



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM



INGRID NICOLLE MONTEIRO BARROS
LUANA ROCHA PEREIRA

**PARTO NORMAL E AS INTERVENÇÕES OCORRIDAS EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ**

BELÉM - PA
2018

INGRID NICOLLE MONTEIRO BARROS
LUANA ROCHA PEREIRA

**PARTO NORMAL E AS INTERVENÇÕES OCORRIDAS EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado.

Orientadora: Prof^a. MSc. Elisângela da Silva Ferreira.

BELÉM - PA
2018

INGRID NICOLLE MONTEIRO BARROS
LUANA ROCHA PEREIRA

**PARTO NORMAL E AS INTERVENÇÕES OCORRIDAS EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ**

Data de aprovação: ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof^ª. MSc. Elisângela da Silva Ferreira.
Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará
Orientadora

Prof^ª. Esp. Lorena Saavedra Siqueira.
Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará
Membro Convidado

Prof^ª. Dra. Márcia Simão Carneiro.
Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará
Membro Indicado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

Após percorrermos uma longa trajetória e a partir de então cada uma trilhará seu caminho, é necessário agradecer as pessoas que estiveram envolvidas e nos ajudaram de alguma forma a alcançamos essa meta.

Agradeço primeiramente a Deus, por ter permitido mais uma conquista e por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades que surgiram ao longo desta jornada.

A minha avó, Maria das Graças, minha maior fonte de inspiração e força, minha eterna gratidão por ter se dedicado a me educar da melhor forma para que eu alcançasse meus objetivos e que tanto sonhou comigo o dia da minha formação, ele chegou.

A minha mãe, Jacilene, irmã, Iasmin e namorado, Filipe, agradeço pela paciência, apoio e incentivo nos momentos difíceis e de desânimo, nada seria possível sem vocês, pois vocês são a razão pelo qual tenho buscado cada vez mais crescer.

A Prof^a. MSc. Elisângela Ferreira não só pela orientação deste trabalho, mas também por ter se tornado tão especial durante o decorrer do curso, me proporcionando oportunidades na qual sempre serei grata. Agradeço por ser uma profissional tão dedicada em tudo que realiza, pelo apoio, paciência, por todo conhecimento compartilhado e por sempre estar presente durante toda a elaboração do trabalho e disposta a ajudar.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Luana Rocha Pereira

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada e não deixou que eu desistisse.

Aos meus avós, Nazaré e Landim e em memória a minha avó Benedita, a quem tenho muito orgulho em dedicar essa vitória, por terem me dado força, inspiração e amor.

Aos meus pais, Aline e Carlos, meu padrasto, madrasta, meus irmãos e toda minha família que com carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Ao meu namorado, Aldair, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. As minhas amigas, Marcelle e Anny, que me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos.

A Prof^a. MSc. Elisângela Ferreira por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo da construção desse trabalho e durante a graduação. Posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem seus ensinamentos. Obrigada por ser um exemplo de profissional que contribuiu através do modo como faz a Enfermagem, para a minha formação.

A todos, o meu muito obrigado.

Ingrid Nicolle Monteiro Barros

RESUMO

BARROS, Ingrid Nicolle Monteiro; PEREIRA, Luana Rocha. **Parto normal e as intervenções ocorridas em uma maternidade pública no Estado do Pará.** 2018. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Enfermagem. Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, 2018.

Atualmente, no Brasil, a assistência Obstétrica passa por um momento de transição, de modelo medicalizado para humanizado, que visa reduzir intervenções tais como a episiotomia, o uso de ocitocina no trabalho de parto, amniotomia e cesariana sem indicação. Entretanto, as taxas de intervenções desnecessárias ainda são elevadas em muitos hospitais do Brasil. O presente estudo tem como objetivo descrever a frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas em uma maternidade pública no Estado do Pará. Trata-se de um estudo documental, transversal, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado no Departamento de Arquivo de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA. Foram analisados 358 prontuários de parturientes de risco obstétrico habitual, no período de 2015 a 2016. Identificou-se a predominância da faixa etária de menor de 19 a 25 anos (47,8%), com ensino fundamental incompleto (36,3%), união estável (64,8%), atividades “do lar” (71,2%), residindo na região metropolitana de Belém (51,4%). Quanto às condições clínico-obstétricas, 50,5% compareceu a 6 (seis) ou mais consultas de pré-natal, ao internar, 55,5% apresentou dinâmica uterina forte, 59,4% deram entrada com bolsa amniótica íntegra. Verificou-se que 99,7% apresentou colo uterino pérvio, com dilatação cervical ≥ 4 cm (97,4%), 33,7% das participantes internaram com descida da apresentação entre - 3 a -1 no plano de De Lee. Para as intervenções obstétricas, a realização de amniotomia ocorreu em 6,1% das mulheres, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e parto foi de 64,2% e para episiotomia 16,7%. Apenas 28,2% apresentaram assistência sem intervenção. Foi constatado através do teste estatístico G Williams que entre as intervenções realizadas, a única que teve relação estatística significativa com o tempo foi o uso da ocitocina. Este teste demonstrou também que não houve relação estatística significativa da posição ao parir com a ocorrência de laceração, assim como não há relação entre as intervenções realizadas e a categoria profissional. Pode-se concluir que a prevalência das intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto ainda é muito grande nesta instituição. Assim, a pesquisa evidencia que as intervenções mais frequentes ainda são uso de ocitocina, seguido de episiotomia e amniotomia, este resultado mostra a necessidade de aprimorar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e atualização dos profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Parto Normal; Trabalho de parto; Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

BARROS, Ingrid Nicolle Monteiro; PEREIRA, Luana Rocha. **Normal childbirth and interventions at a public maternity hospital in the State of Pará.** 2018. 74 f. Graduation Work - Nursing. Federal University of Pará, Belém, Pará, 2018.

Currently, in Brazil, the Obstetric care goes through a transitional moment, from a medicalized to a humanized model, which aims to reduce interventions such as episiotomy, oxytocin use in labor, amniotomy and cesarean section without indication. However, the rates of unnecessary interventions are still high in many hospitals in Brazil. The present study aims to describe the frequency of interventions performed during labor and childbirth in women attended at a public maternity hospital in the State of Pará. This is a cross-sectional, descriptive, retrospective and quantitative documentary study in the Department of Records of the Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará - FSCMPA. A total of 358 medical records of pregnant women with obstetrical risk parturients habitual, were analyzed in the period from 2015 to 2016. The predominance of the age group from 19 to 25 years old (47.8%), with incomplete primary education (36.3%), stable union (64.8%), "home" activities (71.2%), living in the metropolitan region of Belém (51.4%). Regarding the clinical-obstetric conditions, 50.5% attended 6 (six) or more prenatal consultations, on admission, 55.5% presented strong uterine dynamics, 59.4% were admitted with an intact amniotic sac. It was verified that 99.7% presented a cervix with a cervical dilatation ≥ 4 cm (97.4%), as compared to Plano De Lee, 33.7% admitted with a presentation ranging from -3 to -1. For obstetric interventions, amniotomy was performed in 6.1% of women, oxytocin during labor and delivery was 64.2% and for episiotomy 16.7%. Only 28.2% presented assistance without intervention. It was found through the G Williams statistical test that among the interventions performed, the only statistically significant relationship with time was the use of oxytocin. This test also showed that there was no statistically significant relationship of position at birth with laceration occurrence, as there is no relation between the interventions performed and the professional category. It can be concluded that the prevalence of obstetric interventions in labor and delivery is still very high in this institution. Thus, the research shows that the most frequent interventions are still use of oxytocin, followed by episiotomy and amniotomy, this result shows the need to improve the good practices of attention to delivery and birth and updating of professionals.

Keywords: Obstetric Nursing; Normal birth; Labor; Research on Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 – Comparação do tipo de assistência e a realização de intervenções durante o trabalho de parto e parto em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.	43
Gráfico 02 – Incidência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA comparado com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Belém – Pará, 2015 a 2016.	45

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** - Descrição das características sociodemográficas de parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016 35
- Tabela 02** - Descrição das condições clínico-obstétricas de parturientes atendidas na FSCMPA ao internar no PPP, Belém – Pará, 2015 a 2016. 37
- Tabela 03** - Descrição da frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016. 40
- Tabela 04** - Comparação do tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016. 47
- Tabela 05** – Relação de ocorrência de laceração do canal de parto com a posição ao parir em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016 49
- Tabela 06** – Comparação do profissional que assistiu o parto com a prevalência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016. 50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 SÍNTESE DO PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICATIVA.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo Geral	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 HISTÓRICO E MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL DO PARTO.....	18
2.2 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	19
2.3 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM AO PARTO	20
2.4 CONSULTA PRÉ-NATAL	21
2.5 DINÂMICA UTERINA	21
2.6 BOLSA AMNIÓTICA	22
2.7 AMNIOTOMIA.....	23
2.8 ADMINISTRAÇÃO DE OCITOCINA.....	24
2.9 EPISIOTOMIA	25
3.0 INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO DURANTE O PARTO NORMAL.....	26
3.1 COLO UTERINO E DILATAÇÃO CERVICAL	28
3.2 PLANO DELEE	29
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.3 FONTE DE INFORMAÇÃO	31
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS	33
3.5 ANÁLISE DA COLETA DE DADOS.....	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	33
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	34

3.7.1 Riscos	34
3.7.2 Benefícios.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES.....	65
ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência à mulher no momento do parto é em grande parte hospitalar, com diferentes percentuais para cada região. O modelo de assistência ao parto ainda se caracteriza por utilizar uma abordagem intervencionista. Entretanto de acordo com pesquisas realizadas, embora a atual forma de assistência em muitos países seja ainda fortemente orientada pelo modelo de atendimento hospitalar/medicalizado, cresce nas últimas três décadas um movimento internacional que propõe modificá-la (SILVEIRA et al., 2010).

A assistência ao trabalho de parto e parto envolve um conjunto de práticas adotadas para promover resultados obstétricos satisfatórios, contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Atualmente, no Brasil, a assistência Obstétrica passa por um momento de transição, de modelo medicalizado a humanizado. De acordo com o modelo biomédico, o trabalho de parto e parto é visto como evento de risco para o binômio mãe-feto, que necessita de um ambiente hospitalar com tecnologia para possíveis intervenções (SANTOS et al., 2017).

Esse movimento tem como base consensual as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) difundidas a partir de 1985. No Brasil, é chamado de Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN). O MHPN surgiu diante de evidências de que o uso irracional de tecnologia vem causando mais danos à mulher e ao bebê do que benefícios e tem uma preocupação que abrange, além de aspectos relativos à saúde pública, como a redução da taxa de cesáreas e mortalidade materna, também o bem-estar da mulher e do bebê (SILVEIRA et al., 2010).

Em contrapartida, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) identificou-se que a alta exposição no ambiente hospitalar faz com que a parturiente esteja propícia a sofrer maior número de intervenções, que em muitas situações, são feitas de forma indiscriminada, como a episiotomia, o uso de ocitocina, amniotomia e cesariana sem indicação. Essa perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Segundo a diretriz (BRASIL, 2017), cabe destacar:

Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras (BRASIL, 2017; p 4).

As diretrizes colocam em evidência a real situação da assistência às mulheres no processo parturitivo com relação às intervenções além de ressaltar que esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer (BRASIL, 2017).

Na última década, houve reestruturação e adaptação à política de humanização em vários serviços no país, mas o modelo tradicional da assistência obstétrica com altas taxas de intervenção ainda é predominante. A taxa de cesárea, indicador importante do modelo e que alcançou em 2006 uma média nacional de 43,8%. A episiotomia, outro indicador importante, apresenta média nacional de 71,6%, e estudos no Rio de Janeiro mostraram uso de ocitocina entre 39,3% e 64,4% (VOGT et al., 2011).

Nesse contexto, com a necessidade de mudar a visão dos profissionais da saúde, comprovou-se a importância de adotarem as práticas baseadas em evidências científicas, com um maior destaque para a promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento, proporcionando visibilidade ao modelo de humanização do parto. O modelo intervencionista dá lugar ao humanizado, permitindo transformações desde a ambiência hospitalar à flexibilidade da rotina, tornando-o mais acolhedor e favorecendo o protagonismo da mulher. Além disso, este modelo possibilitou o maior destaque aos Enfermeiros Obstetras, visto que a Enfermagem tem seu processo de formação voltado para proporcionar uma assistência humanizada (BRASIL, 2017).

Segundo pesquisas realizadas de 2010 a 2015, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou crescimento no número de partos normais realizados no Brasil. Os dados mostram ainda que, desde 2009, o número de cesarianas na rede pública e privada não apresentou crescimento significativo. Outro dado que chama a atenção é que de 2013 a 2016, o número de partos normais subiu de 43% para 44,5%, enquanto de cesáreas caiu de 57% para 55% (BRASIL, 2017).

Esses números evidenciam que as intervenções ainda são muitas se for comparado com o que é preconizado. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) instituiu diretrizes para reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias como a episiotomia (corte no períneo), o uso de ocitocina (hormônio que acelera o parto), a cesariana, entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns o que deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo.

Segundo Monguilhott et al. (2018) na região Sul do Brasil, além de sofrer várias intervenções desnecessárias, a maioria das mulheres não têm acesso às boas práticas. Estudos internacionais buscam identificar as razões que dificultam a apropriação de intervenções baseadas em evidências e a mudança na prática assistencial em todo o mundo, incluindo práticas que poderiam ser utilizadas em locais com poucos recursos. Dentre os motivos, destaca-se a falta de acesso dos profissionais ao conhecimento científico nos países em desenvolvimento, bem como a falta de interesse dos profissionais e gestores dos serviços de saúde na produção de melhor assistência obstétrica e neonatal.

Com base nessas pesquisas, atualmente esse modelo humanizado que incorpora práticas baseadas em evidências científicas e que favorecem o parto fisiológico vem ganhando força no país. E se evidencia a tentativa de mudar todo um cenário histórico intervencionista por uma assistência com menos intervenções desnecessárias e voltadas ao bem-estar da mulher e da criança (BRASIL, 2017).

1.1 SÍNTESE DO PROBLEMA

Não existe um número determinado de intervenções que as mulheres irão receber no período de trabalho de parto e parto, o que define esse número de procedimentos são as necessidades singulares de cada mulher. No entanto, diariamente um número elevado de mulheres sofre com o uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, desconsiderando ou negando os desconfortos e possíveis efeitos adversos a elas, desrespeitando os seus direitos, além de desvalorizar sua autonomia e protagonismo no processo parturitivo (RATTNER, 2009).

Nesse sentido, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, a existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher (BRASIL, 2017).

Porém, um problema sério é que as mudanças preconizadas pela política estão ocorrendo, sobretudo no sistema de saúde, enquanto o aparelho formador continua preparando profissionais dentro do modelo intervencionista considerado inadequado. Outro aspecto essencial é trabalhar, com os profissionais, o “como fazer” para propiciar que as mulheres assumam o protagonismo do nascimento de seus filhos (RATTNER, 2009).

É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua o profissional de Enfermagem Obstétrica e Obstetiz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à

redução de intervenções e maior satisfação das mulheres; Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação; A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem; Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo (BRASIL, 2017).

A infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. A ocitocina e a amniotomia têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental (LEAL et al., 2014).

A ocitocina sintética pode ser utilizada para indução, aceleração ou correção de alterações na evolução do trabalho de parto. Essa prática tornou-se bastante comum entre os profissionais com vistas a acelerar o parto e assim fazer com que a mulher passe menos tempo em trabalho de parto. A ocitocina exógena tem objetivos tais como: pode estimular a frequência e a força da atividade contrátil da musculatura lisa uterina em qualquer momento, diminuir a incidência de atonia uterina, e consequente hemorragia pós-parto (YAMAGUCHI; CARDOSO; TORRES, 2007). Apesar disso, notou-se que ao invés de ser uma prática com objetivos está sendo usada de forma inapropriada e sem indicações.

E apesar das evidências apontarem que, em alguns casos, a terapia com ocitocina esteja relacionada a uma redução discreta nos índices de cesariana, as mesmas reconhecem que seu uso deve ser ponderado, principalmente pelo risco de desencadear uma "cascata de intervenções" em mulheres de risco habitual (LEAL et al., 2014).

Já prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado (LEAL et al., 2014).

É válido ressaltar que o modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontra respaldo em estudos internacionais (LEAL et al., 2014). A assistência ao parto e trabalho de parto as parturientes de baixo risco, segundo as diretrizes, vêm sendo abordada em vários estudos, o que oportuniza aos profissionais uma aproximação do conhecimento sobre seu conceito, fundamentos e relevância para a assistência da humanização para com as usuárias (BRASIL, 2017).

Segundo Leal et al. (2014) a frequência das intervenções foi maior em mulheres de risco habitual, exceto o uso de cateter venoso, analgesia obstétrica e cesariana, demonstrando que, em grande parte, foram desnecessárias e cumpriram o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo. Também se observou que as intervenções médicas foram excessivas sobre o trabalho de parto e o parto vaginal, tendo apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas nesse grupo (dados não mostrados) dado à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto.

O interesse pelo estudo desta temática surgiu mediante as aulas práticas de Enfermagem Obstétrica, onde se observou que mulheres em assistência ao trabalho de parto e risco obstétrico habitual, ainda são submetidas a um número elevado de intervenções. Percebemos que apesar de possuímos o Programa de Humanização que dispõe de um número aceitável de intervenções, nas maternidades ainda existem profissionais que realizam intervenções desnecessárias. Além disso, observamos que se a internação em sala de parto ocorresse no início do trabalho de parto na fase latente ou se a mesma permanecesse muito tempo até o parto, o número de intervenções era maior.

Notou-se também que alguns profissionais realizavam mais intervenções que outros, podendo mostrar que a realização tem relação com a conduta pessoal de cada um, sua formação profissional se tem bases no modelo intervencionista ou modelo humanizado, seu conhecimento científico atualizado, dentre outros fatores. Para Leal et al. (2014), o controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Desta forma, esta problemática levou as pesquisadoras a refletirem e buscarem informações sobre a mesma.

Diante de tal problemática, e da grande relevância do assunto, foi elaborada a seguinte hipótese: na maternidade, local do estudo, devido possuir incorporação de práticas humanizadas, a frequência de intervenções no trabalho de parto coincide com o preconizado pelo Ministério da Saúde?

1.2 JUSTIFICATIVA

É possível afirmar que o parto normal é um acontecimento fisiológico, devendo ser assistido pelo profissional com o mínimo de intervenções possíveis. Para que a assistência

prestada à parturiente seja pautada na humanização, devendo ser evitadas intervenções desnecessárias, o Ministério da Saúde elaborou Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que permite com que os profissionais que estão mais diretamente ligados a esta assistência (Médico, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz) possam estar atualizados sobre as práticas baseadas em evidências. Embora a disponibilidade e a relevância destas diretrizes, que deveriam ser seguidas, percebemos que ainda é insuficiente para reverter o pensamento dos profissionais, além da dificuldade de se adequarem ao modelo humanizado e deixar de lado práticas extremamente intervencionistas.

Para Gottens et al. (2018), uma das principais formas de mudar o modelo assistencial obstétrico é através da incorporação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Entretanto continua sendo um desafio para os gestores. Cavalcante et al. (2018) expõe que os profissionais passaram a realizar cada vez mais intervenções com o objetivo de obter menor tempo na assistência, assim como maior facilidade para realizar o parto. Ressalta ainda que, no Brasil, existem duas vertentes para o cuidado em obstetrícia, sendo eles a prática baseada em evidências e o que valoriza o tecnicismo.

De acordo com este contexto, a pesquisa torna-se relevante para a instituição local de pesquisa, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA, visto que com os resultados, serão gerados dados importantes para sua gerência de estatística, além da avaliação que poderá ser realizada a partir dos resultados, para se alcançar uma assistência de excelência às parturientes. A discussão da temática torna-se importante para impulsionar e fortalecer o modelo de assistência humanizado, já implantado na FSCMPA, sendo que os resultados desse estudo poderão ser utilizados pela instituição para a gestão de ações que visem a qualidade da assistência prestada.

A importância do presente estudo está no fato de que seus resultados poderão contribuir para o aprimoramento da assistência às parturientes, podendo suscitar reflexões acerca dos cuidados antes prestados por Médicos e Enfermeiros Obstetras, reduzindo riscos de danos à mulher e à criança, sendo eles físicos e/ou psicológicos, identificando que o modelo intervencionista deve dar lugar às boas práticas de atenção ao parto, de maneira que se reconheça que cada cliente tem sua individualidade, sendo uma forma de fortalecer a humanização do atendimento.

O estudo contribuirá para fortalecer a importância da abordagem humanizada durante o trabalho de parto e parto, que será relevante tanto para a comunidade acadêmica em formação quanto para os profissionais já inseridos no mercado de trabalho, identificando que

a relação entre profissional de saúde e mulher requer uma mudança de atitude quanto a posturas arraigadas intervencionistas, reconhecendo que a parturiente é a condutora do processo e que gravidez não é doença. Diante disto, é indispensável estar sintonizado com novas propostas e praticar uma medicina baseada em evidências, destacando o presente estudo que propõe às equipes de saúde a importância da realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e autonomia da mulher.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Estimar a frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas em uma maternidade pública no Estado do Pará.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Apontar as características sociodemográficas e as condições clínico-obstétricas na internação de parturientes;
- Comparar a incidência de intervenções com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Relacionar o tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções;
- Associar a ocorrência de laceração do canal de parto com a posição ao parir em parturientes internadas no local do estudo;
- Comparar a categoria profissional de quem assistiu ao parto com a prevalência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO E MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL DO PARTO

No final do século XIX, a maioria dos partos era atendida no domicílio, por parteiras. Dar à luz fora de casa era anormal, apavorante e acontecia apenas em situações extremas (LEISTER; RIESCO, 2013). Caso o parto apresentasse complicações e a parteira não conseguisse resolver o problema, era solicitada a presença do profissional médico para intervir. As parteiras eram muito comuns nesse período, elas atendiam as parturientes em domicílio ou em suas casas.

Nesse período os hospitais não eram considerados lugar adequado para que as mulheres dessem a luz. A transição do parto domiciliar para o hospitalar se deu no início da década de XX, seguido de mudanças não só no ambiente de nascimento, mas na mentalidade e comportamento das mulheres. Além disso, o acesso aos serviços públicos de saúde foi ampliado aumentando a aderência das parturientes a esse novo modelo de assistência. Esse fenômeno de hospitalização do parto no Brasil passou a ser rotineiro após a década de 60, quando houve a expansão da assistência hospitalar (LEISTER; RIESCO, 2013).

Para Mott (2004), pode-se então dizer que o modelo oficial de assistência ao parto que conhecemos hoje estava pronto e foi amplamente praticado a partir dos anos de 1970. Esse modelo assistencial passou a ser visto de um modo capitalista fazendo com que o número de intervenções no parto crescessem.

Nesse período, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, que foi uma das origens da epidemia de cesarianas. Para parar a tendência de aumento à escolha por esse tipo parto, em 1980, todos os partos passaram a receber igual forma de pagamento. Porém, essa taxa continuou subindo e, em 1992, 40,5% dos partos no Estado atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a cesarianas (LEISTER; RIESCO, 2013, p. 167).

O âmbito específico, o modelo de assistência ao parto constitui-se de elementos próprios, como o ambiente de atendimento, os profissionais responsáveis por este atendimento e o conjunto de práticas e procedimentos realizados na assistência (LEISTER; RIESCO, 2013).

Essa assistência ao trabalho de parto por muito tempo foi centrada em um modelo intervencionista, onde médicos interviam diretamente no processo parturitivo de modo a mudar o que se via como um processo natural e fisiológico. O uso indiscriminado de

intervenções, que em muitos casos não eram necessários, passaram a ser rotina na assistência as gestantes (BRASIL, 2017).

Diante disso ficou evidente que a atenção e assistência à mulher e a criança deveriam tomar novos rumos, visto que em muitos casos, as intervenções desnecessárias acabavam trazendo malefícios às parturientes de risco habitual. Surgiu a necessidade de fazer com que essas práticas hospitalares adotassem uma conduta mais humanizada e menos invasiva e que respeitasse os direitos da mulher (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

2.2 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Pensou-se então em criar uma política que englobasse todo um cuidado humanizado e que tentasse trazer de volta o sentido real do parto normal, como um processo fisiológico da mulher. A ideia de humanização vem sendo utilizada há alguns anos na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência.

Para Dias e Domingues (2005), no campo da assistência ao parto, às discussões sobre a humanização trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. A Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980 (WHO, 1985; 1986), tem trazido contribuições importantes para este debate ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção.

Com base nisso, na década de 1990, com o intuito de modificar o modelo até então enraizado na cultura hospitalar, foi iniciada a implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento. Segundo Dias e Domingues (2005) o conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. E nessa política:

Uma das estratégias adotadas foi a hierarquização da assistência ao parto, com a implantação da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus, onde a assistência a esses partos é prestada por profissionais não médicos. A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento. A entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, hoje ocupado

pelos médicos obstetras, tem provocado embates entre estas categorias, dificultando a implantação da política de humanização (DIAS; DOMINGUES, 2005, p.700).

2.3 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM AO PARTO

A assistência obstétrica no modelo colaborativo (MC) na assistência hospitalar significa a integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe, além de outros profissionais, como a doula. A enfermeira obstétrica assume a assistência das mulheres de risco habitual, assegurada à possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações. Ambos trabalham em estreita colaboração no atendimento às mulheres com alguma patologia:

A participação da enfermeira obstétrica/obstetrix pode favorecer o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico da parturição, mesmo para as mulheres que necessitam de atendimento de maior complexidade (VOGT; SILVA; DIAS, 2014, p. 305).

De acordo com a resolução do COFEN Nº 0516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências (COFEN, 2016).

Além disso, inclui a identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido; o acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta. Cabe também ao profissional Enfermeiro Obstetra e Obstetrixes, adotar práticas baseadas em evidências científicas tais como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família (COFEN, 2016).

Segundo Vogt, Silva e Dias (2014) existem evidências do potencial do atendimento autônomo da obstetrix ou enfermeira obstétrica (*midwife-led care*) na redução das

intervenções na assistência às mulheres de risco habitual, desde que os profissionais sejam devidamente qualificados e trabalhem com protocolos e diretrizes.

O modelo que vigora e que ainda é tradicional na assistência obstétrica no Brasil é centrado no Médico Obstetra e na atenção hospitalar. Apesar disso, o Ministério da Saúde incentiva a incorporação do Enfermeiro Obstetra nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, que caracterizam a assistência obstétrica no País (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Algumas dificuldades de se implantar um modelo de assistência ao parto de forma humanizada estão relacionadas a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

2.4 CONSULTA PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal adequada e iniciada precocemente é fundamental para a saúde materna e neonatal. São através das consultas que serão identificados possíveis situações de risco para o binômio mãe-feto, permitindo assim intervir em tempo oportuno, além de oportunizar ações de prevenção e promoção da saúde (FONSECA et al., 2014).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, traz como objetivo principal assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

Diante dessas considerações, para proporcionar uma assistência apropriada durante o pré-natal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) estabelece que a primeira consulta deve ocorrer até o 4º (quarto) mês de gestação, sendo preconizado que ocorra em sua totalidade 6 (seis) ou mais consultas durante o pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Enquanto que para as gestantes de alto risco, deve-se ter uma atenção redobrada, recomendando-se consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo.

2.5 DINÂMICA UTERINA

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), para ser considerado trabalho de parto estabelecido, deve haver contrações uterinas regulares, associado à dilatação cervical igual ou superior a 4 (quatro) cm.

Nessa perspectiva, Zugaib (2012), ressalta que:

As contrações uterinas se iniciam na parte superior do útero, local em que são mais intensas, e se propagam com intensidade decrescente pelo corpo do útero até atingir o segmento inferior (ZUGAIB, 2012, p. 348).

Para Montenegro (2014), essas contrações uterinas devem ser dolorosas, rítmicas, com no mínimo 2 (duas) em 10 minutos, que se estendem a todo o útero e têm duração de 50 a 60 segundos. Durante o período expulsivo essas contrações podem chegar a 5 (cinco) em 10 minutos, somando-se a contração voluntária da musculatura abdominal, também chamada de puxo, tendo como função principal facilitar a expulsão do feto (ZUGAIB, 2012).

2.6 BOLSA AMNIÓTICA

A placenta é um órgão específico da gestação, sendo formada a partir do quarto mês, com morfologia e estrutura definitivas, possuindo como funções promover as trocas gasosas materno-fetais, permitir o transporte de nutrientes ao feto e excreção de metabólitos, além de garantir a produção local de hormônios e enzimas. No momento do parto há fragmentação da decídua (endométrio modificado pela gravidez) permanecendo uma parte na mãe, enquanto que a parte aderida ao córion fica junto à placenta após seu secundamento (ZUGAIB, 2012).

A partir disso, pode ainda acontecer a rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), também denominada rotura da bolsa de águas, caracterizada como a rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica antes do início do trabalho de parto. Pode ocorrer antes de 37 semanas ou após, a primeira sendo definida como RPMO pré-termo, e a segunda respectivamente, no termo (ZUGAIB, 2012).

Com relação a isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) evidencia que:

Embora nas gestações a termo, a rotura das membranas ocorra na maioria dos casos durante o trabalho de parto, ela pode ocorrer até vários dias antes do início do mesmo, de 12 a 20% (BRASIL, 2001, p.41).

Diante dessas considerações, cabe destacar que a rotura prematura das membranas constitui um dos fatores para o aumento do limiar de dor durante o trabalho de parto, visto que se perde a função de reduzir o ambiente fetal contra traumas (GALLO et al., 2012).

O relatório de recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (CONITEC, 2016) ressalta que durante o primeiro período do parto, deve-se realizar o exame vaginal de 4 em 4 horas, se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta a solicitações, sendo feito após avaliação de perdas vaginais. Em casos de ruptura de membranas no termo, recomenda-se evitar o toque na ausência de contrações, visto que o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas.

Para Zugaib (2012), esse risco se dá devido à alteração da integridade da cavidade amniótica, de maneira que quando ocorre a rotura das membranas coriônica e amniótica, suas funções como barreira protetora que produz um ambiente estéril, são acometidas, causando deficiência principalmente no que diz respeito à flora bacteriana vaginal, que exerce funções essenciais para a proteção.

2.7 AMNIOTOMIA

Amniotomia é ruptura deliberada ou artificial de corioamniótico, realizadas digitalmente ou através de instrumentos chamados amniótomos como Beacham, ou utilizando cliques, tais como Kelly ou Koecher. É um procedimento simples que tem sido usado por muitos anos em pacientes que não foram em trabalho de parto, para induzir o parto, sozinha ou associada a outras drogas, como prostaglandinas e ocitocina (VENTURA; LAM-FIGUEROA, 2008).

Ruptura artificial de membranas é uma prática obstétrica que têm sido amplamente utilizada nas últimas décadas, e agora pode ser dito que é um dos procedimentos obstétricos mais comumente usados. Na última década, foram publicados relatos de vários ensaios randomizados comparando amniotomia rotina com uma tentativa de preservar as membranas. Cada um destes estudos fornecem informações sobre os efeitos da amniotomia na evolução do trabalho (SMYTH et al., 2007).

O uso ainda mais frequente da amniotomia em todas as modalidades de assistência sugere sua prática rotineira e contrária às evidências científicas. A aceleração do trabalho de parto, seja com ocitocina e/ou com a amniotomia, tem um papel fundamental na "cascata de intervenção" e sobre a redução da taxa de parto espontâneo. Também tem sido utilizada para aumentar a intensidade e frequência das contrações uterinas e, portanto, reduzir a duração de trabalho (VOGT et al., 2011).

Não foi demonstrado que o encurtamento do trabalho de parto tem um resultado clinicamente importante na mãe ou do feto. As evidências atuais não permitem uma recomendação generalizada sobre amniotomia rotineira. Pois não há um nível significativo de provas que sustentam uma redução no número de cesariana; pelo contrário, há observações demonstrando que aumentou (VENTURA; LAM-FIGUEROA, 2008).

De acordo com a literatura a amniotomia como indução do trabalho de parto, principalmente os considerados de risco habitual, tornou-se rotineiro e continua sendo um dos grandes desafios da Obstetrícia. Esses dados corroboram que no país ainda predomina a assistência tecnicista e altamente intervencionista, vistos os números altos de intervenções durante o processo parturitivo nos hospitais brasileiros (VOGT et al., 2014).

2.8 ADMINISTRAÇÃO DE OCITOCINA

Atualmente, a assistência ao trabalho de parto e parto tem sido objeto de medicalização, ao passo que a perda da autonomia da mulher durante o parto se relaciona com isto, visto que os profissionais geralmente não se propõem a pedir autorização antes de uma intervenção medicamentosa ou sequer explicam para a parturiente qual a finalidade de tal propósito e quais são seus riscos. Em consequência disto, é possível observar as dificuldades que as mulheres possuem em se sentir a vontade e participar das decisões que dizem respeito ao seu corpo, devido à falta de abertura que os profissionais dão para uma participação ativa sobre suas escolhas (BRASIL, 2001).

Como mecanismo para acelerar o trabalho de parto, a ocitocina tem sido empregada de forma indiscriminada para acelerar a dilatação cervical, causando contrações fortes e com poucos intervalos entre as mesmas, o que aumenta o limiar de dor da parturiente, ocasionando forte sensação de desconforto e aumentando seu cansaço, além de ter como consequências o seu potencial iatrogênico. A ocitocina é um hormônio hipofisário usado para aumentar as contrações rítmicas, Domingues (2016) ressalta os efeitos danosos para o binômio mãe-feto:

Na mulher a ocitocina eleva consideravelmente a dor, o estresse e o medo; no bebê a complicação mais frequente é o sofrimento fetal agudo, ocasionado pela redução da perfusão sanguínea trazido pelo intervalo curto entre as contrações (DOMINGUES, 2016; p. 9).

Convém ressaltar que a ocitocina não deve ser utilizada de rotina no manejo do trabalho de parto em mulheres de risco habitual. O uso rotineiro pode acarretar em possíveis problemas no trabalho de parto, como a própria movimentação da parturiente, devido ao

aumento da sensação dolorosa, podendo em casos mais graves determinar uma cesárea iatrogênica (MEDEIROS, 2016).

Diante deste contexto, é possível concluir que a utilização de ocitocina de rotina durante o trabalho de parto pode influenciar tanto para a parturiente quanto para o seu conceito, deixando-os também mais propícios a sofrer outros tipos de intervenções, devido já ter afetado diretamente o processo fisiológico. Assim sendo, fica clara a importância da adoção de boas práticas no parto e a necessidade de se adotar estratégias mais naturais possíveis, como o estímulo a produção da ocitocina endógena nas parturientes, visando diminuir a necessidade de utilização da ocitocina sintética, que pode trazer efeitos adversos à mãe e ao feto (DOMINGUES, 2016).

2.9 EPISIOTOMIA

A episiotomia é um processo cirúrgico no qual é executada uma incisão no períneo da mulher, no segundo período do parto, ou seja, momento da expulsão do feto. A palavra deriva do termo *Epision* que significa região pubiana. Esta técnica pode ser realizada com dois instrumentos cirúrgicos, a tesoura ou o bisturi. Após a episiotomia, procede-se a sutura local, denominada de episiorrafia (TORTORA; DERRICKSON, 2012).

Em algumas mulheres no processo parturitivo pode ocorrer lacerações do períneo, essas podem ser espontâneas ou pela episiotomia. Essas lacerações podem ser classificadas de acordo com o grau da lesão.

Quando acontecem lacerações que afetam pele e mucosa da vagina, são consideradas lacerações espontâneas, classificadas como de primeiro grau. As lacerações que chegam a atingir os músculos perineais, tornam-se lacerações de segundo grau. Já as que atingem o músculo esfíncter do ânus são as de terceiro grau. A episiotomia não só atinge a pele e mucosa, como secciona os músculos transversos superficial do períneo e o bulbo cavernoso (GARRETT; OSELAME; NEVES, 2016, p. 454).

O corte da episiotomia foi criado por Felding Ould em 1742 (século XVIII). Para ele a incisão da episiotomia só deveria acontecer se fosse extremamente necessária, em caso de dificuldades nos partos (TOMASSO et al., 2002). Entretanto, com o passar do tempo a prática da episiotomia foi se tornando um procedimento rotineiro durante a assistência ao processo do parto.

No início do século XX, depois que Joseph DeLee recomendou a todas as primíparas o uso da episiotomia e do fórceps de alívio em seu tratado intitulado “The Prophylactic Forceps Operation”. DeLee alegava que a mulher sofreria menos danos e esforços no parto, que sua musculatura

pélvica seria preservada, que o cérebro do bebê não sofreria pressões causadas pelo assoalho pélvico, preveniria o prolapso uterino e poderia até ter as condições virginais restabelecidas (GARRETT; OSELAME; NEVES, 2016, p. 454).

Somente na década de 1980 pesquisas levantaram dúvidas em relação ao processo rotineiro da episiotomia e sua eficácia conforme preconizava DeLee, ensaios clínicos randomizados e controlados evidenciaram fatos contrários aos dele (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Com o passar do tempo foi constatado inexistência da eficácia da episiotomia, bem como os riscos associados a ela, tais como edema, dor, infecção, hematoma e dispareunia. Para o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2001), a episiotomia é recomendada como uso seletivo. Estimativas apontam que entre 10% a 30% dos partos vaginais estariam em uma frequência ótima para esse uso, ainda aponta que alguns estudos apontam a episiotomia de rotina como uma forma de mutilação genital cometida pelas instituições de saúde e profissionais. Seu uso abusivo na área da saúde tem-se tornado uma forma de desrespeito aos direitos humanos, pois muitas mulheres desconhecem o uso da episiotomia como uma forma seletiva e não obrigatória.

Destaca-se que no Brasil, a quase totalidade dos partos é realizada em instituições hospitalares. Desta forma, a assistência ao parto realizada por profissionais capacitados é o fator mais importante para diminuição da mortalidade materna e complicações decorrentes. Ainda, apesar da elevada cobertura de pré-natal (98,7%) no Brasil, apenas 40% das mulheres afirma ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto (TESSER et al., 2015).

Nesse sentido, os profissionais devem ser baseados em princípios éticos e com o uso de procedimentos que tragam benefícios evitando intervenções desnecessárias e que garanta a autonomia e a privacidade, compartilhando as condutas a serem adotadas com a mulher e sua família (OLIVEIRA et al., 2016).

3.0 INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO DURANTE O PARTO NORMAL

As evidências científicas demonstram a influência da posição vertical em relação à horizontal como fator acelerador do período expulsivo no trabalho de parto, devido à ação da gravidade, além de contribuir para a realização da força, descida e expulsão do feto. São inúmeros os benefícios que a posição verticalizada pode oferecer, a saber: maior eficiência e

intensidade na força de contração uterina, redução do risco de compressão aorto-cava e consequente melhor oxigenação fetal na fase expulsiva do trabalho de parto, e aumento dos diâmetros pélvicos ântero-posterior e transversos nas posições de cócoras e ajoelhada (BARACHO et al., 2009).

Diante deste contexto, cabe destacar também a importância de dar autonomia para a mulher conduzir seu próprio processo de parto, e deixá-la escolher a posição que há de ser mais confortável, sendo uma forma de humanizar a assistência ao trabalho de parto e parto. Embora as evidências científicas demonstrem estes benefícios, ainda se observa a predominância da posição litotômica durante a fase expulsiva do trabalho de parto, deixando evidenciado que as práticas preconizadas muitas vezes não são seguidas (SILVA; LEÃO; CRUZ et al., 2016).

Com a medicalização do parto, a posição litotômica passou a ser a mais utilizada, tornando-se clássica, o que favorece a comodidade tanto do profissional que assiste a parturiente, quanto para a realização de procedimentos. Entretanto, as evidências revelam que esta posição foi adotada sem avaliar sua real efetividade. Dentre os aspectos que a posição litotômica pode influenciar, além do prolongamento do período expulsivo, cabe destacar o aumento do limiar de dor, o número de operações cesarianas, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetais (BCF), relaciona-se também ao aumento do número de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea maior que 500 ml (GAYESKI et al., 2009).

Nessa perspectiva, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, destacam que:

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2017; p. 25).

Desta forma, ao impor que a mulher fique em posição horizontal, não dando orientações quanto a possibilidades de utilizar outros tipos de posição existentes, contribui não só para a limitação da parturiente, como para que o período expulsivo seja mais prolongado, refletindo no aumento do seu limiar de dor e cansaço, podendo acarretar em possíveis intervenções obstétricas, como o uso de ocitocina e episiotomia. Então torna-se necessário a constante atualização dos profissionais diante destas temáticas para prestar uma assistência pautada em benefícios para a mulher, orientando-as quanto suas opções, as vantagens e desvantagens de cada posição.

3.1 COLO UTERINO E DILATAÇÃO CERVICAL

Durante o processo de parturição ocorrem alterações no colo uterino, que compreende o conjunto de fenômenos fisiológicos que conduz a dilatação cervical. Para Prata (2015) a parturição divide-se em 4 períodos: dilatatório, expulsivo; dequitação e Greenberg. O período de dilatação é dividido em duas fases, sendo a fase latente é a fase inicial do trabalho de parto e mais lenta deste período, e culmina com a dilatação do colo até os 3 cm, porém é variável de uma mulher para outra. A fase latente estende-se desde o início das contrações uterinas regulares até o início da fase ativa. Segundo as diretrizes há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm (BRASIL, 2017).

No que se trata das condições do colo uterino, a avaliação deve ser feita pelo índice de Bishop, método clínico de uso universal (FEBRASCO, 2010). Cunningham et al. (2005) consideram como colo maduro aquele dilatado para 2 cm, apagado em 80%, com apresentação em -1 De Lee, de consistência macia e de posição central em relação ao eixo da vagina, características de sucesso para a indução (o que corresponde a Bishop = 9). Infelizmente, as pacientes com indicação de indução do parto frequentemente apresentam-se com colo imaturo e, à medida que o índice de Bishop diminui, reduz-se a taxa de êxito da indução.

Entretanto, segundo novos parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde - OMS, o primeiro estágio latente período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até 5 cm. O primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de eliminação cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa (WHO, 2018).

Ainda para a OMS, evidências mostram variações importantes na distribuição dos padrões de dilatação cervical entre mulheres sem fatores de risco para complicações, com muitas mulheres experimentando progressão mais lenta que 1 cm /hora para a maior parte de seus trabalhos e ainda alcançar o parto vaginal com resultados normais de parto. Uma taxa de dilatação cervical mínima de 1 cm / hora em todo o primeiro estágio é irrealisticamente rápido para algumas mulheres e é, portanto, recomendado para identificação da progressão normal do trabalho de parto. Uma taxa de dilatação cervical inferior a 1 cm / hora por si só não ser uma indicação de rotina para intervenção obstétrica (WHO, 2018).

Segundo Cunha (2010), o trabalho de parto iniciado espontaneamente deve ser considerado como síndrome composta pelos seguintes elementos: apagamento do colo, dilatação cervical, formação da bolsa das águas, emissão de mucosidades e contrações uterinas. O apagamento do colo é tempo preliminar da dilatação nas primíparas e concomitante nas múltiparas, seguido da dilatação por efeito das contrações uterina. Qualquer método que pretenda induzir o parto deveria levar em consideração esses parâmetros. O estado do colo uterino é fundamental para a indução e a evolução do trabalho de parto.

3.2 PLANO DELEE

A altura da apresentação é expressa pela distância entre o ponto mais baixo da apresentação fetal com os planos da pelve materna. Os planos da pelve materna são representados por linhas imaginárias usadas com o objetivo de facilitar a avaliação da progressão do trabalho de parto. Em geral, é expressa pela distância entre o ponto de apresentação fetal e o plano imaginário das espinhas ciáticas. Esses pontos no critério DeLee variam de - 1 (menos um) até - 5 (menos cinco), 0 (zero) e +1 (mais um) a + 5 (mais cinco). O plano zero DELEE corresponde, aproximadamente, ao plano III de HODGE. Na prática da clínica obstétrica, os dois planos adotados para a avaliação são os planos DeLee e Hodge (ARAÚJO, 2012).

Ressalta-se que a altura da apresentação deve ser determinada quando o trabalho de parto começa e, assim, o ritmo da descida do feto durante o trabalho de parto pode ser precisamente determinado. O nascimento é iminente quando a parte apresentada está de +4 a +5 cm (LOWDERMILK, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental, transversal, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa.

A pesquisa documental tem como características para Lakatos e Marconi (2003) a fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois, sendo pertencentes a arquivos públicos, particulares e fontes estatísticas.

Para Hochman et al. (2005), o modelo transversal apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, observando-se nos integrantes da amostra a presença ou ausência da exposição e do efeito, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo. Quanto ao estudo retrospectivo, realiza-se a partir de registros do passado, e segue adiante a partir daquele momento até o presente.

Marconi e Lakatos (2008), afirma que a pesquisa descritiva tem como finalidade descrever características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado.

Segundo Mattar (2001), a pesquisa quantitativa busca a validação das hipóteses mediante a utilização de dados estruturados, estatísticos, com análise de um grande número de casos representativos, recomendando um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza os resultados da amostra para os interessados.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Departamento de Arquivo de Prontuários (DAME) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA.

A FSCMPA tem como missão prestar uma assistência à saúde da Mulher e da Criança, de forma humanizada e com qualidade, atuando como hospital geral e de ensino e pesquisa, articulada com as políticas públicas; dentre seus valores organizacionais, a humanização encontra-se presente. A Política Nacional de Humanização - PNH, ou Humaniza SUS, foi instituída na FSCMPA em setembro de 2008, criada com base no desejo da gestão em implementar os princípios e diretrizes da PNH nos diversos serviços ofertados pela Santa

Casa, considerando especialmente, a valorização das ações existentes, as quais podemos destacar: reformas de espaços físicos, priorizando a melhoria da ambiência; aquisição de equipamentos, móveis e utensílios. Com base nestas ações e dando enfoque para a pesquisa, cabe destacar também que suas ações exitosas, visam o parto humanizado, ou seja, almeja a melhoria das práticas do cuidar, estando comprometido com a ética, respeito, diálogo e o fomento da autonomia dos usuários (AGÊNCIA PARÁ, 2017).

Dando destaque para a Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, principal prédio da Santa Casa de Misericórdia do Pará, inaugurada no dia 16 de setembro de 2013, oferece atendimento de urgência e emergência obstétrica, com 406 leitos, distribuídos entre a UTI neonatal (62 leitos), UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) neonatal (80), maternidade (157), pediatria (71), UTI materna (10), UTI pediátrica (10) e ginecologia (16). O setor Obstétrico funciona 24 horas para procedimentos de urgência e emergência de Ginecologia e Obstetrícia, com sala de triagem, onde as clientes passam primeiramente com o Enfermeiro(a) Obstetra para classificação de risco para que em seguida sejam consultadas pelo Médico Ginecologista e Obstetra e assim direcionadas de acordo com suas necessidades. O atendimento é realizado tanto para demanda espontânea quanto para referenciada, podendo resultar em simples orientação, consultas, observação clínica de até 12 horas ou até internação. Em caso de parturientes, a internação é realizada com 4 cm de dilatação cervical. A maternidade dispõe de centro cirúrgico próprio para Cesariana e PPP (pré-parto, parto e pós-parto) para partos normais, com capacidade de 10 leitos. Cabe destacar que pela FSCMPA possuir incorporação de práticas humanizadas, o PPP conta com a disponibilidade de métodos para auxiliar durante o trabalho de parto, como: barra de Ling, bola de Bobath e banquetta (AGÊNCIA PARÁ, 2014).

3.3 FONTE DE INFORMAÇÃO

Fizeram parte desse estudo os prontuários de puérperas de parto normal com risco obstétrico habitual, atendidas na maternidade sede do estudo no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016.

Para a seleção do período da amostra, visou-se a inauguração do novo prédio da instituição FSCMPA: a Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, ocorrido no dia 16 de setembro de 2013 e os dois últimos anos para a geração de dados atuais sobre o assunto no Estado do Pará.

A amostragem foi probabilística, sendo o tamanho da amostra obtido pela fórmula para cálculo de proporções em populações finitas, com base na média de partos normais ocorridos nos últimos dois anos, selecionados por amostragem aleatória simples.

Para Lakatos e Marconi (2003), o processo de amostragem probabilística consiste:

Na escolha aleatória dos pesquisadores, significando o aleatório que a seleção se faz de forma que cada membro da população tinha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta maneira permite a utilização de tratamento estatístico, que possibilita compensar erros amostrais e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra (LAKATOS; MARCONI, 2003; p.224).

Segundo dados do Setor de Estatística da FSCMPA, nos anos de 2015 e 2016 ocorreram 3260 partos normais na instituição. Para o cálculo da amostra foi utilizada a fórmula para populações limitadas (finitas) descrita por Fontelles (2010), exemplificada abaixo, considerando-se erro relativo tolerável de cinco pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%, obtendo-se um tamanho amostral estimado de 357 prontuários de puérperas de parto normal.

Sendo: n_0 primeiro valor aproximado do tamanho amostral, N é o tamanho da população estudada e E_0 o erro amostral (margem de erro).

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}, \text{ onde } n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

$$N = 3260;$$

$$n_0 = 400;$$

$$E_0 = 0,05$$

Com isso, chegou-se ao $n = 357$ prontuários a serem pesquisados.

Porém, para que houvesse um número de prontuários pesquisados com valor igual nos dois anos, foram analisados 358 prontuários, para obter um número exato de 179 para cada ano.

Foram incluídos no estudo prontuários de puérperas de parto normal, consideradas de risco habitual obstétrico, seguindo-se os seguintes critérios: idade gestacional entre 37 e 41 semanas, gestação única, apresentação cefálica, ausência de intercorrências na gravidez e morbidades e início de trabalho de parto espontâneo.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado formulário estruturado, pré-elaborado (APÊNDICE A), com base nas informações em prontuário para investigação dos registros da assistência no trabalho de parto e parto.

As variáveis estudadas foram relacionadas às características sociodemográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, profissão/ocupação, número de consultas pré-natal), condições obstétricas na internação (dinâmica uterina, dilatação cervical, estado das membranas ovulares) e intervenções durante o trabalho de parto e parto (tipo de rotura das membranas, uso de ocitocina, episiotomia, posição ao parir). Visou-se excluir qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e parto.

Para otimizar o tempo na seleção de prontuários que se enquadravam nos critérios de seleção do estudo, solicitou-se do setor de estatística do local do estudo a relação de prontuários a serem pré-selecionados, como: tipo de parto (parto normal), o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), no qual foi possível selecionar prontuários de parto espontâneo cefálico (O800) e o ano correspondente ao estudo. A partir desta filtragem foram encaminhados os números de registros, para que de forma aleatória, o Departamento de Arquivo de Prontuários (DAME) selecionasse os prontuários que fariam parte da coleta de dados.

3.5 ANÁLISE DA COLETA DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados em programa computacional Windows Excell versão 2010 e analisados através de estatística descritiva, por meio de número absoluto e relativo. Para analisar a relação do tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções, a posição de parir e a ocorrência de lacerações no canal do parto, bem como o índice de intervenções e a categoria profissional que as realizou, foi utilizado o Teste estatístico G Williams, do programa Bioestat versão 5.0, levando em consideração um $p < 0,05$.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo obedeceu aos critérios éticos de pesquisa desenvolvida com seres humanos, estabelecidos pela Comissão Nacional de Pesquisa – CONEP, contidos na Resolução 466/2012.

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sendo aprovados através dos pareceres 2.248.959 e 2.306.232, respectivamente.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

3.7.1 Riscos

Devido à pesquisa ser de natureza documental, sendo a fonte da coleta de dados os prontuários das clientes, teve como riscos a quebra de sigilo, anonimato e danificação do material. Entretanto, para evitar os riscos, as pesquisadoras se comprometeram em não divulgar e identificar o nome das clientes, nem informações sigilosas, além disso, para evitar danos ao material, a coleta foi realizada no mesmo local de armazenamento dos documentos, evitando-se o uso de alimentos e bebidas na sua manipulação. Para os pesquisadores houve o risco de encontrar prontuários com informações incompletas ou com letras ilegíveis.

3.7.2 Benefícios

A pesquisa contribuirá na qualidade da assistência prestada e terá com os seus resultados os benefícios de enriquecimento de dados de extrema relevância tanto para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, quanto para os profissionais da saúde, mais especificamente Médicos, Enfermeiros Obstetras e Obstetizes, proporcionando uma amostra importante para relacionar se a assistência ao trabalho de parto e parto encontra-se seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, identificando se as suas práticas são baseadas em evidências científicas, e permitindo também a autoavaliação destes profissionais.

Os benefícios para as pesquisadoras e para a comunidade acadêmica serão o maior conhecimento sobre a realidade em relação à atuação dos profissionais (Médicos e Enfermeiros Obstetras) da Maternidade referência do Pará, se sua atuação profissional se adéqua a missão da FSCMPA e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo foram analisados 358 prontuários de parturientes de risco obstétrico habitual atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de 2015 a 2016.

Em relação às características sócio-demográficas, observou-se que, quanto à idade, a maioria se enquadrava na faixa etária de menor de 19 a 25 anos (47,8%). Quanto à escolaridade notou-se que a maior parte possui o ensino fundamental incompleto, sendo 36,3%. Sobre o estado civil, a grande maioria considera-se em união estável (64,8%). Com relação à profissão constatou-se que mais da metade das mulheres ocupam-se de atividades “do lar” (71,2%). Acerca da procedência, verificou-se que entre as mulheres que dão entrada na FSCMPA, um pouco mais da metade são da região metropolitana de Belém, cerca de 51,4%, sendo o restante de procedência de outros municípios do estado, (48,3%). Dados que podemos observar na tabela 01.

Tabela 01 – Descrição das características sociodemográficas de parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Variável	Descrição	n	FR(%)
Faixa Etária	15 a 18 anos	111	31,0
	19 a 25 anos	171	47,8
	26 a 35 anos	76	21,2
	Sem Informação	0	0
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	130	36,3
	Ensino Fundamental Completo	37	10,3
	Ensino Médio Incompleto	89	24,8
	Ensino Médio Completo	86	24,0
	Ensino Superior Incompleto	7	1,9
	Ensino Superior Completo	6	1,6
	Sem Informação	3	0,8
Estado Civil	Solteira	103	28,7
	Casada	18	5,0
	Divorciada	0	0
	União estável	232	64,8
	Viúva	0	0
	Sem Informação	5	1,4
Profissão	Do lar	255	71,2
	Exerce atividade remunerada	58	16,2
	Estudante	38	10,6
	Desempregada	0	0
	Sem informação	7	1,9

Variável	Descrição	n	FR(%)
Procedência	Belém	184	51,4
	Outros Municípios	173	48,3
	Outro Estado	1	0,2
	Sem Informação	0	0
Total		358	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Sobre as características sócio-demográficas, especificamente, quanto à faixa etária, o Ministério da Saúde (2014a), afirma que cada vez mais brasileiras estão esperando chegar até os 30 anos ou mais para ter o primeiro filho, principalmente as que possuem mais anos de estudo. Segundo pesquisa, o percentual de mães na faixa etária de 30 anos cresceu na última década, passando de 22,5% em 2000 para 30,2% em 2012. Já o número de mulheres com menos de 19 anos que tiveram filhos caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período, dados esses que divergem do encontrado nesse estudo, visto que quase metade das participantes tinha menos que 25 anos de idade. Verificou-se, ainda, que a faixa etária de 15 a 18 anos possui um número significativo de parturientes. Frente a isso, pode-se relacionar à questão da escolaridade, visto que, observou-se ser mais frequente nas mulheres de mais baixa escolaridade.

Segundo o Ministério da Saúde, quanto maior a escolaridade, maior a idade da mãe no momento do parto, sobretudo as primíparas. Para ele, entre aquelas com níveis mais elevados de escolaridade (12 anos ou mais de estudos), o nascimento do primeiro filho acontece com elevada frequência após a mãe completar 30 anos ou mais de idade (45,1%). Já entre as com menor escolaridade, com até 3 anos de estudo (51,4%) ou com 4 a 7 anos de estudo (69,4%), mais da metade foram mães com menos de 20 anos, de acordo com o estudo realizado pelo MS (BRASIL, 2014a).

Corroborando com este estudo, o número de parturientes com baixo nível de escolaridade foi expressivo. Dessas, cerca de 36,3%, possuíam o ensino fundamental incompleto, e outra grande parte, 24,8%, o ensino médio completo. Quanto ao estado civil, a maioria das parturientes, 64,8%, informou união estável. Sobre a profissão ocupada pelas parturientes, 71,2% destas, informou ser do lar. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), ao se comparar o índice de desemprego de 2010 com o mesmo período em 2009, houve uma queda de 12,1%, o que reafirma o percentual elevado de puérperas com emprego fixo no momento da entrevista. Segundo um estudo realizado por Berquó e Cavenaghi (2004) essas variáveis como faixa etária, nível de escolaridade e ocupação influem na questão de fecundidade no Brasil.

No que diz respeito à procedência, verificou-se que as mulheres assistidas foram procedentes de Belém (51,4%) e 48,3% de outros municípios. Ressalta-se que a FSCMPA, é uma maternidade referência de alto risco obstétrico no Estado do Pará, pública e porta aberta, onde abrange demanda do Pará e, por vezes, de outras localidades/estados como Maranhão.

A tabela 02 apresenta as condições clínico-obstétricas das participantes do estudo e identificou-se que, quanto à realização de consultas de pré-natal, pouco mais da metade (50,5%) compareceu a 6 (seis) ou mais, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação à média de dinâmica uterina no momento da internação em sala de parto, observou-se que 55,5% apresentou dinâmica caracterizada como forte, a maioria (59,4%) apresentava bolsa amniótica íntegra, a grande maioria (99,7%) com colo uterino pérvio, dilatação cervical ≥ 4 cm (97,4%), estando em trabalho de parto estabelecido, mostrando-se de acordo com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde. No que diz respeito ao Plano De Lee, 33,7% internaram com apresentação entre - 3 a -1.

Tabela 02 – Descrição das condições clínico-obstétricas de parturientes atendidas na FSCMPA ao internar no PPP, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Variável	Descrição	N	FR (%)
Consultas de Pré-Natal	< 6 Consultas	154	43,0
	≥ 6 Consultas	181	50,5
	Não Realizou Pré-Natal	14	3,9
	Sem Informação	9	2,5
Média Dinâmica Uterina	Fraca	41	11,4
	Moderada	90	25,1
	Forte	199	55,5
	Negativa	9	2,5
	Sem Informação	19	5,3
Bolsa Amniótica	Íntegra	213	59,4
	Rota	127	35,4
	Sem Informação	18	5,0
Colo Uterino	Pérvio	357	99,7
	Impérvio	1	0,2
Dilatação Cervical	≤ 3 cm	9	2,5
	≥ 4 cm	349	97,4
Plano De Lee	AM	6	1,6
	- 3 a -1	121	33,7
	0	63	17,5
	+ 1 a + 3	61	17,0
	Período Expulsivo	31	8,6
	Sem Informação	76	21,2
Total		358	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o número ideal de consultas de pré-natal ainda é controverso, porém em publicação no Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, afirma que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como preconizado a realização de 6 (seis) ou mais consultas durante a gestação. Enfatiza, ainda, que caso isso não ocorra, sendo garantida uma assistência adequada e qualificada em cada consulta, com ênfase nas necessidades reais, não resulta em aumento de resultados perinatais negativos em gestantes de risco habitual.

O pré-natal é o momento onde deve ocorrer a preparação para a maternidade devendo ser oferecida uma assistência adequada pela equipe multiprofissional, tendo como objetivo a detecção precoce de situações de risco. Esta detecção precoce tem relação direta com fatores determinantes na constituição de indicadores de saúde relacionados à diminuição da mortalidade materna por causas evitáveis (SANTOS et al., 2015).

Entretanto, neste estudo é válido ressaltar que um pequeno grupo não realizou pré-natal. Sobre isso Rosa, Silveira e Costa (2014) afirmam que a privação dessas consultas pode causar gestações prematuras, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e óbitos maternos e infantis por afecções no período perinatal e pós-natal. Foi demonstrada também a acentuada relação com a baixa escolaridade, considerada um dos principais fatores associados a não utilização dos serviços de saúde de modo geral. Já a maior escolaridade contribui para a realização de pré-natal mesmo em classes econômicas desfavorecidas, visto que o conhecimento da importância do acompanhamento neste período é um fator determinante.

Segundo o estudo de Santos et al. (2015) a não realização do pré-natal pode ocorrer devido a dificuldade de acesso, conseqüentemente como o início tardio do pré-natal ou na não realização do mesmo. Evidenciou-se ainda que:

A dificuldade de captação precoce das gestantes também se repete em outros municípios, pois conforme estudo realizado em Petrolina (Pernambuco) identificou-se que 33,3% das gestantes iniciaram as consultas de pré-natal no primeiro trimestre gestacional e 61,1% iniciaram no segundo trimestre. Tal fato confirma a necessidade e a importância da captação precoce das gestantes (SANTOS et al., 2015, p. 631).

Observou-se que a maioria das mulheres deram entrada no PPP com bolsa amniótica íntegra. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), demonstram que amniotomia precoce não deve ser realizada de rotina, seja ela associada à infusão intravenosa de ocitocina ou não, em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. Para Reis et al. (2015), esta intervenção clínica em gestante de risco

habitual deve ter motivo real e ser justificada, dada a importância de sua autonomia e dignidade durante o trabalho de parto, que pode acarretar em impacto negativo em sua experiência de parto.

Vogt et al. (2014) reafirma que deve haver indicação, assim como outras intervenções, devido ao aumento das contrações, conseqüentemente o aumento da dor durante o trabalho de parto, contribuindo também para uma seqüência de outras intervenções, desencadeando uma cascata, que poderia ser evitada desde o princípio.

Os resultados deste estudo quanto à dilatação cervical maior ou igual a 4 cm e dinâmica uterina caracterizada como forte, demonstram que o mesmo apresentam-se em consonância com o preconizado pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) que considera como momento oportuno para admissão e abertura do partograma quando a mulher apresenta contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.

No que diz respeito ao período de internação em sala de parto, a admissão precoce na fase latente do trabalho de parto (dilatação < 4 cm), deve ser evitada por constituir um fator predisponente para a realização de intervenções e a realização de cirurgia cesariana. Entende-se que quanto mais tarde for realizada a admissão menor a possibilidade de haver intervenções, devido ao período que a parturiente se encontrará no ambiente hospitalar. Fator que pode ser determinante nesta internação precoce é a dificuldade de acesso ao serviço (REIS et al., 2015).

Quanto à dinâmica uterina, Schneck e Riesco (2006), considera sua avaliação como uma tecnologia não invasiva e de fundamental importância durante o trabalho de parto, que em conjunto com a observação geral da parturiente, é benéfica para evitar procedimentos desnecessários. Revela, ainda, em sua pesquisa resultados semelhantes a este estudo:

Pode-se considerar que a maioria das mulheres foi internada no início da fase ativa, com dinâmica uterina presente, dilatação cervical média de 4,9 cm e gestação a termo. Vale observar que internação nessas condições é oportuna, pois na fase ativa a dilatação ocorre com maior velocidade e o monitoramento do bem-estar materno e fetal deve ser intensificado (SCHNECK; RIESCO, 2006; p.244).

No que se refere à altura da apresentação, Montenegro (2014) considera que ao iniciar o trabalho de parto ou nos dias que precedem o mesmo, a relação com a pelve materna distinguem-se em graus evolutivos da altura da apresentação, sendo elas: alta e móvel, ajustada, fixa e insinuada.

Para manter uma comunicação em comum com a equipe, utiliza-se o critério de DeLee, como empregado no modelo de partograma adotado pela instituição do estudo, para expressar a altura da apresentação durante o trabalho de parto. O plano de referência “0” (zero) é representado pelo diâmetro biespinha ciática ou linha interespinhosa. No momento que a parte baixa da apresentação estiver a 1 cm acima do plano “0”, a altura é expressa como “-1” (menos um) e assim sucessivamente até “-5”(menos cinco). Quando a parte mais baixa da apresentação ultrapassar de 1 cm o plano “0”, sua altura será de “+1” (mais um) até “+5”(mais cinco) sequencialmente (MONTENEGRO, 2014).

Em relação à frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, constatou-se que, quanto à rotura das membranas, a grande maioria foi espontânea, cerca de 93,3%, como podemos observar na tabela 03.

A tabela 03 demonstra, também, que o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e parto teve predominância de 64,2% e a realização de episiotomia ocorreu em 13,7%. Além disso, observou-se que a assistência durante o trabalho de parto e parto sem intervenção ocorreu em 28,2% dos prontuários estudados.

Tabela 03 – Descrição da frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Variável	Descrição	N	FR (%)
Rotura de Membranas Artificial	Sim	22	6,1
	Não	334	93,3
	Sem Informação	2	0,5
Ocitocina	Sim	230	64,2
	Não	125	34,9
	Sem Informação	3	0,8
Episiotomia	Sim	60	16,7
	Não	298	83,2
Total		358	100,0

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Segundo um ensaio realizado por Cunha (2010), a prática da amniotomia começa com sua contestação principalmente por duas razões: o tempo que pode demorar para desencadear o trabalho de parto e o risco de infecção uterina dependem do tempo de rotura das membranas. Nesse estudo, a amniotomia isolada foi objeto de dois ensaios, incluindo 50 e 260 mulheres. Não foi possível tirar conclusão da comparação entre a amniotomia isolada versus a falta de intervenção e a amniotomia isolada versus prostaglandina intracervical.

O ensaio comparou a amniotomia isolada e a prostaglandina intravaginal em pacientes com colo favorável e encontrou um aumento significativo na necessidade de complementação com ocitocina no grupo da amniotomia isolada. Essa revisão concluiu que faltam dados sobre o real valor da amniotomia isoladamente como método de indução do parto, ainda mais quando já dispomos de agentes farmacológicos que não apresentam os mesmos inconvenientes. Faltam dados sobre a efetividade e a segurança da associação da amniotomia e ocitocina intravenosa, não sendo possível, portanto, fazer recomendação clínica (CUNHA, 2010).

Segundo a OMS o uso de amniotomia de rotina sozinha para a prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado. Além disso, a amniotomia precoce com o aumento de ocitocina para a prevenção de atraso no trabalho de parto também não é recomendado (WHO, 2018).

Cabe ressaltar que a comparação feita nesse estudo demonstrou que a amniotomia geralmente é associada a outro método de indução como a ocitocina, por esse motivo deve-se analisar sua real eficácia. Comparando ao nosso estudo, a quantidade de parturientes que sofreram amniotomia durante o processo de trabalho de parto e parto foi um número relativamente baixo em relação à amostra total.

Com relação à infusão de ocitocina com a intenção de acelerar o progresso do trabalho de parto, está entre os procedimentos mais realizados na prática obstétrica. Cunha (2010) diz que a ocitocina para indução do parto tem sido usada isoladamente ou associada a outros métodos farmacológicos ou não farmacológicos. A ocitocina é frequentemente utilizada na prática obstétrica moderna, para aumentar a atividade uterina quando ocorre uma falha no trabalho de parto, com o objetivo de permitir que o processo de parto progrida para um parto vaginal (HIDALGO-LOPEZOSA et al., 2016).

No mesmo estudo Cunha (2010) traz que a comparação da ocitocina isolada com a prostaglandina intravaginal ou intracervical mostrou que a prostaglandina tem mais benefício do que a ocitocina isolada. Entretanto, em parturientes com bolsa rota, ambas as intervenções provavelmente são igualmente eficazes, tendo vantagens e desvantagens, e em relação a pacientes com bolsa íntegra não há informação suficiente para fazer uma recomendação.

Em conformidade com os resultados de Hidalgo-Lopezosa et al. (2016), outros autores concluíram que a utilização de ocitocina não reduz as taxas de cesariana (ZHANG et al., 2011) outros ainda concluíram que ela causa um aumento (RABA; BARAN, 2009). Em outro estudo, os autores concluíram que a estimulação com ocitocina aumentava a probabilidade de cesarianas (INDRACCOLO et al., 2010).

Segundo as novas recomendações do OMS, o parto não pode acelerar naturalmente até uma dilatação cervical limiar de 5 cm é atingido. Portanto, o uso de medicamentos intervenções para acelerar o parto e nascimento (como o aumento da ocitocina ou cesárea) antes que este limiar não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam reconfortantes. Estas recomendações visam prevenir os efeitos adversos maternos e perinatais iatrogênicos minimizar intervenções médicas desnecessárias e melhorar a experiência do parto materno (WHO, 2018).

Diante disso, e comparando-se com o que é preconizado pela OMS na sua mais nova atualização, a infusão de ocitocina em parturientes internadas no período em estudo foi bem expressivo, apesar de a FSCMPA ter seu protocolo o atendimento baseado nas diretrizes da humanização e com menor número possível de intervenções.

Quanto à realização de episiotomia, Cruz e Barros (2010), afirmam que no momento do período expulsivo não há necessidade para tal, visto que o relaxamento espontâneo das estruturas perineais maternas, a posição escolhida pela parturiente e a condução do parto de maneira adequada, propiciam a saída fetal de uma maneira mais tranquila, menos dolorosa e com menores chances de lesões perineais.

Entretanto, na atualidade as taxas de episiotomia seguem altas em todo o mundo e variam de 9,7% (Norte da Europa - Suécia) a 96,2% (América do Sul - Equador), com taxas mais baixas em países de língua inglesa (América do Norte - Canadá: 23,8% e Estados Unidos: 32,7%) e em muitos países (América do Sul - Brasil: 94,2%, África do Sul: 63,3% e Ásia - China: 82%), permanecem elevadas (BASTON; HALL, 2011).

Uma revisão Cochrane, Carroli e Mignini (2012) avaliaram os efeitos do uso da episiotomia restritiva em comparação com a de rotina durante o parto vaginal, e concluiu que o uso restritivo parece ter uma série de benefícios em comparação com a prática rotineira, tais como: menor trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menores complicações, mas houve um aumento no risco de trauma perineal anterior espontâneo.

Santos e Santos (2016) após a análise de vários artigos observaram que, no Brasil, a taxa de episiotomia é elevada, ultrapassando a recomendação da OMS, que é em torno de 10%, como demonstrado no presente estudo.

No entanto, o estudo de Leal et al. (2014) aponta que 56,1% dos partos vaginais realizados no Brasil são com episiotomia, demonstrando resultado bem acima do encontrado em nosso estudo. Os fatores relacionados com a prática da episiotomia mais analisados pelos estudos brasileiros foram: condições maternas, condições fetais e condições assistenciais (SANTOS; SANTOS, 2016).

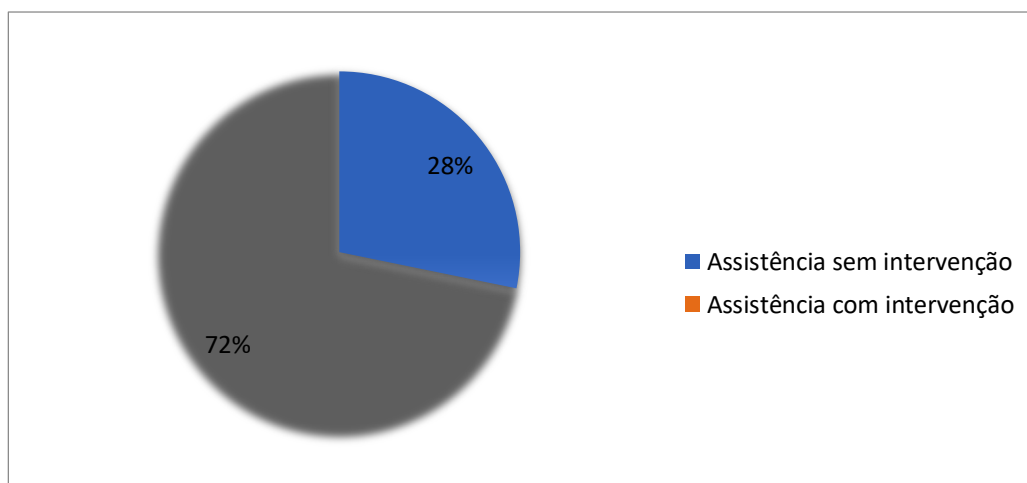
Para Carvalho et al. (2010) em uma revisão sistemática não há, na literatura, a recomendação de abolir a episiotomia de uma forma geral, mas de restringi-la às pacientes com relação ao custo-benefício evidentes.

A OMS sobre a política de episiotomia em sua última atualização diz que o uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para as mulheres com parto vaginal espontâneo (WHO, 2018).

Tendo em vista vários estudos, revisão e as recomendações da OMS, ressalta-se a importância da real indicação da episiotomia por todos os profissionais que assistem ao parto. Visto que, em muitos casos essa intervenção de rotina pode causar danos imensuráveis para a mulher.

Levando-se em consideração alguns procedimentos, como amniotomia, indução com ocitocina endovenosa e episiotomia ou qualquer outra intervenção durante o trabalho de parto que não esteja nas diretrizes ou recomendações do Ministério da Saúde, o presente estudo utilizou a classificação da assistência em sem intervenção e com intervenção. Portanto, a maioria dos partos assistidos (71,8%) foram com intervenções e apenas 28,2% sem intervenções, como podemos observar no gráfico 01.

Gráfico 01 – Comparação do tipo de assistência e a realização de intervenções durante o trabalho de parto e parto em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.



Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Ressalta-se que a instituição sede deste estudo é referência em alto risco obstétrico, podendo haver indicação na realização de intervenções em alguns momentos, além disso, é classificado como hospital escola, onde atuam diversos acadêmicos e profissionais residentes, enfermeiros e médicos, o que pode ter relação com o aumento do número de intervenções.

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que buscam fomentar as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, sendo estas embasadas e firmadas em comprovações científicas que ratificam que o parto é um fenômeno fisiológico que não precisa de controle ou intervenção, mas sim de cuidados e acompanhamento, o modelo de atenção ao parto normal, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

Para Fernandes et al. (2015), medicalização abusiva no processo de parto e de nascimento também é uma tendência crescente e tem mostrado seu alcance na cultura e nas práticas cotidianas dos indivíduos.

Embora na atualidade esteja disponível arsenal muito mais amplo de alternativas de métodos de preparo cervical e indução do trabalho de parto, além de conhecimentos baseados em evidências científicas, tais procedimentos devem, sim, ser seriamente cogitados na atenção obstétrica como alternativa para a resolução do parto. Entretanto, devem ser empregado único e exclusivamente quando realmente é necessário que o parto ocorra antes de se desencadear espontaneamente, quando haja indicação clínica e/ou obstétrica para isso (FILHO et al., 2005).

A Organização Mundial da Saúde ressaltou a necessidade de rever o modelo biomédico de assistência durante a gravidez e o parto, caracterizado por um elevado intervencionismo e uma medicalização excessiva em países desenvolvidos. Em suas recomendações sobre o cuidado no parto normal, considerou inadequadas certas práticas e intervenções, tais como a amniotomia ou a ruptura artificial precoce da bolsa amniótica e o uso banal de ocitocina, entre outras (HIDALGO-LOPEZOSA et al., 2016).

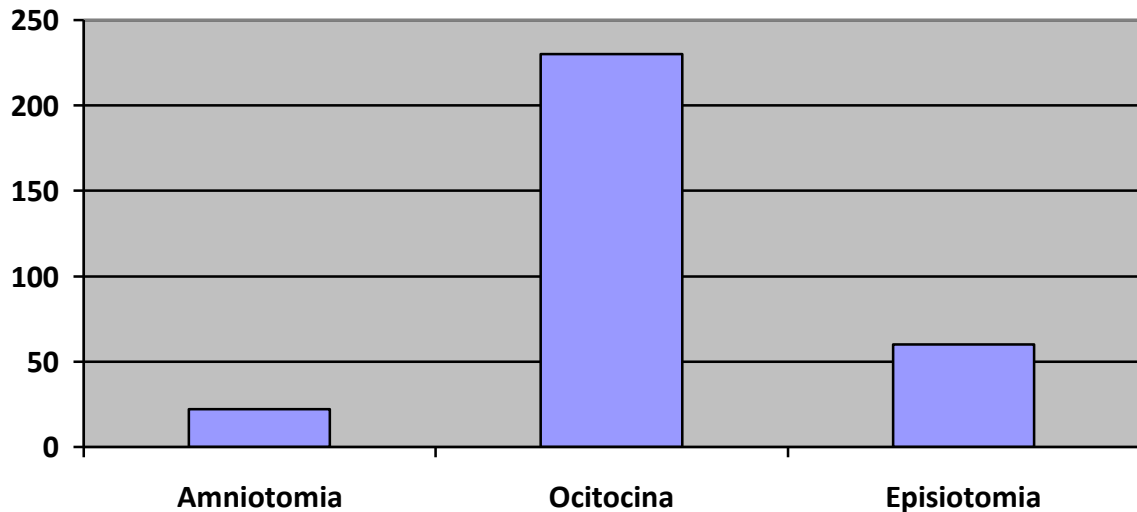
Romano e Lothian (2008) concluíram em seu estudo, que as intervenções durante o processo de parto fisiológico, na ausência de complicações, aumenta o risco de alterações para a mãe e o feto.

Tendo em vista que a FSCMPA é uma instituição pautada em uma assistência humanizada, tem-se uma contradição a esse respeito. Sobre o fato de existirem as diretrizes empregadas na fundação, entretanto a assistência continuar enraizada com os resquícios da assistência intervencionista.

Em relação ao gráfico 02, que apresenta a incidência das intervenções ocorridas nas parturientes durante o trabalho de parto e parto, cabe destacar que esta pesquisa definiu algumas práticas consideradas como intervenções, sendo elas a realização de amniotomia, uso de ocitocina no trabalho de parto e episiotomia durante o parto, e estas são representadas a

partir da utilização das melhores evidências atuais na atenção ao parto que são preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 02 – Incidência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA comparado com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde. Belém – Pará, 2015 a 2016.



Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Intervenções como amniotomia, administração de ocitocina endovenosa e episiotomia, são bastante comuns nas maternidades do Brasil, tendo como principais explicações pelos profissionais, a redução do tempo de duração do trabalho de parto e parto. Para tanto, é necessário que essas intervenções sejam avaliadas de acordo com o que as evidências científicas demonstram (CONITEC, 2016).

Visto a importância disto, o relatório de recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (CONITEC, 2016) constata que a amniotomia pode ocasionar complicações potenciais, sendo elas o aumento na ocorrência de desaceleração da frequência cardíaca fetal e infecção. Além disso, é comum ocorrer a realização da amniotomia associado à ocitocina no início do trabalho de parto. Diante desta realidade, cabe destacar os dados que a diretriz incluiu: um Estudo Clínico Randomizado realizado nos EUA envolvendo 150 mulheres nulíparas (intervenção = 75; controle = 75) que demonstrou não haver nenhuma evidência forte na duração do trabalho de parto. Foi evidenciado que não existem benefícios na realização de rotina da amniotomia precoce em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem, associada ou não à ocitocina, nos desfechos maternos e neonatais.

Sousa et al. (2016) evidencia em seu estudo, que entre as práticas utilizadas de maneira indiscriminada durante o primeiro período do parto, verificou-se que a amniotomia foi realizada em 67,1% das mulheres internadas com membranas íntegras, discordando do nosso estudo que demonstrou uma minoria de trabalhos de parto com rompimento induzido das membranas. Porém, acredita-se que este procedimento pode ter sido realizado sem a devida descrição em prontuário por não tratar-se de intervenção cirúrgica ou medicamentosa, como no caso da episiotomia e uso da ocitocina. Vale frisar que se considerou como amniotomia não realizada quando havia descrição no prontuário sobre a bolsa amniótica íntegra na admissão no PPP, sem referência de ruptura artificial até o momento do parto.

Sobre o uso da ocitocina sintética para aceleração do trabalho de parto, Sousa et al. (2016) afirma ser uma prática perigosa, em decorrência de que sua utilização de maneira inadequada e sem monitoramento apropriado pode provocar danos ao binômio mãe-feto. Giglio, França e Lamounier (2011) reafirmam que a utilização de ocitócicos no período expulsivo (categoria C da OMS), evidencia o alto grau de interferência na evolução do parto, contrariando as evidências científicas para que o processo parturitivo ocorra com o mínimo de intervenções possíveis.

A Organização Mundial da Saúde sugere que a taxa de episiotomia considerada ideal seja de 10%. Desde 1993, a Argentina traz achados importantes sobre: de acordo com o seu primeiro ensaio clínico randomizado, que comparou a episiotomia seletiva com episiotomia rotineira, foi possível concluir que a episiotomia rotineira deveria ser abolida, pois não demonstra benefícios como se atribuem possuir (CARVALHO et al., 2010).

Um estudo piloto realizado por Cortes et al. (2018), no Centro de Parto Normal (CPN) do Pronto-socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), em São Paulo, identificou resultados análogos sobre a realização de episiotomia (com ou sem laceração), valores de 13,7% versus 17,6%, em suas fases de acordo com a metodologia proposta pelos mesmos. Em contrapartida, um estudo transversal realizado por Sousa et al., (2016) que utilizou informações do banco de dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte/MG, envolvendo 11 maternidades, demonstrou que a episiotomia foi realizada em 8,4% das mulheres.

O relatório de recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (CONITEC, 2016) expõe como evidência que o alto nível de uso rotineiro de episiotomia (média 71,6%; variando entre 44,9% a 93,7%) não apresenta benefícios para as parturientes, em curto ou longo prazo, em comparação com uso restritivo da episiotomia (média 29,1%; variando entre 7,6% a 53,0%). Fundamentado nestes dados, é pertinente ressaltar que o

Ministério da Saúde, a partir destas diretrizes, recomenda que, seja a amniotomia, ocitocina e/ou episiotomia não devem ser realizadas de rotina em mulheres que estejam progredindo de forma esperada durante o trabalho de parto e parto.

Para Côrtez et al. (2018) este modelo assistencial presente nos hospitais brasileiros resulta na exposição das mulheres, principalmente as que possuem risco obstétrico habitual, pois são submetidas a realização de intervenções desnecessárias e sem qualquer evidência justificável.

Este estudo verificou a relação entre realização de intervenções e o tempo de internação das parturientes em sala de parto. Para isso, dividiu-se esse tempo em menor ou igual à cinco horas e maior que cinco horas. Como o tempo é uma variável quantitativa, foram adotados valores fixos e categorizado para se transformar em variável qualitativa. Na relação entre esses tempos, para cada intervenção foi realizado o teste G Williams, no programa Bioestat 5.0. Notou-se que entre as intervenções realizadas, a única que teve relação estatística significativa com o tempo foi o uso da ocitocina no trabalho de parto, que obteve um valor de $p=0,0467$, menor de 0,05 conforme demonstrado na tabela 04.

Tabela 04 – Comparação do tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Intervenções	Tempo \ h	% intervenções	Teste G (Williams)	$p (<0,05)$
Amniotomia	<5h = 3 h	6,9 %	5.6176	0.0603
	=5h = 5 h	6,9 %		
	>5h = 7 h	1,9%		
Ocitocina	<5h = 3 h	44,6%	6.1265	0.0467
	=5h = 5 h	44,6%		
	>5h = 7 h	18,9%		
Episiotomia	<5h = 3 h	11,1%	3.8174	0.1483
	=5h = 5 h	11,1%		
	>5h = 7 h	5,5%		

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Com base nos resultados desse estudo, podemos inferir que a realização das intervenções pode não estar relacionada com indicação real devido à possibilidade de distócias ocorridas durante o trabalho de parto, demonstrada em partograma, por exemplo, visto que as mulheres que permaneciam no PPP por um período curto, menor que cinco horas, foram submetidas às maiores taxas de intervenções, como no caso da ocitocina. Isto pode ter influência, também, com o conhecimento e visão dos profissionais que atuam neste local,

podendo ser diferente entre equipe noturna e diurna, residentes e funcionários, fato este não considerado e estudado nesta pesquisa.

Segundo Brasil (2001), compreender a evolução do trabalho de parto é fundamental para evitar intervenções sem necessidades, portanto, o partograma torna-se ferramenta ideal para acompanhar esta evolução além de documentar para ter um respaldo legal. Este é a reprodução gráfica do trabalho de parto que tem como objetivo principal diagnosticar alterações e identificar o momento adequado no qual necessitará de condutas específicas para a correção de desvios, evitando assim possíveis intervenções em momentos inapropriados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o uso obrigatório do partograma nas maternidades desde 1994, visto que sua utilização de forma adequada beneficia na identificação de distócias e interfere na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Entretanto, se faz fundamental o conhecimento da fisiologia da dilatação cervical, como o aumento da velocidade do desenvolvimento do parto a partir dos 4 cm de dilatação (BRASIL, 2001).

A partir desse contexto, este estudo aponta uma discordância, visto que as evidências científicas demonstram que quanto menor o período em sala de parto, menos propícia estará a sofrer intervenções. Em relação a isso, é válido ressaltar o que as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) consideram quanto à duração média do trabalho de parto ativo, a saber: em primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas, já em multíparas a média é de 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas. Informações como estas que devem ser consideradas para conduzir de forma adequada o trabalho de parto.

Abalos et al. (2018) identifica em sua revisão sistemática resultados semelhantes ao que é considerado pelo Ministério da Saúde, que em mulheres de baixo risco, ao iniciar o trabalho de parto ativo, que está associado a dilatação cervical de 4 cm, a duração mediana do primeiro estágio ativo foi de aproximadamente 4 a 8 horas em primíparas, já em multíparas, a duração mediana foi de aproximadamente 2-5h com um limite superior de até 14h.

Segundo Sousa et al. (2016), essa ocorrência pode ser reflexo da forte influência de formação intervencionista sobre as práticas dos profissionais. Reafirma ainda que, práticas que visam à aceleração do trabalho de parto, com amniotomia, ocitocina e episiotomia são caracterizadas como prejudiciais e que devem ser eliminadas, visto que reduzem a taxa de parto espontâneo.

Quanto à tabela 05, que demonstra a relação de ocorrência de laceração com a posição ao parir, verificam-se os seguintes achados: para mulheres em posição horizontal

(36,59%), cerca de 25,41% tiveram algum tipo de laceração, em relação a posição semi-sentada (47,2%), apresentaram laceração 30,72%, já na posição verticalizada (11,73%) ocorreu laceração em 9,21% das mulheres, para outras posições (3,35%) com 2,51% de laceração, e por fim, apenas 1,11% dos prontuários não possuíam informação sobre a posição, destas 0,55% tiveram laceração. O teste G Williams demonstrou que não houve relação estatística significativa da posição ao parir com a ocorrência de laceração ($p=0,8945$).

Tabela 05 – Relação de ocorrência de laceração do canal de parto com a posição ao parir em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Posição ao parir	Teste G Williams	% de ocorrência de laceração	($P<0,05$)
Posição horizontal (36,59%)		25,41%	
Posição semi-sentada (47,2%)		30,72%	
Posição verticalizada (11,73%)	1.0986	9,21%	0.8945
Outras posições (3,35%)		2,51%	
Sem informações (1,11%)		0,55%	

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

De acordo com os dados expostos, não foi demonstrada diferença significativa entre a posição verticalizada e a horizontal no que diz respeito à ocorrência de laceração. Porém, é válido considerar que a mulher deve adotar a posição na qual se sentirá mais confortável, não devendo ser estimulada a posições como decúbito horizontal e semi-sentada, por não favorecer a ação da própria gravidade (BRASIL, 2017). Em contrapartida, foi observado que ainda há prevalência na ocorrência destas posições na maioria das mulheres desta pesquisa. Tal resultado pode ter relação com a maior comodidade para o profissional que assiste o parto.

Segundo Côté et al. (2018), a Organização Mundial da Saúde recomenda que se evitem longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais devem estimular a utilização de posições verticalizadas, pois causa menos desconforto, dificuldade de puxos, além de diminuir o limiar de dor durante o trabalho de parto e menos traumatismo vaginal ou perineal no período expulsivo. Em uma revisão sistemática com 3.706 parturientes constatou-se que

houve redução de cerca de uma hora no período da dilatação na posição vertical em comparação com a posição horizontal (SILVA et al., 2013).

É pertinente destacar, que embora existam benefícios em relação às posições verticalizadas e que estudos atuais evidenciem o mesmo, ainda são pouco adotadas pelos profissionais ou até mesmo não são repassadas orientações sobre esta opção de posição, seja durante o pré-natal ou no momento do parto, Sousa et al. (2016) considera isso como consequência cultural, sendo visto como mais adequado para o parto a posição litotômica, não só por profissionais de saúde, mas principalmente pela própria mulher. No Brasil, mais de 90% das mulheres ainda são assistidas nessa posição.

Reis et al. (2015) identifica aspectos importantes na utilização de posições verticalizadas, entre eles a diminuição da sensação dolorosa e cansaço da mulher durante o parto, a redução do período expulsivo, em conjunto com a diminuição de taxa de intervenções obstétricas.

Quanto à comparação do profissional que assistiu ao parto com a prevalência de intervenções, demonstrado na tabela 06, observou-se que o profissional Enfermeiro Obstetra durante a assistência teve prevalência do uso de ocitocina em 32,4%, Enfermeiro Residente 8,3%, Ginecologista e Obstetra 12,0% e Médico Residente 11,7%. Além disso, pode-se verificar que a quantidade de amniotomia foi reduzida entre todos os profissionais, tendo entre esses o Enfermeiro Obstetra com a maior porcentagem, 4,1%. Notou-se também que o Enfermeiro Obstetra foi responsável por 6,9% das episiotomias realizadas em mulheres internadas na FSCMPA no período verificado. No entanto, com base nos resultados do teste estatístico G Williams, verificou-se que não há relação entre as intervenções e a categoria profissional, sendo os resultados de $p > 0,05$.

Tabela 06 – Comparação do profissional que assistiu o parto com a prevalência de intervenções em parturientes internadas na FSCMPA, Belém – Pará, 2015 a 2016.

Profissional	Intervenção	n amostral	FR %	Teste G Williams	$p < 0,05$
Enfermeiro obstetra	Amniotomia	15	4,1	0.0777	0.9619
	Ocitocina	116	32,4		
	Episiotomia	25	6,9		
Enfermeiro residente	Amniotomia	3	0,8	1.9783	0.3719
	Ocitocina	30	8,3		
	Episiotomia	3	0,8		
Médico ginecologista e obstetra	Amniotomia	1	0,2	0.3740	0.8294
	Ocitocina	43	12,0		

	Episiotomia	13	3,6		
	Amniotomia	3	0,8		
Médico residente	Ocitocina	42	11,7	1.1723	0.5565
	Episiotomia	19	5,3		

Fonte: instrumento de pesquisa, autoria própria, 2017.

Com relação à tabela acima, verificou-se que a realização dessas intervenções ainda é frequente, principalmente a infusão de ocitocina. Outras como a amniotomia e episiotomia, entretanto, tiveram sua frequência reduzida, porém, permanecem presentes na rotina dos profissionais.

No que se refere ao profissional que assistiu ao parto, enfermeiros obstetras fizeram uso de ocitocina em 32,4% das assistências, e entre os enfermeiros residentes a prevalência dessa intervenção foi de 8,3%. Entre os profissionais, médico ginecologista e obstetra e médico residente também prevalece a infusão de ocitocina, com 12% e 11,7% respectivamente. É válido observar que o número de assistência entre os profissionais se apresenta em taxas diferentes, sendo que neste estudo, o teste estatístico demonstrou que os dados acima não apresentaram significância entre a relação de intervenções e os profissionais que assistiram o parto.

De acordo com um estudo realizado por Sousa et al. (2016), entre as práticas, frequentemente, utilizadas de modo inapropriado durante o primeiro estágio do parto, verificou-se que a amniotomia foi realizada em 67,1% das mulheres que entraram em trabalho de parto, internadas com membranas íntegras. A prevalência de mulheres que receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto foi de 41,7%; Das 238 mulheres que tiveram partos vaginais, mais de 71,6% foram assistidos por enfermeiras obstétricas, contra 28,4% assistidos por médicos.

É importante lembrar que mesmo que o enfermeiro assista o parto, não é ele quem indica a administração de ocitocina ou amniotomia, cabe ao médico. Segundo Sousa et al., (2016), é perceptível que o uso indiscriminado de ocitocina está presente tanto no ambiente hospitalar quanto no CPN. Essa ocorrência pode ser reflexo da forte influência do modelo tecnocrático sobre as práticas dos profissionais, entre eles, as enfermeiras obstétricas, pois reproduzem, em parte, uma assistência intervencionista. Acredita-se, ainda, que a permanência dessas práticas intervencionistas em ambientes, em que há a atuação das enfermeiras obstétricas também sofre influência da autonomia médica, já que são eles, os médicos, quem prescrevem medicamentos, entre eles a ocitocina.

Em um estudo, Melo et al., (2017) concluiu que o uso da ocitocina foi evidenciado pelos profissionais como prática inadequada durante o trabalho de parto, porém com o uso, por vezes, indiscriminado. Evidências científicas classificam a utilização da ocitocina em qualquer momento do trabalho de parto como prática claramente prejudicial e que deve ser evitada ou utilizada estritamente quando necessário e de forma criteriosa, a fim de evitar riscos à parturiente e ao recém-nascido.

Para Carvalho et al., (2015), embora haja ampla divulgação do guia para a atenção ao parto normal publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, a hipermedicalização é considerada um dos maiores problemas da saúde materna no Brasil. Os partos institucionalizados e realizados por profissionais capacitados chegam a 98%; e em 90% dos casos, são realizados por um profissional médico. Medicamentos, como a ocitocina, têm sido usados na maioria dos partos vaginais. Embora tenhamos notado no nosso estudo que o maior índice de infusão de ocitocina foi realizado pelo Enfermeiro Obstetra como profissional que assistiu ao parto.

Em comparação com a infusão de ocitocina, a taxa de episiotomia entre os profissionais foi relativamente menor, com uma prevalência de 6,9% entre os enfermeiros obstetras, 3,6% médico e 5,3% médico residente. Um dos pontos mais discutidos é a respeito da episiotomia, que para o MS constitui um dos procedimentos mais utilizados rotineiramente em todo o mundo, com a argumentação de diminuição da possibilidade de dilacerações perineais do terceiro grau, resguardo da musculatura perineal e atividade sexual, com isso restrição fecal e urinária (BRASIL, 2014b).

Segundo o manual da Febrasco (2010) a incisão no períneo no momento do parto vaginal, a episiotomia é procedimento cirúrgico muito comum, com prevalência variável em diferentes países. No início do século passado, seu uso foi recomendado de forma rotineira por DeLee como forma de prevenção de traumas perineais. Diversos tratados de Obstetrícia colocam-na como compulsória nas primíparas. Entretanto, nas últimas décadas o uso rotineiro da episiotomia na assistência ao parto vem sendo questionado.

Em uma meta-análise da Cochrane, incluindo 5 ensaios controlados e 5.541 mulheres, concluiu que uma política de uso restritivo da episiotomia tem benefícios quando comparada a políticas de uso rotineiro deste procedimento. Com a restrição da episiotomia há menos trauma posterior, menor necessidade de sutura e também menos problemas de cicatrização. Não foi encontrada diferença em relação à avaliação da dor e trauma perineal grave, mas houve risco maior de trauma perineal anterior com a episiotomia seletiva (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Tendo em vista pesquisas relacionadas à episiotomia, o fundamento em uma ideologia humanizada deve sempre ressaltar suas práticas baseadas em confirmações científicas e custo-efetivas. A episiotomia deverá ser abolida das práticas rotineiras da obstetrícia moderna, quando o atendimento à gestante é realizado de forma humanizada a assistência passa a ser menos intervencionista (BRASIL, 2014b; SALGE et al., 2012).

E com relação à amniotomia, essa se mostrou menos frequente, 6,1% das intervenções. A amniotomia de rotina está associada a riscos e benefícios. Em meta-análise de 9 ensaios clínicos, a rotura precoce das membranas foi capaz de reduzir a duração do trabalho de parto entre 60 e 120 minutos e a necessidade de infusão de ocitocina. No entanto, houve tendência de aumento do número de cesarianas, tendo sido notado em um dos estudos associação deste evento com presença de sofrimento fetal (FEBRASCO, 2010).

Em sua análise Melo et al. (2017) identificaram-se duas realidades: profissionais que aguardam a ruptura natural das membranas e profissionais que optam pelo procedimento. É uma prática que deve ser postergado até o final do parto, pois, sendo um procedimento invasivo, implica riscos, principalmente quanto às infecções maternas e fetais, cuja indicação é incentivada no caso de dúvida quanto à cor do líquido amniótico e possível sofrimento fetal.

Dentro do contexto da realização da amniotomia como uma competência do enfermeiro obstetra, vale ressaltar a atenção atualmente atribuída aos aspectos enfocados pela filosofia de assistência humanizada ao nascimento e ao parto (BASILE, 2001).

No que se trata da atuação do enfermeiro, apesar de termos observado a frequência dessas intervenções, pode-se entender que a assistência vem passando por mudanças, porém muitos profissionais ainda têm em sua formação e atuação resquícios do antigo modelo intervencionista. O Programa de sobrevivência materno-infantil (OMS, 2015), diz que deve ser criado um ambiente propício para o uso dessas recomendações, incluindo mudanças no comportamento dos profissionais e gerentes que prestam cuidados de saúde com o objetivo de permitir a implementação dessas práticas baseadas em evidências. Ainda diz que as diretrizes servem para ressaltar a importância do respeito pelos direitos e pela dignidade das mulheres como beneficiárias de cuidados, bem como a necessidade de manter altos padrões éticos e de segurança na prática clínica.

De acordo com Margalho et al. (2009), a produção acadêmica sobre o tema é extensa, disponível e consistente. No entanto, leituras mais atentas indicam que ainda há lacunas no entendimento das potencialidades e das limitações no processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção ao parto, com baixa adesão às boas práticas obstétricas. A adesão é um processo dinâmico, multifatorial e comportamental que resulta de um conjunto

de determinantes que dependem de fatores subjetivos. É um processo de decisão mediado por traços da personalidade, nível cognitivo intelectual, crenças e contexto social do qual o indivíduo faz parte.

A respeito da assistência ao parto por enfermeiros obstetras, estudos mostram que a inserção do enfermeiro obstétrico no parto acarreta a melhoria da assistência. Para atuação do enfermeiro obstetra no modelo humanizado de parto foi criada a Resolução Cofen nº 0516, 24 de junho de 2016, que normatiza a atuação do enfermeiro obstetra. Assim, no modelo do parto humanizado, os enfermeiros obstetras quando inseridos na assistência, supostamente, ocorre a melhora no auxílio ao parto humanizado (GOMES, 2012).

O enfermeiro obstetra ainda encontra muitas dificuldades na sua atuação, seja pelos limites impostos pelas estruturas físicas encontradas nas maternidades atualmente, e\ou rotinas hospitalares, seja pela cultura centrada nos médicos que ainda prevalece (SOUZA, 2011).

A intervenção clínica injustificada também priva as mulheres de sua autonomia e dignidade durante o trabalho de parto e pode ter um impacto negativo em sua experiência de parto. Existe ampla disparidade entre países e entre hospitais no mesmo país quanto à prática corrente do aumento usando ocitocina. Como uma intervenção intraparto comum, a melhoria da prática do aumento do trabalho de parto por meio da provisão de diretrizes fundamentadas em evidências tem implicações significativas para os resultados relativos ao parto em países de baixa e alta renda (OMS, 2015).

5 CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que a prevalência das intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto é muito grande. Sendo que as intervenções mais frequentes ainda são uso de ocitocina, seguido de episiotomia e amniotomia. Acredita-se que este estudo aprofunda conhecimentos na área obstétrica e suscita reflexões em torno da necessidade de aprimorar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Foi possível observar a partir da análise das informações dos prontuários que, independente da faixa etária, nível de instrução e/ou procedência, as intervenções são realizadas. Já em comparação as condições clínico-obstétricas, apesar de não existir real indicação para as intervenções, como o uso de ocitocina para induzir a aceleração do trabalho de parto em parturientes com dilatação inferior a indicada ao início da estimulação artificial; ou a amniotomia de rotina com a intenção de indução do trabalho de parto; e a realização de episiotomia sem a existência de fatores relacionados que embasassem a prática da episiotomia.

Apesar de existirem diretrizes e recomendações baseadas em evidências, ainda está muito presente nos profissionais que assistem as parturientes da instituição do presente estudo, práticas intervencionistas e não justificadas. Conclui-se ainda que, quanto menor o tempo de internação em sala de parto, maior o número de mulheres que utilizaram ocitocina durante o trabalho de parto. Por outro lado, não houve relação estatística significativa da posição ao parir com a ocorrência de laceração, assim como não há relação entre as intervenções realizadas e o profissional que assistiu ao parto.

Esse estudo teve como limitações a escassez de pesquisas recentes semelhantes às estas, para a comparação dos dados, além da falta de informações em grande quantidade dos prontuários, o que mostra a importância do preenchimento adequado, legível e completo dos documentos da instituição com as informações das parturientes, desde a internação a alta hospitalar.

O número de partos normais, com o menor número de intervenções ou sem intervenções, visivelmente poderia ser maior, caso estes fossem realizados com base em critérios evidentes e comprovados, porém os profissionais ainda encontram-se resistentes com relação ao novo modelo de assistência ao parto. Notamos a necessidade de sensibilização dos profissionais quanto à adesão de boas práticas, para que estes busquem atuar em concordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como sejam norteados pelas melhores

evidências científicas disponíveis. Acreditamos que esse momento de transição do modelo assistencial ainda é um grande desafio que necessita de esforços em conjunto, da gestão e dos profissionais. Nesse sentido, deixamos a reflexão sobre a qualidade da assistência que vem sendo oferecida à mulher na obstetrícia.

Dessa forma, ponderamos (julgamos) necessário a realização de mais pesquisas na área, levando em consideração as mudanças no modelo de atenção atual que pauta a humanização da assistência baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

- ABALOS, Edgardo et al. **Duration of spontaneous labour in ‘low-risk’ women with ‘normal’ perinatal outcomes: A systematic review.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Apr; 223: 123–132 doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026
- ARAÚJO, Luciane de Almeida; Reis, Adriana Teixeira. **Enfermagem na prática materno-neonatal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BARACHO, Sabrina Mattos et al. **Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2009, vol.9, n.4, pp.409-414. ISSN 1806-9304. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400004>.
- BASILE, A.L.O. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto litotômica e lateral-esquerda [dissertação].** São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- BASTON, H.; HALL, J. **O parto: uma abordagem humanizada.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
- BERQUÓ, Elza; Cavenaghi, Suzana. **Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000.** Caxambu- MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Mais brasileiras esperam chegar aos 30 para ter primeiro filho.** 30 de outubro de 2014a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/15253-mais-brasileiras-esperam-chegar-aos-30-para-ter-primeiro-filho>. Acesso em 15 de Março de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-1936-0.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Cadernos HumanizaSUS. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] /** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS apresenta crescimento no número de partos normais realizados no Brasil.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES; 13 de Março de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento /** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.: il. – (Série C: Projetos, Programas e

Relatórios, n, 43). ISBN 85-334-0329-1. Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto_0.pdf>. Acesso em 04 de Abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0.

BRASIL. **Resolução COFEN, n. 0516, de 24 de junho de 2016.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 18 de jun. 2018.

CAVALCANTE, Ramaiana de Jesus Gonzaga et al . **A fenomenologia como possibilidade de um olhar atento para as práticas obstétricas.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 31, n. 1, p. 71-78, Feb. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100071&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800011>.

CARROLI, G; Mignini, L. **Episiotomy for vaginal birth.** Cochrane Database Syst Rev. 2009;

CARROLLI, G.; Mignini, L. **Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review).** In: The Cochrane Library, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software.

CARVALHO, C.C.M; Souza, A.S.R, Moraes Filho, O.B. **Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências.** FEMINA. Maio 2010, vol 38, nº 5, pp.265-270.

CARVALHO, E.M.P; Göttems, L.B.; Pires, M.R.G.M. **Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento.** Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(6):890-898.

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal/ Relatório de Recomendação,** 2016. Brasília – DF.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes et al. **Implementation of evidence-based practices in normal delivery care.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2018, vol.26, e2988. Epub Mar 08, 2018. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

CUNHA, Alfredo de Almeida. **Indução do trabalho de parto com feto vivo.** Femina. Setembro 2010, vol.38, n 9, pp 470-480.

CUNNINGHAM, F.G; Leveno, K.J; Bloom, S.L; Hauth, J.C; Gistrstrap, III L.C; Wenstrom, K.D. Williams Obstetrics. **Induction of Labor.** Chapter 22, p: 535-546. McGraw-Hill. New York, 2005.

CRUZ, A.P; Barros, S.M.O. **Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal.** Acta Paul Enferm 2010;23(3):366-71.

DIAS, Marcos Augusto Bastos and DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** *Ciênc.*

saúde coletiva [online]. 2005, vol.10, n.3, pp.699-705. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>.

DINIZ, S. G.; Chacham, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, Rafaela Quintana **O USO DA OCITOCINA EXÓGENA NO TRABALHO DE PARTO: uma revisão integrativa.** [manuscrito] / Rafaela Quintana DOMINGUES. - 2016. 37p. : il.

FONSECA, Sandra Costa et al. **Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1991-1998, July 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000701991&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013>.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.** Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, 2010.

FERNANDES, B.B; Nunes, F. B. B. DE F; Prudêncio, P. S; Mamede, F.V. **Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio.** *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):192-9.

FILHO, O.B.M.; Cecatti, J.G.; Feitosa, F.E.L. **Métodos para indução do parto.** *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(8): 493-500.

FONTELLES, Mauro José. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental/** Mauro José Fontelles – Belém: Mauro Fontelles, 2010. 234 p. 2v. CDD 574.015195.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. **Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas.** *Rev. dor* [online]. 2012, vol.13, n.1, pp.30-34. ISSN 1806-0013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000100006>.

GARRETT, Camylla Aparecida and OSELAME, Gleidson Brandão. **O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes.** *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 3, p. 453-459, set./dez. 2016 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206.

GAYESKI, Michele Ediane and BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.2, pp.153-159. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200003>.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; FRANÇA, Elisabeth and LAMOUNIER, Joel Alves. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2011, vol.33, n.10, pp.297-304. ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>.

GOMES, M.L; Moura, M.A.V. **Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica.** *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2012; 20(2):248-53. Available from: http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a_18.pdf

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato et al . **Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 26, e3000, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100317&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2018. Epub 17-Maio-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000>.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M.A. **Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016;24:e2744. Acess: 02/04/2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>

HOCHMAN, Bernardo; NAHAS, Fabio Xerfan; OLIVEIRA FILHO, Renato Santos de and FERREIRA, Lydia Masako. **Desenhos de pesquisa.** *Acta Cir. Bras.* [online]. 2005, vol.20, suppl.2, pp.2-9. ISSN 0102-8650. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo demográfico 2010: população, educação, renda e condição dos domicílios.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

INDRACCOLO U, Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR. **Impacto of the medicalization of labor on the mode of delivery.** *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010;37(4):373-7.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica** / Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003. Bibliografia ISBN 85-224-3397-6 Ciência - Metodologia 2. Pesquisa - Metodologia I. Marconi, Marina de Andrade. II. Título 91-1926. CDD-501.8 -001.42.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp.S17-S32. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Jan-Mar; 22(1): 166-74.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; et al. Tradução Mariza Ritomy; et al. **Obstetrícia e saúde da mulher.** Rio de Janeiro; Elsevier, 2012.

MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa: planejamento e execução, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARGALHO, R; Nazareth, C; Caetano, A.S; Oliveira, J; Cunha, J.S; Meliço-Silvestre, A.A. **Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv.** [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>.

MEDEIROS, Maxsuênia Queiroz. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres de risco habitual de uma maternidade de referência do Ceará.** Maxsuênia Queiroz Medeiros -2016. 90f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará,

Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado em Saúde, Fortaleza, 2016.

MELO, L.P.T; Doudou, H.D; Rodrigues, A.R.M; Silveira, M.A.M; Barbosa, E.M.G; Rodrigues, D.P. **Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento.** Rev Rene. 2017 jan-fev; 18(1):59-67.

Monguilhott JJ da C, Brüggemann OM, Freitas PF, d' Orsi E. **Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil.** Revista de Saúde Pública. 2018;52:1. doi:10.11606/S1518-8787.2018052006258.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa, 1914- **Rezende obstetrícia fundamental**/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.il. ISBN 978-85-277-2595-8

MOTT ML. **Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar.** In: **Costa CL, Schmidt SP, organizadores.** Poéticas e políticas feministas. Florianópolis (SC): Mulheres; 2004. p.113-23.

OLIVEIRA, A. P. G. et al. **Episiotomia: discussão sobre o trauma psicológico e físico nas puérperas: uma revisão bibliográfica.** Rev Rede de Cuidados em Saúde, v. 10, n. 1, p. 1-13, 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Programa De Sobrevivência Materno-Infantil. **Recomendações para o aumento do trabalho de parto: Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde.** Abril de 2015. Acesso: 17 março de 2018. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent

PORTO, Any Alice Silva; COSTA, Lucília Pereira da; VELLOSO Nádya Aléssio. **Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa.** Rev. Ciência e Tecnologia, Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p 12-19, 2015.

PRATA, Ana Rita Proença Gomes. **Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto.** Tese de Doutorado. 2015.

RABA G, Baran P. **Obstetric outcomes in oxytocinrelated and spontaneous deliveries-analysis of 2198 cases.** Ginekol Pol. 2009; 80(7):507-11.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. **Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar.** Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp.759-768. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.

REIS, Thamiza da Rosa dos et al. **Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2015, vol.36, n.spe, pp.94-101. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>.

ROMANO, A; Lothian, J. **Promoting, Protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence.** JOGNN. 2008;37(1):94-105.

ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte.** Rev Saúde Pública 2014;48(6):977-984. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005283.

SALGE, A.K.M; Lôbo, S.F; Siqueira, K.M; Silva, R.C.R; Guimarães, J.V. **Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados.** Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012; 14(4):779-85. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf

SANTA CASA DO PARÁ, ASSISTÊNCIA E ENSINO. Disponível em < <http://www.santacasa.pa.gov.br/assistencia/p.php?id=27>>. Acesso em 28 de Maio de 2017.

SANTOS AHL dos, Nicácio MC, Pereira ALF et al. **Práticas de Assistência ao Parto Normal: formação na modalidade de residência.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(1):1-9, jan., 2017.

SANTOS, LB dos, Prestes, M et al. **Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas.** Rev Enferm UFSM 2015 Out./Dez.;5 (4): 628-637. ISSN 2179-7692. Disponível em < file:///C:/Users/Luana%20Rocha/Downloads/16071-97923-1-PB.pdf> . Acesso em 05 de Abril de 2018.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SANTOS, Rodrigo Gomes dos. **Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura.** Estação Científica (UNIFAP), Macapá, v. 6, n. 2, p. 43-52, maio/ago. 2016.

SCHNECK, Camila Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar.** REME – Rev. Min. Enf.; 10(3):240-246, jul./set., 2006.

SILVA, Flora Maria Barbosa da et al. **Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2013, vol.47, n.5 [cited 2018-04-11], pp.1031-1038. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>.

SILVA, L.S da; Leão, D.C.M.R; Cruz, A.F.N et al. **Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 4):3531-6, set., 2016. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604.

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu and CREPALDI, Maria Aparecida. **Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde.** Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2010, vol.23, n.1, pp.01-10. ISSN 0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000100002>.

SMYTH RM, Alldred SK, Markham C. **Amniotomia para encurtar trabalho de parto espontâneo.** Dados Cochrane Syst Rev. 2007 (4): CD006167.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2016, vol.20, n.2, pp.324-331. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.

SOUZA, T.G.de; Gaíva, M.A.M; Modes, P.S.S. dos A. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** *Rev. gauch. enferm.* 2011;32(3):479- 486.

TESSER, C. D. et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** *RBMFC*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TOMASSO, G. et al. **Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?** *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, v. 62, n. 2, p. 115-121, 2002.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia.** [s.l.]: Artmed, 2012.

UNIDADE MATERNO INFANTIL ALMIR GABRIEL - SANTA CASA DO PARÁ. Disponível em <<http://www.santacasa.pa.gov.br/noticias/detalhe/?id=90>>. Acesso em 26 de Junho de 2017.

VENTURA, Walter; LAM-FIGUEROA, Nelly. **¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo?: Una revisión de la literatura.** *An. Fac. med., Lima*, v. 69, n. 2, jun. 2008. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832008000200012&lng=es&nrm=iso>. accedido en 07 jun. 2017.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da and DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.48, n.2, pp.304-313. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>.

VOGT, Sibylle Emilie 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* [online]. 2011, vol.27, n.9, pp.1789-1800. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>.

WHO (World Health Organization) recommendations. **Intrapartum care for a positive childbirth experience.** 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.

WHO (World Health Organization). **Appropri ate technology for birth.** *Lancet*24;2(8452):436-7, 1985.

WHO (World Health Organization). **Care in nor mal birth; a pratical guide** . Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Repro ductive Health. Genebra; World Health Organization, 1986.

YAMAGUCHI, E.T; Cardoso, M.M.S.C; Torres, M.L.A. **Ocitocina Em Cesarianas. Qual A Melhor Maneira De Utilizá-La?** *Revista Brasileira de Anestesiologia* Vol. 57, No 3, Maio-Junho, 2007.

ZHANG J; Branch W; Ramírez, M; Laughon, K; Reddy, U; Hoffman, M; et al. **Oxytocin regimen for labor augmentation, labor progression, and perinatal outcomes.** *Obstet Gynecol.* 2011;118:249-56.

ZUGAIB **obstetrícia** / [editor Marcelo Zugaib]. – 2. ed. – Barueri, SP : Manole, 2012. Vários autores. Bibliografia. ISBN 978-85-204-3470-3.

3) INTERVENÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTORotura de Membranas: Espontânea InduzidaUso de Ocitocina: Sim NãoRealização de Episiotomia Sim NãoPosição ao Parir: Horizontal Semi- Sentada Verticalizada Outras posiçõesLaceração: Sim NãoProfissional que assistiu o parto: Enfermeiro Obstetra Enfermeiro Residente Médico Médico Residente

APÊNDICE C
Orçamento

MATERIAL DE CONSUMO E PESSOAL			
PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Computador	1	1.500,00	1.500,00
Impressora	1	339,00	339,00
Resma de Papel A4 1000 folhas	1	42,40	42,40
Cartucho de tinta preta para impressora	1	76,00	76,00
Caneta	2	1,50	3,00
Transporte	384	1,55	595,20
DESPESAS TOTAIS:			2.555,60

O projeto foi autofinanciado e não acarretou em custos financeiros para a Universidade Federal do Pará (UFPA) e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

ANEXOS

ANEXO A

**Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Pará**

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO NORMAL E AS INTERVENÇÕES OCORRIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72565317.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.248.959

Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso de enfermagem. Trata-se de um estudo documental, transversal, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa. A assistência ao trabalho de parto e parto envolve um conjunto de práticas adotadas para promover resultados obstétricos satisfatórios, contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Atualmente, no Brasil, a assistência Obstétrica passa por um momento de transição, de modelo medicalizado a humanizado, que visa reduzir intervenções tais como a episiotomia, o uso de ocitocina, amniotomia e cesariana sem indicação.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas em uma maternidade pública no Estado do Pará.

Descrever as características sociodemográficas e as condições clínico-obstétricas na internação de parturientes; Comparar a incidência de intervenções com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde; Relacionar o tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios para comunidade acadêmica serão o maior conhecimento sobre a realidade em relação à atuação dos profissionais (Médicos e Enfermeiros Obstetras) da Maternidade referência

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.248.959

do Pará, se sua atuação profissional se adéqua a missão da FSCMPA e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA acredita-se que por ser uma maternidade que atende média e alta complexidade, os profissionais estão habituados a lidar com um grande número de intervenções correspondente ao risco obstétrico, fazendo com que as mulheres que fazem parte do risco habitual sejam afetadas por tais intervenções, por acreditarem que procedimentos como: a amniotomia, o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia devem ser realizados rotineiramente, independente da sua complexidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_960983.pdf	24/07/2017 11:59:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCDU.pdf	24/07/2017 11:58:54	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cartacep_ics.pdf	24/07/2017 11:57:23	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	termoaceite_orientador.pdf	24/07/2017 11:56:12	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	isencaoonus_ufpa.pdf	24/07/2017 11:55:17	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	isencaoonus_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:54:06	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.doc	24/07/2017 11:53:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.248.959

Investigador	projeto.doc	24/07/2017 11:53:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	24/07/2017 11:51:53	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceite_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:50:54	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	24/07/2017 11:50:03	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cartacep_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:29:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	24/07/2017 11:20:03	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	24/07/2017 11:19:35	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:

Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA)

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO NORMAL E AS INTERVENÇÕES OCORRIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DO PARÁ

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72565317.0.3001.5171

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.306.232

Apresentação do Projeto:

A assistência ao trabalho de parto e parto envolve um conjunto de práticas adotadas para promover resultados obstétricos satisfatórios, contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Atualmente, no Brasil, a assistência Obstétrica passa por um momento de transição, de modelo medicalizado a humanizado, que visa reduzir intervenções tais como a episiotomia, o uso de ocitocina, amniotomia e cesariana sem indicação. Frente às recomendações entende-se que o uso de intervenções sem indicação, mesmo que com o intuito de reduzir o sofrimento da parturiente durante o processo parturitivo, não devem ser realizadas. Entretanto, as taxas de intervenções desnecessárias ainda são elevadas em muitos hospitais brasileiros. O presente estudo tem como objetivo descrever a frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas em uma maternidade pública no Estado do Pará. Trata-se de um estudo documental, transversal, descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado no Departamento de Arquivo de prontuários da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA. Farão parte do estudo os prontuários de puérperas de parto normal com risco obstétrico habitual, atendidas na maternidade sede do estudo no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2016. Serão incluídos no estudo prontuários de parturientes consideradas de risco habitual obstétrico, seguindo-se os seguintes critérios:

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.306.232

idade gestacional entre 37 e 41 semanas, gestação única, apresentação cefálica, ausência de intercorrências na gravidez e morbidades, e início de trabalho de parto espontâneo. Com os resultados que serão originados, acredita-se que constituirão uma forma de aprimorar e efetivar este modelo assistencial, sendo possível criar estratégias e metodologias que fortaleçam as iniciativas humanizadas, para que seus valores organizacionais constituam uma sincronia maior com a assistência dos profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a frequência de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto em mulheres atendidas em uma maternidade pública no Estado do Pará.

Objetivo Secundário:

Descrever as características sociodemográficas e as condições clínico-obstétricas na internação de parturientes; Comparar a incidência de intervenções com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde; Relacionar o tempo de internação em sala de parto com a prevalência de intervenções.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Devido à pesquisa ser de natureza documental, sendo a fonte da coleta de dados os prontuários das clientes, tem como riscos a quebra de sigilo, anonimato e danificação do material. Entretanto, para evitar os riscos, as pesquisadoras se comprometerão em não divulgar e identificar o nome das clientes, nem informações sigilosas, além disso, para evitar danos ao material, a coleta será realizada no mesmo local de armazenamento dos documentos, evitando-se o uso de alimentos e bebidas na sua manipulação. Para os pesquisadores há o risco de encontrar prontuários com informações incompletas ou com letras ilegíveis.

Benefícios:

A pesquisa contribuirá na qualidade da assistência prestada e terá com os seus resultados os benefícios de enriquecimento de dados de extrema relevância tanto para a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, quanto para os profissionais da saúde, mais especificamente Médicos, Enfermeiros Obstetras e Obstetras, proporcionando uma amostra importante para relacionar se a assistência ao trabalho de parto e parto encontra-se seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, identificando se as suas práticas são baseadas em evidências científicas, e permitindo também a autoavaliação destes profissionais.

Os benefícios para as pesquisadoras e para a comunidade acadêmica serão o maior conhecimento sobre a realidade em relação à atuação dos profissionais (Médicos e Enfermeiros Obstetras) da

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.eticaescmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.306.232

Maternidade referência do Pará, se sua atuação profissional se adéqua a missão da FSCMPA e o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo documental, transversal, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, de levantamento de prontuários. Como desfecho primário acredita-se que por ser uma maternidade que atende média e alta complexidade, os profissionais estão habituados a lidar com um grande número de intervenções correspondente ao risco obstétrico, fazendo com que as mulheres que fazem parte do risco habitual sejam afetadas por tais intervenções, por acreditarem que procedimentos como: a amniotomia, o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia devem ser realizados rotineiramente, independente da sua complexidade.

Em relação às características sociodemográficas, pressupõe-se que devido ser a Maternidade referência do Estado do Pará, pública e porta aberta, os números de encaminhamentos para instituição são constante. Desta forma, entende-se que recebe públicos com níveis de escolaridade variados, porém acredita-se que há um número maior de clientes com nível de escolaridade baixo.

No que diz respeito ao período de internação em sala de parto, a admissão precoce na fase latente do trabalho de parto (dilatação < 5 cm), deve ser evitada, por constituir um fator predisponente para a realização de intervenções e a realização de cirurgia cesariana. Entende-se que quanto mais tarde for realizada a admissão, menor a possibilidade de haver intervenções, devido ao período que a parturiente se encontrará no ambiente hospitalar. É pertinente destacar também que acredita-se que há relação da aceleração do trabalho de parto para aumentar o movimento dos leitos do PPP (pré parto, parto e pós parto) e a capacidade de atendimento, levando a intervenções desnecessárias frequentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estudo retrospectivo de levantamento de prontuários, com os termos obrigatórios em acordo com a resolução 466/12

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer favorável para sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.etica@fscmpa@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DO PARÁ -
FSCMPA



Continuação do Parecer: 2.306.232

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_960983.pdf	24/07/2017 11:59:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCDU.pdf	24/07/2017 11:58:54	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cartacep_ics.pdf	24/07/2017 11:57:23	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	termoaceite_orientador.pdf	24/07/2017 11:56:12	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	isencaoonus_ufpa.pdf	24/07/2017 11:55:17	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	isencaoonus_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:54:06	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	24/07/2017 11:53:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	24/07/2017 11:51:53	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaceite_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:50:54	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	24/07/2017 11:50:03	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	cartacep_FSCMP.pdf	24/07/2017 11:29:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	24/07/2017 11:20:03	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	24/07/2017 11:19:35	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:
Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador)

Endereço: Rua Oliveira Belo, 395

Bairro: umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)4009-2264

Fax: (91)4009-0328

E-mail: comite.eticaescmpa@yahoo.com.br