico, como não farmacológico. A analgesia medicamentosa realizada da paciente pode ser peridural, raquidianos ou ambos. Apesar desta, oferecer alívio da dor mais significativo que outras formas, não peridurais, é um método que pode levar a maiores taxas de parto instrumental. Além de causar aumento da duração do segundo estágio do parto, conseqüentemente exigindo maior necessidade de administração de ocitocina (ANIM-SOMUAH; SMYTH; HOWELL, 2010).

Em seguimento, serão enunciados os fatores associados à realização de acompanhamento cardiotocográfico durante o trabalho de parto.

**Tabela 11:** Fatores associados à realização de cardiotocografia durante o trabalho de parto

Variável	Total	Cardiotocografia		RP	IC95%	P-valor
		(n)	(%)			
<b>Nº de Gestações</b>						
Primigesta	75	79	65,8	1,249	1,036 – 1,507	<b>0,020</b>
Multigesta	106	98	52,7	1		
<b>Paridade</b>						
Nulípara	8	14	82,4	1,567	1,155 – 2,125	<b>0,004</b>
Primípara	52	43	47,3	0,899	0,664 – 1,217	0,490
Multípara	46	41	52,6	1		
<b>Patologia na Gest.</b>						
Sim	150	156	59,3	1,215	0,880 – 1,676	0,237
Não	31	21	48,8	1		
<b>Dilatação (cm)</b>						
Impérvio	10	12	85,7	1,863	1,517 – 2,287	<b>&lt;0,001</b>
< 3 cm	35	51	79,7	1,583	1,318 – 1,902	<b>&lt;0,001</b>
≥ 3cm	133	111	49,6	1		
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	153	135	55,3	1		
Ausente	24	41	75,9	1,372	1,137 – 1,656	<b>0,001</b>
<b>Característica LA</b>						
Claro	52	68	56,2	1		
Meconial	9	15	93,7	1,668	1,363 – 2,041	<b>&lt;0,001</b>
<b>Característica do Colo</b>						
Grosso	54	76	83,5	1		
Médio	58	60	61,2	0,733	0,315 – 0,543	<b>0,001</b>
Fino	65	38	34,5	0,414	0,611 – 0,879	<b>&lt;0,001</b>
<b>Condições da Bolsa</b>						
Íntegra	175	130	59,6	1		
Rota	5	47	55,3	0,927	0,744 – 1,156	0,501
<b>BCFs</b>						
<120 bpm	4	4	80,0	1,388	0,885 – 2,175	0,153
120 – 160 bpm	165	162	57,7	1		
>160 bpm	6	8	100,0	1,735	1,569 – 1,917	<b>&lt;0,001</b>
<b>Idade Gestacional</b>						
Termo	161	151	57,4	1		
Prematuro	7	13	59,1	1,082	0,762 – 1,538	0,659

Fonte: Livia Lemos Desbesel

Os dados da Tabela 11 demonstram que, em relação ao número de gestações, as mulheres primigestas foram 24,9% mais acompanhadas por cardiocotografia, do que as multigestas. Da mesma forma, foi 56,7% mais prevalente esta utilização em nulíparas do que em múltiparas.

Mulheres que apresentam colo uterino impérvio no momento da admissão têm prevalência 86,3% maior de monitorização eletrônica fetal, do que mulheres que apresentam dilatação uterina maior ou igual a três centímetros.

Há predomínio maior da realização de cardiocotografia em mulheres que apresentam dilatação do colo uterino menor que três centímetros (58,3%), no momento da admissão, comparado as que apresentam dilatação superior a isto.

Por sua vez, mulheres que não apresentam dinâmica uterina no momento da internação, realizam 37,2% mais cardiocotografia das que apresentam.

Parturientes com líquido amniótico (LA) meconial, tem 66,8% maior prevalência de utilização de cardiocotografia durante o trabalho, das que apresentam LA claro.

As mulheres que apresentam colo médio, no momento da admissão, têm 26,7% menor prevalência de monitorização eletrônica fetal. Já, para as que o colo encontra-se fino, é 58,6% menor esta utilização, quando comparado as que apresentam colo grosso.

Existe preponderância 73,5% maior desta intervenção, quando os BCFs encontram-se maiores que 160bpm, em relação aos batimentos que estão entre 120-160bpm.

A cardiocotografia é utilizada para avaliar simultaneamente a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas. Sua utilização não prejudica diretamente a parturiente e/ou o feto (DEVANE; LALOR, 2004), porém dificulta e por vezes impede que a parturiente deambule. Aumenta o risco de intervenções, principalmente a cesárea, devido ao fato dos resultados falso-positivos que demonstram comprometimento fetal, mesmo por vezes não sendo a realidade (ALFIREVIC; DEVANE; GYTE, 2010).

#### **5.4 Relação entre as intervenções e o tipo de parto**

A relação entre a realização de uma intervenção e a escolha do tipo de parto pode ser evidenciada através da Tabela 12 a seguir, a qual mostra através da



Regressão de Poisson a prevalência de parto normal ou cesárea, após a realização de cada intervenção estudada.

**Tabela 12:** Relação entre as intervenções obstétricas e o tipo de parto

Variável	Total	Vaginal (n=249)		RP	Cesariana (n=112)		RP	IC95%	P-valor
<b>Amniotomia</b>	154	121	78,5%	1	33	21,4%	1,929	0,636 – 5,846	0,246
<b>Ocitocina</b>	187	147	78,6%	1	40	21,4%	1,414	0,852 – 2,347	0,180
<b>Misoprostol</b>	23	16	69,6%	1	7	30,4%	1,689	0,868 – 3,287	0,123
<b>Analgesia</b>	58	38	65,5%	1	20	34,5%	2,250	1,421 – 3,564	<b>0,001</b>
<b>Cardiotocografia</b>	177	125	70,6%	1	52	29,4%	5,414	2,543 – 11,528	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: Lívia Lemos Desbesel

De acordo com a Tabela 12, observa-se que a prevalência de cesariana em mulheres que receberam analgesia, em algum momento do trabalho de parto, é 2,25 vezes maior, em relação às que não realizaram. Da mesma forma, em parturientes que realizaram monitorização eletrônica fetal durante o parto, observou-se uma prevalência 5,41 vezes maior de cesárea.

Na pesquisa realizada em um hospital universitário em Florianópolis, Santa Catarina, onde 7243 partos foram analisados, constatou-se que a prevalência de cesáreas foi 2,39 vezes maior nos casos onde o parto foi induzido. Igualmente, a probabilidade de ocorrência da cesárea foi 1,56 vezes maior nos casos onde era administrado soro com ocitocina (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Outra análise, realizada no Hospital Geral de Itapecerica da Serra, São Paulo, constatou que existe prevalência 1,4 vezes maior de cesariana por sofrimento fetal em parturientes que realizaram amniotomia. Todavia, para aquelas que fizeram uso de ocitocina, há prevalência 1,8 vezes maior de cesárea, devido à distócia funcional. Em mulheres que realizaram monitorização eletrônica fetal verifica-se prevalência 1,7 vezes maior de cesárea por sofrimento fetal (FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007).

É evidente que a realização de intervenções obstétricas, durante o trabalho de parto, necessita ser antecedida por análise específica de cada caso. A criação de

protocolos de atendimento, com fluxogramas para se concluir se há indicação ou não de tal prática, facilitaria a ação dos profissionais envolvidos. Uma intervenção realizada no momento errado, ou sem a real necessidade, gera para a parturiente um risco desnecessário, e pode resultar em desfecho diferente do inicialmente pretendido.

## 6 CONCLUSÕES

Com os resultados deste estudo, pode-se concluir que a prevalência das intervenções obstétricas no trabalho de parto é ampla. Sendo a mais prevalente delas a amniotomia, seguida da administração de soro com ocitocina e da utilização de cardiocotografia.

Foi possível identificar a associação das intervenções com alguns dados de admissão e história obstétrica, com exceção da amniotomia. A aplicação da ocitocina esteve associada a patologias na gestação, naquelas com dilatação maior ou igual a três centímetros, dinâmica uterina presente e colo grosso. Por sua vez, o misoprostol foi utilizado em menores proporções, tendo associação com colo grosso, dinâmica uterina ausente e dilatação menor que três centímetros.

A analgesia foi mais associada à primíparas, com dilatação entre um e três centímetros, e colo uterino grosso. Já a cardiocotografia foi utilizada em grandes proporções, estando relacionadas às variáveis: número de gestações, paridade, dilatação, dinâmica, características do líquido amniótico e batimentos cardíacos fetais.

Os fatores associados significativamente à amniotomia foram dilatação menor que três centímetros, dinâmica ausente, e os BCFs fora do padrão indicado como normal. Do mesmo modo, a ocitocina foi mais prevalente em primigestas, com patologia(s) na gestação atual, dilatação do colo menor que três centímetros ou impérvio, sem dinâmica e com bolsa rota. Por outro lado, teve menor prevalência em mulheres com colo médio ou fino.

Misoprostol apresentou prevalências significativas quanto ao número de gestações, dilatação do colo, presença de dinâmica uterina e BCFs maiores que 160 batimentos por minuto. Sendo por outro lado, menos predominante em mulheres que apresentavam colo médio e bolsa rota.

Igualmente, a analgesia, obteve maior prevalência em primíparas, com dilatação entre um e três centímetros. E menor nas que apresentavam colo fino. Por outro lado, a cardiocotografia, teve maior prevalência em primigestas, nulíparas, com dilatação menor que três centímetros, ou com colo impérvio. Assim como em mulheres com dinâmica ausente e BCFs maiores que 160bpm. Foi menos prevalente esta intervenção, nas que apresentavam colo médio e fino.

A relação das intervenções com o tipo de parto foi estatisticamente significativa, apenas em relação à analgesia e a cardiocotografia. De acordo com os dados, a prevalência de parto cesárea em mulheres que receberam analgesia, foi superior a duas vezes. E nas que utilizaram monitorização eletrônica fetal, foi praticamente duas vezes mais prevalente parto cesárea.

Este estudo teve como limitações, a falta de pesquisas semelhantes, para comparar os dados. Dificultando a comparação entre os estudos.

O índice de partos normais, com menor número de intervenções, notoriamente poderia ser maior, caso estas fossem realizados com base em critérios, claros e comprovados. Com isso, consideramos necessário a realização de novas pesquisas na área, tendo em vista as mudanças do modelo de atenção, e para que estes dados possam nortear essas mudanças.

## REFERÊNCIAS

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G.M.L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Cochrane review). **The Cochrane Library**, Oxford: Update Software, v.1, 2010.

ANGELO-TUESTA, A.; et al. Saberes e práticas de enfermeiros obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, set-out. 2003.

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.; HOWELL, C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **The Cochrane Library**, Oxford: Update Software, v. 1, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1998a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.883, de 4 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun. 1998b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 466, de 14 de junho de 2000. Institui o pacto pela redução das taxas de cesárea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 569, de 1 de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000b. Seção 1, p. 4-6.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina (CFM). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Comissão de parto normal. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 372-397, 2012.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)**, Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br> 2013>. Acesso em: 11 mar. 2013, 16:30.

BRICKER, L.; LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of labour (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Oxford: Update Software, v. 4, 2007.

CECATTI, J.G.; CALDERÓN, I.M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 357-65, 2005.

CHALMERS, B.; et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the maternity experiences survey. **Birth**, USA: Boston, v. 36, n. 1, p. 13-25, 2009.

CRANE, J.M.; et al. Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in woman at term with intact membranes and unfavorable cervix: systematic review. **BJOG**, England: Oxford, v. 113, n. 12, p. 1366-137, 2006.

DEVANE, D.; LALOR, J. Midwives' visual interpretation of intrapartum cardiotocographs: intra- and inter-observer agreement. **Journal of Advanced Nursing**, [Oxford], v. 52, n. 2, p. 133-141, 2004.

DIAS, M.A.B.D.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

D'ORSI, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 646-54, 2005.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A Operação Cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FAWOLE, A.O.; et al. Misoprostol for induction of labour: a survey of attitude and practice in southwestern Nigeria. **Arch Gynecol Obstet**, Germany: Munchen, v. 278, p. 353-358, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOGAÇA, V.D.; SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesariana. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 12, n. 3, p. 296-305, 2007.

HOLFMEYR, G.M. Induction and augmentation of labour. In: EDMONDS, D.K. **Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology**. ed. 7. Oxford: Blackwell, p. 205-212, 2007.

KLEIN, C H; BLOCH, K V. **Estudos seccionais**. In: MEDRONHO, R; et al. Epidemiologia. Atheneu, São Paulo, 2006.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M.C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5., p. 1389-1400, 2002.

LIMA, J.B. Práticas obstétricas para maternidade segura: guia da OMS. In: MS/SESA/JICA. Relatório da Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à Luz da Humanização – Projeto Luz. Ministério da Saúde, Fortaleza, p. 70-76, 1998. Apud WOLFF, L.R.; MOURA, M.A.V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-85, 2004.

LOBO, S.F. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

MILES, A. Women Health and Medicine. Open University Press, Milton Keynes, Filadélfia, 1991. Apud NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

MOTT, M.L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj História**, São Paulo, v. 25, 2002.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NEILSON, J.P. Evidence-based intrapartum care: evidence from the Cochrane library. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, USA: Limerick, v. 63, s. 1, p. S97-S102, 1998.

OAHLEY, D. et. al. Processes of care. Comparisons of certified nurse-midwives and obstetricians. **Journal of Nurse-Midwifer**, [New York], v. 40, p. 399-409, 1995.

PARPINELLI et al. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Assistência ao trabalho de parto**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Caderno informativo. 2001. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/093.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/093.pdf)> Acesso em: 29 de nov. de 2013.

PETERSEN, A.; et al. The timing of interventions during labour: descriptive results of a longitudinal study. **Midwifery**, Schotland: Edinburgh, v. 27, p. 267-273, 2011.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Estudos Feministas**, São Paulo, v. 10, n. 2, 2002.

ROCHA, C.R.; FONSECA, L.C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Rev de Pesq: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010.

ROCHA, J.A.; NOVAES, P.B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 119-126, 2010.

SAKAE, T.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.

SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 1-15, 2006.

SILVA, R.L.D.T. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 5, Supl., p. 157-165, 2006.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005.

SMYTH, R.; ALLDRED, S.K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Protocol for a Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Oxford, v. 4, 2007.

SOUZA, A.B.G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; NORONHA NETO, C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? **Femina**, [Rio de Janeiro], v. 38, n. 5, p. 277-287, 2010.

VAN WIJK, C.M.T.G.; VAN VLIET, K.P.; KOLK, A.M. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. **Social Science and Medicine**, [Oxford], v. 43, p. 707-720, 1996.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VOGT et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.

WOLFF, L.R.; MOURA, M.A.V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279-85, 2004.



## **ANEXO A – Classificação desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o Parto Normal, OMS, 1996**

---

### **Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas**

---

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
  2. Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
  3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
  4. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
  5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
  6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
  7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
  8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
  9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
  10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
  11. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
  12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
  13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
  14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
  15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
  16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
  17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
  18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
  19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
  20. Prevenção da hipotermia do bebê.
  21. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
  22. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
  23. Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
  24. Alojamento conjunto.
  25. Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
  26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
  27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.
- 

### **Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

---

1. Uso rotineiro do enema.
  2. Uso rotineiro da tricotomia.
  3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
  4. Cateterização venosa profilática de rotina.
  5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
  6. Exame retal.
  7. Uso de pelvimetria por raios X.
  8. Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
  9. Uso rotineiro da posição de litotomia.
  10. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
  11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
  12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
  13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
  14. Lavagem uterina rotineira após o parto.
  15. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
  16. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
-

---

**Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

---

(cont.)

17. Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
  18. Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
  19. Prática liberal de cesariana.
  20. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais
  21. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.
- 

---

**Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão**

---

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
  2. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
  3. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
  4. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
  5. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
  6. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.
- 

---

**Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado**

---

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
  2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
  3. Controle do dor por analgesia peridural.
  4. Monitoramento eletrônico fetal.
  5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
  6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
  7. Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
  8. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
  9. Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
  10. Caracterização do bexiga.
  11. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
  12. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
  13. Parto operatório.
  14. Exploração manual do útero após o parto.
-

**ANEXO B – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem**[Linhas de Pesquisa](#)[Projetos de Pesquisa](#)[Áreas de Atuação](#)[Bolsas de Pesquisa](#)[Programa de Iniciação Científica](#)[Voluntário](#)[Programa de Fomento à](#)[Pesquisa \(auxílio\)](#)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

### COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120466

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

HELGA GEREMIAS GOUVEIA  
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES  
SARA OLIVEIRA PINHEIRO  
BRUNA ALIBIO MORAES  
JULIANA MANERA SARAIVA  
JESSICA KASPER FERNANDES  
FERNANDA PIRES WEBSTER

**Título:** FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski  
Coordenador GPPG/HCPA