

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

KAREN GOMES

**Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em
uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de
Ribeirão Preto, São Paulo**

Ribeirão Preto
2011

KAREN GOMES

**Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em
uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de
Ribeirão Preto, São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Estadual de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública
Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Fabiana Villela Mamede.

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gomes, Karen

Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo / Karen Gomes. – Ribeirão Preto, 2011.

142p. : il. ; 30cm

Dissertação (mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Mamede, Fabiana Villela.

1. Assistência. 2. Parto. 3. Trabalho de parto.

FOLHA DE APROVAÇÃO

KAREN GOMES

Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Drª: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus pais, Waldomiro e Neusa, e
aos meus irmãos, Keila e Diogo, pelo amor
e apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ouvir minhas orações e pedidos diários, por ter-me dado força e sabedoria para alcançar mais esta conquista.

À minha família, sagrada fonte de refúgio e de conforto, fonte inesgotável de carinho, amor e paciência. Sem eles não conseguiria ter chegado até aqui.

À minha orientadora, pela amizade, respeito, simplicidade e dedicação. Obrigada por ter tornado essa experiência mais leve e prazerosa e estar sempre presente, apesar da distância.

Aos meus amigos que, mesmo de longe, sempre me apoiaram e acreditaram em mim. A saudade é grande, mas a inexplicável presença é constante e real.

Às minhas amigas Nathália e Mariana, pelo convívio diário, pelo apoio, pelos momentos de refúgio, pelas risadas e por viverem, tão de perto comigo, os passos dessa caminhada.

À minha amiga Renata, por compartilhar comigo todas as aflições e dificuldades desses anos, por estar trilhando os mesmos caminhos, desde o projeto dessa dissertação até sua conclusão.

Às amigas e aos amigos da Mater, muito obrigada pelo apoio.

Ao Luiz, estatístico que tanto me ajudou, pela sua paciência com minhas eternas dúvidas sobre cálculos.

Às mulheres e aos bebês, a quem dedico meu trabalho. Possibilitar à mulher que o ato de dar à luz seja realmente um momento divino e de intensa realização.

Desde o dia em que ao mundo chegamos
Caminhamos ao rumo do sol
Há mais coisas pra ver
mais que a imaginação
muito mais que o tempo permitir

E são tantos caminhos pra se seguir
e lugares pra se descobrir
e o sol a girar sobre o azul deste céu
nos mantém neste rio a fluir

É O Ciclo Sem Fim
Que nos guiará
a dor e a emoção
pela fé e o amor
até encontrar
o nosso caminho
neste ciclo, neste ciclo sem fim

É O Ciclo Sem Fim
Que nos guiará
a dor e a emoção
pela fé e o amor
até encontrar
o nosso caminho
neste ciclo, neste ciclo sem fim.

Ciclo Sem Fim

RESUMO

KAREN, G. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

A Institucionalização da assistência ao parto colaborou muito para o avanço da obstetrícia. Foi possível acompanhar o desenvolvimento primeiro do parto e puerpério e depois do período gestacional, o que proporcionou aos profissionais detectar e tratar as complicações do período gravídico-puerperal, fazendo com que o principal objetivo da institucionalização da assistência ao parto fosse alcançado, a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal. Mas com o avanço das práticas obstétricas, a maioria das gestações e partos, de baixo risco obstétrico, com evolução fisiológica, também foram encarados como de alto potencial para complicações. Isso fez com que procedimentos desnecessários e de rotina fossem introduzidos na assistência a gestação, parto e puerpério. O uso desenfreado desses procedimentos na assistência ao parto, no final do século passado, trouxe como consequência um aumento da morbimortalidade materna e perinatal, e a incorporação de intervenções danosas se tornou problemática. Objetivo: identificar a prevalência de intervenções obstétricas realizadas em mulheres durante o trabalho de parto e parto. Metodologia: trata-se de um estudo transversal descritivo, de caráter quantitativo, com coleta retrospectiva de dados em prontuário, sobre o emprego de intervenções obstétricas em parturientes atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher – MATER, durante outubro, novembro e dezembro de 2009 e janeiro, fevereiro e março de 2010, totalizando 810 prontuários. Resultados: A maioria (83,6%) das mulheres apresentavam entre 18 e 34 anos de vida, realizaram pré-natal e estavam na primeira gestação. A amniotomia foi praticada em 41,7% das mulheres, sendo a maioria realizada (56,9%) na fase ativa do trabalho de parto; a infusão de ocitocina foi utilizada em 61,7% das parturientes e o início da infusão, em 63,4% das mulheres, aconteceu na fase ativa do trabalho de parto; 56,8% das mulheres receberam analgesia de parto, a maioria (75,4%) realizada na fase ativa do trabalho de parto e 77,6% das mulheres que receberam analgesia receberam apenas uma dose da medicação; a monitorização eletrônica fetal (cardiotocografia) foi realizada em 32,5% das mulheres, na maioria (65,4%) apenas uma vez; e a episiotomia esteve presente em 37,3% dos partos vaginais; a incidência de parto cesárea foi de 28,8% e de parto fórceps de 3,2%. Conclusão: considerando os resultados obtidos e a discussão realizada, podemos constatar que a maternidade em estudo possui índice da maioria das intervenções abaixo dos índices nacionais e, algumas vezes, índices próximos a de países desenvolvidos, porém a maioria das intervenções tem índices acima dos recomendados pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde brasileiro. Sendo assim, é necessária a revisão de alguns protocolos institucionais, assim como uma conscientização da equipe assistencial quanto aos riscos e benefícios reais das intervenções obstétricas empregadas durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Assistência. Parto. Trabalho de parto.

ABSTRACT

KAREN, G. **Obstetric interventions performed during labor and delivery in a low-risk maternity hospital in Ribeirão Preto, State of São Paulo, Brazil.** 2011. 142 p. Dissertation (Master's) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2011.

The institutionalization of delivery care contributed greatly to the advancement of obstetrics. It was possible to first follow the development of childbirth and later the period of pregnancy, which allowed professionals to detect and treat complications of the pregnancy and puerperal period, enabling the achievement of the main goal of institutionalization of labor care, to decrease maternal and neonatal mortality rates. The advancement of obstetrical practices, however, made most pregnancies and births with low obstetric risk, with physiological evolution, to be seen as with high potential risk for complications. This caused unnecessary and routine procedures to be introduced into pregnancy, childbirth and postpartum care. The rampant use of these procedures in delivery care, at the end of last century, caused an increase in maternal and perinatal morbidity and mortality, and the practice of damaging interventions has become problematic. Objective: to identify the prevalence of obstetric interventions performed on women during labor and delivery. Methods: this is a cross-sectional, quantitative and descriptive study, with retrospective data collection in patient files, about the use of obstetric interventions in pregnant women who receive care at the Reference Center for Women's Health - MATER, from October 2009 to March 2010, totaling 810 patient files. Results: Most (83.6%) women were aged between 18 and 34 years, received prenatal care and were at their first pregnancy. Amniotomy was performed in 41.7% of women, most (56.9%) were held in the active phase of labor, oxytocin infusion was used in 61.7% of pregnant women and start of infusion for 63.4% of women occurred at the active phase of labor. Of the total, 56.8% received labor analgesia, most (75.4%) were performed at the active phase of labor and 77.6% of women who underwent analgesia received only one dose of medication. Electronic fetal monitoring (cardiotocography) was performed in 32.5% of women, in most (65.4%) only once, and episiotomy was present in 37.3% of the vaginal deliveries, the incidence of cesarean section was 28.8% and of forceps deliveries was 3.2%. Conclusion: considering the results obtained and discussions held, it was noted that the studied hospital has rates for most interventions lower than the Brazilian rates, and sometimes levels are close to the ones found in developed countries, however, most interventions have rates above those recommended by the World Health Organization and the Brazilian Ministry of Health. Thus, there is need to review some institutional protocols, as well as raising awareness of the health care team regarding the real risks and benefits of obstetric interventions used during labor and delivery.

Keywords: Assistance. Parturition. Labor obstetric.

RESUMEN

KAREN, G. Intervenciones obstétricas realizadas durante el trabajo de parto y parto en una maternidad de bajo riesgo obstétrico en la ciudad de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. 2011. 142 h. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

La institucionalización de la atención al parto ha colaborado en gran medida al avance de la obstetricia. Se tornó posible seguir el desarrollo del parto y del puerperio y también del período de embarazo, lo que permitió a los profesionales detectar y tratar las complicaciones del período del embarazo y puerperio, haciendo posible lograr el principal objetivo de la institucionalización de la atención al parto: la disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, el avance de las prácticas obstétricas hizo con que la mayoría de los embarazos y partos de bajo riesgo obstétrico, con evolución fisiológica, fuesen vistos también como de alto potencial para complicaciones. Esto hizo con que procedimientos desnecesarios y de rutina se introdujesen en la atención al embarazo, parto y puerperio. El uso desenfrenado de estos procedimientos en la atención al parto, a finales del siglo pasado, trajo como consecuencia un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y la incorporación de intervenciones dañosas se ha convertido en un problema. **Objetivo:** identificar la prevalencia de intervenciones obstétricas realizadas en mujeres durante el trabajo de parto y el parto. **Metodología:** se realizó un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo, con recolecta retrospectiva de datos en registros médicos, sobre el uso de intervenciones obstétricas en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Referencia en Salud de la Mujer - MATER, entre octubre de 2009 y marzo de 2010, totalizando 810 registros médicos. **Resultados:** La mayoría (83,6%) de las mujeres tenían entre 18 y 34 años de edad, recibieron atención prenatal y se encontraban en su primer embarazo. Se realizó la amniotomía en el 41,7% de las mujeres, la mayoría (56,9%) en la fase activa del trabajo de parto. Se utilizó la infusión de oxitocina en el 61,7% de las mujeres embarazadas y el inicio de la infusión en 63,4% de ellas tuvo lugar en la fase activa del parto. El 56,8% de las mujeres recibieron analgesia de parto, la mayoría (75,4%) realizada en la fase activa del trabajo de parto y el 77,6% de las que se sometieron a la analgesia recibieron una sola dosis de la medicación. El monitoreo electrónico fetal (cardiotocografía) se realizó en el 32,5% de las mujeres, la mayoría (65,4%) sólo una vez. La episiotomía estaba presente en el 37,3% de los partos vaginales. La incidencia de cesárea fue de 28,8% y de partos con fórceps fue 3,2%. **Conclusión:** teniendo en cuenta los resultados obtenidos y la discusión realizada, se constata que la maternidad en estudio tiene índices de la mayoría de las intervenciones abajo de los índices nacionales y, algunas veces a niveles cercanos a los de países desarrollados. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones tienen tasas superiores a las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil. Por lo tanto, se necesita revisar algunos protocolos institucionales, así como haber la concientización del equipo de atención de salud acerca de los riesgos y beneficios reales de las intervenciones obstétricas utilizadas durante el parto y trabajo de parto.

Palabras clave: Asistencia. Parto. Trabajo de parto.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e o tipo de parto.....	49
Figura 2: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e a dilatação cervical na internação.	50
Figura 3: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e a infusão de ocitocina.....	51
Figura 4: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e a dinâmica uterina na internação.....	51
Figura 5: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e a dilatação cervical na internação.	52
Figura 6: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e a dinâmica uterina na internação.	53
Figura 7: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e o tipo de parto.	53
Figura 8: Número total de mulheres que realizaram analgesia, divididas de acordo com o tipo de parto ao qual foram submetidas.....	54
Figura 9: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a monitorização eletrônica fetal e a característica do líquido amniótico.	56
Figura 10: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a monitorização eletrônica fetal e o tipo de parto.	56

Figura 11: Distribuição das mulheres submetidas ao parto cesárea, segundo a indicação do parto cesárea.60

Figura 12: Distribuição do número total de mulheres por faixa etária, em comparação com as mulheres submetidas ao parto cesárea.61

Figura 13: Distribuição do número total de mulheres por paridade, em comparação com as mulheres submetidas ao parto cesárea.61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequências das características sócio-demográficas de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.....	42
Tabela 2 - Distribuição de frequências das condições maternas na internação das parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.....	44
Tabela 3 - Distribuição de frequências das características relacionadas à história obstétrica de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.	45
Tabela 4 - Distribuição de frequências das características relacionadas à intervenção obstétrica de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.	47
Tabela 5 - Distribuição das mulheres estudadas com relação à analgesia de parto e ao índice de Apgar no quinto minuto.....	55
Tabela 6 - Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e à idade materna.....	57
Tabela 7 - Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e ao número de partos.....	58
Tabela 8 - Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e ao peso do recém-nascido.	58
Tabela 9 - Distribuição de frequências das características relacionadas às condições do parto das mulheres atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.....	59

Tabela 10 - Distribuição das mulheres submetidas ao parto fórceps com relação à idade materna e paridade.....62

Tabela 11 - Distribuição de frequências das condições perinatais de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.63

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Riscos potenciais associados ao tipo de parto. Adaptado de Brasil (2001).....	83
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO	34
2.1 Objetivo Geral	34
3 METODOLOGIA	35
3.1 Tipo de Estudo	36
3.2 Local de Estudo.....	36
3.3 Coleta de Dados.....	38
3.4 População de Estudo	39
3.5 Análise dos Dados.....	39
3.6 Aspectos Éticos.....	40
4 RESULTADOS	41
4.1 Características sócio-demográficas.....	42
4.2 Condições maternas na internação.....	43
4.3 História obstétrica.....	45
4.4 Intervenções obstétricas.....	46
4.5 Características do parto	59
4.6 Condições perinatais.....	62
5 DISCUSSÃO	65
5.1 Categoria B – Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.....	66
5.1.1 Uso rotineiro da posição de litotomia.....	66
5.1.2 Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.....	69
5.1.3 Prática liberal de cesariana	76
5.2 Categoria D – Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado.....	84
5.2.1 Controle da dor por analgesia peridural	84

5.2.2 Monitorização eletrônica fetal	91
5.2.3 Correção da dinâmica uterina com a utilização da ocitocina	95
5.2.4 Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto	100
5.2.5 Parto operatório	105
6 CONCLUSÃO	112
6.1 Características sócio-demográficas	112
6.2 Condições maternas na internação	112
6.3 História obstétrica:	112
6.4 Intervenções Obstétricas:	113
6.4.1 Rotura de membranas	113
6.4.2 Infusão ocitocina	113
6.4.3 Analgesia de parto	113
6.4.4 Monitorização eletrônica fetal (cardiotocografia)	113
6.4.5 Episiotomia	114
6.5 Características do parto	114
6.6 Condições perinatais	114
6.7 Associações entre as intervenções obstétricas e outras variáveis:	114
6.7.1 Rotura de membranas	114
6.7.2 Infusão de ocitocina	116
6.7.3 Analgesia de parto	117
6.7.4 Monitorização eletrônica fetal (cardiotocografia)	117
6.7.5 Condições do períneo (episiotomia)	118
6.7.6 Parto cesárea	119
6.7.7 Parto fórceps	120
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE	139
ANEXO	142

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Por muitos anos, o papel social das mulheres ficou restrito ao lar, a figura da mulher foi rigidamente associada à maternidade, incorporando sua função de multiplicadora. Esse papel se estendeu então a todos os âmbitos da sociedade, ou seja, ela era vista apenas como receptáculo de um filho advindo do sêmen do homem. Era subordinada às vontades de seu pai, primeiramente, e de seu esposo *a posteriori*. Sua função na família se restringia à provedora afetiva e cuidadora do lar (ALMEIDA, 2002).

Levando em conta esse cenário, a assistência à saúde da mulher, por muitos séculos, ficou centrada na assistência à gestação e ao parto. A mulher era educada para ser mãe, esposa e dona-de-casa; sendo assim, ficava alienada a qualquer decisão política e social. Com isso, as outras questões relacionadas à saúde da mulher foram deixadas de lado e mesmo a assistência à gestação e ao parto foi, por muito tempo, desvalorizada, sendo considerada misteriosa e sobrenatural. Era um saber desconhecido e temido pelos homens.

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras e comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade –, pois, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gestação e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de expor sua intimidade. Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura de um cirurgião (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A participação masculina no parto era pouco frequente nessa época, admitia-se a participação médica apenas nos casos de distócia, quando várias parteiras já haviam aplicado seus saberes. A presença de um cirurgião no parto era vivenciada com inquietude e ansiedade pela parturiente, pois indicava que algo de grave estava acontecendo. As anomalias do ciclo gravídico-puerperal encontravam justificativas

na vontade onipotente de Deuses, quando as intercorrências eram vistas como castigo a algum pecado (OSAVA; MAMEDE, 1995).

O relativo atraso da tocologia médica, quando comparado ao desenvolvimento da medicina como um todo, deveu-se, em parte, a obstáculos de ordem moral, que impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente. Mas certamente a maior influência foi exercida pelos paradigmas da assistência ao parto: uma vez que a parturição era interpretada como um processo natural, sua assistência permaneceu por longo tempo desvinculada da prática médico-cirúrgica oficial (OSAVA; MAMEDE, 1995).

Com a invenção do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, no final do século XVI, fundamentou-se a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica e científica, inaugurando um momento culminante da disputa profissional entre médicos e parteiras. O fórceps alterou os paradigmas da assistência prestada até então, predominantemente expectante. No imaginário do homem comum, instaurava-se a noção de que é possível “comandar o nascimento” (OSAVA; MAMEDE, 1995).

O parto, que, até então, era visto como um processo fisiológico e natural, ganha o conceito de perigoso, e a presença de um médico passa a ser imprescindível. Nesse momento, a assistência ao parto passa a ser cercada de procedimentos, na maioria das vezes, desnecessários e invasivos, trazendo para o trabalho de parto e para o parto uma idéia de imprevisibilidade e de sofrimento.

A partir da metade do século XIX, o parto passou a ser realizado ou no domicílio ou em um espaço criado para esse fim, nos modelos europeus, ou seja, nas clínicas e em casas de maternidades (PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Para o Brasil, o século XIX foi palco de grandes mudanças políticas e sociais, principalmente com a crescente industrialização, a urbanização das cidades e um aumento considerável do contingente populacional. Com esse cenário, era necessário organizar o espaço e as condições de saneamento, como controlar e prevenir doenças, além de diminuir a mortalidade.

A criação das escolas médicas, nesse período, também ajudou na institucionalização da assistência da saúde da mulher, principalmente do parto. Segundo Vieira (2002), o desenvolvimento da prática obstétrica como disciplina médica permitiu o deslocamento do conhecimento sobre o corpo feminino das mãos das parteiras para as mãos dos médicos. Pois, a partir do momento em que o parto

passa a ser hospitalar, o médico se torna o protagonista da cena, e todas as outras pessoas que participavam do parto, inclusive a parturiente, passam a ser meros expectadores.

Com relação ao corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil, as escolas propõem a hospitalização do parto em benefício do ensino médico e da apropriação e desenvolvimento da prática obstétrica (VIEIRA, 2002). As altas taxas de mortalidade materna e neonatal também foram outro motivo para a institucionalização do parto.

No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A mudança criou as condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para o treinamento de médicos.

Quando a mulher é retirada de seu lar, separada de sua família e de suas relações sociais, ela é, simbolicamente, despida de sua individualidade, de sua autonomia e de sua sexualidade, dessa maneira, é possível que o profissional que assiste ao parto tenha controle total deste momento (OSAVA, 1997).

Segundo Tanaka (1995), o parto, no Brasil, foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial, período no qual normas e rotinas passaram a ser ditadas para o tratamento e comportamento da mulher. A incorporação à medicina de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia diminuíram de forma significativa os riscos hospitalares e ampliaram as possibilidades de intervenções, resultando no aumento progressivo das operações cesarianas.

A institucionalização do parto contribuiu para a medicalização da assistência, já que, dentro dos hospitais, a mulher perdia seu poder de decisão, ficava à mercê das condutas médicas, cada vez mais intervencionistas e desnecessárias, com o pretexto de garantir a segurança para a mãe e o bebê.

Miles (1991) diz que a medicalização significa transformar aspectos da vida cotidiana em objetivo da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

Ehrenreich e English (1973) assinalaram que o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas

fontes de ideologia sexista na nossa cultura. A “doencificação” desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doenças, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico

A Institucionalização da assistência ao parto colaborou muito para o avanço da obstetrícia. Com isso, foi possível acompanhar o desenvolvimento do período gestacional, o que proporcionou aos profissionais detectar e tratar as complicações do período gravídico-puerperal, fazendo com que o principal objetivo da institucionalização da assistência ao parto fosse alcançado, ou seja, a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal. Porém, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde.

Mas, com o avanço das práticas obstétricas, a maioria das gestações e partos, de baixo risco obstétrico, com evolução fisiológica, também foram encarados como de alto potencial para complicações. Isso fez com que procedimentos desnecessários e de rotina fossem introduzidos na assistência a gestação, parto e puerpério.

É por isso que hoje o parto é encarado como um processo patológico, de caráter intervencionista e biologicista. Nesse contexto, a mulher perde sua autonomia, deixando o profissional escolher qual conduta seguir. Inúmeros procedimentos são incorporados como rotina na assistência ao parto, constituindo uma prática mecanizada (SEIBERT et al., 2005).

Segundo Nagahama e Santiago (2005), a atenção foi organizada como uma linha de produção, e a mulher transformou-se em propriedade institucional. O conflito gerado a partir desta transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico (BRASIL, 2001).

A medicalização sofrida pelo corpo feminino é consequência de diversas mudanças sociais com relação ao papel da mulher. No Brasil, em meados do século XX, o reflexo das políticas de saúde desenvolvidas para o cuidado da saúde da mulher são voltadas para o controle social, privilegiando a higiene e a infância.

Os Programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. A principal

característica desses programas era preconizar as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes (BRASIL, 2007).

O principal objetivo das primeiras políticas de saúde consistia em produzir um maior número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações, tanto dos pais quanto dos filhos (SANTOS NETO et al., 2008).

Com a tomada do poder pelo militarismo, o modelo de atenção à saúde tornou-se médico assistencial privatista. A partir de meados da década de 1970, alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados, a saber, o Programa de Saúde Materno-Infantil e o Programa de Prevenção a Gravidez de Alto Risco. Nessa fase, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram predominantemente direcionadas para o excesso da “intervenção médica sobre o corpo feminino”, em particular, por meio do uso e abuso da cesariana como forma de parir e da esterilização como método contraceptivo preferencial (SANTOS NETO et al., 2008).

No Brasil, a partir do início dos anos 1980, algumas iniciativas, gestadas no movimento feminista, presentes na Reforma Sanitária e contemporâneas ao movimento de redemocratização do país, lançaram bases para mudanças na assistência à saúde da mulher. Até então, institucionalmente, a saúde da mulher era concebida apenas em relação à sua função reprodutiva. Questões como contracepção, problemas ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis, aborto e direitos reprodutivos não eram, de modo sistemático, considerados no planejamento e na programação institucional em saúde (SCHNECK, 2004).

Em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implementado pelo Ministério da Saúde, após intenso trabalho e com a participação de diversos segmentos da sociedade. Foi proposto um modelo de atenção integral à saúde da mulher, com ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde (SCHNECK, 2004).

Segundo Santos Neto et al. (2008), o grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança é a Constituição de 1988, em que diversos artigos fundamentam e constituem a base dos direitos reprodutivos. Nesse momento, ocorria o principal

entrelaçamento da rede de proteção e a assistência à mulher e à criança, que se intensificou nos anos consecutivos.

O final da década de 1980 era apenas o início de uma série de mudanças significativas que ocorreriam na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. Nesse momento, foi incorporado um novo modo de entender a saúde coletiva, propondo a inclusão do direito à saúde como direito de cidadania e o direito de acesso aos serviços de saúde como benefício social, fundamentando, assim, um sistema único de saúde, público, descentralizado, universal, integral, equânime e dependente da participação social.

Na década de 1990, com base na legislação de saúde vigente, o estado brasileiro, no intuito de pôr em prática as regulamentações legais de promoção da saúde e controle social, projetou a execução de diversos programas e estratégias direcionados especificamente aos cuidados materno-infantis (SANTOS NETO et al., 2008).

O Ministério da Saúde (MS), em 1992, lançou a portaria que torna obrigatória a implementação do alojamento conjunto durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido em todos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). E, ainda em 1994, lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o intuito de apoiar e incentivar o aleitamento materno exclusivo e proporcionar o vínculo mãe-bebê (BRASIL, 1994).

Com o objetivo de prestar à gestante e ao recém-nascido um atendimento de qualidade e humanizado, em 1999, o MS instituiu o Prêmio Galba de Araújo como um incentivo concedido às instituições que se destacassem no atendimento à gestante e ao recém-nascido, considerando a qualidade da assistência, como acolhimento, práticas obstétricas adequadas e inovações que visassem à humanização, à organização institucional e à satisfação dos usuários. Já em 2000, outra medida do governo instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SCHNECK, 2004).

O ano de 2004 foi declarado o Ano da Mulher no Brasil, e foi lançado oficialmente o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal,

uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil (BRASIL, 2007).

O Pacto representa uma estratégia para dar uma resposta abrangente e multissetorial a fatores relacionados com a mortalidade materna no Brasil. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde garante recursos para a implementação das estratégias do Pacto, visando à intensificação de ações de qualificação da atenção à mulher e ao recém-nascido nos municípios com piores indicadores de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2007).

Apesar de inúmeras portarias, pactos e programas, o Brasil ainda hoje apresenta indicadores de mortalidade materna (considerado indicador sensível da adequação da assistência obstétrica) muito além do desejável. Pois a Razão de Mortalidade Materna (RMM) só é considerada baixa quando atinge patamares abaixo de 20 óbitos por 100 mil NV.

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), publicado em março de 2010 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a mortalidade materna tem diminuído desde 1990. A Razão de Mortalidade Materna estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos às causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério (Mortalidade Materna por causas diretas), em relação ao total de nascidos vivos (NV). A RMM brasileira em 1990 era de 140 óbitos por 100 mil NV, enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, uma redução de 56%. Essa redução é reflexo da melhor investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e das políticas de saúde implementadas para atenção à saúde da mulher, principalmente aquelas destinadas a atenção à gestação, parto e puerpério. Mas esses índices ainda se encontram muito longe de atingir as metas de qualidade.

Nas últimas décadas, vimos uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de uma variedade de práticas desenhadas para iniciar, corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados de mães e recém-nascidos e, algumas vezes, para racionalizar padrões de trabalho, no caso do parto hospitalar (OMS, 1996).

Algumas intervenções passaram a ser empregadas como procedimentos de rotina, que muitos profissionais utilizam sem considerar sua necessidade ou sequer suas desvantagens para a mulher e seu filho.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), a adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, com frequência mal avaliadas, é um risco incorrido por muitas pessoas que tentam melhorar os serviços obstétricos. O objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção, compatível com a segurança.

Hoje, que nos encontramos na época do desenvolvimento da engenharia genética, da fertilização *in vitro* e da medicina fetal, vivemos um grande dilema, pois o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade, fazendo muitas vezes com que este evento natural se transforme em um momento traumatizante para ela (SEIBERT et al., 2005).

Esse modelo intervencionista também tem como característica a adoção de rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia em prol da segurança durante o trabalho de parto, atribuindo à cesariana uma conotação banal, muitas vezes realizada por conveniência dos envolvidos no processo (hospital, equipe médica ou mesmo a própria mulher grávida), independente da urgência obstétrica (SEIBERT et al., 2005).

Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar taxas de parto cesárea de no máximo 15%, vem-se observando, desde o início da década de 70, uma tendência mundial para o aumento desse tipo de parto (CARNIEL, ZANOLLI e MORCILLO, 2006). O Brasil continua sendo um dos países que registram a maior proporção de partos cesáreos. Em 1996, 40% do total de partos realizados no Brasil eram cesáreos e mais de uma década depois, em 2007, essa taxa ainda aumentou para 46,5%, com maior destaque para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, consideradas regiões mais desenvolvidas e com o sistema de saúde mais bem estruturado (ODM, 2010).

Outro achado importante é a diferença entre as taxas de parto cesáreo nos serviços de saúde credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas instituições privadas. Os dados da Pesquisa Nacional de Desenvolvimento e Saúde (PNDS) mostram que, entre os partos realizados por meio do SUS, nos cinco anos anteriores à entrevista do PNDS de 2006, o percentual de cesáreas alcançou 34%, mas, entre os partos realizados nos sistemas privados ou por convênios médicos, esse percentual sobe para 81% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O parto cesárea é uma alternativa médica usada em situações em que as condições materno-fetais não favorecem o parto vaginal. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, podendo trazer riscos adicionais para a mãe e a criança (BRASIL, 2001), tornando-se uma intervenção abusiva e perigosa para o binômio, além de consumir recursos preciosos do sistema de saúde.

A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, à intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001).

Segundo Vargens, Progianti e Silveira (2008), a desmedicalização não significa a simples exclusão do profissional ou de práticas médicas da assistência, mas a eliminação do raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição. Significa, ao mesmo tempo, apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel, pois têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos, em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Contudo, a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico, em que o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e intercorrências são enfatizadas, e as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância. Entretanto, a gestação é um processo que geralmente decorre sem complicações (BRASIL, 2001).

Os profissionais são treinados para adotar “práticas rotineiras”, como em uma linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Hoje existe, na sociedade, um movimento no sentido de feminilizar o parto, sem, contudo, excluir os avanços, advindos da ciência médica, que melhoram a qualidade de vida da gestante. A feminilização do parto exige uma sociedade mais justa e uma medicina obstétrica menos autoritária, que respeite os princípios femininos nos diversos saberes e no corpo da parturiente (PROGIANTE; BARREIRA, 2001).

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Isso permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo de nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê, além de reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que a gravidez não é doença e, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2001).

A assistência ao parto foi se hospitalizando, sofisticando-se e se instrumentalizando. Sob a ótica dos profissionais medicalistas, impõem-se normas biomédicas, retirando o caráter de processo fisiológico do evento. Em nome de se conseguir um “bebê perfeito” como resultado final do processo, justificam-se os meios intervencionistas adotados desde meados do século XX, aumentando, acelerando, regulando, monitorando o processo fisiológico do parto. O uso desenfreado dessas tecnologias na assistência ao parto, no final do século passado, trouxe como conseqüência um aumento da morbimortalidade materna e perinatal, e a desincorporação de intervenções danosas se tornou problemática (WEI, 2007).

Na Europa, em 1979, um comitê regional propôs estudar as intervenções para a redução da morbidade e mortalidade perinatal e constatou que, apesar dos incrementos econômicos efetuados, não houve melhoria nos resultados da assistência. A partir desse comitê, grupos de profissionais se organizaram para sistematizar e reunir os estudos na área, classificando os resultados quanto a efetividade e segurança (WEI, 2007).

Os resultados desses dados foram mundialmente divulgados e ficaram conhecidos como “Atenção Baseada em Evidências Científicas”. Essa iniciativa apontava para o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais (ENKIN et al., 2005).

Em 1985, uma reunião da região europeia da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – Escritório Regional para as Américas, em Fortaleza, no Brasil, fez uma série de recomendações baseadas numa variedade similar de práticas (OMS, 1985). Apesar disso e da ênfase rapidamente crescente na medicina baseada em evidências, muitas dessas práticas continuam a ser comuns, sem considerar devidamente seu valor para as mulheres ou para seus filhos (OMS, 1996).

Diante dessa situação, em 1996, a OMS publicou um guia prático de assistência ao parto normal, em que foram identificadas as práticas mais comumente utilizadas durante o trabalho de parto e parto, e estabeleceram-se, com base em evidências científicas, normas de boas práticas para a condução do trabalho de parto sem complicações (DOTTO, 2006).

A divulgação dessas diretrizes aponta para a proposta de um novo paradigma na assistência, que se propagou mundialmente. As novas diretrizes propõem que o objetivo da assistência era obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção, compatível com a segurança. Esta abordagem implica que, no parto normal, deveria haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural (WEI, 2007).

De acordo com a OMS (1996), foi a primeira vez que uma reunião, envolvendo peritos em obstetria de todas as regiões da OMS, teve a oportunidade de esclarecer, à luz dos conhecimentos atuais, qual é, em sua opinião, o papel de tais práticas na assistência ao parto normal. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho classificou suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias, publicadas em 1996. Em 2001, o MS, após revisão das evidências científicas disponíveis, realizou algumas modificações no documento original, publicado pela OMS, em 1996, mantendo a classificação das práticas em 4 categorias, a saber:

A - Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.

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

20. Contato cutâneo direto, precoce, entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
24. Alojamento conjunto.
25. Supressão da lactação em mães portadoras de HIV.
26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

B - Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

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

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

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

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

D - Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado.

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
7. Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
8. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.

9. Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
10. Cateterização da bexiga.
11. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
12. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
13. Parto operatório.
14. Exploração manual do útero após o parto.

Segundo a OMS (1996), o objetivo desse relatório é simplesmente examinar as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis, quanto ao papel na assistência ao parto normal.

O relatório aborda questões de assistência ao parto normal, independente do seu local ou nível de assistência. Suas recomendações sobre as intervenções que são ou deveriam ser utilizadas para apoiar os processos do parto normal não são específicas para um país ou região (OMS, 1996).

Com o fenômeno global de crescente urbanização, muito mais mulheres estão dando à luz em maternidades, quer tenham partos normais ou complicados. Existe uma tentação para tratar todos os partos rotineiramente com o mesmo alto grau de intervenção exigido por aqueles que apresentam complicações. Infelizmente, isso tem uma ampla variedade de efeitos negativos, alguns com complicações sérias, pois as mulheres e seus bebês podem ser prejudicados em consequência de práticas desnecessárias (OMS, 1996).

Diante desse contexto, em que as intervenções tem sido utilizadas, na maioria das vezes, de forma rotineira, sem o consentimento materno e sem a ponderação do profissional sobre os reais benefícios e consequências para o binômio, esse estudo pretende observar a prevalência de intervenções obstétricas ocorridas, durante o trabalho de parto e parto, com as mulheres que deram à luz em uma maternidade escola de baixo risco, em Ribeirão Preto, cidade do interior paulista.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de intervenções obstétricas realizadas em mulheres durante o trabalho de parto e parto.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de caráter quantitativo, com coleta retrospectiva de dados em prontuário, sobre o emprego de intervenções obstétricas em parturientes atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher - MATER.

Segundo Pereira (2003), as investigações de caráter descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Nelas, não há formação de grupo-controle para a comparação dos resultados, já que sua principal característica é ter por finalidade detalhar a apresentação de um achado. Somente observa e descreve como as situações estão ocorrendo, em uma ou mais populações, e divulga as respectivas frequências de modo apropriado. A essência desse estudo é, portanto, a correta determinação de frequências, expressando os resultados em forma de incidência ou prevalência. A inspeção da distribuição das frequências de um evento é utilizada para alcançar dois objetivos principais: identificar grupos de risco ou sugerir explicações para as variações de frequência.

3.2 Local de Estudo

O Centro de Referência da Saúde da Mulher - Mater, uma maternidade escola localizada na cidade de Ribeirão Preto – SP, foi eleita como local de estudo por atender sozinha aproximadamente 30% dos partos realizados na cidade de Ribeirão Preto/SP. Esta instituição iniciou suas atividades em 8 de março de 1998, com o princípio básico de prestar assistência humanizada às gestantes de baixo risco obstétrico e seus bebês. É destinada exclusivamente ao atendimento de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS - e mantém convênio com a Universidade de São Paulo. Atua em uma região de grande carência médico-

hospitalar do município. Seu trabalho é reconhecido pelo estímulo ao parto normal, incentivo ao aleitamento materno e ao alojamento conjunto. A unidade realiza, em média, 270 partos por mês, sendo que os partos normais representam 67% do total de procedimentos.

A instituição possui 32 leitos de alojamento conjunto, 6 leitos de clínica cirúrgica (ginecológica), 2 leitos de clínica médica, 4 leitos de observação, 7 leitos de pré-parto, 5 salas cirúrgicas e uma unidade de cuidados intermediários com capacidade para 5 bebês. Possui: um ambulatório com 6 consultórios, destinado a atendimento de pré-natal, realizando, em média, 500 consultas de pré-natal por mês; atendimento de planejamento familiar por equipe multidisciplinar; ambulatório de ginecologia, além de consultas de puerpério para mães e bebês. Possui também serviço de ultrasonografia, realizando, em média, 400 exames por mês e de cardiocografia, com a realização, em média, de 230 exames por mês. A Mater realiza também curso de gestante por equipe multiprofissional.

O Centro de Referência da Saúde da Mulher – Mater, tornou-se o primeiro hospital de Ribeirão Preto e região a receber o certificado de Hospital Amigo da Criança, concedido pelo Ministério da Saúde, além de receber o Prêmio de Qualidade Hospitalar 2001 – Categoria Estadual. Em novembro de 2002, a Mater recebeu também o Prêmio Galba de Araújo, prêmio esse que incentiva a humanização da assistência obstétrica e neonatal e o estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

Como Centro de Referência da Saúde da Mulher, a Mater, além de serviços obstétricos, presta também assistência ginecológica. Realiza, em média, 100 procedimentos ginecológicos por mês, como laqueadura tubária, miomectomia, histerectomia e exames diagnósticos como histeroscopia.

Hoje o Centro possui equipe multidisciplinar composta por médicos (obstetras, ginecologistas e pediatras), enfermeiras (obstétricas, neonatais e generalistas), auxiliares e técnicos de enfermagem, psicóloga, assistentes sociais, farmacêuticas e nutricionistas, além de toda equipe de apoio administrativo e operacional.

Com o passar dos anos, a instituição vem melhorando a qualidade de sua assistência, focando na humanização da assistência e na padronização de condutas, seguindo as recomendações do ministério da saúde. Sendo assim, já há alguns anos, algumas práticas assistenciais foram abolidas, como o uso de tricotomia, enema e cateterização venosa profilática na admissão para assistência

ao parto; a pelvimetria por raio-x; o uso de comprimidos de ergometrina durante o terceiro estágio do parto; a revisão (exploração manual) e lavagem uterina rotineira após o parto; e o uso de agentes sistêmicos para controle da dor.

3.3 Coleta de Dados

O período de coleta foi escolhido considerando algumas características da equipe assistencial, pois, como a maternidade é campo de estágio para alunos e residentes do curso de medicina, no final do ano, a equipe apresenta condutas mais uniformes, enquanto no início do ano as condutas podem ser um pouco divergentes devido ao tempo de experiência profissional. Assim, foram escolhidos três meses no início do ano e três meses no término do ano, para mesclar o tempo da experiência profissional da equipe assistencial, já que o objetivo da pesquisa é identificar a prevalência de algumas intervenções obstétricas, e os resultados poderiam ser influenciados pelo tempo de experiência da equipe assistencial. Outro fator foi a disponibilidade dos prontuários na instituição.

Nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2009 a Mater realizou 767 partos e em janeiro, fevereiro e março de 2010 realizou 937, totalizando 1704 partos.

Desses 1704 partos, foram selecionados pelo livro de registro de nascimentos todos os partos de número par, totalizando 852.

Foi solicitada ao serviço de arquivo médico (SAME) a separação desses prontuários, e eles foram examinados um a um pela pesquisadora, realizando o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados totalizou 810 prontuários, já que, dos 852 partos realizados, 10 tinham sido de fetos mortos, população excluída da pesquisa, já que, nesses casos, as condutas são tomadas pensando apenas no bem-estar materno, e 32 prontuários não se encontravam na instituição por motivos administrativos, não sendo possível a coleta dos dados dos mesmos.

Este tamanho de amostra implica que as proporções estimadas terão erro de amostragem máximo de 3,4%, com confiança de 95%.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro com questões estruturadas (Apêndice A) para orientar a coleta. Este roteiro constou de 7 (sete) partes:

identificação; características sócio-demográficas; história obstétrica; condições da internação; intervenções obstétricas; condições maternas e condições perinatais.

Nesse trabalho, foram abordadas as práticas classificadas na categoria “B” – Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas - e na categoria “D” – Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado. Algumas das práticas não puderam ser avaliadas, pois a coleta de dados em prontuário não permitiu, e as práticas classificadas nessas categorias relacionadas às intervenções destinadas ao recém nascido também não foram abordadas, pois não faziam parte dos objetivos do estudo.

3.4 População de Estudo

A população de estudo foi composta pelos partos de número par, de fetos vivos, realizados na instituição nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2009 e em janeiro, fevereiro e março de 2010. Totalizando 810 prontuários.

3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram duplamente digitados, organizados em um banco de dados, utilizando-se o programa Excell 2003 e foram analisados utilizando-se, além do Excell 2003, o Epi-Info (versão 3.5.1) e Stata 9.2.

As estimativas das proporções apresentadas em tabelas com erro e amostragem máxima de 3,4%. Isto significa que, por exemplo, se uma proporção foi estimada em 40%, então temos 95% de que a proporção populacional está entre 36,6 e 43,4%.

A verificação de algumas associações entre variáveis foi realizada por meio do teste exato de Fisher, considerando-se o nível de significância $\alpha=0,050$.

3.6 Aspectos Éticos

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob protocolo de nº 1055/2009, conforme determinação contida na Resolução 196/96 da CONEP/CNS/MS, em Junho/2009, após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência Saúde da Mulher - Mater. Como a pesquisa envolveria o levantamento retrospectivo em prontuários, foi solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa a isenção do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Características sócio-demográficas

Fizeram parte deste estudo 810 prontuários de mulheres submetidas à assistência ao parto em uma maternidade escola localizada na cidade de Ribeirão Preto – SP, entre o meses de outubro de 2009 a março de 2010, e os dados obtidos em relação às características sócio-demográficas da população estudada estão ilustrados na tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Distribuição de frequências das características sócio-demográficas de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
Menos de 18	90	11,1
18 a 34	677	83,6
35 ou mais	43	5,3
Estado civil		
União consensual	433	55,5
Casada	151	19,4
Solteira ou viúva	196	25,1
Sem registro	30	3,7
Escolaridade		
Fundamental incompleto	216	27,9
Fundamental completo	142	18,4
Médio completo	126	16,3
Médio incompleto	175	21,6
Superior completo ou incompleto	14	1,8
Sem registro	37	4,5
Ocupação		
Não remunerada	576	74,3
Remunerada	199	25,7
Sem registro	35	4,3
Procedência		
Ribeirão Preto	606	76,1
Outra	190	23,9
Sem registro	14	1,8

A idade das mulheres estudadas variou entre 13 e 44 anos, com um predomínio de mulheres na faixa entre 18 e 34 anos (83,6%). A média de idade encontrada foi de 24 (d.p=5,76) anos. As adolescentes representaram 11,1% (n=90) da amostra, enquanto as mulheres com idade avançada para gestação representaram 5,3% (n=43).

Com relação ao estado civil, um pouco mais da metade das mulheres, 55,5% (n=433), afirmou estar em união consensual, enquanto 19,4% (n=151) referiram ser casadas e 196 (25,1%) mulheres responderam que não tinham parceiros, por serem solteiras ou viúvas.

Quanto à escolaridade, 27,9% (n=216) referiram ter frequentado a escola por menos de 8 anos, 21,6% (n=175) concluíram o ensino médio, e 18,4% (n=142), completaram o ensino fundamental, enquanto apenas 1,8% (n=14) iniciaram o ensino superior.

No que se refere à ocupação, a maioria das mulheres, 74,3% (n=576), afirmaram não exercer atividade remunerada. E quanto à procedência, 606 (76,1%) mulheres, ou seja, a maior parte da amostra, residia, no momento do parto, na cidade de Ribeirão Preto.

4.2 Condições maternas na internação

Os dados coletados nos prontuários quanto às condições maternas das mulheres estudadas durante a sua internação encontram-se na tabela 2, abaixo.

Tabela 2. Distribuição de frequências das condições maternas na internação das parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Variáveis	N	%
Dilatação cervical (cm)		
Sem dilatação	72	8,9
1 a 4	402	49,6
5 a 9	299	36,9
10	37	4,6
Dinâmica Uterina		
Presente	676	83,5
Ausente	119	14,7
Sem registro	15	1,9
Condições das membranas		
Integra	161	19,9
Rota	202	24,9
Sem registro	447	55,2
Característica do líquido amniótico		
Claro	173	21,4
Meconial	23	2,8
Hemático	1	0,1
Sem registro	613	75,7

No momento da internação, a maioria das mulheres apresentavam dilatação cervical entre 1 e 4 cm, a média de dilatação cervical na internação foi de 4,15 cm (d.p. 2,48). A maior parte das mulheres, 83,5% (n=676), apresentava dinâmica uterina, ou seja, contrações uterinas, no momento da internação.

Com relação às condições das membranas, mais da metade das mulheres, 55,2% (n=447), não tiveram anotação, em prontuário médico, de suas condições na internação. Assim como as características do líquido amniótico na internação, pois 75,7% (n=613) dos prontuários médicos envolvidos na pesquisa não tinham esse dado registrado.

4.3 História obstétrica

Com relação à história obstétrica, a maioria das mulheres estudadas, 324 (40%), era primigesta, ou seja, estavam na primeira gestação e 245 (30,3%) delas já tinham 1 parto, conforme se observa na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição de frequências das características relacionadas à história obstétrica de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Variáveis	N	%
Número de consultas de pré-natal		
0	18	2,2
1 a 5	138	17,0
6 a 10	523	64,6
11 ou mais	131	16,2
Número de gestações		
1	324	40,0
2	240	29,6
3	122	15,1
4 ou mais	124	15,3
Número de partos		
0	364	44,9
1	245	30,3
2	114	14,1
3 ou mais	87	10,7
Número de abortos		
0	672	83,0
1	117	14,4
2 ou mais	21	2,6
Número de partos cesárea (prévio)		
0	691	85,3
1	91	11,2
2 ou mais	28	3,5
Patologia associada		
Não	773	95,4
Sim	37	4,6
Pré-eclâmpsia	2	0,25
Hipertensão arterial gestacional	15	1,86
Hipertireoidismo	1	0,13
Diabetes mellitus gestacional	11	1,0
Colonização por <i>Streptococcus agalactiae</i>	8	1,36

Como pode ser observado na tabela 3, no que diz respeito ao pré-natal, a maioria das mulheres, 64,6% (n=523), realizou de 6 a 10 consultas, 16,2% (n=131) realizaram mais de 10 consultas, enquanto 2,2% (n=18) da população estudada não realizou nenhuma consulta de pré-natal.

Considerando partos cesarianas prévios, 11,2% (n=91) das mulheres haviam sido submetidas a 1 parto cesárea, enquanto 3,5% (n=28) da população estudada já havia sido submetida a 2 ou mais partos cesarianas.

Quanto às patologias, podemos observar que 37 mulheres da população de estudo (4,6%) apresentaram alguma durante a gestação atual e, 4,6% (n=37) delas apresentaram alguma patologia associada, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial gestacional (1,86%), diabetes mellitus gestacional (1,36%) e a colonização pelo *Streptococcus agalactiae* (1%). Já era esperado que a população de estudo tivesse baixa incidência de patologias associadas, já que a coleta de dados foi realizada em um serviço de médio risco obstétrico, sendo assim, as gestantes com patologias associadas são preferencialmente referenciadas a outros serviços que atendem gestações de alto risco.

4.4 Intervenções obstétricas

As intervenções obstétricas abordadas neste estudo foram optadas levando em conta as práticas utilizadas no parto normal da instituição estudada, bem como as práticas classificadas como B e D pela Organização Mundial da Saúde, conforme se observa na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição de frequências das características relacionadas à intervenção obstétrica de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Variáveis	N	%
Rotura de membranas		
Espontânea	448	58,3
Artificial	320	41,7
Sem registro	42	5,1
Dilatação cervical (cm) na rotura de membranas artificial		
4 ou menos	15	4,6
5 a 9	180	56,9
10	41	12,6
No ato (parto cesárea)	84	25,9
Uso de ocitocina durante o trabalho de parto		
Sim	500	61,7
Não	310	38,3
Dilatação cervical (cm) no início da ocitocina		
4 ou menos	157	31,4
5 a 9	317	63,4
10	26	5,2
Analgesia no trabalho de parto		
Sim	460	56,8
Não	350	43,2
Dilatação cervical (cm) na 1ª analgesia		
4 ou menos	101	22
5 a 9	347	75,4
10	12	2,6
Número de repiques de analgesia		
0	353	77,6
1	76	16,7
2	22	4,8
3	4	0,9
Realização de cardiotocografia intra-parto		
Sim	263	32,5
Não	547	67,5
Número de cardiotocografias intra-parto		
1	172	65,4
2	63	24
3	23	8,8
4	5	1,9

Variáveis	N	%
Uso episiotomia		
Sim	215	37,3
Não	362	62,7
Condições do períneo após o parto		
Íntegro	161	27,9
Laceração de I grau	150	26,0
Laceração de II grau	49	8,5
Laceração de III grau	1	0,17
Laceração de IV grau	1	0,17

Quando observada a intervenção rotura de membranas, constatou-se que a rotura das membranas amnióticas ocorreu, em 58,3% (n=448), de forma espontânea e que 320 (41,7%) mulheres tiveram as membranas amnióticas rompidas de maneira artificial. Verifica-se também que, quando as membranas foram rompidas artificialmente, a maioria das mulheres, 56,9% (n=180), encontrava-se na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, com uma dilatação cervical igual ou superior a 5 cm, e 25,9% (n=84) delas foram rompidas durante o ato cirúrgico, no parto cesárea.

Das mulheres que foram submetidas à amniotomia, 41,3% (n=132) foram submetidas ao parto cesárea, 57,5% (n=184) evoluíram para parto normal e 1,3% (n=4) tiveram indicação de parto fórceps. Já nas mulheres que apresentaram rotura de membranas espontânea, apenas 19,9% (n=89) foram submetidas ao parto cesárea, a maioria, 75,5% (n=338), evoluiu para parto normal e 4,7% (n=21) para parto fórceps. A associação entre tipo de rotura de membrana e tipo de parto mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher, com $p < 0001$. Essa associação é apresentada na figura 1, abaixo.

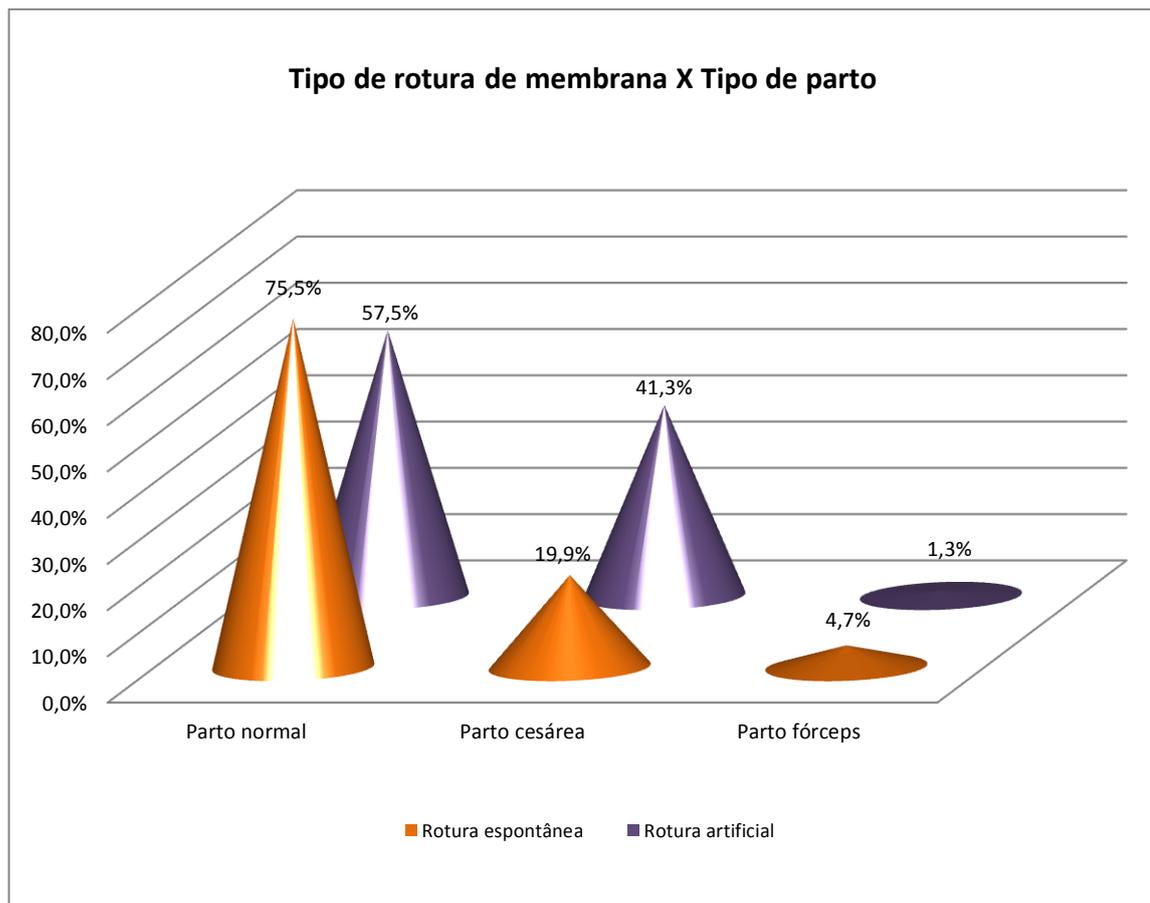


Figura 1: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e o tipo de parto.

A associação entre tipo de rotura de membranas e a dilatação cervical, na internação, também mostrou-se estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher, com $p < 0,001$. Assim, observamos que as mulheres submetidas à rotura artificial de membranas, 43,1% ($n=138$), foram admitidas na fase latente de trabalho de parto e 40,3% ($n=129$) foram admitidas na fase ativa de trabalho de parto. Enquanto as mulheres que tiveram rotura espontânea de membranas, 54,7% ($n=245$), internaram na fase latente de trabalho de parto e 34,6% na fase ativa de trabalho de parto, como mostra a figura 2, a seguir.

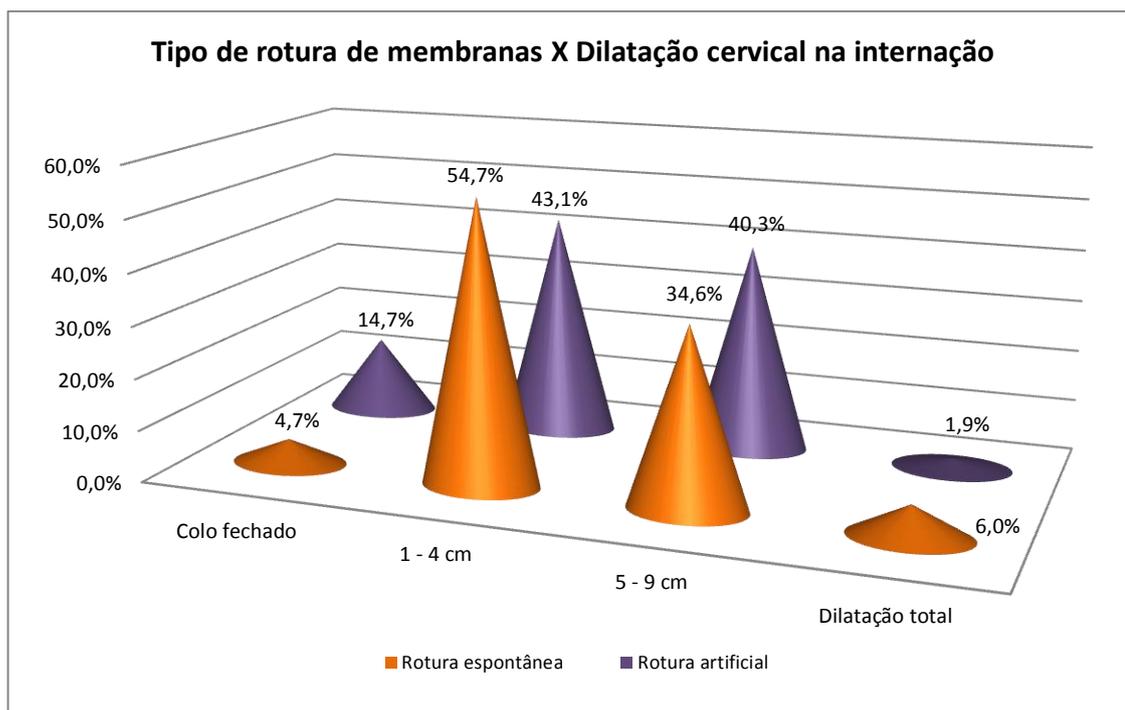


Figura 2: Distribuição das mulheres estudadas e acordo com o tipo de rotura e membranas e a dilatação cervical na internação.

A associação entre tipo de rotura de membrana e infusão de ocitocina e a associação entre o tipo de rotura de membrana e dinâmica uterina na internação não se mostraram significantes estatisticamente, pelo teste exato de Fisher, com $p = 0,0364$ e $p = 0,100$, respectivamente. 60,6% ($n=194$) das mulheres submetidas a amniotomia e 64,1% ($n=287$) das pacientes com rotura espontânea de membranas foram submetidas à infusão de ocitocina durante o trabalho de parto. Quanto à associação com a dinâmica uterina na internação, 82,3% ($n=261$) das mulheres submetidas à amniotomia internaram com dinâmica uterina presente, assim como a grande maioria, 86,8% ($n=381$) das mulheres, que apresentaram rotura espontânea de membranas, como ilustra as figuras 3 e 4 respectivamente.

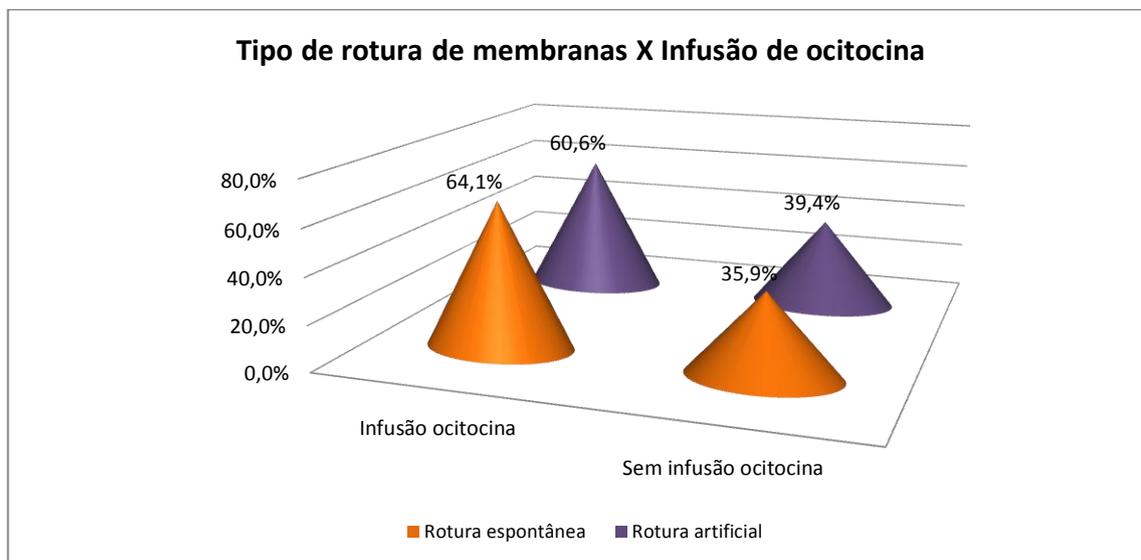


Figura 3: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e a infusão de ocitocina.

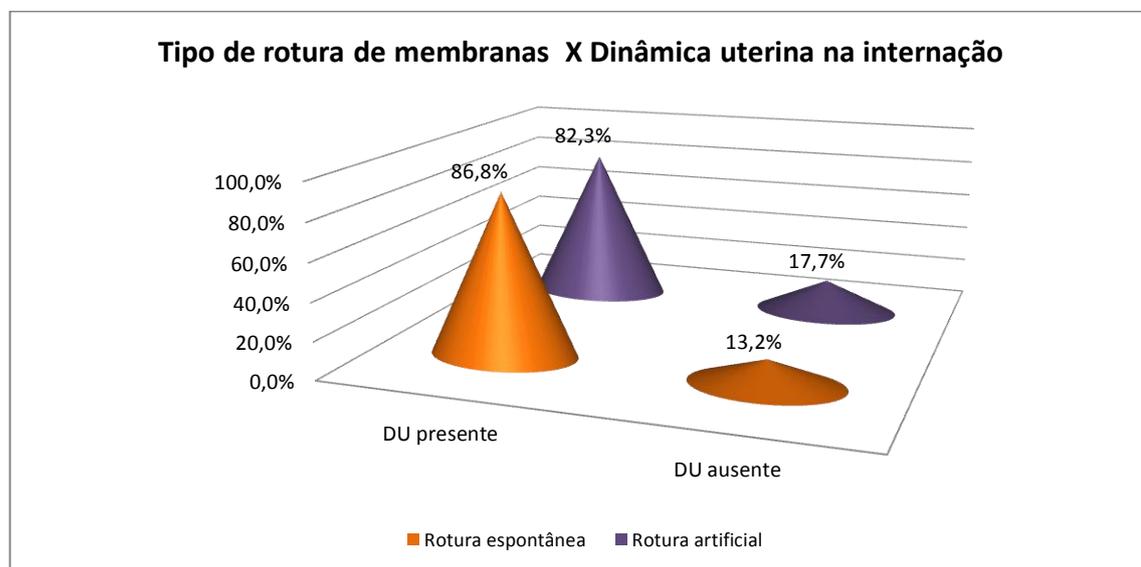


Figura 4: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com o tipo de rotura de membranas e a dinâmica uterina na internação.

Com relação ao uso de ocitocina durante o trabalho de parto, 61,7% (n=500) das mulheres desse estudo tiveram administração endovenosa do medicamento. A maioria delas, 317 (63,4%), recebeu infusão de ocitocina quando estavam na fase ativa de trabalho de parto.

Considerando apenas as mulheres que receberam infusão de ocitocina, a maioria, 58,2% (n=291), internou na fase latente de trabalho de parto, ou seja, com dilatação cervical entre 1 e 4 cm. As que receberam infusão de ocitocina e estavam na fase ativa de trabalho de parto, entre 5 e 9 cm de dilatação cervical, representavam 38,6% (n=193). Já a infusão de ocitocina nas mulheres que internaram sem dilatação cervical, ou seja, colo fechado, ou nas que internaram já em período expulsivo, foi pequena, de 2,8% (n=14) e 0,4% (n=2), respectivamente. Como pode ser visto na figura 5, abaixo.

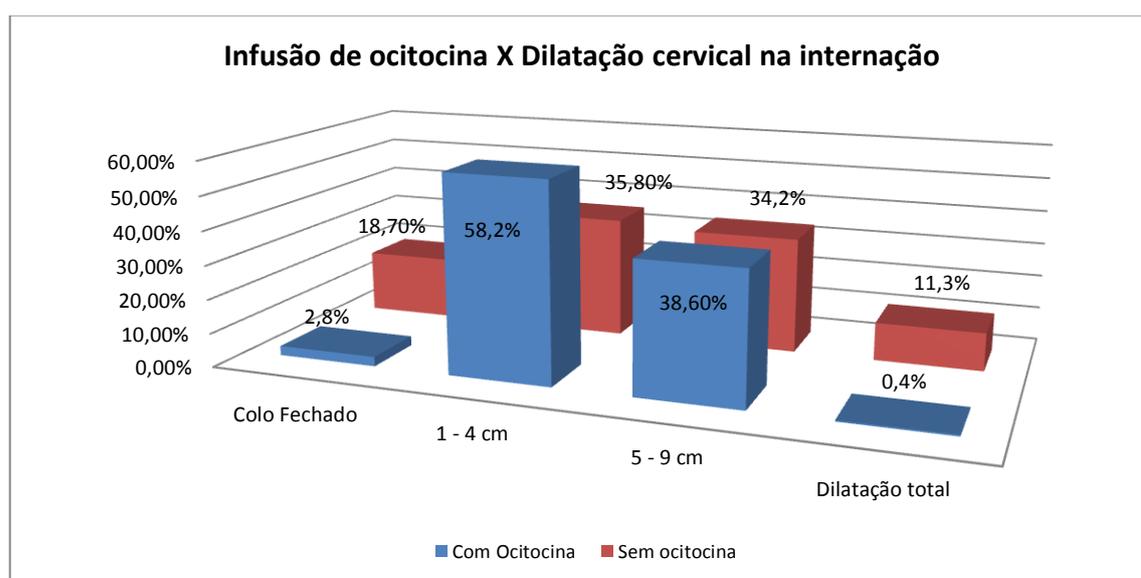


Figura 5: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e a dilatação cervical na internação.

Quando calculamos a associação entre infusão de ocitocina e dilatação cervical na internação, observamos um resultado estatisticamente significativo, com $p < 0,001$. Das mulheres que receberam ocitocina, a maioria, 87,8% (n=439), internou com dinâmica uterina presente, enquanto 11,2% (n=156) estavam com dinâmica uterina ausente na internação, como ilustra a figura 6.

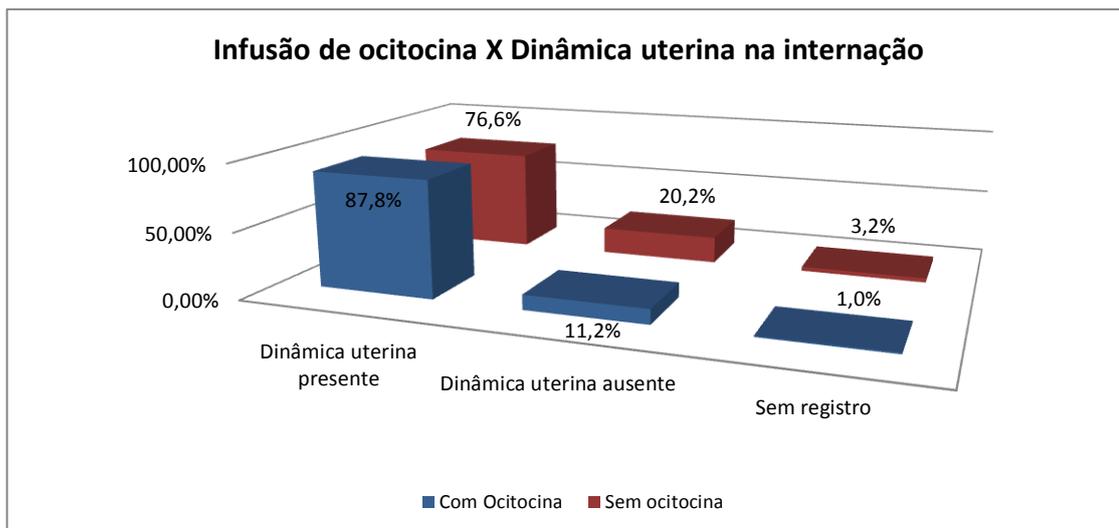


Figura 6: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e a dinâmica uterina na internação.

A mesma associação estatisticamente significativa, com $p < 0,001$, também foi observada entre infusão de ocitocina e dinâmica uterina na internação. Do total de mulheres que receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto, a maioria, 75,2% ($n=376$), evoluiu para parto normal, 19,8% ($n=98$) para parto cesárea e 5% ($n=25$) para parto fórceps, como mostra a figura 7, que segue.

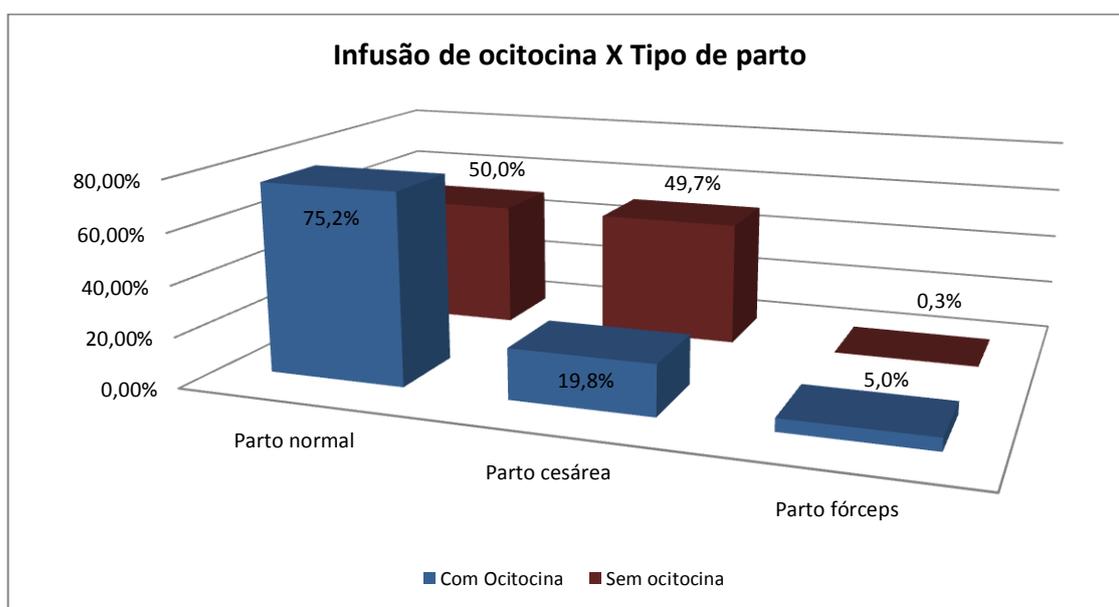


Figura 7: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a infusão de ocitocina e a dinâmica uterina na internação.

Quando avaliamos a intervenção obstétrica analgesia de parto, observamos que esta foi realizada em 56,8% (n=460) das mulheres desse estudo. A grande maioria das mulheres que realizaram a analgesia de parto estavam em fase ativa de trabalho de parto, 347 (75,4%) mulheres. Ainda sobre as mulheres que foram submetidas à analgesia de parto, 77,6% (n=353) delas receberam apenas uma dose do agente analgésico, enquanto 16,7% (n=76) receberam um repique do analgésico e 4,8% (n=22) receberam dois repiques do analgésico, totalizando 3 doses do medicamento.

Com relação à analgesia e ao tipo de parto, do total de mulheres submetidas à analgesia, 460 (56,8%), 73,7% (n=339) evoluíram para parto normal, 20,65% (n=95) foram submetidas a parto cesárea e 5,65% (n=26) evoluíram para parto fórceps. Portanto, a associação entre analgesia e tipo de parto, mostrou-se estatisticamente significativa, pelo teste exato de Fisher, com $p < 0,001$, como ilustra a figura 8, a seguir.

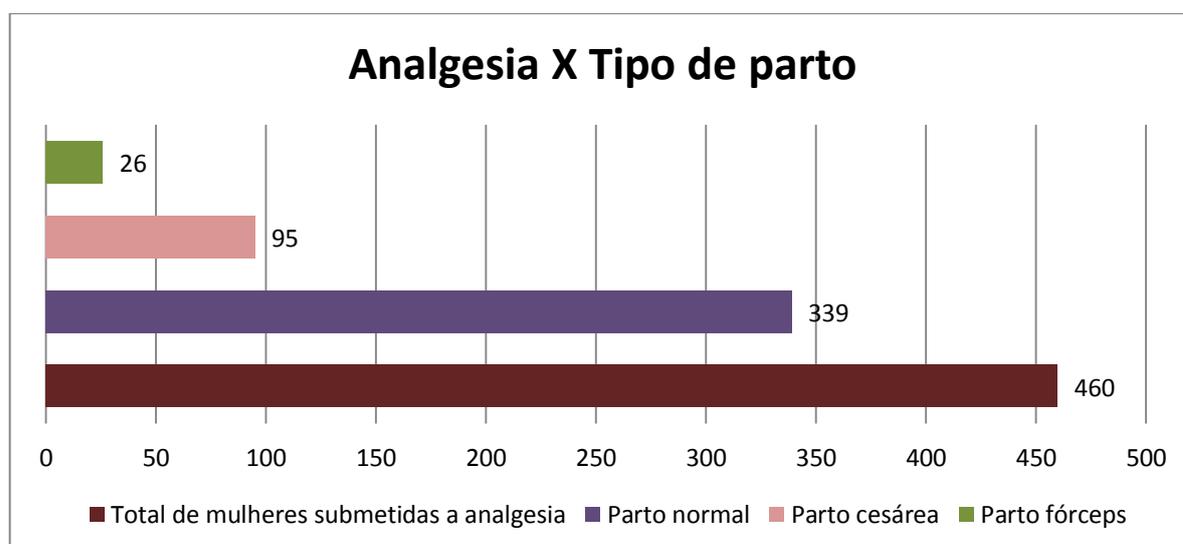


Figura 8: Número total de mulheres que realizaram analgesia, divididas de acordo com o tipo de parto ao qual foram submetidas.

Quando comparamos as mulheres que se submeteram à analgesia e o índice de Apgar, observamos que não houve diferença significativa, com $p = 0,411$, pelo teste exato de Fisher entre estas intervenções.

Tabela 5: Distribuição das mulheres estudadas com relação à analgesia de parto e ao índice de Apgar no quinto minuto.

Apgar 5º min	Analgesia			
	Sim		Não	
	n	%	N	%
0 – 3	0	0	0	0
4 – 6	2	0,43	4	1,14
Acima 7	458	99,5	346	98,85

Como podemos observar na Tabela 5, não foi constatado nenhuma nota de Apgar no quinto minuto de vida, menor ou igual a 3, em nenhum dos dois grupos. Índices de Apgar entre 4 e 6 foram mínimos, sendo ainda menor nos recém-nascidos de mães que foram submetidas à analgesia. É importante ressaltar que 99,5% (n=458) dos bebês nascidos de mães que foram submetidas à analgesia tiveram Apgar de quinto minuto de vida acima de 7.

A cardiocotografia (CTG), um tipo de monitorização eletrônica fetal utilizada para avaliar a vitalidade fetal durante o trabalho de parto, foi realizada em 263 (32,5%) mulheres do estudo, sendo que, destas, 172 (65,4%) realizaram esse exame por apenas 1 vez durante o trabalho de parto, enquanto 63 (24%) mulheres realizaram por 2 vezes e 8,8% (n=23) realizaram o exame por 3 vezes durante o trabalho de parto.

Quando comparamos o uso de CTG e a presença de líquido amniótico meconial, obtivemos um resultado estatisticamente significativo, pelo teste exato de Fisher, com $p < 0,001$. Como pode ser visto nas figuras 9 e 10 abaixo, a CTG foi realizada em maior proporção entre as mulheres que apresentaram líquido meconial durante o trabalho de parto e nas mulheres submetidas ao parto cesárea e ao fórceps.

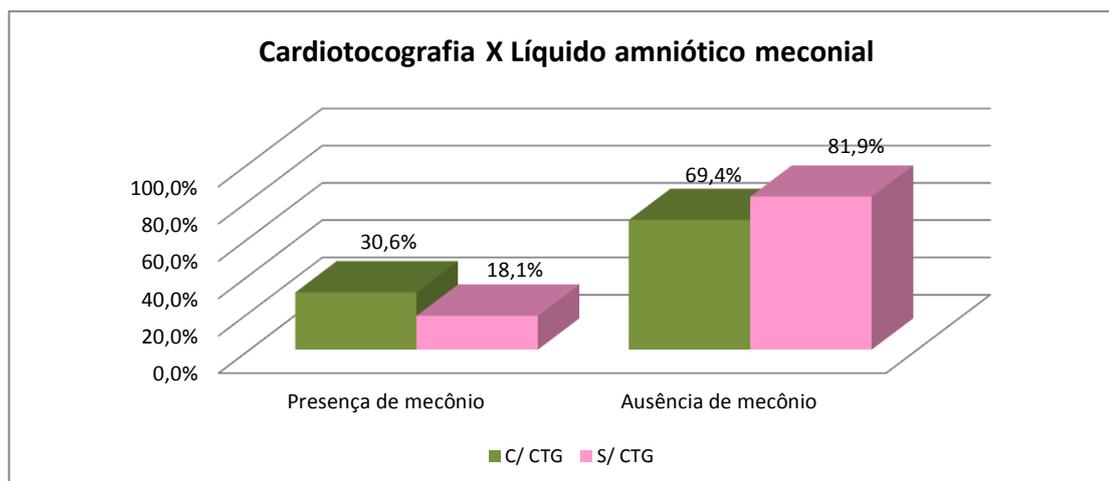


Figura 9: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a monitorização eletrônica fetal e a característica do líquido amniótico.

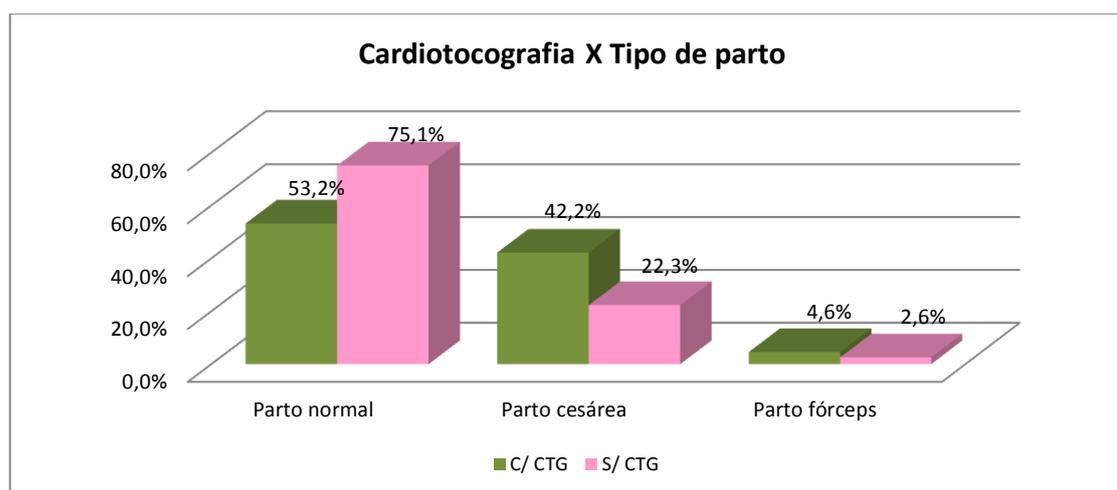


Figura 10: Distribuição das mulheres estudadas de acordo com a monitorização eletrônica fetal e o tipo de parto.

Já a associação entre cardiotocografia e índice de Apgar do recém-nascido no 5º minuto não se mostrou estatisticamente significativa pelo teste exato de Fisher, com $p = 0,670$, em que nenhum recém-nascido apresentou índice de Apgar inferior, e a grande maioria dos recém-nascidos, tanto os que foram monitorados por CTG, como os que não sofreram essa intervenção, apresentaram apgar acima de 7.

Com relação à episiotomia, 37,3% das parturientes foram submetidas a esta incisão, enquanto 161 (27,9%) mulheres tinham, no final do parto, o períneo íntegro. A laceração de primeiro grau apareceu em 26% (n=150) dos partos, laceração de

segundo grau, em 8,5% (n=49) dos partos e lacerações de terceiro grau foi presente em apenas 1 (0,17%) parto, assim como a laceração de quarto grau.

Ao analisarmos a condição do períneo com relação à idade materna, evidenciamos que 30,9% (n=144) das mulheres com períneo íntegro que foram submetidas ao parto vaginal estavam com idade entre 18 e 35 anos, nessa mesma faixa etária, encontramos o maior número de mulheres que deram à luz por parto vaginal e foram submetidas à episiotomia, 31,55% (n=147). Outro dado importante encontrado foi que as lacerações de terceiro e quarto grau aconteceram também nessa faixa etária, muito provavelmente porque é a faixa etária com maior número de nascimento e da realização da episiotomia. Quando observamos a condição do períneo nas adolescentes, observamos que 63,49% (n=40) das adolescentes que deram à luz por parto vaginal foram submetidas à episiotomia, como pode ser observado na tabela 6, a seguir. A associação entre condições do períneo e idade materna mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$), pelo teste exato de Fisher.

Tabela 6: Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e à idade materna.

Condições do períneo	Idade em anos					
		< 18		entre 18 e 35		> 35
	n	%	N	%	N	%
Íntegro	7	11,11	144	30,90	10	45,45
Laceração 1ºg	13	20,63	131	28,11	6	27,27
Laceração 2ºg	3	4,67	42	9,01	4	18,18
Laceração 3ºg	0	0	1	0,21	0	0
Laceração 4ºg	0	0	1	0,21	0	0
EMLD	40	63,49	147	31,55	2	9,09

Quando comparamos a condição do períneo ao número de partos, observamos que em 65,61% (n=145) das primíparas submetidas ao parto vaginal foi realizado episiotomia, já nas secundíparas submetidas ao parto vaginal apenas 21,46% (n=40) delas foram submetidas à episiotomia.

Observando as mulheres que apresentaram períneo íntegro após a expulsão fetal, temos que apenas 7,69% (n=17) das primigestas apresentaram períneo íntegro, 28,96% (n=53) das secundíparas e um pouco mais da metade das tercíparas, 51,90% (n=41), apresentaram períneo íntegro, já as múltiparas, com quatro ou mais partos, na

sua maioria, 73,53% (n=50), apresentaram períneo íntegro, sendo que, ainda nesse grupo, não foi realizada nenhuma episiotomia e também não houve a ocorrência de nenhuma laceração de terceiro ou quarto grau. Nesse estudo, a ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau foram de 0,45% (n=1) nas primíparas e 0,55% (n=1) nas secundíparas. Esses dados estão ilustrados na tabela 7, abaixo:

Tabela 7: Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e ao número de partos.

Condições do períneo	Número de Partos							
	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Íntegro	17	7,69	53	28,96	41	51,90	50	73,53
Laceração 1ºg	43	19,46	66	36,07	25	31,65	16	23,53
Laceração 2ºg	15	6,79	23	12,57	9	11,39	2	2,94
Laceração 3ºg	0	0	1	0,55	0	0	0	0
Laceração 4ºg	1	0,45	0	0	0	0	0	0
EMLD	145	65,61	40	21,86	4	5,06	0	0

A tabela 8, a seguir, ilustra a relação entre a episiotomia e o peso dos recém-nascidos. Pode-se observar que a maioria das episiotomias foram realizadas nos partos vaginais de recém-nascidos com peso de nascimento entre 2500 e 4000 gramas, lembrando que esse peso de nascimento é considerado normal. Outro ponto importante a ser destacado é que, assim como a episiotomia, as lacerações de terceiro e quarto grau também aconteceram nesse grupo de peso. A associação das variáveis, pelo teste exato de Fisher, mostra um $p=0,770$, não sendo estatisticamente significativa.

Tabela 8: Distribuição das mulheres estudadas que foram submetidas ao parto vaginal com relação à condição perineal e ao peso do recém-nascido.

Condições do períneo	Peso do recém-nascido					
	< 2500 g		Entre 2500 e 4000 g		> 4000 g	
	n	%	N	%	n	%
Íntegro	7	23,33	150	29,76	4	23,53
Laceração 1º g	8	26,67	139	27,57	3	17,65
Laceração 2º g	3	10,00	43	8,53	3	17,65
Laceração 3º g	0	0	1	0,20	0	0
Laceração 4º g	0	0	1	0,20	0	0
Episiotomia	12	40,00	170	33,73	7	41,18

4.5 Características do parto

As mulheres estudadas tiveram 68% (n=551) de parto normal como desfecho da gestação e 51,3 % (n=416) em posição litotômica.

A tabela 9, abaixo, ilustra as características relacionadas às condições do parto.

Tabela 9. Distribuição de frequências das características relacionadas às condições do parto das mulheres atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Variáveis	N	%
Tipo de parto		
Parto normal	551	68,0
Parto cesárea	233	28,8
Parto fórceps	26	3,2
Posição do parto		
Litotômica	416	51,3
Dorsal	168	20,7
Sem registro	226	27,9
Local do parto		
Quarto de pré-parto	1	0,1
Sala de parto	10	1,2
Sem registro	799	98,6

Considerando o motivo da indicação do parto cesárea, observamos que o maior número de indicação foi devido a sofrimento fetal agudo, 36,4% (n=85), normalmente detectados e diagnosticados através da monitorização por cardiotocografia, após avaliação das condições maternas, como hipotensão, hipoglicemia e quando não há melhora do padrão cardíaco fetal, após as manobras de reanimação fetal (hiper-hidratação, oxigênio suplementar e mudança de decúbito materno – decúbito lateral) conforme orientação do Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO). A figura 11 ilustra as indicações obstétricas para os partos cesárea da maternidade em estudo.

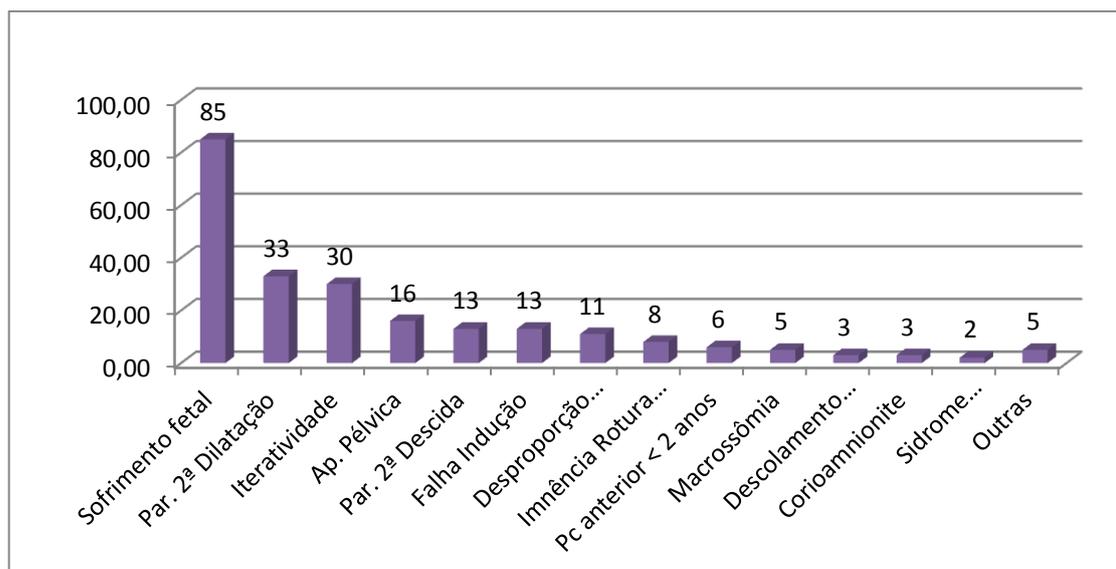


Figura 11: Distribuição das mulheres submetidas ao parto cesárea, segundo a indicação do parto cesárea.

A segunda maior causa de parto cesárea foi a parada secundária da dilatação, com 14,1% (n=33). O diagnóstico é feito depois do registro no partograma (registro gráfico da evolução da fase ativa do trabalho de parto) de 2 toques sucessivos com a mesma dilatação, com intervalo de 2 horas ou mais, com a mulher em trabalho de parto ativo.

A iteratividade, duas ou mais cesáreas anteriores, representou 12,8% (n=30) das indicações de parto cesárea, e a apresentação pélvica teve 6,9% de incidência nas indicações de parto cesárea. As outras indicações estão ilustradas na figura 11.

Ao analisarmos a relação de parto cesárea com a idade das mulheres em estudo, temos que 46,5% (n=20) das mulheres com 35 anos ou mais foram submetidas ao parto cesárea e que 28,9% (n=26) das adolescentes também foram submetidas ao parto cesárea, conforme se observa na Figura 12.

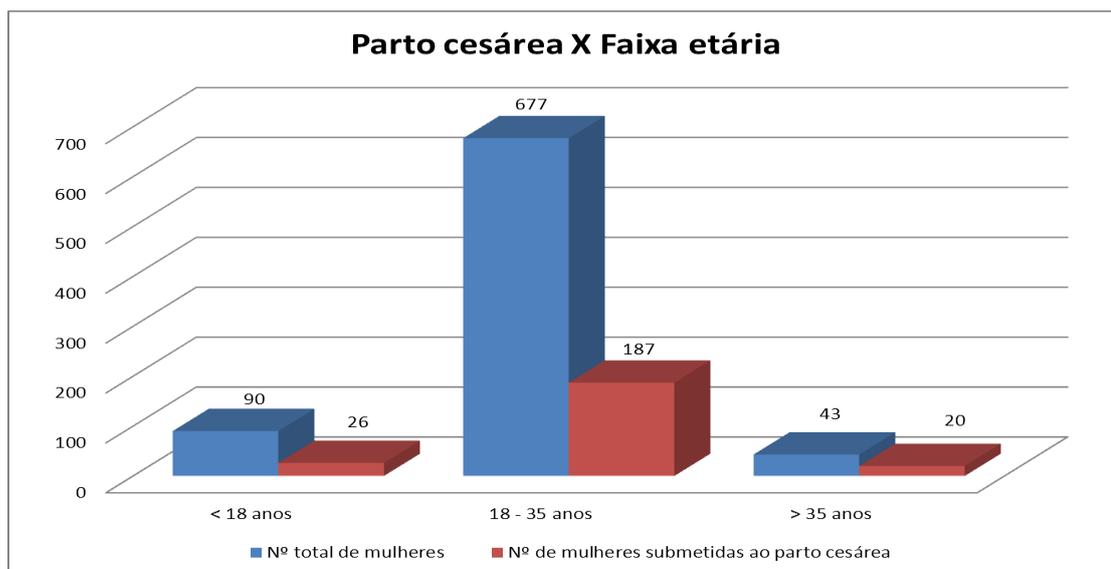


Figura 12: Distribuição do número total de mulheres por faixa etária, em comparação com as mulheres submetidas ao parto cesárea.

Quando relacionamos o número de partos prévios à realização de parto cesárea como forma de resolução da gestação atual, encontramos que 34,3% das mulheres que estavam na primeira gestação foram submetidas ao parto cesárea, 24% das secundigestas tiveram como via de parto da gestação atual o parto cesárea e 26% das mulheres que estavam na terceira gestação foram submetidas à cesariana, como mostra a figura 13, a seguir.

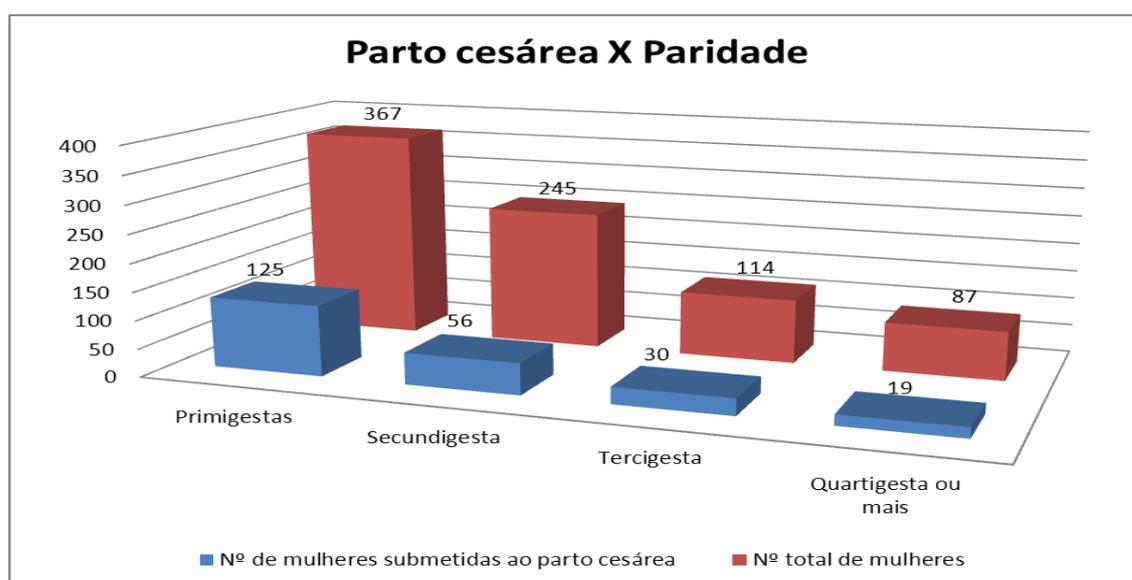


Figura 13: Distribuição do número total de mulheres por paridade, em comparação com as mulheres submetidas ao parto cesárea.

Com relação às mulheres submetidas ao parto fórceps, todas receberam analgesia de parto e foram submetidas à episiotomia. A maioria das mulheres era primípara e apresentava idade entre 18 e 34 anos. Quanto aos recém-nascidos que nasceram de parto fórceps, a maior parte apresentou índice de Apgar no 5º minuto de vida igual ou maior que 7 e, quanto ao peso de nascimento, a grande maioria também apresentou entre 2500 e 4000 gramas, como pode ser visto nas tabelas 10 e 11 respectivamente.

Tabela 10: Distribuição das mulheres submetidas ao parto fórceps com relação à idade materna e paridade.

Características maternas							
		Idade (anos)			Paridade		
		< 18	18 - 34	≥ 35	Primípara	Secundípara	Tercípara
Parto	n	1	24	1	18	3	5
fórceps	%	3,8	92,4	3,8	69,2	11,5	19,3

Tabela 11: Distribuição dos recém-nascidos nascidos de parto fórceps com relação ao índice de Apgar no 5º minuto de vida e ao peso de nascimento.

Características dos recém-nascidos							
		Apgar 5º min			Peso (gramas)		
		8	9	10	> 2500	2500 – 4000	> 4000
Parto	n	4	5	17	1	23	2
fórceps	%	15,4	19,2	65,5	3,8	88,5	7,7

Observando a posição de parto, constatou-se que a maioria das mulheres, 71,2% (n=416), durante o parto, permaneceu na posição litotômica, enquanto 20,7% (n=168) das mulheres permaneceram na posição dorsal. Vale ressaltar que 27,9% (n=226) dos partos realizados não tiveram sua posição anotada em prontuário médico.

É importante destacar que, assim como a posição de parto, o local de parto também não é devidamente registrado em prontuário médico, já que 98,6% (n=799) dos prontuários revisados não tinham anotação do local do parto.

4.6 Condições perinatais

As condições perinatais foram ilustradas na Tabela 11, a seguir.

Tabela 11. Distribuição de frequências das condições perinatais de parturientes atendidas no Centro de Referência da Mulher – MATER, Ribeirão Preto, no período de outubro/2009 a março/2010.

Váriáveis	N	%
Mecônio intra-parto		
Sim	143	22,5
Não	494	77,5
Peso do recém-nascido (gramas)		
Menos de 2500	39	4,8
2500 a 4000	733	90,7
Mais de 4000	36	4,5
Índice de Apgar no 1º minuto		
0 – 3	43	5,3
4 – 6	63	7,8
> 7	704	86,9
Índice de Apgar no 5º minuto		
4 – 6	6	0,7
> 7	804	99,3

Com relação à presença de líquido amniótico meconial, na maioria dos partos, 77,5% (n=494), o líquido amniótico era claro, enquanto em 22,5% (n=143) dos partos o líquido amniótico era meconial.

Quanto ao peso dos recém-nascidos, a maioria deles, 733 (90,7%), pesava entre 2500 e 4000 gramas, e apenas 4,8% (n=39) e 4,5% (n=36) dos recém-nascidos, pesavam menos de 2500 gramas e mais de 4000 gramas, respectivamente.

Observando o índice de Apgar no primeiro minuto, encontramos que a maior parte dos recém-nascidos, 86,9% (n=704), não apresentou dificuldade de adaptação à vida extrauterina, apresentando nota de Apgar igual ou maior que sete. Alguns recém-nascidos apresentaram dificuldade moderada de adaptação à vida extrauterina, 7,8% (n=63), apresentando Apgar entre 4 e 6; uma minoria, 5,3% (n=43) apresentou dificuldade severa à adaptação à vida extrauterina, apresentando notas de Apgar igual ou menor que 3.

Já quanto ao índice de Apgar no 5º minuto, observa-se que nenhum recém-nascido apresentou nota igual ou menor que 3. A maioria, 99,3% (n=804),

apresentou nota de Apgar igual ou maior que 7 e apenas 0,7% (n=6) apresentaram nota de Apgar entre 4 e 6.

Vale lembrar que o índice de Apgar é uma nota atribuída no primeiro e no quinto minuto de vida dos recém-nascidos, com o intuito de averiguar a adaptação à vida extrauterina. O índice avalia 5 características do recém-nascido, sendo elas: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração. Notas abaixo de 3 representam dificuldade severa de adaptação à vida extrauterina, notas entre 4 e 6 representam dificuldade moderada e notas acima de 7, ausência de dificuldade de adaptação à vida extrauterina.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Optamos por realizar em 2 partes a discussão deste estudo, sendo a primeira denominada Categoria B – Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas e a segunda parte denominada Categoria D – Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado:

5.1 Categoria B – Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

5.1.1 *Uso rotineiro da posição de litotomia*

Nesse estudo, foi observado que 51,3% dos partos assistidos foram na posição litotômica, 20,7% na posição dorsal e 27,9% não tinham registro, no prontuário, quanto à posição do parto, por isso foram considerados como dados ignorados.

O processo de horizontalização do parto se processou simultaneamente à medicalização do nascimento com o advento dos cirurgiões obstétricos, pois a posição horizontal facilita as intervenções médicas, como o uso do fórcepe, e o estudo físico do mecanismo de parto (SILVA et al., 2007).

Segundo Gupta e Nikodem (2000), as posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos: promovem uma retificação do canal do parto e alinhamento do feto na bacia materna, maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o desprendimento fetal.

Gayeski e Bruggermann (2009) referem que evidências recentes mostram que a posição vertical ou lateral, quando comparadas com as posições horizontais (supina ou de litotomia), reduz a duração do período expulsivo, a queixa de dor severa, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetal. Entretanto, o uso dessa posição está

relacionado ao aumento do número de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea maior que 500 ml.

Baracho et al. (2009) investigaram, em seu trabalho, a influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais em primigestas e tiveram como resultado que houve correlação entre a posição de parto e a realização da episiotomia, sendo esta mais frequente em mulheres que realizaram parto na posição horizontal, mas não houve correlação estatisticamente significativa entre a posição de parto e o uso de ocitocina, ocorrência de laceração perineal e as característica dos neonatos.

Os autores destacam ainda que a associação entre a episiotomia e posição horizontal de parto sugere que esse procedimento tenha sido menos necessário durante a realização do parto na posição vertical, em decorrência do efeito facilitador da força da gravidade. Por outro lado, tal resultado pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar episiotomia em posições verticais de parto vaginal. Independente disso, os autores sugerem que a posição vertical de parto vaginal seja um fator protetor para a ocorrência de episiotomia (BARACHO et al., 2009).

Mouta et al. (2008), no estudo Relação entre a posição adotada pelas mulheres no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido, realizado em uma maternidade no Rio de Janeiro, tiveram como resultado que a ocorrência de lacerações perineais foi, em sua maioria, de primeiro grau. Na adoção da posição vertical, mesmo não sendo realizada episiotomia de rotina, não aconteceram lacerações perineais que exigissem sutura ou reconstituição. Quanto à vitalidade do recém-nascido, foi constatado que índices de Apgar superior a sete no primeiro e no quinto minuto de vida foram muito mais frequentes nos partos em posição vertical se comparados com os em posição horizontal.

Ainda no estudo de Gayeski e Bruggermann (2009), uma abordagem qualitativa, em que foram entrevistadas 10 puérperas que pariram na posição vertical e horizontal, internadas no alojamento conjunto, no dia da alta hospitalar. O estudo abordou aspectos positivos e negativos do parto horizontal e vertical. Os aspectos positivos relatados sobre a posição vertical foram relacionados à sensação de conforto, possibilidade de movimentação, redução do esforço expulsivo e da dor e participação mais ativa da mulher. Em contraste, os aspectos positivos da posição horizontal se caracterizaram pela realização de intervenções, especialmente a episiotomia, a sensação de ser “ajudada” e o conforto pela possibilidade de

permanecer deitada. Os aspectos negativos referidos sobre a posição vertical foram, o desconforto da posição vertical e a falta de intervenções, gerando a sensação de não ter sido “ajudada”. Já os aspectos negativos da posição horizontal, foram: parto mais demorado, aumento do sofrimento, da dor e do cansaço, dificuldade de contato com o profissional que realiza o parto, diminuição da possibilidade de movimentação e dificuldade de realizar a força.

Bruggemann et al. (2009), no estudo “Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005”, constataram que, em 1996, apenas 5,5% dos partos eram realizados na posição vertical, 62,9% na posição horizontal, e a taxa de parto cesárea ficava em torno de 31,6%. Com isso, a internação de recém-nascidos na unidade de tratamento intensivo neonatal foi de 31,5% e 0,7% das puérperas necessitaram de transfusão sanguínea no puerpério. Já em 2005, a taxa de partos assistidos na posição vertical foi de 52,4%. Os partos na posição horizontal declinaram para 13,8% e as taxas de parto cesárea permaneceram em torno de 33,8%, mostrando estabilidade no índice, enquanto as taxas de internação de recém-nascidos na unidade de tratamento intensivo neonatal declinaram para 14,9%, e as de transfusões maternas no puerpério também declinaram para 0,3%. Os autores observam que, com o aumento na taxa dos partos na posição vertical, houve uma estabilização nas taxas dos partos cesárea e um declínio no número de internação de recém-nascidos na unidade de tratamento intensivo e no número de transfusões maternas no puerpério.

A maternidade estudada tem como protocolo a assistência ao parto normal ou fórceps na posição litotômica e ao parto cesárea na posição dorsal, por não contar com salas e mesas de parto que proporcionem à mulher a escolha de outras posições, assim como a formação da equipe assistencial ainda ser direcionada às posições tradicionais de parto. Por isso, não foi possível fazer nenhum tipo de associação com outras variáveis estudadas.

Levando em consideração a preferência das mulheres e as evidências científicas, o Ministério da Saúde, com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde, orienta que os profissionais prestadores de saúde, durante o trabalho de parto e parto, devem adotar a posição que melhor agrada às mulheres, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Elas devem ser estimuladas a experimentar aquilo que for mais confortável, e suas escolhas devem ser apoiadas. Os prestadores de serviço precisam ser treinados em como comandar e

realizar partos em outras posições além da supina, a fim de não serem um fator inibidor na escolha de posições.

5.1.2 Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.

Nesse estudo, a taxa de episiotomia foi de 37,3%, as mulheres com períneo íntegro, após a expulsão fetal, somavam 161 (27,9%), 26% apresentavam laceração de 1º grau e 0,34% apresentaram laceração de 3º e 4º grau. Quanto as condições perineais foram consideradas apenas as mulheres submetidas ao parto vaginal.

Os índices de episiotomia na instituição estudada estão acima dos parâmetros apresentados pela OMS, mas, se comparado com os índices em outras instituições brasileiras, estão bem abaixo dos índices nacionais e próximos de outras instituições internacionais que caracterizam sua assistência como humanizada.

Já quanto à incidência de lacerações graves, como as de 3º e 4º grau, a incidência do serviço estudado está muito próxima do recomendado pela OMS, que é um índice de 0,4%.

Lembrando ainda que a instituição onde a coleta de dados foi realizada é uma maternidade que é campo de estágios de alunos e residentes do curso de medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, a instituição segue a recomendação da realização de episiotomia seletiva, como recomenda a OMS, e tem como protocolo a realização da episiotomia médio lateral direita (EMLD). Durante a coleta de dados, não foi encontrado no prontuário o registro sobre a indicação da episiotomia.

Episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva, com a indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecendo a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo (REZENDE, 2005).

A episiotomia costuma ser feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixa a ponto de distender o períneo, exercendo uma certa pressão sobre a incisão; em geral, é feita antes de ocorrer uma distensão exagerada, porém não demasiadamente cedo a ponto de permitir um sangramento excessivo enquanto se espera pelo nascimento do bebê (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

A episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana, neste caso é denominada perineotomia. A episiotomia lateral está abandonada por seus inconvenientes, pois atinge uma região muito vascularizada e pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral é a mais usada, sendo este tipo de episiotomia utilizada na instituição estudada, e a incisão abrange pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superior do períneo e, algumas vezes, fibras internas do elevador do ânus. A episiotomia mediana apresenta como vantagem menor perda sanguínea, é fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia, porém existe o perigo de extensão através do músculo esfíncteriano no caso de ocorrer uma laceração adicional (NEME, 2005).

A primeira menção à episiotomia foi feita por Ould, em 1741, como método de prevenção de lacerações severas a ser utilizado excepcionalmente. No entanto, essa intervenção passou a ser recomendada sistematicamente por dois eminentes ginecologistas, De Lee e Pomeroy, na primeira metade do século passado, período que coincidiu com o início da prática da hospitalização para a assistência ao parto. Nesse período, a episiotomia era utilizada de modo profilático, tendo como objetivos primordiais a prevenção de traumas perineais, redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de retoccele e cistocele, além do relaxamento da musculatura pélvica (MATTAR, AQUINO; MESQUITA, 2007).

Segundo Mattar, Aquino e Mesquita (2007), esse modelo vem sendo adotado e ensinado pela obstetrícia brasileira como conduta bem estabelecida e universalmente aceita, com base em justificativas que incluem a prevenção do trauma perineal severo e dos danos do assoalho pélvico, visando evitar prolapsos genitais e incontinência urinária futuros. Essa profilaxia, segundo os cirurgiões, justificaria a dor acarretada pela incisão e eventuais complicações locais.

Nas últimas décadas, alguns estudos, com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias e a morbiletalidade materno-fetal, têm avaliado a prática da episiotomia como rotineira no período expulsivo (MATTAR, AQUINO; MESQUITA, 2007).

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados sobre o uso da episiotomia no parto vaginal, desenvolvida e publicada pela biblioteca Cochrane em 2006, concluiu que a episiotomia seletiva, se comparada à

rotineira em todos os partos vaginais, associa-se a menor risco de trauma de períneo posterior, a menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (laceração de 3º e 4º graus), não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disso, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal pós parto (CARROLI ; BELIZAN, 2006).

De acordo com Mattar, Aquino e Mesquita (2007), a única real evidência a favor do uso sistemático da episiotomia foi uma diminuição no risco de traumatismo perineal anterior. Vale ressaltar que esse tipo de laceração normalmente transcorre com menos sangramento, não necessita de sutura e é menos dolorosa que os traumas de períneo posterior.

Os autores da revisão concluem que a episiotomia seletiva traz maiores benefícios que o uso rotineiro, sendo indicada em situações de sofrimento fetal, feto com apresentação pélvica, progressão insuficiente de parto e ameaça de laceração perineal de terceiro grau (CARROLI; BELIZAN, 2006).

Rezende (2005) sugere que a episiotomia deve ser realizada como preceito dominante na proteção perineal. Neme (2005) recomenda a prática quando a distensibilidade restrita do assoalho perineal sugere roturas extensas e irregulares nos partos com feto em apresentação pélvica e nos partos de prematuros extremos, devido à vulnerabilidade vascular do feto. Ziegel e Cranley (1985) dizem que a episiotomia é útil nos casos de períneo rígido, quando é necessário parto rápido, quando parece inevitável a ocorrência de uma laceração, quando a apresentação e a posição do bebê são anormais e quando o feto é prematuro. Zugaib (1994) pontua que, apesar das recomendações de realização restritiva da episiotomia, ela seria preconizada praticamente em todos os partos, por ser benéfica, com a exceção dos casos de grandes múltiparas.

Já a OMS (1996) e o Ministério da Saúde (2001) publicaram em seus manuais e protocolos que sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente de parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia em um parto, até então de evolução normal. Lembrando que o profissional que assiste ao parto deve ser habilitado para suturar lacerações e episiotomias de modo adequado.

Apesar da episiotomia ser técnica realizada com freqüência, sua incidência é variável. Não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha em efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. No entanto, em um parto até então normal, pode ocasionalmente haver uma indicação válida para uma episiotomia. Não está totalmente estabelecida uma freqüência ideal do uso deste procedimento, contudo, a Organização Mundial da Saúde sugere que uma taxa de 10% seria uma boa meta a ser adotada (OMS, 1996).

A incidência da episiotomia varia muito, considerando o tipo de filosofia da instituição onde o parto é assistido. Normalmente, as instituições que já adotaram as orientações da OMS sobre humanização apresentam índices menores de intervenções e a utilização adequada da tecnologia.

Lobo et al. (2010), em seu estudo sobre resultados maternos e neonatais, realizado em uma casa de parto normal, localizada na cidade de São Paulo, tiveram como resultado que 25,7% das mulheres foram submetidas a episiotomia, enquanto 66,8% apresentaram períneo íntegro ou laceração de primeiro grau após a expulsão fetal.

Outro estudo recente, mostrando taxas aceitáveis de episiotomia, foi o de Carvalho, Souza e Filho (2010), realizado em uma maternidade escola, localizada na cidade de Recife, serviço que segue as recomendações da OMS sobre a realização da episiotomia. Em 2003, antes da implementação das normas de episiotomia seletiva, a freqüência de realização encontrava-se em torno de 46%, assim, em 3 anos de implementação, houve uma redução de mais de 1/3 dessa freqüência, encontrando-se em torno de 29%.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, publicado por Frankman, Wang e Bunker (2009), comparou as taxas de episiotomia do ano de 1979 e de 2004. Em 1979, os Estados Unidos apresentavam uma taxa de episiotomia em torno de 61% e, em 2004, esse índice caiu para 24,5%. Outro dado importante é que as lacerações de terceiro grau em partos sem episiotomia também decresceram de 5 para 3,5%. Os autores acreditam que as taxas de lacerações de terceiro grau declinaram devido à diminuição da realização de episiotomia. Esse estudo mostra uma grande melhora na atenção americana ao parto normal, respeitando a fisiologia da parturição.

Em contrapartida, o Relatório Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, publicado no ano de 2008, revelou que a episiotomia, no Brasil, é realizada em 70% dos partos normais, o que é praticamente o dobro do esperado tecnicamente, e que o procedimento assumiu proporções mais baixas apenas em partos de mulheres com mais de três filhos. A região sudeste aparece como a região com maior incidência, 78,5% dos partos normais. A incidência nas primigestas foi de 84,8%. E em 71,4% dos partos assistidos pelo SUS foi realizada a episiotomia. Dados estes muito superiores se comparados aos nossos achados.

Ratificando esses dados, um estudo publicado por Orsi et al. (2005), realizado na cidade do Rio de Janeiro, com o intuito de verificar a qualidade da atenção ao parto nas maternidades cariocas, mostrou que a incidência da episiotomia ficou em torno de 81%, não havendo grande diferença nas maternidades conveniadas ao SUS.

Santos et al. (2008), em seu estudo, realizado em um hospital filantrópico no interior do estado de São Paulo, que não classifica sua assistência como humanizada, constataram que a incidência de episiotomia, nessa instituição, ficou em torno de 90%. Não havendo registro, em prontuário médico, sobre a justificativa do procedimento. Nessa instituição, a realização da episiotomia ocorreu sem qualquer enfoque seletivo, sendo praticada rotineiramente.

Já em um outro hospital escola público, localizado no Distrito Federal, onde não há protocolos para a indicação da episiotomia e que atende a gestantes de alto risco, o índice de episiotomia ficou em torno de 50%, sendo realizado em 74,4% das primigestas (COSTA; SOUZA, 2009), resultado superior aos encontrados em nosso estudo.

Um estudo realizado em quatro hospitais chineses, publicado por Qian et al. (2006), mostrou que, na comparação entre os anos de 1999 e 2003, as práticas de episiotomia permaneceram estáveis apesar das recomendações da OMS, enquanto outras práticas obstétricas mostraram uma tendência ao decréscimo.

Oliveira e Miquilini (2005), no estudo Frequência e critérios para indicar a episiotomia, realizado no Hospital da Universidade de São Paulo, mostraram que a incidência de episiotomia foi de 76,2%, enquanto, nas primigestas, esse índice chegou a 95,2%. Os autores concluem que essa frequência elevada de episiotomia pode estar relacionada ao fato de o local de estudo ser um hospital-escola, portanto, os profissionais realizam esse procedimento com a finalidade de ensino. Outro fator

que pode estar relacionado é o decúbito dorsal adotado pela parturiente durante o período expulsivo e o uso abusivo de indução do parto.

Um estudo realizado na Califórnia, por Ogunyemi et al. (2006), observou os partos normais em uma instituição que pratica a episiotomia de forma seletiva, entre os anos de 1982 e 2001, através de um banco de dados da instituição, a soma do total de partos investigados foi de 66 224 partos vaginais. Os autores encontraram que a média de episiotomias realizadas entre os anos de estudo foi de 32%, as de laceração de primeiro e segundo grau de 2,5% e as lacerações de terceiro e quarto grau de 1%. Em 1982, a instituição apresentava taxas de 29,5% de episiotomia e 4,9% de lacerações de terceiro e quarto grau, já em 2001, esses índices caíram para taxas de 18% de episiotomia e para 1,5% as taxas de lacerações de terceiro e quarto grau.

Esse estudo ainda mostrou que os fatores de risco para episiotomia na população estudada foi: macrossomia, parto fórceps, desacelerações da frequência cardíaca fetal, idade materna jovem, distócia de ombro, analgesia de parto, primíparas e hipertensão arterial. E os fatores de risco para lacerações de terceiro e quarto grau foram: a episiotomia, aumentando o risco de laceração em 12 vezes, o parto fórceps, aumentando o risco em 8 vezes, a distócia de ombro, em 4 vezes e, nas primíparas, o risco aumentou em 8,7 vezes. Os autores sugerem que o uso da episiotomia deve ter uma política restritiva, uso cauteloso de partos operatórios, prevenção de macrossomia durante o pré-natal.

Sosa et al. (2009) realizaram um estudo em 24 maternidades da Argentina e Uruguai, nos anos de 2003 e 2005, para observar fatores de risco para hemorragia pós-parto em parto vaginal. Nesse estudo, encontraram que a episiotomia é fator de risco para hemorragia pós-parto moderada, e a necessidade de sutura perineal é fator de risco para hemorragia pós-parto grave e ainda fator de risco para necessidade de transfusão sanguínea. Esse trabalho também conclui que a utilização restritiva da episiotomia colabora para evitar as hemorragias pós-parto.

Um estudo francês foi realizado em dois hospitais universitários, um com política restritiva do uso de episiotomia e outro com uso rotineiro, com o objetivo de comparar os distúrbios do assoalho pélvico 4 anos após o primeiro parto em mulheres submetidas à episiotomia seletiva e de rotina. Os autores, Fritel et al. (2008) concluíram que a episiotomia de rotina não protege a mulher de incontinência fetal e urinária.

Pitangui et al. (2009) realizaram um estudo com 40 puérperas primíparas submetidas à episiotomia durante o parto vaginal, assistido em uma maternidade conveniada ao SUS, na cidade de Ribeirão Preto. O estudo tinha como objetivo mensurar a intensidade da dor perineal dessas mulheres no pós-parto. O resultado encontrado foi que as mulheres referiram dor perineal moderada no pós-parto.

Esses estudos comprovam, mais uma vez, que o uso seletivo da episiotomia tem maiores vantagens que seu uso rotineiro, já que a prática da episiotomia não é isenta de consequências negativas para a mulher.

No nosso cotidiano, observamos frequentemente que as mulheres são submetidas a rotinas e intervenções obstétricas arriscadas e, muitas vezes, desnecessárias, sem ao menos serem informadas sobre o assunto. Por constituir-se um ato cirúrgico, o procedimento deve ser informado à mulher e autorizado por ela antes de sua realização, sobre a qual devem ser apontados riscos e benefícios.

Levando em consideração a afirmação acima, Santos e Shimo (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de identificar o conhecimento e a participação das parturientes nas decisões sobre a episiotomia durante o processo e parturição. Eles observaram que 31,2% das entrevistadas relataram total desconhecimento da intervenção, afirmando que não sabiam o que é o procedimento; 81,3% das mulheres, quando questionadas, responderam que não receberam nenhum tipo de informação em relação à intervenção durante seu processo de parturição e apenas 18,7% referiram que foram informadas quanto à intervenção.

No estudo realizado por Previatti e Souza (2007), os autores identificaram que a maioria das mulheres não recebeu informações sobre a episiotomia em momento algum antes do parto, ressaltando que as mulheres que disseram terem recebido informação apontaram como fonte seus familiares ou pessoas próximas. Outra conclusão do estudo foi que a maioria das mulheres compreendem a episiotomia como uma forma de alívio de dor, como uma possibilidade de diminuir o tempo de expulsão fetal, evidenciando o desconhecimento sobre suas indicações.

Progianti, Araújo e Mouta (2008), em estudo, abordaram as repercussões da episiotomia sobre a sexualidade e encontraram que muitas mulheres relataram que, após o parto com episiotomia, sua vida sexual foi alterada, devido à dor durante o ato sexual (dispareunia), à sensação de que não foram devidamente suturadas e que estavam abertas e também por vergonha do marido.

As consequências da prática da episiotomia estão longe de ser somente físicas, sendo assim, é direito da mulher receber orientações claras sobre os reais benefícios e as consequências, para que possa opinar sobre a realização do procedimento de forma consciente.

Embora já se tenha comprovado que a prática rotineira da episiotomia não constitui bom exercício da obstetrícia, a maioria dos obstetras, mesmo os responsáveis pelo ensino médico, não consegue abandoná-la, pois ela lhe foi ensinada nos bancos universitários e eles se acostumaram a ela. É difícil mudar atitudes que fazem parte de nossas vidas, a ponto de se tornarem hábitos, mesmo quando se trata de condutas inadequadas.

Entretanto, a partir das evidências científicas que comprovam a efetividade da episiotomia seletiva, a mudança de conduta se faz necessária, porque, certamente, resultará em uma assistência mais humanizada e em melhor qualidade às parturientes.

5.1.3 Prática liberal de cesariana

Nesse estudo, o índice de parto cesárea foi de 28,8% (n=233). Esse índice está acima do recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde brasileiro.

A maternidade em estudo realiza cesariana apenas sob indicação médica, tendo como indicação absoluta apresentação pélvica, iteratividade (2 partos cesáreas anteriores ou mais), cesárea anterior a menos de 2 anos, e indicação relativa às macrossômias fetais constatadas por ultrassonografias. Normalmente as outras indicações acontecem após prova de trabalho de parto.

As associações entre parto cesárea e idade materna e parto cesárea e paridade deixam mais evidentes que um número considerável de mulheres, ainda no início de sua idade fértil e mulheres ainda na primeira ou segunda gravidez, tem como desfecho da gestação o parto cesárea, tendo como consequência uma cicatriz uterina. Lembrando que essa cicatriz pode ser um agravo para as próximas gestações e partos e, muitas vezes, pode levar a partos cesáreas de repetição, aumentando a morbimortalidade materna e neonatal.

O parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associam também a algumas complicações que devem ser ponderadas antes da indicação (BRASIL, 2001).

Historicamente, a cesariana representou uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento. Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, na hemoterapia e na antibioticoterapia, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Essa segurança, associada ao alargamento de sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais a partir do início da segunda metade do século XX.

Desde o momento em que a morbidade e a mortalidade associadas à cesariana diminuíram, tanto para a mulher como para o recém-nascido, as indicações começaram a aumentar rapidamente. Com o relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar, indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização de uma cesariana (BRASIL, 2001).

Em 1991, Faúndes e Cecatti (1991), publicaram um artigo já mostrando sua preocupação com o número crescente na incidência de cesárea. Os autores mostram que, em uma década, o índice de partos cesárea dobrou no Brasil: em 1970, o índice de cesárea era de 14,5% e, em 1980, esse índice aumentou para 31%. Os autores destacam também que, um estudo realizado pelo IBGE, em 1981, mostrou uma grande diferença no índice de cesáreas entre os estados brasileiros, por exemplo, São Paulo, o estado mais rico, apresentava taxas de 43,8%, enquanto os estados mais pobres, como Ceará e Pernambuco, apresentavam taxas de 17,8%. Outra conclusão do estudo do IBGE (1981) foi que, em todas as regiões do Brasil, a incidência de cesáreas era maior conforme o maior poder aquisitivo da gestante.

Em 1985, a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constatou que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índice de cesariana abaixo de 10%. Sendo assim, a OMS passou a recomendar como taxa de cesariana ideal para o mundo índices de até 15%, pois índices maiores são medicamente injustificáveis.

Em documentos nacionais publicados em 2001 pelo Ministério da Saúde, recomenda-se taxas de cesárea em torno de 15 a 20%, pois existem evidências que permitem dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para um aumento indiscriminado na prática de cesarianas em todo o mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, 2001).

Se compararmos os dados atuais sobre o índice de cesáreas com os dados de quase 15 anos atrás, observamos que o cenário mudou muito pouco e que os índices de parto cesárea continuam a aumentar, como é observado em nosso estudo.

No relatório de acompanhamento de 2010 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, encontramos que, em 1996, o Brasil apresentava uma taxa de partos cesárea de 40,2% e que, em 2007, esse índice chegou a 46,5%, e que as regiões brasileiras sudeste e sul, consideradas as mais desenvolvidas do país, apresentavam 54,2% e 52,8%, respectivamente, em 2007. E o relatório enfatizou ainda que, nos partos atendidos pelo SUS, a incidência de cesáreas era de 34%, enquanto nos realizados no sistema privado ou por convênios médicos esse índice subia para 81%.

Patah e Malik (2010), em estudo, mostraram que, em 1990, a Holanda e a Inglaterra apresentavam taxas de cesárea de 7,4% e 11,3%, respectivamente. E, já em 2004, essas taxas praticamente dobraram, a Holanda alcançou o percentual de 13,6%, enquanto a Inglaterra, de 22,7%. Mesmo assim, as taxas de cesárea da Holanda são reconhecidas como uma das menores do mundo.

Uma pesquisa realizada pela OMS investigou a saúde materna e perinatal entre os anos de 2004 a 2008 em 3 continentes (América, África e Ásia) e encontrou que 25,7% de todos os partos realizados foram cesarianas e destacou ainda que a incidência de parto cesárea, na China, chegou a 46,2%. Encontrou também que 1% dos partos cesáreas não tinham indicação médica e que, na China, esse índice atingiu 11,6% (SOUZA et al., 2010).

Um estudo realizado por Chu et al. (2010) analisou o índice de parto cesárea em 4 instituições entre os anos de 2006 e 2007, em Taiwan, e constatou que a taxa das instituições analisadas permaneceu por volta de 31,9%, enquanto o índice de

Taiwan, em 2007, foi de 35%. Outro dado importante foi que 19,9% dos partos cesárea realizados nas 4 instituições não apresentavam indicação médica. E as outras indicações foram: cesariana prévia, falha de progressão de trabalho de parto, apresentação não-cefálica e sofrimento fetal.

Festin et al.(2009) analisaram os índices de cesárea em 4 países do sudeste asiático (Indonésia, Malásia, Filipinas e Tailândia) no ano de 2005. E encontraram que 27% de todos os partos foram cesárea, com as indicações mais comuns de apresentação não-cefálica, cesárea anterior, desproporção céfalo-pélvica e sofrimento fetal agudo.

O estudo de Ramachandrappa e Jain (2008) mostra que, em 10 anos, a taxa de parto cesárea, nos Estados Unidos, aumentou 50%, atingindo, em 2006, a taxa de 31,1%.

Já no estudo de Khawaja, Choueiry e Jurdi (2009), realizado em 18 hospitais da região árabe, os autores observaram que, dos países estudados, apenas 6 têm taxas de cesárea acima de 15%. O Egito apresentou a taxa mais alta, 26,2%, e Mauritânia a taxa mais baixa, de 5,3%.

Um estudo realizado em 2007 no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, mostrou que os índices de parto cesárea em hospitais públicos eram de 43%, enquanto nos hospitais privados chegavam a 86% (SASSI et al., 2010).

Outro estudo brasileiro, realizado em São Luis, no Maranhão, também no ano de 2007, mostrou taxas de cesárea muito parecidas, quando analisadas de acordo com o tipo de instituição. O estudo encontrou que, na maternidade pública, a taxa de cesárea era de 46% e, na maternidade particular, a taxa chegou a 87% (MANDARINO et al., 2009).

Um estudo também nacional, realizado no ano de 1999, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, já mostrava grande diferença nas taxas de cesárea entre as instituições públicas e privadas. A maternidade pública apresentava taxas de cesárea de 18,9%, enquanto a privada apresentava taxa de 84,3% (ALMEIDA et al., 2009).

Esses estudos acima mostram uma curva ascendente nas taxas de parto cesárea na maioria dos países, e uma grande discrepância nas taxas quando comparamos os tipos de instituições. Outro fator preocupante é a realização de parto cesárea sem indicação médica, muitas vezes por conveniência, sem ponderar os riscos incorridos pelas mulheres e seus filhos, quando são submetidas ao parto

cesárea sem indicação médica, pois, apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, a mortalidade materna ainda é mais elevada na cesariana do que no parto normal.

As cesáreas a pedido aumentaram 42% nos Estados Unidos entre 1999 e 2002. Essa é também uma realidade brasileira, é só comparar, nos estudos citados anteriormente, as taxas dos partos cesáreos realizados por instituições públicas e pelas instituições privadas, onde normalmente a mulher tem a opção de escolher qual o tipo de parto de sua preferência. Porém, a aparência de “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada de falta de informação adequada sobre os riscos envolvidos nos procedimentos de parto e nascimento (MANDARINO et al., 2009).

Devido a esse aumento das cesáreas “a pedido”, por conveniência médica, institucional ou por uma decisão própria da mulher e sua família, a Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que congrega todos os toco-ginecologistas brasileiros, por intermédio da Associação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por meio de seu Comitê de Aspectos Éticos da Reprodução Humana, apontou que não é ética a prática de cesariana sem uma indicação médica formal (PENNA; ARULKUMARAN, 2003).

De acordo com Brasil (2001), a decisão pela indicação de se realizar uma cesariana deve ser médica, com a participação ativa da mulher. As mulheres devem ser orientadas quanto à fisiologia e às etapas do trabalho de parto e parto, devem receber orientação sobre métodos não-farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor e saberem que o parto cesárea será indicado sempre quando algum fator colocar em risco a vida do binômio. A mulher e sua família deve ser orientada quanto a todos os riscos incorridos por ela e seu bebê quando submetidos à cesariana e também informada de que o binômio só deve ser exposto a esse risco se realmente estiver presente uma indicação médica.

Muitos estudos mostram a superioridade do parto normal com relação ao parto cesárea, justamente por ser fisiológico e natural. Por isso, o parto vaginal deve ser o de primeira escolha.

Um estudo realizado por Cardoso, Alberti e Petroianu (2010) sobre morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto, concluiu que a morbidade materna é maior em puérperas de parto cesárea.

Junior et al. (2009) em trabalho realizado em um hospital escola de Santo André/SP, no ano de 2003, sobre complicações maternas com relação aos tipos de parto (infecções, hemorragia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, histerectomia, lesão de órgão contíguo e rotura uterina). Também encontrou que há maior risco de complicações na cesárea, se comparada ao parto normal.

Um estudo sobre fatores associados à amamentação na primeira hora de vida, realizado por Boccolini (2011), evidenciou que o parto cesárea é um dos fatores que prejudica o início precoce da amamentação, já que seu estudo mostrou que 26,4% dos bebês nascidos de parto normal mamaram na primeira hora de vida, enquanto apenas 5,8% dos nascidos de cesárea mamaram na primeira hora de vida.

Liu et al. (2007) realizaram um estudo no Canadá, entre os anos de 1991 a 2005, e concluíram que o parto cesárea aumenta o risco de parada cardíaca pós-parto, hematoma, infecção puerperal, complicações anestésicas, trombose venosa profunda e hemorragias graves, resultando em histerectomia, enquanto o parto normal tem risco aumentado para hemorragia puerperal com necessidade de transfusão e rotura uterina.

Entre os anos de 1998 a 2005, foi realizado nos Estados Unidos, um estudo sobre morbidade obstétrica severa e concluiu-se que as morbidades obstétricas severas aumentaram com o aumento das taxas de cesárea. Em 1998, as hospitalizações por complicações obstétricas representaram 0,64% de todos os partos e, em 2005, essas hospitalizações por complicações chegaram a 0,81%. E os principais motivos da hospitalização foram: a falência renal, embolia pulmonar, transfusão sanguínea, choque e síndrome da angústia respiratória do adulto (KUKLINA et al., 2009).

Um estudo realizado em Xangai, na China, em 2004, por Wang et al. (2010), mostrou que as mulheres submetidas ao parto cesárea apresentaram 2,2 vezes mais complicações durante a internação do que as submetidas ao parto normal. No grupo do parto cesárea, a incidência de hemorragia e dor abdominal crônica foi maior, já a incidência de anemia, infecção de ferida operatória/episiotomia e infecção de trato urinário foi igual em ambos os grupos.

Bodelon et al. (2009), ao investigarem os fatores associados à histerectomia periparto, em Washington, entre os anos de 1987 a 2006, constataram que o risco de histerectomia na primeira cesárea é 4 vezes maior que durante o parto normal e que o risco durante a segunda cesárea é 8 vezes maior.

Em um estudo realizado no Iran, 100 puérperas, sendo 50 submetidas a parto vaginal e a outra metade a parto cesárea, foram entrevistadas quanto à qualidade de vida em 2 períodos do puerpério, entre a 6^a e a 8^a semana e entre a 12^a e a 14^a semana de puerpério. Os autores Torkan et al. (2009) constataram que as mulheres do grupo submetido ao parto normal relataram melhor qualidade de vida, principalmente com relação à saúde física.

Kealy, Small e Liamputtong (2010) realizaram um estudo qualitativo em Victoria, na Austrália, para observar a recuperação das mulheres após o parto cesárea. As autoras encontraram que a recuperação física após o parto cesárea é dificultada por dor, mobilidade diminuída, problemas com a ferida operatória, infecções, loquiação e incontinência urinária.

Um estudo também qualitativo, realizado no Brasil, procurou investigar as representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e à cesárea. Gama et al. (2009) constataram que, ao comparar o parto normal e a cesárea, as puérperas de ambos os estratos socioeconômicos destacaram maiores vantagens para o parto normal. Sendo eles: o protagonismo da mulher, as diferenças no cuidado médico, a qualidade da relação com o bebê e a recuperação no pós-parto. As representações quanto ao parto normal são de um parto ativo, no qual as dores são vividas como as “dores de mãe”. Quando as autoras investigaram as vantagens e desvantagens da cesárea, como vantagens, as mulheres relataram a ausência das dores no trabalho de parto e a possibilidade de laqueadura, e, como desvantagens, referiram as dores do pós-parto, as dificuldades de recuperação e os riscos inerentes da cirurgia. Ressaltaram ainda que a cesárea deve ser feita somente em caso de risco para a mãe ou para o bebê.

Com relação aos bebês nascidos de parto cesárea, Signore e Klebnoff (2008) encontraram, em seu estudo, que o parto cesárea eletivo aumenta o risco de morbidade respiratória e o risco de o bebê sofrer lesões cortantes, mas que diminui os riscos de lesão de plexo braquial, sepse neonatal, hemorragia intra-craniana, asfixia e encefalopatia neonatal. E, no estudo de Ramachandrapa e Jain (2008), os autores mostram que, além da prematuridade iatrogênica e da síndrome da angústia respiratória, as crianças nascidas de parto cesárea têm maior chance de desenvolver taquipnéia transitória e de precisarem ser admitidas em unidade de cuidados neonatal.

Além de todas as consequências maternas e neonatais, o parto cesárea apresenta custos financeiros mais elevados que o parto vaginal, devido ao tempo cirúrgico, técnica cirúrgica, procedimento anestésico, antibióticos, analgésicos, tempo maior de internação. Um estudo realizado por Khan e Zaman (2010), em Islamabad, no Paquistão, revelou que os gastos institucionais e pessoais com o parto cesárea é três vezes maior que os do parto vaginal.

O Ministério da Saúde, em seu Manual – Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher (2001), apresentou um quadro mostrando os riscos potenciais associados ao tipo de parto, a seguir:

RISCO	PARTO NORMAL	CESÁREA
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável	Variável
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com analgesia	Anestesia
Dor no pós parto	Menor	Maior
Complicações	Menor frequência	Mais frequente
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Quadro 1: Riscos potenciais associados ao tipo de parto. Adaptado de Brasil (2001).

Não existem dúvidas sobre a importância desse procedimento cirúrgico como uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam de interrupção da gestação como a única maneira de preservar a saúde da mulher e do seu feto. Também é consenso que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e para a criança. Embora, nos dias de hoje, muitos profissionais e mulheres pratiquem a escolha antecipada do tipo de parto, esta não é uma simples questão de preferência. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicações, risco e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras (BRASIL, 2001).

Quando se indica uma cesárea, ela deve ser realizada com a técnica adequada, levando em consideração as mais recentes evidências científicas, para minimizar a possibilidade de complicações inerentes ao procedimento (BRASIL, 2001).

5.2 Categoria D – Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado

5.2.1 Controle da dor por analgesia peridural

A maternidade em estudo utiliza, na maioria os casos a analgesia combinada, deixando a analgesia peridural ou a raquianestesia em sela apenas para casos específicos. Na instituição, a analgesia de parto é utilizada em associação com métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o banho de aspersão, deambulação, liberdade de movimentos.

Na população estudada, a incidência de analgesia de parto foi de 56,8%. A maioria das parturientes, 75,4% (n=347), foi submetida à analgesia já na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, com 5 cm ou mais de dilatação cervical, e 2,6% (n=12) das parturientes receberam a analgesia de parto já no período expulsivo, com 10 cm de dilatação. Com relação à necessidade de repique de analgesia, a maioria, 77,6% (n=353), não necessitou de outra dose de anestésico durante o trabalho de parto e parto, 16,7% (n=76) das gestantes precisaram de um repique de analgesia e 4,8% (n=22) precisaram de 2 repiques de analgesia.

Com relação à associação entre analgesia e tipo de parto, das mulheres submetidas à analgesia, a maioria evoluiu para parto normal. A associação entre analgesia e tipo de parto mostrou-se estatisticamente significativa, pelo teste exato de Fisher, com $p < 0,001$.

Quanto ao índice de apgar e analgesia, neste trabalho, não houve diferença significativa no índice de apgar dos bebês nascidos de mães que realizaram analgesia, se comparado com os nascidos de mães que não foram submetidas à

analgesia. Essa associação apresentou um $p = 0,411$, pelo teste exato de Fisher, mostrando que essa associação não é estatisticamente significativa.

A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto. O componente mais importante da dor é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores, como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas e a pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (BRASIL, 2001).

O processo fisiológico da dor está associado à evolução do trabalho de parto. Inicialmente, na fase latente, o padrão da contração uterina é menor. Essa fase destina-se ao apagamento do colo uterino, em primíparas, acontece antes da dilatação, e o processo doloroso é menos intenso. Na fase ativa, quando o colo uterino obtém 100% de apagamento, na maioria dos casos, o padrão da contração uterina aumenta, com o objetivo de impulsionar o polo cefálico sobre o colo do útero para promover sua dilatação e também a descida do feto através da pelve materna. Isso determina desconfortos maiores, como dores na região abdominal, na região lombar e na região púbica, com sensação de estiramento. Na fase de transição, o padrão da contração uterina aumenta ainda mais para promover a etapa final da descida do feto pela pelve. A parturiente começa a sentir a pressão do polo cefálico sobre a região perineal e a sensação de que irá ocorrer a expulsão do feto. Nessa fase, a dor é mais intensa devido à potência das contrações, necessárias à expulsão do feto (ALMEIDA et al.,2005).

Uma vez diagnosticado o trabalho de parto e a regularidade das contrações, a dor pode e deve ser aliviada, pois pode ser prejudicial tanto à mãe quanto ao feto (BRASIL, 2001).

A dor e a ansiedade vivenciadas durante o trabalho de parto produzem várias alterações nos sistemas respiratório, cardiovascular e gastrointestinal, bem como alterações psicológicas, físicas e bioquímicas, alterando as condições maternas e fetais. A dor produz ativação materna das atividades simpáticas, alcalose respiratória e, posteriormente, acidose metabólica. Produz também aumento da pressão sistólica, da frequência cardíaca e do débito cardíaco, aumentando assim o consumo de oxigênio. A ativação metabólica aumentada se manifesta por níveis elevados de lactato e ácido graxos livres. Acontece também a diminuição da motilidade intestinal e do esvaziamento gástrico. A mulher em trabalho de parto geralmente promove uma hiperventilação como resposta a dor, o que causa um desvio na curva de

dissociação de hemoglobina materna para esquerda, levando à alteração da oxigenação fetal. A hiperventilação é rapidamente seguida por hipoventilação durante os intervalos entre as contrações. Essa hipoventilação materna, somada à diminuição do fluxo sanguíneo uterino, causado pelas catecolaminas, pode resultar em hipoxemia fetal (PEDONE; ESPAÑA, 2008).

Esses efeitos podem ser evitados ou minimizados, através do manejo correto da dor durante o trabalho de parto e parto. O pré-natal deve ser um período de intensa discussão e orientação a respeito das questões que envolvem o trabalho de parto e parto. Inclusive, a dor deve ser abordada de maneira clara, pois é motivo de grande ansiedade para a mulher e seus familiares.

Ruano et al.(2007) afirmam que a dor do parto tem um aspecto importante e diferenciado de acordo com cada sociedade, uma vez que é influenciada por fatores biológicos, culturais e socioeconômicos.

Essa afirmação pode ser confirmada no estudo de Christiaens, Verhaeghe e Bracke (2010). As autoras realizaram uma comparação internacional entre a Holanda e a Bélgica, países vizinhos, com a mesma língua, sistema político e geografia, porém com modelos assistenciais distintos com relação ao trabalho de parto e parto. Na Bélgica, são enfatizados os riscos médicos durante o parto, e a dor do trabalho de parto é entendida como um inconveniente desnecessário e facilmente eliminado, por meio da aplicação de analgésicos/anestésicos. Já na Holanda, o modelo de atenção obstétrica define o parto como um processo fisiológico, normal e um evento familiar, sendo assim, a dor do trabalho de parto é vista como um aliado ao processo de nascimento. No final do estudo, as autoras concluíram que as mulheres holandesas tiveram seis vezes menos probabilidade de usar medicações para o controle da dor durante o trabalho de parto e parto do que as belgas. O resultado do estudo é um reflexo da cultura difundida, nos países estudados, sobre a assistência ao trabalho de parto e parto.

Um outro trabalho produzido por Lally et al.(2008) realizou uma revisão sistemática da literatura sobre as expectativas e experiências das mulheres sobre o alívio de dor durante o trabalho de parto. As autoras encontraram, em muitos trabalhos, que as mulheres subestimam a dor que sentiram durante o trabalho de parto e, por isso, não buscam mais informações sobre as formas de alívio da dor ainda no pré-natal. Outro resultado foi que a maioria das mulheres tem a expectativa

de um parto livre de métodos farmacológicos para o alívio da dor, porém muitas delas acham que vão precisar de algum método farmacológico para isso.

Bergström, Kieler e Waldenström (2008) realizaram, na Suécia, um estudo controlado randomizado multicêntrico, envolvendo 15 clínicas de pré-natal, com um total de 1087 nulíparas. O objetivo do estudo era comparar a incidência de analgesia em dois grupos, um que recebeu orientação no pré-natal sobre métodos não-farmacológicos (relaxamento e respiração) de alívio da dor com outro grupo que recebeu orientações tradicionais no pré-natal. O resultado do estudo mostrou que a incidência de analgesia nos dois grupos foi exatamente igual (52%), demonstrando que as orientações não melhoraram as condições de nascimento, porém o grupo que recebeu as orientações sobre os métodos alternativos, também fez uso dos mesmos métodos associados à analgesia.

A dor é motivo de muita ansiedade para a maioria das mulheres que passaram pelo processo de parturição. Por muitas mulheres, ela é encarada como um aspecto negativo, pois a falta de informação sobre as causas da dor durante o trabalho de parto e parto e de orientações sobre os métodos existentes para o alívio da dor deixa lugar para dúvidas, medo e ansiedade.

Existem basicamente dois métodos conhecidos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Os métodos não farmacológicos, de um modo geral, sempre foram usados. As parteiras tradicionais sempre fizeram uso de massagens, imersão, deambulação e posições de conforto durante a assistência ao trabalho de parto e parto, essas práticas eram passadas de geração em geração e são muito úteis ainda nos dias de hoje.

Já os métodos farmacológicos para o alívio da dor surgiram com o advento da anestesia, em 1846. Há relatos de que, um ano depois em 1847, James Simpsom utilizou a inalação de gases anestésicos de éter para abolir ou minimizar a dor do parto. Em 1853, John Snow, médico da corte inglesa, fez a rainha Vitória inalar clorofórmio para ajudar no nascimento de seu oitavo filho. Em 1900, Kreis utilizou pela primeira vez a raquianestesia em seis parturientes suíças: três se queixaram de cefaleia, quatro vomitaram e o obstetra foi obrigado a aplicar fórceps em quatro dos seis partos (VALE; VALE; CRUZ, 2009).

Já em 1933, foram lançadas, por Cleland, as bases científicas para o controle anestésico efetivo da dor do parto. A partir de 1942, Hingson, Edwards e Tuohy introduziram a analgesia peridural contínua e a raquianestesia em sela. Em 1981,

Brownridge divulga o método promissor da anestesia espinal combinada: raquiperidural. Com a associação de anestésico local com outros analgésicos espinais, no final do século passado, começou o verdadeiro *boom* na busca de humanização do trabalho de parto, tornando-o menos dolorido e mais seguro. O controle adequado da dor assegurou à mãe consciente parir com a ajuda da prensa abdominal no período expulsivo e estabelecer os primeiros contatos íntimos positivos com o recém-nascido (VALE; VALE; CRUZ, 2009).

Hoje os métodos farmacológicos mais utilizados são os bloqueios regionais, principalmente a analgesia peridural e o bloqueio combinado raqui-peridural.

Segundo Baraldi et al. (2007), é direito da mulher brasileira receber uma atenção durante o trabalho de parto e parto que ofereça possibilidade de controle da dor quando/se necessário, direito garantido pelas Portarias do Ministério da Saúde nº 2815, de 1998, e nº 572, de 2000, as quais incluem a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As autoras afirmam também que o uso da analgesia de parto tem diversas vantagens, como aumentar o número de mulheres que se submetem ao parto vaginal por ter a possibilidade de alívio efetivo da dor, com segurança para o feto, principalmente em mulheres já submetidas a um parto cesáreo anterior.

De acordo com Cunha (2010), a indicação expressa da analgesia de parto é a dor materna, esse deve ser o fator principal, considerado como parâmetro de indicação quanto ao momento da analgesia. Em 2002, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, em conjunto com a Sociedade Americana de Anestesiologistas, reafirmam essa indicação. E o Ministério da Saúde (2001) brasileiro ratifica ainda que a dor materna é o fator primordial, e não a dilatação cervical, que só tem importância para a escolha da droga e para a dose a ser usada.

As contraindicações formais da analgesia peridural são poucas, incluindo-se a coagulopatia materna, infecções no local da punção, instabilidade hemodinâmica resultante de hipovolemia e recusa materna (BRASIL, 2001).

As vantagens da analgesia peridural são: alívio da dor, diminuição da ansiedade, aumento de até 35% do fluxo sanguíneo uterino e dos espaços intervilosos placentário, diminuição da hiperventilação, regularização das contrações, maior estabilidade hemodinâmica e menor bloqueio motor, possibilitando a deambulação e movimentação materna (VALE; VALE; CRUZ, 2009).

Como todo procedimento médico, existem riscos, e algumas pacientes podem apresentar efeitos colaterais que normalmente são de fácil controle. Um exemplo disso é a hipotensão, muitas vezes severa, relacionada ao bloqueio simpático desencadeado pelos anestésicos locais (SCHMIDT; SCHMIDT; SCHMIDT, 2009).

Outras complicações são relacionadas à técnica, como punção dural não intencional; dor lombar; prurido; parestesia; náusea; vômito; bloqueio motor extenso e prolongado; rotura e migração do cateter; hematoma epidural, subdural e subaracnóide, meningite asséptica, abscesso epidural, cefaleia, entre outros (VALE; VALE; CRUZ, 2009).

A analgesia peridural é realizada através de uma punção no espaço epidural, por meio desta punção é colocado um cateter no espaço epidural para a administração contínua ou intermitente de anestésicos locais e/ ou opióides. Recentemente a técnica do bloqueio combinado, uma associação entre a raquianestesia e a anestesia peridural, teve grande aceitação na prática anestésica para obstetrícia. A técnica permite a utilização de pequenas doses de anestésico local, associados ou não a opióides na raquianestesia, proporcionando menores efeitos hemodinâmicos, com a garantia da introdução de um cateter peridural caso haja necessidade de níveis mais altos de anestesia ou maior duração dela, é eficaz tanto no primeiro quanto no segundo estágio do trabalho de parto. O bloqueio motor também é menos intenso, favorecendo a deambulação materna e o bom desenvolvimento do parto, devido a baixas doses de anestésico local utilizadas e ao grande relaxamento perineal obtido (CICARELLI et al., 2007; EBERLE et al., 2006).

Baraldi et al. (2007) referem que muitos autores levantam a hipótese de que a analgesia de parto aumenta os índices de parto cesárea e fórceps. Cicarelli et al. (2007) relatam que existem relatos controversos sobre a possibilidade da adição de opióides ao anestésico local ser causa de bradicardia fetal e alterações da vitalidade fetal, tendo influência no Apgar dos recém-nascidos. Já Salem et al. (2007) dizem que alguns autores colocam que a principal desvantagem da utilização de opióides no neuroeixo seria o aparecimento de prurido, hipotensão materna, alterações temporárias da frequência cardíaca fetal e rara depressão respiratória.

Abrão, Francisco e Zugaib (2009) referem que a analgesia obstétrica pode contribuir para o aumento das taxas de parto vaginal, por livrar a mulher moderna do fantasma da dor, diminuindo os índices de cesárea a pedido. Os autores relatam também que, em vários estudos, tem sido associada a maior frequência de

desacelerações da frequência cardíaca fetal ao bloqueio combinado. Uma das hipóteses para explicar a associação entre o bloqueio combinado e as alterações cardiotocográficas sugere que o rápido alívio da dor obtido com a analgesia combinada levaria a um desbalanço transitório nos níveis maternos de catecolaminas, resultando em aumento do tônus uterino, que poderia culminar em desacelerações ou bradicardia fetal. Sendo assim, os autores recomendam que todas parturientes submetidas à analgesia devem ser cuidadosamente monitorizadas, principalmente durante a primeira meia hora após uma analgesia combinada.

Na metanálise realizada por Baraldi et al.(2007), não foi confirmada a hipótese de que a analgesia peridural aumentava os índices de parto fórceps e cesárea, uma vez que, entre os autores consultados, os índices de parto cesárea e fórceps não sofreram alterações. Referem também que, em relação à segurança para o feto e para o recém-nascido, foram encontrados elementos suficientes para afirmar que a analgesia peridural realizada durante o trabalho de parto é segura.

Calvo et al.(2005), no estudo realizado em La Paz, Madri, sobre as complicações da analgesia peridural, observaram que o prurido esteve presente em 11,4% dos casos, a perfuração acidental da dura-máter em 0,6% e a parestesia em 43,5% das pacientes submetidas à analgesia peridural.

No estudo de Monteiro et al.(2009), foi descartada a hipótese de que a analgesia peridural aumenta a incidência de traumas perineais, já que o estudo não verificou nenhuma associação significativa estatisticamente entre utilização de analgesia peridural e as condições do períneo após o parto vaginal.

Estudos realizados por Pedone e España (2008) e Cunha (2010) concluíram que a analgesia peridural não influenciou no índice de parto cesárea, assim como não interferiu nas notas de apgar dos recém-nascidos. Cunha (2010) relatou, em seu estudo, que a analgesia peridural esteve associada a um rico aumento de parto vaginal operatório. Eberle et al.(2006), em estudo, obtiveram o mesmo resultado quando analisaram as consequências da analgesia combinada. Ainda no estudo de Pedone e España (2008), 90,2% das mulheres submetidas à analgesia peridural ficaram satisfeitas com o alívio da dor, mas 95,1% necessitaram de 1 repique de anestésico durante o trabalho de parto, 61% precisam de 2 repiques e 39% precisaram de três repiques.

Nakamura et al.(2009) realizaram em seu estudo uma comparação entre a analgesia peridural e a analgesia combinada e tiveram como resultado que as duas

técnicas aliviaram a dor materna durante a analgesia obstétrica e, com relação ao índice de apgar, também não foi encontrada diferença entre as duas técnicas. Porém, na técnica combinada, foi observado prurido e trabalho de parto mais prolongado e, na técnica peridural, foi observado um maior número de recém nascidos neurologicamente saudáveis no exame físico com 24 horas de vida.

Os estudos acima demonstram que a analgesia de parto, tanto na técnica combinada como na peridural, é muito eficaz no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. De 80 a 90% das mulheres consideraram o alívio da dor proporcionado pela analgesia peridural bom (BRASIL, 2001). Com as técnicas recentes de uso reduzido de opióides os efeitos colaterais maternos e fetais têm diminuído, fazendo da analgesia de parto um procedimento seguro para mãe e para o recém-nascido, apesar de ser um exemplo marcante da medicalização do parto normal, transformando um evento fisiológico num procedimento médico (OMS, 1996).

A analgesia de parto é uma intervenção muito utilizada e muito eficaz no alívio da dor, mas deve ser um procedimento realizado dentro dos rigores técnicos, para causar o menor número de repercussões negativas possíveis. A equipe que assiste ao trabalho de parto e parto deve estar atenta e ser capaz de lidar com as possíveis repercussões negativas, lembrando que a analgesia de parto não é um procedimento isento de riscos, por isso, a mulher deve estar orientada sobre todos os benefícios e também sobre as consequências para o binômio, para que ela possa sempre participar das decisões de seu trabalho de parto e parto de forma consciente. Os métodos não-farmacológicos para o alívio da dor devem sempre fazer parte da assistência ao trabalho de parto e parto e cabe à equipe assistencial dar apoio e orientação à mulher para seu uso durante o trabalho de parto e parto.

5.2.2 Monitorização eletrônica fetal

Neste estudo, 32,5% (n=263) das mulheres estudadas foram submetidas à monitorização eletrônica fetal (MEF), sendo que a maioria delas, 65,4% (n=172), realizou os exames apenas uma vez durante o trabalho de parto, e 24% (n=63) realizaram os exames por 2 vezes. Lembrando que a maternidade em estudo é uma

maternidade de baixo risco obstétrico, isso pode justificar esse índice de utilização da MEF, uma vez que as autoridades em saúde não apresentaram índices ideais nas recomendações de uso de MEF.

Esse trabalho mostrou associação estatisticamente significativa entre MEF e presença de líquido amniótico meconial e tipo de parto. Apresentando um índice maior de parto cesárea as pacientes que foram submetidas à MFE.

No trabalho de Moraes, Spara e Farias (1998), a MEF aconteceu em 24,5% dos casos. Dessas pacientes que receberam a MEF, 38% foram submetidas ao parto cesárea, enquanto 27,2% das mulheres que receberam ausculta intermitente foram submetidas ao parto cesárea. Nesse trabalho, foi concluído, após cálculos estatísticos, que a MEF não foi um fator determinante para elevação do parto cesárea.

No trabalho de Fogaça, Schneck e Riesco (2007), a MEF foi realizada em 61,3% das mulheres que foram submetidas a parto cesárea sem indicação prévia, no ano de 2001, em um hospital no interior de São Paulo, tendo esse trabalho mostrado uma associação significativa entre MEF e parto cesárea por sofrimento fetal. Já o estudo de Schneck (2004), realizado no mesmo hospital, com coleta de dados no mesmo ano, apresentou um índice de MEF de apenas 12,3%, sendo que sua população de estudo foi mulheres submetidas ao parto normal, realizado por enfermeira obstétrica, ou seja, parto normal de baixo risco obstétrico. Este trabalho mostrou associação significativa com paridade e dinâmica uterina na internação.

Na maternidade utilizada como local de coleta de dados, a monitorização eletrônica é realizada pela cardiotocografia externa. Este procedimento baseia-se na colocação de dois transdutores sobre a barriga da mãe, um localizado do mesmo lado do dorso fetal, o qual captará os batimentos cardíacos fetais, enquanto outro transdutor deve ser posicionado sob o fundo uterino, sendo o responsável por captar as contrações uterinas. Os transdutores devem ser mantidos na sua posição através de cinturões à volta do abdômen. Os dados provenientes de ambos os sensores são registrados em um monitor e impressos sobre uma fita de papel contínuo, no qual podem-se observar, em simultâneo, as curvas correspondentes aos dois parâmetros, a partir das quais é possível relacionar as alterações da frequência cardíaca do feto com as contrações uterinas.

A cardiotocografia é um dos métodos biofísicos não invasivos de avaliação do bem estar fetal, através do registro contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas (número e intensidade) e da movimentação fetal.

A cardiotocografia foi introduzida, em 1960, com o objetivo de avaliar simultaneamente a frequência cardíaca e as contrações uterinas, melhorando o prognóstico neonatal por garantir a sobrevivência fetal intraparto (SOUZA; AMORIM, 2008).

Bailey e Hinshaw (2000), ao escreverem o capítulo E: Vigilância fetal intraparto, da apostila Also – Suporte avançado de vida em obstetrícia, relataram que, com o desenvolvimento da monitorização eletrônica fetal (MEF), no final da década de 60, o seu uso passou a fazer parte da rotina em obstetrícia, pois, em 1980, 44,6% dos nascidos vivos nos EUA eram monitorizados através da MEF, em 1988, essa porcentagem subiu para 62,2% e, em 1993, 73,7% das gestações foram monitorizadas eletronicamente nos EUA.

Os autores revelam ainda que era esperado que, como uma ferramenta de triagem, a tecnologia da MEF pudesse prevenir comprometimento e óbito fetais, baixar a incidência de paralisia cerebral e diminuir o número de ações judiciais, mas essas expectativas foram totalmente frustradas, já que o único benefício clínico significativo que tem sido observado com o uso rotineiro da MEF é a redução das convulsões no período neonatal imediato, embora, no final do primeiro ano, essas crianças não tenham sofrido nenhuma sequela definitiva.

Outra constatação dos autores é que nenhuma diferença significativa tem sido demonstrada no índice de Apgar no primeiro minuto abaixo de 7, nas taxas de internação em unidades de terapia intensiva neonatal e na morte perinatal. O uso da MEF tem, sim, aumentado a taxa de partos cesáreos e partos vaginais operatórios. A MEF ainda diminui a mobilidade da mulher, reduz o contato entre a parturiente e seu parceiro, além de poder aumentar a ansiedade da equipe assistencial e da mulher e de seus familiares durante a monitorização.

Bailey e Hinshaw (2000) afirmam ainda que a MEF deve ser utilizada apenas nas gestações de alto risco, pois existem razoáveis evidências para excluí-la nas gestações de baixo risco. Os autores apontam como indicação materna para MEF as seguintes situações: hipertensão arterial; diabetes; doenças cardíacas, renais e colagenases; hemoglobinopatia; anemia severa; hipertireoidismo. Indicações fetais: gestação múltipla, restrição de crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, apresentação pélvica e isoimunização Rh. E as indicações de trabalho de parto são: indução ou estimulação, trabalho de parto prolongado, anestesia regional, contratilidade uterina anormal, presença de mecônio, suspeita de alterações na

ausculta fetal, batimentos cardíacos fetais no traçado à internação e sangramento vaginal aumentado no trabalho de parto.

Na revisão sistemática realizada pelos autores Zarko, Daclan e Gillian (2011), organizado pela biblioteca Cochrane, os resultados foram semelhantes aos citados pelos autores acima. Zarko, Daclan e Gillian (2011) encontraram, na maioria dos estudos revisados, que a cardiocografia contínua durante o trabalho de parto está associada a uma diminuição das convulsões neonatais, mas que não houve diferença significativa na incidência de paralisia cerebral ou mortalidade neonatal. No entanto, a cardiocografia contínua foi associada a um aumento na incidência do parto cesárea e do parto vaginal operatório.

A OMS (1996), assim como o Ministério da Saúde (2001), afirma que o método de escolha para o monitoramento fetal durante o trabalho de parto normal é a ausculta intermitente. O monitoramento eletrônico parece apresentar vantagens apenas em mulheres com maior risco, tais como trabalho de parto induzido ou com correção de dinâmica, complicado por líquido amniótico meconial ou por qualquer outro fator de risco. Nas gestações de baixo risco, a monitorização contínua da frequência cardíaca fetal pode ser contraproducente, pois limita a movimentação da mulher, restringindo-a ao leito, e tem um potencial de gerar um maior número de intervenções desnecessárias.

Goddard (2001), em seu trabalho, refere também que a monitorização eletrônica fetal deve ser reservada para os trabalhos de parto com alto risco gestacional ou para alterações na frequência cardíaca fetal, detectada durante a ausculta intermitente.

Gourounti e Sandall (2007) e Mires, Williams e Howie (2001) constataram, em seus trabalhos, que a cardiocografia de admissão em mulheres com baixo risco gestacional não tem nenhum benefício sobre os resultados neonatais, no entanto, aumenta a incidência de intervenções, inclusive dos partos vaginais operatórios e dos partos cesáreos.

Os resultados de uma metanálise, desenvolvida por Graham et al. (2006), revelaram que a MEF está associada à diminuição das apreensões neonatais, mas não tem efeito sobre a mortalidade perinatal e a morbidade neurológica pediátrica.

Chandharan e Arulkumaran (2007), em sua revisão, afirmaram que a exata interpretação da cardiocografia é essencial e é muito importante reconhecer um feto que apresente um padrão não tranquilizador durante o trabalho de parto, pois a

correta interpretação e a tomada de medidas oportunas pode ajudar a prevenir a hipóxia neonatal durante o trabalho de parto e parto.

Para Souza e Amorim (2008), a principal desvantagem da cardiocografia se deve ao fato de o exame apresentar muitos parâmetros a serem mensurados, dificultando sua interpretação. Bailey e Hinshaw (2000) também referem que um problema encontrado na MEF está relacionado à falta de conformidade na interpretação dos traçados. A OMS (1996) relata que a interpretação do traçado é difícil, e, por isso, frequentemente, o traçado é interpretado de modo diferente por diferentes prestadores de serviços e até pela mesma pessoa em ocasiões distintas.

A OMS (1996) afirma que o método é altamente sensível em relação à detecção de sofrimento fetal, mas sua especificidade é baixa. Entretanto, um traçado não-tranquilizador não é um bom preditor de resultados ruins, já o traçado tranquilizador é preditivo de bons resultados (BAILEY; HINSHAW, 2000). Souza e Amorim (2008) também referem, em seu trabalho, que, na presença de uma cardiocografia normal, provavelmente encontra-se um feto saudável, entretanto, diante de uma cardiocografia alterada ou não-tranquilizadora não estamos necessariamente diante de um feto com sofrimento fetal. Esses resultados também foram citados nos estudos de Hajek et al. (2006), Rodriguez e Alegre (2003) e Sultana et al. (2009).

Apesar de inúmeras controvérsias sobre os benefícios e indicações do uso da MEF, a maioria dos autores apoiam o uso da MEF apenas nos trabalhos de parto de alto risco obstétrico ou sob as indicações já descritas acima. Hajek et al. (2006), concluem, em seu estudo, que a MEF não deve ser abandonada nos casos indicados, pois chama a atenção do obstetra muito cedo para a possibilidade de hipóxia, deixando toda equipe assistencial mais alerta para tomada de medidas que garantam o nascimento de uma criança em boas condições.

5.2.3 Correção da dinâmica uterina com a utilização da ocitocina

Neste trabalho, 61,7% (n=500) das mulheres receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto e parto. A maioria, 63,4% (n=317), delas iniciou a infusão de ocitocina já na fase ativa de trabalho de parto, ou seja, com 5 cm ou mais de

dilatação, 31,4% (n=157) das parturientes iniciaram infusão de ocitocina com 4 cm ou menos de dilatação e 5,2% (n=26) das mulheres iniciaram ocitocina já no período expulsivo, com 10 cm de dilatação.

Vale ressaltar que, na maternidade em estudo, a indução do trabalho de parto em mulheres com um parto cesárea anterior é realizada com ocitocina, mesmo sem preparo cervical prévio com prostaglandinas. Esse protocolo foi instituído pelo controle mais fácil dos efeitos da ocitocina quando comparado com os efeitos colaterais das prostaglandinas.

Neste trabalho, houve associação estatisticamente significativa, com $p < 0,001$, entre uso de ocitocina e dilatação cervical na internação, dinâmica uterina na internação e quanto ao tipo de parto.

As taxas de uso de ocitocina variam muito de instituição para instituição. As instituições mais conservadoras para uso de ocitocina ou as que procuram assistir ao trabalho de parto e parto de forma fisiológica costumam ter taxas mais baixas de infusão de ocitocina.

Um estudo realizado em maternidade do Rio de Janeiro, por d'Orsi et al. (2005), mostrou que o uso de ocitocina no trabalho de parto é uma intervenção muito frequente nas maternidades estudadas, chegando a 64%, índice parecido com o encontrado nesse estudo.

Já o estudo de Lobo et al. (2010), realizado em um centro de parto normal na cidade de São Paulo, mostrou taxas de infusão de ocitocina no trabalho de parto de apenas 23,5%.

Scheneck (2004) realizou um estudo, também em um centro de parto normal, localizado na cidade de São Paulo, onde o uso de ocitocina foi empregado em 44,5% das gestantes em trabalho de parto.

A ocitocina é um polipeptídeo sintetizado nos núcleos paraventricular e supra-óptico do hipotálamo e armazenado na neuro-hipófise. Estruturalmente sua molécula tem conformação em anel, sendo muito semelhante à molécula do hormônio antidiurético (ADH), o que justifica suas propriedades antidiuréticas e vasoativas quando administradas em altas doses (YAMACHUCHI; CARDOSO; TORRES, 2007). Segundo Chibbar, Miller e Mitchell (1993), a ocitocina também pode ser produzida no âmnio, cório e decídua.

A liberação da ocitocina pela neuro-hipófise ocorre de maneira pulsátil e é determinada por estímulos neuro-sensoriais, como a sucção do mamilo, estímulos

no trato genital inferior e dilatação cervical. No útero, a ocitocina apresenta duas funções, regular a atividade uterina contrátil do miométrio e promover a produção e prostaglandinas pelas células endometriais/deciduais. A meia vida da ocitocina varia de 5 a 17 minutos e sua depuração é renal e hepática (YAMACHUCHI; CARDOSO; TORRES, 2007).

Neme (2005) relata que a ocitocina é um hormônio com poderosa ação estimuladora da atividade uterina humana no final da gestação, principalmente quanto a intensidade, frequência e duração. A resposta à ocitocina depende da concentração de seus receptores. Sua ação contrátil no miométrio é maior quanto mais próximo do parto, pois seus receptores aumentam em 300 vezes no parto.

Rezende (2005) refere que a ocitocina sintética é utilizada por via intravenosa durante o trabalho de parto e parto. A velocidade de perfusão depende da idade gestacional, diminuindo com a proximidade do termo. A resposta uterina à ocitocina é, todavia, muito individual, sendo necessário controle rigoroso da infusão. Clinicamente, a resposta satisfatória à ocitocina é caracterizada pela presença de contrações que duram entre 50 e 70 segundos, exibem frequência de 3 a 4 contrações em 10 minutos e mostram um bom relaxamento no intervalo das contrações. A contratilidade eficiente dilata o colo sem perturbar a homeostase fetal.

No estudo publicado por Clark et al.(2009), os autores afirmam que a ocitocina é a droga mais comumente associada com eventos adversos evitáveis durante o parto. Por isso foi recentemente adicionada à lista de medicamentos de alto risco, designada pelo "Institute for Safe Medication Practices", uma distinção reservada apenas para 11 outras drogas. Tais medicamentos são definidos como aqueles "tendo um risco acrescido de danos quando usados de maneira errada" e que podem exigir salvaguardas especiais para reduzir o risco de erro.

Os autores destacam ainda que uma revisão crítica dos dados clínicos e propriedades farmacológicas da ocitocina sugere a necessidade de maior cautela com o uso desta droga durante o trabalho de parto e parto. Referem que a ação da ocitocina é lenta, pois os níveis plasmáticos somente são atingidos após 40 minutos e, por isso, esquemas que aumentem a dose de administração antes desse período devem ser abandonados. A ação da ocitocina é dose dependente, mas a mesma dose de ocitocina pode causar hipertonia uterina em uma parturiente, enquanto em outra pode não resultar em nenhum aumento da atividade uterina e ainda outra

preocupação com o uso da ocitocina é que não há meios técnicos efetivos para medir seu efeito nas contrações uterinas, assim, a avaliação é frequentemente realizada de maneira subjetiva. Por isso, os autores destacam e reafirmam que a administração de ocitocina deve ser realizada levando em conta protocolos padronizados, o profissional responsável pela administração e monitorização da infusão de ocitocina deve ter habilidade para tal função e o uso da ocitocina apenas deve ser feito após detectados problemas na evolução do trabalho de parto e deve sempre ser usada a menor dose possível (CLARK et al.,2009).

Segundo a OMS (1996), a correção da dinâmica uterina com ocitocina é uma intervenção importante e somente deve ser implementada com uma indicação válida, já que não está claro, com base nos dados disponíveis, que o uso liberal da correção da dinâmica uterina com ocitocina ofereça benefícios para as mulheres e bebês.

Cecatti e Calderón (2005) também concordam que estudos realizados mostram que, além de real encurtamento do período total de trabalho de parto, não houve nenhum benefício adicional. Por esse motivo, o uso rotineiro de ocitócitos deve ser evitado durante a fase ativa do trabalho de parto, a menos que haja uma necessidade clara para corrigir a hipossistolia, incoordenação da contratilidade miometrial ou distócia funcional. Outra indicação colocada pela OMS (1996) é o tratamento do trabalho de parto prolongado.

A ocitocina pode produzir efeitos adversos como a taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina, além de dificultar a mobilidade e deambulação da mulher devido a sua infusão contínua endovenosa. O mais frequente efeito colateral para o feto é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sanguínea no espaço interviloso por taquissistolia e/ou hipertonia (BRASIL, 2001). Cruz e Barros (2010) pontuam ainda que outros efeitos colaterais podem surgir com o uso da ocitocina, como vômito, náuseas, cefaléia e intoxicação hídrica.

Porto, Amorim e Souza (2010) relatam, em seu trabalho, que estudos analisando unicamente a infusão de ocitocina para manejo ativo do trabalho de parto são raros e pouco consistentes. Além disso, referem que a infusão rotineira de ocitocina aumenta a necessidade de monitorização e vigilância.

Em uma meta-análise, publicada por Wei et al.(2009), as mulheres que receberam infusão de ocitocina precocemente relataram mais dor e desconforto

durante o trabalho de parto. Nesse estudo ainda, as mulheres com administração precoce de ocitocina tiveram uma associação maior com risco de hiperestimulação, porém sem evidências de efeitos severos aos neonatos.

Xenakis et al. (1994) e Xenakis et al. (1995) realizaram um estudo comparando o resultado do uso de altas e baixas doses de ocitocina durante o trabalho de parto. Xenakis et al. (1994) referem que altas doses de ocitocina durante o trabalho de parto exigem menos tempo para correção de anormalidades do trabalho de parto e menor tempo de infusão de ocitocina. No entanto, ambos os grupos (dose baixa e alta) apresentaram taxas semelhantes de parto cesárea. Já Xenakis et al. (1995), além de relatarem que altas doses reduzem o tempo para correção das anormalidade do trabalho de parto, referem ainda que reduzem também a necessidade de parto cesárea.

Um estudo realizado na Suíça por Denker et al. (2008) e outro, na Inglaterra, por Hinshaw et al. (2008), compararam o uso de ocitocina precoce e tardio durante o trabalho de parto. No trabalho de Denker et al. (2008), a administração de ocitocina precoce não mudou as taxas de parto cesárea e parto fórceps, mas encurtaram significativamente a duração do trabalho de parto. Já no trabalho de Hinshaw et al. (2008), o uso precoce de ocitocina não alterou as taxas de parto cesárea, porém diminuiu também o tempo do trabalho de parto e a incidência de parto fórceps.

No trabalho de Bidgood e Steer (1987), um estudo controlado randomizado, os autores dividiram 60 mulheres em 3 grupos, mulheres que não usaram ocitocina durante o trabalho de parto, mulheres que usaram doses baixas de ocitocina e mulheres que usaram doses altas de ocitocina. Eles tiveram como resultado que não houve diferença nas taxas de parto cesárea e nas condições de nascimento dos recém-nascidos, mas os grupos que utilizaram ocitocina apresentaram dilatação cervical com progressão mais rápida, diminuindo assim o tempo de trabalho de parto.

Schneck (2004), em seu estudo, observou que a ocitocina foi mais utilizada nas mulheres nulíparas, que foram internadas com menos de 5 cm de dilatação cervical, nas que apresentaram dinâmica uterina ausente e entre as que tinham membranas amnióticas rotas com líquido amniótico meconial durante a internação. Outros resultados observados é que a ocitocina foi empregada com maior frequência entre as mulheres que fizeram monitorização eletrônica fetal e nas que foram submetidas à episiotomia e ao parto na posição litotômica.

Sakae, Freitas e d'Orsi (2009) constaram, em seu estudo, que o uso de ocitocina esteve associado com quase o dobro de risco de parto cesárea. Dekker et al. (2010) constataram, em seu trabalho, que mulheres com um parto cesárea anterior, quando utilizaram ocitocina para estimular o trabalho de parto com evolução espontânea, aumentaram em 14 vezes o risco de rotura uterina, pelo uso da ocitocina. E Carvalho, Souza e Filho (2010) não encontraram, em seu trabalho, nenhuma relação entre o uso de ocitocina e a necessidade de realização de episiotomia.

A ocitocina é um fármaco inquestionavelmente importante para a obstetrícia atual, pois atua nas correções de anormalidades do trabalho de parto, tornando possível a realização de parto vaginal, ao invés de parto cesárea. Porém sua utilização não está livre de efeitos negativos para mães e bebês, sendo assim, sua utilização só deve ser empregada com uma indicação clara.

5.2.4 Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto

A taxa de realização de rotura artificial de membranas, neste trabalho, foi de 41,7% (n=320). Mais da metade, 56,9% (n=180), das mulheres submetidas a essa intervenção estava na fase ativa do trabalho de parto. As associações entre amniotomia e tipo de parto e amniotomia e dilatação cervical na internação mostraram-se estatisticamente significantes, pelo teste exato de Fisher, com $p < 0,001$. Já as associações entre amniotomia e infusão de ocitocina e amniotomia e dinâmica uterina na internação não se mostraram estatisticamente significantes, pelo teste exato de Fisher, com $p = 0,364$ e $p = 0,100$, respectivamente.

As taxas de amniotomia da instituição estudada não se apresentam muito altas quando comparadas com os índices de amniotomia de outras instituições brasileiras, principalmente as localizadas no estado de São Paulo.

Schneck (2004), em seu trabalho, realizado em uma casa de parto perihospitalar no interior de São Paulo, observou que 75,1% das mulheres do seu estudo foram submetidas à amniotomia. Rocha (2005), em seu trabalho, constatou taxas de amniotomia de 76,5%. Lobo (2009), em trabalho também realizado em uma casa de parto na cidade de São Paulo, observou que 62,6% das mulheres

estudadas foram submetidas à rotura artificial de membranas. Já o trabalho de Oliveira et al. (2008), realizado no Rio de Janeiro, que avaliou a assistência ao trabalho de parto em várias instituições de saúde, mostrou que a taxa de amniotomia variou entre 42,4% e 10,9%, apresentando uma média de 24,3%.

Amniotomia, a rotura intencional ou artificial de membranas durante o trabalho de parto é um dos procedimentos mais comumente utilizados. O principal objetivo da rotura prematura de membranas é acelerar as contrações uterinas, reduzindo assim o tempo do trabalho de parto. Outros objetivos são: avaliar a vitalidade fetal através da colocação de eletrodos do polo cefálico fetal para realização de monitorização eletrônica fetal interna, ou para coleta de sangue do scalpo fetal ou ainda para verificar a presença de mecônio no líquido amniótico. Vale ressaltar que líquido amniótico meconial pode ser visto em 20% das gestações normais a termo, por isso sua presença não confirma condição fetal preocupante, assim, é necessário confirmação por outros métodos de avaliação da vitalidade fetal (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2011; LYNAUGH, 1980; VINCENT, 2005).

O procedimento foi introduzido em meados do século XVIII, descrito pela primeira vez em 1756 por um obstetra inglês, Thomas Denman propôs o uso da amniotomia baixa, apenas nos casos de desproporção e para salvar a vida da mãe ou do feto. A visão conservadora de Denman enfatizou a confiança no processo natural do parto, mas ele reconheceu que a rotura artificial de membranas pode ser necessária em certas circunstâncias (BUSOWSKI; PARSONS, 1995).

Busowski e Parsons (1995) afirmam que, a fim de se realizar a amniotomia, o cuidador realiza um exame vaginal para identificar digitalmente o colo uterino e as membranas amnióticas. O examinador exclui a presença de vasa prévia (vasos sanguíneos através da membrana) e confirma que a cabeça fetal está bem insinuada na pelve materna, impedindo o escoamento do cordão umbilical junto com o líquido amniótico. As membranas são então puncionadas com um gancho estéril de cabo longo, introduzido pelo canal vaginal, entre os dedos do examinador, após a punção, as membranas são separadas digitalmente permitindo a saída do líquido amniótico.

Acredita-se que, quando as membranas são rompidas, a produção e liberação de prostaglandinas e ocitocina aumenta, resultando em contrações mais fortes e em uma dilatação cervical mais rápida, pois o âmnio é uma membrana metabolicamente ativa que está envolvida no transporte de solutos e água para manter o líquido

amniótico homeostático e na produção de vários hormônios e peptídeos, incluindo a ocitocina e as prostaglandinas E2 e F2. A ocitocina torna as contrações uterinas mais regulares e mais intensas, enquanto as prostaglandinas promovem o amadurecimento cervical, por interagir na estrutura de colágeno da matriz do colo uterino, convertendo-a de uma estrutura rígida para uma estrutura mole e distensível (BUSOWSKI; PARSONS, 1995).

Outra ação da amniotomia que explica o aumento das contrações é que a apresentação fetal exerce uma pressão maior sobre o colo uterino, quando comparado à pressão exercida pelas membranas amnióticas; essa pressão estimula a liberação de ocitocina sérica que continua a estimular contrações fortes por feedback positivo. Alguns autores relatam também que, após a amniotomia, as fibras miométriais são encurtadas pela perda do volume uterino, o que promove o estímulo as contrações (PRAAGH; HENDRICKS, 1964; LYNAUGH, 1980).

Vincent (2005) refere que, por alguns autores, a rotura artificial de membranas foi contestada, já que, quando conservadas as membranas, houve uma menor taxa de infecções maternas, de compressas de polo cefálico, transfusão sanguínea e desacelerações graves da frequência cardíaca fetal. A observação de menores taxas de compressão cefálica e desacelerações variáveis graves sugerem que o trabalho de parto é menos estressante para o feto. A cabeça fetal é protegida pelas membranas e pelo líquido amniótico quando as contrações uterinas a empurram para baixo, em direção ao colo uterino e à pelve materna. Sendo assim, a incidência de sofrimento fetal e parto de emergência seria menor. Vicente (2005) defende também que o abaulamento das membranas no canal vaginal funciona como um pré-estiramento do períneo antes da descida da cabeça fetal. A pressão exercida pelas membranas amnióticas estimula a liberação de ocitocina da mesma maneira que a pressão da apresentação fetal. A compressão excessiva do polo cefálico pode causar reflexo vagal e conseqüente alterações da frequência cardíaca fetal (VENTURA; LAM-FIGUEROA, 2008).

Muitos autores contestam a amniotomia como uma prática rotineira, pois ela não é livre de efeitos indesejáveis para a mãe e nem para o feto e pode levar a um aumento de intervenções obstétricas desnecessárias. Os principais efeitos indesejáveis causados pela amniotomia são o incremento das desacelerações precoces da frequência cardíaca fetal; as alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguinolenta); prolapso de cordão; rotura de vasa prévia, não

constatada durante o toque vaginal; e o risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas (BUSOWSKI; PARSONS, 1995; BRASIL, 2001; VINCENT, 2005; SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2011). É importante ressaltar que Stewart (1982) refere que, em condições normais, as membranas podem permanecer intactas até a dilatação completa em 70% dos casos.

Por essas evidências, a amniotomia é uma intervenção contestada na prática obstétrica. Não existe nenhuma concordância geral entre os profissionais obstetras praticantes no que diz respeito ao efeito da amniotomia no curso do trabalho de parto. Alguns estudos têm mostrado efeitos favoráveis e outros desfavoráveis a ela. Dentre os efeitos favoráveis, é destacada a redução do trabalho de parto e a possível redução no escore de Apgar anormal de quinto minuto e, entre os desfavoráveis, o alto risco para operações cesarianas e arritmia cardíaca no recém-nascido (MARQUES et al., 2005).

Em uma revisão sistemática da biblioteca Cochrane, realizada por Smyth, Alldred e Markham (2011), as autoras revisaram 14 estudos randomizados e controlados, envolvendo 4893 mulheres, e concluíram que não se pode recomendar a amniotomia rotineiramente como parte do cuidado do trabalho de parto, já que, não nos estudos analisados, não foi encontrada nenhuma evidência de qualquer diferença estatística na duração da primeira fase do trabalho de parto, na satisfação materna com a experiência do parto, no índice de Apgar de quinto minuto abaixo de 7 ou nas taxas de parto cesárea.

Vincent (2005) acredita que a amniotomia só deve ser realizada na arena da obstetrícia, onde há uma equipe para responder a qualquer complicação que possa surgir. Refere ainda que a amniotomia realizada apenas com o objetivo de conseguir um parto mais rápido não deve ser realizada.

Um estudo randomizado e multicêntrico, realizado em 6 hospitais do Reino Unido, envolvendo 1463 mulheres pelo UK Amniotoy Group (1994), concluiu que, apesar de uma modesta redução do tempo de trabalho de parto, uma política de amniotomia precoce de rotina tem poucos efeitos sobre os resultados importantes, como índice de parto cesárea ou parto operatório, analgesia de parto, transfusões sanguíneas e nas condições de nascimento do neonato. Sendo assim, não deve ser recomendada de rotina.

Fraser et al. (1993) realizaram um estudo randomizado, envolvendo 925 nulíparas. Os autores concluíram que a amniotomia precoce em nulíparas é um método efetivo para redução do tempo de trabalho de parto e para redução da frequência de distócia, mas não diminuiu a taxa de parto cesárea.

Um estudo randomizado, comparando a amniotomia de rotina com a amniotomia seletiva, realizada por Johnson et al. (1997), concluiu que a amniotomia de rotina, quando comparada com a seletiva, encurtou o trabalho de parto em 1 hora nas nulíparas, mas não nas múltiparas, os autores relataram ainda que a amniotomia de rotina pode aumentar o risco de parto cesárea.

Uma meta-análise, realizada por Brisson-Caroll et al. (1996), mostrou que a amniotomia precoce realizada de rotina em mulheres com trabalho de parto espontâneo reduz o tempo de trabalho de parto e a probabilidade de índices de Apgar de 5º minuto abaixo de 7, porém não houve redução significativa no risco de parto cesárea, assim como não houve diferença nos índices de internação dos recém-nascidos em unidade de tratamento intensivo neonatal.

Goffinet et al. (1997) realizaram um estudo sobre a amniotomia precoce e anormalidade da frequência cardíaca fetal (FCF), envolvendo 925 mulheres, com gestação única a termo em trabalho de parto espontâneo com menos de 6 centímetros de dilatação cervical e que receberam monitorização eletrônica fetal com cardiografia, dividindo essas mulheres em 2 grupos, um de amniotomia precoce e outro de amniotomia seletiva. Os autores concluíram que a amniotomia precoce aumenta as taxas de desacelerações da FCF, sem evidências de efeitos negativos sobre os resultados neonatais. Sendo assim, em locais onde o diagnóstico da vitalidade fetal é baseado principalmente na monitorização eletrônica fetal, as taxas de parto cesárea por sofrimento fetal podem ser aumentadas pela amniotomia precoce.

Sheiner et al. (2000) e Segal et al. (1999) concluíram, em seus estudos, que a amniotomia precoce está relacionada ao aumento dos índices de parto cesárea.

Um estudo realizado por Ventura e Lam-Figueroa (2008) mostrou que a amniotomia reduz em até 50 minutos, em média, o tempo do trabalho de parto. Mas essa redução não tem significado clínico para o feto ou para a mãe, pelo contrário, essa prática rotineira pode aumentar o número de partos disfuncionais e o índice de Apgar no 5º minuto menor que 7. Por isso, os autores recomendam o uso restrito da amniotomia em trabalho de parto de início espontâneo, salvo nos casos justificados

cl clinicamente. No trabalho de Friedman e Sachtleben (1963), os autores concluíram que a amniotomia realizada na fase latente do trabalho de parto também foi associada à maior frequência de partos disfuncionais.

Sendo assim, não é possível concluir que a amniotomia precoce apresenta uma vantagem clara em relação ao manejo expectante, ou o inverso. Portanto, no trabalho de parto normal, deveria haver um motivo válido para interferir com o momento espontâneo de ruptura das membranas (OMS, 1996). A rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições em que sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias disfuncionais (BRASIL, 2001).

5.2.5 Parto operatório

Neste trabalho, o parto fórceps foi realizado em apenas 3,2% (n=26) da população estudada, todos eles realizados com a indicação de alívio materno e/ou fetal. Assim como todas as mulheres receberam analgesia de parto, todas tiveram a bexiga cateterizada para esvaziamento vesical e foram todas submetidas à episiotomia médio-lateral direita, como cuidados precedentes à aplicação do fórceps. A maioria das mulheres eram primigestas e estavam entre 18 e 35 anos, e a maioria dos recém-nascidos pesaram entre 2500 – 4000 gramas e todos apresentaram índice de Apgar no 5º minuto maior ou igual a 8.

Como resultado desse trabalho não foi observada a incidência de parto a vácuo, pois a instituição não tinha como rotina seu uso, a equipe assistencial não era treinada para tal procedimento, assim como não havia os instrumentos necessários para sua utilização. A instituição dispõe de fórceps do tipo Simpson-Braun, Kielland e Piper, esse último utilizado raramente, não sendo observada nenhuma aplicação na população estudada. Por isso, essa discussão dará mais ênfase ao parto fórceps.

A maioria das mulheres tem parto vaginal espontâneo, porém algumas precisam de um parto vaginal assistido, ou parto instrumental na segunda etapa do trabalho de parto. Essa ajuda pode ser promovida com o uso do fórceps ou do vácuo extrator (FRANZ; GIENN, 2011).

Damos (2000) refere que a habilidade do parto vaginal assistido, seja com uso do vácuo ou fórceps, é importante para conduzir o segundo período do trabalho de parto. Richard e Vijay (2011) e Fidelma, Justus e Vijay (2011) concordam com essa afirmação.

Richard e Vijay (2011) relatam, em seu trabalho, que o parto vaginal assistido é parte integrante da assistência obstétrica no mundo inteiro, podendo variar de 1,5%, como na República Tcheca e Eslováquia, onde é realizado com menor frequência, ou às vezes chegar a ser empregado em 15 % dos partos, como é o caso da Austrália e Canadá. Fidelma, Justus e Vijay (2011) dizem que o parto instrumental ou assistido é uma intervenção frequente e amplamente praticada na obstetrícia, representando 11% dos partos no Reino Unido. Franz e Gienn (2011) mostram, em seu trabalho, que, nos países industrializados, as taxas de parto vaginal instrumental representa de 5 a 20% do total de partos.

No estudo realizado por O'Driscoll, Jackson e Gallagher (1969), a taxa de parto operatório já atingia 18% do total de partos. Roberts, Tracy e Peat (2000) realizaram um trabalho na Austrália, com coleta de dados durante 1996 e 1997, e constaram uma diferença grande entre os partos instrumentais no sistema público e no particular. No sistema público, as taxas chegaram a 17% do total de partos, enquanto, no sistema privado, foi de aproximadamente 34%. Essas taxas discrepantes podem estar relacionadas a diferenças no manejo do trabalho de parto e parto. Pode-se observar também que as taxas de parto instrumental encontradas nesse trabalho estão bem abaixo da maioria dos estudos.

Um estudo realizado por Webb e Culhane (2002), na Filadélfia, com coleta de dados durante 3 anos, investigou aproximadamente 87% de todos os partos realizados no período e mostrou que 10% do total de todos os partos tinham sido realizados através de parto vaginal instrumental. O estudo mostrou ainda que a frequência no uso de procedimentos obstétricos para “ajudar” no parto vaginal tem demonstrado variações de acordo com as características da mulher e do profissional de saúde, independente da indicação clínica para a intervenção. Essas variações no processo de uso de acordo com fatores “não-médicos” são dignas de atenção, pois o aumento no número de intervenções desnecessárias aumentam o custo assistencial, os riscos de morte materna e os resultados neonatais negativos.

Damos (2000) e Richard e Vijay (2011) referem que a necessidade de parto vaginal assistido pode ser reduzida com a adoção de algumas técnicas simples

durante o trabalho de parto, como, por exemplo, adoção da posição vertical ou lateral, ao invés da posição vertical ou litotômica, suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto, com a presença de um acompanhante, gestão ativa com uso de ocitocina, avaliação rigorosa e correta da vitalidade fetal e a adoção de uma atitude mais liberal quanto à duração do segundo estágio do trabalho de parto.

As indicações clínicas para o parto vaginal assistido devem levar em conta o bem-estar materno e fetal. A maioria dos autores, como Ziegel (1986), Damos (2000), Neme (2005) e Rezende (2005) concordam quanto aos fatores de indicação do parto vaginal instrumental, como exaustão materna, segundo período prolongado, uso de drogas analgésicas (dificultam o puxo), falta de progressão na descida e/ou rotação, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora (sofrimento fetal), cabeça derradeira (parto pélvico), prolapso de cordão, hemorragia no segundo estágio do trabalho de parto, variedade de posições anômalas, doenças materna (cardiorrespiratórias ou intracranianas) e cicatriz uterina anterior.

Uria et al. (2002) realizaram um estudo em um hospital cubano, durante o ano de 2000, e encontraram como resultado do estudo uma taxa de parto instrumental de 5,1%, sendo realizado, em sua maioria, nas primíparas (87,5%). As principais indicações foram o período expulsivo prolongado (62%) e sofrimento fetal (27,8%). No estudo de Demissie et al. (2004), a maior incidência de parto vaginal instrumental também foi nas primíparas, e a indicação mais prevalente foi o sofrimento fetal.

As principais consequências negativas maternas do parto vaginal instrumental são as lacerações canal de parto, principalmente lacerações de 3º e 4º grau, assim como o trauma das vias urinárias (REZENDE, 2005; KUDISH; SOKOL; KRUGER, 2008) e maior risco de hemorragia no quarto período e puerpério (BRASIL, 2001). Já as principais complicações fetais são escoriações, equimoses e hematomas da face e cabeça, lesões oculares, céfalo-hematomas, fraturas dos ossos do crânio e paralisia facial.

Com relação às complicações, duas revisões sistemáticas da biblioteca Cochrane mostraram diferenças entre o parto com o auxílio do fórceps e do vácuo extrator. Fidelma, Justus e Vijay (2011) relatam que o parto fórceps está mais associado a maiores lesões maternas e a ferimentos faciais no neonato, porém o parto a vácuo está mais associado ao céfalo-hematoma. Richard e Vijay (2011) referem que, quando comparado ao parto fórceps, o parto a vácuo foi associado

com menor trauma materno, mas apresentou um número maior de céfalo-hematomas e hemorragias retinianas.

Patel e Murphy (2004) referem que o parto fórceps, em comparação com o parto a vácuo, ocasiona, em geral, mais dias de internação hospitalar, tem maior risco de complicações, risco aumentado para laceração de colo, infecção e lacerações de 3º e 4º grau. Porém, no estudo de Brooke (1967), o autor afirma que, para indicação de sofrimento fetal e para o parto vaginal instrumental, o uso do fórceps é mais indicado que o uso do vácuo, pela agilidade da técnica.

O fórceps, utilizado na prática obstétrica desde a antiguidade, continua tendo lugar de destaque na obstetrícia moderna. Quando bem utilizado, é um instrumento valioso, colaborando de forma efetiva e importante na realização do parto vaginal. Infelizmente o estigma negativo que lhe foi imputado pelas práticas obstétricas persiste entre os leigos e entre aqueles que não foram adequadamente treinados para seu uso (BRASIL, 2001).

O fórceps obstétrico é um instrumento empregado para extrair a cabeça do feto por prensão do pólo cefálico, em certas condições onde o processo é interrompido e pode resultar em perigo imediato ou remoto, para a mãe e/ou feto (ZIEGEL, 1086; NEME, 2005; REZENDE, 2005). O fórceps tem como principal função a apreensão, tração, ocasionalmente rotação do pólo cefálico e correção de assinclitismo (BRASIL, 2001).

Os principais fórceps utilizados na atualidade são: o Fórceps de Simpson-Braun, que possui articulação por encaixe e acentuada curvatura pélvica; o Fórceps de Kielland, que possui articulação móvel, curvatura pélvica discreta, é um instrumento rotador por excelência; e o Fórceps de Piper, que também possui articulação fixa por encaixe, curvatura perineal acentuada, é utilizado para desprendimento de cabeça derradeira no parto pélvico (BRASIL, 2001; NEME, 2005). Lembrando que o melhor instrumento é aquele a que o tocólogo está mais afeito (NEME, 2005).

A utilização do fórceps torna-se justificável em casos que ameacem o bem-estar materno e/ou fetal e que possam ser revertidos ou melhorados pelo uso adequado e seguro do instrumento. Suas indicações são as mesmas, já citadas anteriormente, para parto vaginal instrumental, sendo ainda aplicável ao parto de fetos prematuros ou com coagulopatias.

As condições de aplicabilidade de fórceps também são consenso entre os vários autores. Sendo elas: concepto vivo ou morte recente, anestesia materna, bexiga vazia, colo cervical com dilatação completa, membranas ovulares rotas, diagnóstico correto da variedade de posição, apresentação baixa (plano + 2 de De Lee) e episiotomia (BRASIL, 2001; NEME, 2005; REZENDE, 2005).

Segundo Chambetlain e Sterr (1999), após indicação obstétrica clara, o operador deve escolher o instrumento que esteja mais habilitado para chegar ao objetivo final sem consequências danosas para mãe e recém-nascido. A mulher deve ser informada sobre o procedimento, receber analgesia necessária e disponível para ele, deve ser colocada em posição ginecológica, o mais confortável possível, e ter a bexiga cateterizada para esvaziamento vesical completo, diminuindo assim a chance de lesão vesical ou impedimento da descida fetal por um bexigoma. Após lubrificação, cada lâmina é deslizada ao lado da cabeça do feto, a vagina sendo protegida pela mão do operador. Quando corretamente instalado, as alças devem articular, sem resistência, e uma tração leve e contínua deve ser aplicada, uma episiotomia geralmente é necessária para ampliar o canal de parto. Quando a cabeça fetal está coroada, as lâminas podem ser removidas e o bebê entregue normalmente.

Um estudo realizado por Pereira et al. (2004) comprovou que o uso do fórceps de Simpson-Braun é seguro, quando comparado com o parto vaginal espontâneo. O estudo comparou variáveis maternas e neonatais entre dois grupos, um formado por mulheres que foram submetidas ao parto fórceps e outro grupo que envolvia as mulheres que evoluíram para parto vaginal espontâneo. Os resultados não mostraram diferenças significativas entre as variáveis estudadas nos dois grupos.

Oliveira et al. (2010) realizaram um estudo sobre fatores relacionados à ocorrência de incontinência urinária feminina e, como resultado desse estudo, constataram que o parto fórceps é um fator de risco para incontinência urinária.

Quanto às taxas de parto fórceps, observa-se uma uniformidade de valores quando comparamos os índices em instituições públicas e privadas, muito diferente do observado nos índices de parto cesárea. O estudo de Breim, Segre e Lippi (2010), realizado em uma maternidade privada na cidade de São Paulo, entre os anos de 1995 e 1998, mostrou uma taxa de parto cesárea de 6,4%, enquanto a de cesariana é de 69,6%. E o estudo de Duarte et al. (2004), realizado em duas

maternidades públicas em Ribeirão Preto, uma cidade do interior paulista, entre os anos de 1991 e 2000, mostrou índices de parto fórceps de 10%, variando entre 5,9% em 1992 e 14,6% em 1998, já os índices de cesárea ficaram em torno de 30%.

Em 1969, em um estudo publicado por Cinberg (1969), o autor já afirmava que as novas gerações de obstetras indicavam cada vez menos o parto fórceps.

Com o advento das técnicas seguras para a realização da cesariana, os partos fórceps foram sendo substituídos, e os profissionais sendo treinados nas escolas para a realização da operação cesariana e muito pouco treinados para a realização do parto fórceps.

Essa afirmação pode ser confirmada no estudo de Kudish, Sokol e Kruger (2008), um estudo observacional descritivo, com coleta de dados entre os anos de 1996 e 2006. Os resultados mostram que a diminuição do parto fórceps levou ao aumento do parto cesárea. Em 1997, observou-se uma incidência de parto fórceps de 7,6%, enquanto, em 2006, era apenas de 0,4%. Já com relação ao índice de parto cesárea, em 1996, as taxas de parto cesárea eram de 12,4% e, em 2006, chegaram a 18,7%.

Sendo assim, no estudo de Patel e Murphy (2004), os autores afirmam que o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomendou a formação de profissionais qualificados para a realização de parto instrumental para controlar e reduzir as taxas de parto cesárea, pois, quando comparado ao parto cesárea, o parto a fórceps é mais rápido, requer menor tempo de internação hospitalar e menor incidência de reinternação, menos custo, gera menor risco para os partos subsequentes, além de o parto fórceps reduzir a incidência do primeiro parto cesárea.

Embora seja um instrumento valioso, a utilização do parto fórceps é ainda muito irregular. As principais causas são, provavelmente, o estigma negativo que lhe é inadequadamente imputado e a inabilidade técnica dos profissionais para seu uso. Os serviços de ensino devem proporcionar àqueles que se iniciam na arte obstétrica todas as condições de aprendizado, para que os profissionais saibam quando e como utilizá-lo para o benefício comum da saúde materna e neonatal (BRASIL, 2001).

A OMS (1996) recomenda que as decisões sobre a interrupção do segundo estágio do trabalho de parto devem sempre ser baseadas na vigilância do estado materno e fetal e no progresso do trabalho de parto. É necessário mais atenção nas indicações quanto à necessidade real de se intervir no processo fisiológico do parto, pois intervenções desnecessárias são perigosas para mulheres e seus filhos.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Através dos resultados encontrados nesse trabalho, podemos concluir que, das 810 mulheres estudadas:

6.1 Características sócio-demográficas:

- ❖ 83,6% tinham entre 18 e 34 anos; 55,5% referiram estar em união consensual; 27,9% referiram, como escolaridade, o ensino fundamental incompleto; 74,3% referiram ocupação não remunerada; e 76,1% referiram residir na cidade de Ribeirão Preto.

6.2 Condições maternas na internação:

- ❖ 49,6% das mulheres internaram na fase latente de trabalho de parto; 83,5% apresentavam dinâmica uterina; 55,2% não apresentavam registro, em prontuário, da condição das membranas amnióticas e 24,9% apresentavam membranas rotas; 75,7% não apresentavam registro quanto às características do líquido amniótico; e 21,4% apresentavam líquido amniótico claro no momento da internação.

6.3 História obstétrica:

- ❖ 64,6% das mulheres estudadas realizaram de 6 a 10 consultas de pré-natal; 40% estavam na primeira gestação; 44,9% estavam no primeiro parto; 83% não tinham nenhum aborto; 85,3% das mulheres que já tiveram pelo menos um filho negaram parto cesárea prévio; e 95,4% negaram patologia prévia.

6.4 Intervenções Obstétricas:

6.4.1 Rotura de membranas

- ❖ 41,7% tiveram rotura artificial de membranas, destas, 56,9% foram submetidas à amniotomia durante a fase ativa de trabalho de parto, 25,9% durante o parto cesárea, 12,6% com dilatação total e 4,6% na fase latente de trabalho de parto.

6.4.2 Infusão ocitocina

- ❖ 61,7% receberam infusão de ocitocina, destas, 63,4% estavam na fase ativa de trabalho de parto, 31,4% estavam na fase latente de trabalho de parto e 5,2% apresentavam dilatação total.

6.4.3 Analgesia de parto

- ❖ 56,8% receberam analgesia de parto, destas, 75,4% receberam durante a fase ativa do trabalho de parto, 22% na fase latente de trabalho de parto e 2,6% com dilatação total; 77,6% receberam apenas uma dose de analgesia, 16,7% receberam duas doses, 4,8% receberam três doses e 0,9% receberam três ou mais doses.

6.4.4 Monitorização eletrônica fetal (cardiotocografia)

- ❖ 32,5% realizaram cardiotocografia, 65,4% realizaram o exame apenas uma vez, 24% realizaram duas vezes, 8,8% realizaram três vezes e 1,9%, quatro vezes.

6.4.5 Episiotomia

- ❖ 62,7% não foram submetidas à episiotomia e, destas, 27,9% apresentaram períneo íntegro, 26% laceração de primeiro grau, 8,5% laceração de segundo grau, 0,17% laceração de terceiro grau e 0,17% laceração de terceiro grau.

6.5 Características do parto

- ❖ 68% evoluíram para parto normal, 28,8% foram submetidos a parto cesárea e 3,2% ao parto fórceps; das mulheres que tiveram parto vaginal, 71,2% tiveram o parto na posição litotômica e 98,6% das mulheres não tinham, no prontuário, registro do local do parto.

6.6 Condições perinatais

- ❖ 77,5% dos recém-nascidos apresentaram líquido amniótico claro; 90,7% apresentaram peso de nascimento entre 2500 e 4000 gramas; 86,9% dos recém-nascidos apresentaram notas de Apgar de 1º minuto igual ou maior que sete e 99,3% dos recém-nascidos apresentaram nota de Apgar de 5º minuto maior ou igual a sete.

6.7 Associações entre as intervenções obstétricas e outras variáveis:

6.7.1 Rotura de membranas

- ❖ Rotura de membranas X Tipo de parto:
Das mulheres que foram submetidas à amniotomia: 57,5% evoluíram para parto normal, 41,3% para parto cesárea e 1,3% para parto fórceps.

Das mulheres que apresentaram rotura espontânea de membranas: 75,5% evoluíram para parto normal, 19,9% para parto cesárea e 4,7% para o parto fórceps.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ Rotura de membranas X Dilatação cervical na internação:

Das mulheres que foram submetidas à amniotomia: 14,7% internaram com colo fechado, 43,1% na fase latente de trabalho de parto, 40,3% na fase ativa de trabalho de parto e 1,9% com dilatação total.

Das mulheres que apresentaram rotura espontânea de membranas: 4,7% internaram com colo fechado, 54,7% na fase latente de trabalho de parto, 34,6% na fase ativa de trabalho de parto e 6% com dilatação total.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ Rotura de membranas X Infusão de ocitocina:

Das mulheres que foram submetidas à amniotomia: 60,6% receberam infusão de ocitocina e 39,4% não receberam infusão de ocitocina.

Das mulheres que apresentaram rotura espontânea de membranas: 64,1% receberam infusão de ocitocina e 35,9% não receberam infusão de ocitocina.

Essa associação não se mostrou estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p = 0,0364$.

❖ Rotura de membranas X Dinâmica uterina na internação:

Das mulheres que foram submetidas à amniotomia: 82,3% estavam com dinâmica uterina presente na internação e 17,7% não apresentavam dinâmica uterina na internação.

Das mulheres que apresentaram rotura espontânea de membranas: 86,8% estavam com dinâmica uterina presente na internação e 13,2% não apresentavam dinâmica uterina na internação.

Essa associação não se mostrou estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p = 0,100$.

6.7.2 Infusão de ocitocina

❖ Infusão de ocitocina X Dilatação cervical na internação:

Das mulheres que receberam infusão de ocitocina: 2,8% internaram com colo fechado, 58,2% na fase latente de trabalho de parto, 38,6% na fase ativa de trabalho de parto e 0,4% com dilatação total.

Das mulheres que não receberam infusão de ocitocina: 18,7% internaram com colo fechado, 35,8% na fase latente de trabalho de parto, 34,2% na fase ativa de trabalho de parto e 11,3% com dilatação total.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ Infusão de ocitocina X Dinâmica uterina na internação:

Das mulheres que receberam infusão de ocitocina: 87,8% estavam com dinâmica uterina na internação e 11,2% não apresentavam dinâmica uterina na internação.

Das mulheres que não receberam infusão de ocitocina: 76,6% estavam com dinâmica uterina na internação e 20,2% não apresentavam dinâmica uterina presente na internação.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ Infusão de ocitocina X Tipo de parto:

Das mulheres que receberam infusão de ocitocina: 75,2% evoluíram para parto normal, 19,8% para parto cesárea e 5% para parto fórceps.

Das mulheres que não receberam infusão de ocitocina: 50% evoluíram para parto normal, 49,7% para o parto cesárea e 0,3% para o parto fórceps.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

6.7.3 Analgesia de parto

❖ Analgesia de parto X Tipo de parto:

Das mulheres que receberam analgesia de parto: 73,7% evoluíram para parto normal, 20,65% evoluíram para parto cesárea e 5,65% evoluíram para parto fórceps.

Das mulheres que não foram submetidas à analgesia de parto: 60,6% evoluíram para parto normal e 39,4% evoluíram para parto fórceps.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ Analgesia de parto X Índice de apgar no 5º minuto:

Das mulheres submetidas à analgesia de parto: 99,5% dos bebês apresentaram índice de Apgar igual ou maior que sete e 0,43% apresentaram índice de Apgar entre 4 e 6.

Das mulheres que não foram submetidas à analgesia de parto: 98,85% dos bebês apresentaram índice de Apgar igual ou maior que sete e 1,14% apresentou índice de Apgar entre 4 e 6.

Essa associação não mostrou diferença significativa.

6.7.4 Monitorização eletrônica fetal (cardiotocografia)

❖ Cardiotografia X Líquido amniótico:

Das mulheres que foram submetidas à cardiotocografia: 30,6% apresentavam líquido amniótico meconial e 69,4% líquido amniótico claro.

Das mulheres que não foram submetidas à cardiotocografia: 18,1% apresentavam líquido amniótico meconial e 81,9% líquido amniótico claro.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significante, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ **Cardiotocografia X Tipo de parto:**

Das mulheres que foram submetidas à cardiotocografia: 53,2% evoluíram para parto normal, 42,2% evoluíram para parto cesárea e 4,6% evoluíram para o parto fórceps.

Das mulheres que não foram submetidas à cardiotocografia: 75,1% evoluíram para parto normal, 22,3% evoluíram para o parto cesárea e 2,6% evoluíram para o parto fórceps.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

6.7.5 Condições do períneo (episiotomia)

❖ **Condições do períneo X Idade materna:**

Das mulheres com menos de 18 anos: 11,11% apresentaram períneo íntegro, 20,63% laceração de primeiro grau, 4,67% laceração de segundo grau e 63,49% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres com idade entre 18 e 34 anos: 30,9% apresentaram períneo íntegro, 28,11% laceração de primeiro grau, 9,01% laceração de terceiro grau, 0,1% laceração de terceiro grau, 0,1% laceração de quarto grau e 31,55% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres com 35 anos ou mais: 45,45% apresentaram períneo íntegro, 27,27% laceração de primeiro grau, 18,18% laceração de segundo grau e 9,09 foram submetidas à episiotomia.

Essa associação mostrou-se estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p < 0,001$.

❖ **Condições do períneo X Número de partos:**

Das mulheres primíparas: 7,69% apresentaram períneo íntegro, 19,46% laceração de primeiro grau, 6,79% laceração de segundo grau, 0,45% laceração de quarto grau e 65,61% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres secundíparas: 28,96% apresentaram períneo íntegro, 36,07% laceração de primeiro grau, 12,57% laceração de segundo grau, 0,55% laceração de terceiro grau e 21,86% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres tercíparas: 51,90% apresentaram períneo íntegro, 31,65% laceração de primeiro grau, 11,39 laceração de segundo grau e 5,06% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres quartíparas ou mais: 73,53% apresentaram períneo íntegro, 23,53% laceração de primeiro grau e 2,94% laceração de segundo grau.

A incidência de episiotomia foi maior entre as mulheres primíparas, e o períneo íntegro entre as mulheres quartíparas ou mais.

❖ Condições do períneo X Peso de nascimento do recém-nascido:

Das mulheres com recém-nascidos com peso de nascimento menor que 2500 gramas: 23,33% apresentaram períneo íntegro, 26,67% laceração de primeiro grau, 10% laceração de segundo grau e 40% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres com recém-nascidos com peso de nascimento entre 2500 e 4000 gramas: 29,76% apresentaram períneo íntegro, 27,57% laceração de primeiro grau, 8,53% laceração de segundo grau, 0,2% laceração de terceiro grau, 0,2% laceração de quarto grau e 33,73% foram submetidas à episiotomia;

Das mulheres com recém-nascidos com peso de nascimento maior que 4000 gramas: 23,53% apresentaram períneo íntegro, 17,65% laceração de primeiro grau, 17,65% laceração de segundo grau e 41,18% foram submetidas à episiotomia.

Essa associação não se mostrou estatisticamente significativa, com teste exato de Fisher com $p = 0,770$.

6.7.6 Parto cesárea

❖ Parto cesárea X Idade materna:

Das mulheres com menos de 18 anos: 28,9% foram submetidas ao parto cesárea;

Das mulheres com idade entre 18 e 34 anos: 24,6% foram submetidas ao parto cesárea;

Das mulheres com 35 anos ou mais: 46,5% foram submetidas ao parto cesárea.

A incidência de parto cesárea foi maior entre as mulheres com 35 anos ou mais.

❖ Parto cesárea X Número de partos:

Das mulheres primíparas: 34,3% foram submetidas ao parto cesárea;

Das mulheres secundíparas: 24% foram submetidas ao parto cesárea;

Das mulheres tercíparas: 26% foram submetidas ao parto cesárea.

A incidência de parto cesárea foi maior entre as mulheres primíparas.

6.7.7 Parto fórceps

❖ Parto fórceps X Idade materna:

Dos partos fórceps realizados: 3,8% foram em mulheres com menos de 18 anos, 92,4% em mulheres com idade entre 18 e 34 anos e 3,8% nas mulheres com 35 anos ou mais.

A incidência de parto fórceps foi muito maior entre as mulheres com idade entre 18 e 34 anos.

❖ Parto fórceps X Número de partos:

Dos partos fórceps realizados: 69,2% foram em primíparas, 11,5% em secundíparas e 19,3% em tercíparas.

A incidência do parto fórceps foi maior entre as primíparas.

❖ Parto fórceps X Índice de Apgar no 5^o minuto:

Dos partos fórceps realizados: 100% dos recém-nascidos tiveram índice de Apgar igual ou maior que 8.

❖ Parto fórceps X Peso de nascimento do recém-nascido:

Dos partos fórceps realizados: 3,8% foram com recém-nascidos com menos de 2500 gramas de peso de nascimento, 88,5% com peso de nascimento entre 2500 e 4000 gramas e 7,7% com recém-nascidos com peso de nascimento maior que 4000 gramas.

A incidência de parto fórceps foi maior entre os recém-nascidos com peso de nascimento entre 2500 e 4000 gramas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRÃO, K. C.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Alterações cardiotocográficas após analgesia obstétrica combinada raqui-peridural. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 51-53, 2009.

ALMEIDA, C. F. Papel Social da Mulher. **Científico**, Salvador, v.1, n. 2, p. 1-5, 2002,

ALMEIDA, S.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M.; RIBEIRO V. S. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2909-2918, 2008.

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 52-58, 2005.

BAILEY, R. E.; HINSHAW, K. E – Vigilância fetal intraparto. In: BAXLEY, E.; DEUTSHMAN, M.; ATWOOD, L.; MURPHY, N.; YU, J. **Also – Advanced life support in obstetrics**. Kansas: American Academy of Family Physicians, 2000. p.1-25.

BARACHO, S. M.; FIGUEIREDO, E. M.; SILVA, L. B.; CANGUSSU, I. C. A. G.; PINTO, D. N.; SOUZA, E. L. B. L.; FILHO, A. L. S. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p. 409-414, 2009.

BARALDI, A. C. P.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. MAMEDE F. V. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 64-71, 2007.

BERGSTRÖM, M.; KIELER, H.; WALDENSTRÖM, U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicenter trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, n. 9, p. 1167-1176, 2009.

BIDGOOD, K. A.; STEER, P. J. A randomized control study of oxytocin augmentation of labor.1. Obstetric outcome. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 94, p. 512-517, 1987.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C; VASCONCELLOS, A. G. G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BODELON, C.; ORTIZ, A. B.; SCHIFF, M. A.; REED S.D. Factors associated with peripartum hysterectomy. **Obstetrics & Gynecology**, v. 114, n. 1, p. 115-123, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para Alojamento Conjunto: passo 7: Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 à 2006: **Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BREIM, M. C. S. C.; SEGRE, C. A. M.; LIPPI, U. G. Morbidity in neonates according to the of delivery: a comparative study. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 308-314, 2010.

BRISSON-CAROLL, G.; FRASER, W.; BREÁRT, G.; KRAUSS I.; THORNTON, J. The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**. v. 87, n. 5, p. 891-896, 1996.

BROOKE, D. E. Obstetric forceps or vacuum extractor? **British Medical Journal**, v. 2, n. 4, p. 753, 1967.

BRÜGGERMANN, O. M.; KNOBER, R.; SIEBERT, E. R. C.; BOING, A. F.; ANDREZZO H. F. A. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 9, n. 2, p. 189-196, 2009.

BUSOWSKI, J. D.; PARSONS, M. T. Amniotomy to induce labor. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 38, n. 2, p. 246-258, 1995.

CALVO, M.; GILSANZ, F.; PALACIO, F.; FORNET, I.; ARCE, N. Estudio observacional de la analgesia epidural para trabajo de parto. Complicaciones de la técnica em 5.895 embarazadas. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, v. 12, p.158-168, 2005.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionadas ao tipo de parto. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 427-435, 2010.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 34-40, 2007.

CARROLI, G.; BELIZAN, J.; Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Library**, v. 3, 1999. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cls/ysrev/articles/rel0001/CD000081/frame.html>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 333-339, 2010.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 357-365, 2005.

CHAMBERLAIN, G.; STEER, P. ABC of care – Operative delivery. **British Medical Journal**, v.318, n. 7193, p. 1260-1264, 1999.

CHRISTIAENS, W.; VERHAEGHE, M.; BRACKE, P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 268, p. 1-12, 2010.

CICARELLI, D. D.; SILVA, R. V.; FRERICHS, E.; PAGNOCCA, M. L. Bloqueio combinado para analgesia de parto: a adição de sulfentanil ao anestésico local influencia o apgar dos recém-nascidos? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.272-279, 2007.

CINBERG, B. L. Trends in the use of fórceps. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 45, n. 10, p. 1114-1117, 1969.

CLARK, S. L.; SIMPSON, K. R.; KNOX, G. E.; GARITE, T. J. Oxytocin: new perspectives on an old drug. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 200, p. 35-7, 2009.

COSTA, L. C.; SOUZA, L. M. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. **Comunidade Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 315-323, 2009.

CHANDRAHARAN, E.; ARULKUMARAN, S. Prevention of birth asphyxia: responding appropriately to cardiotocograph (CTG) traces. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 21, n. 4, p. 609-624, 2007.

CHIBBAR, R.; MILLER, F. D.; MITCHELL, B. F. Synthesis of oxytocin in amnion, chorion, and decidua may influence the timing of human parturition. **Journal Clinical Investigation**, v. 91, p. 185-192, 1993.

CHU, K. H.; TAI, C. J.; HSU, C. S. Women's preference for cesarean delivery and differences between Taiwanese women undergoing different modes of delivery. **BMC Health Service Research**, v. 10, n. 138, p. 1-9, 2010.

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 Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 366-371, 2010.

CUNHA, A. A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v. 38, n. 11, p. 559-566, 2010.

DAMOS, J. R. H – Parto vaginal assistido. In: BAXLEY, E.; DEUTSHMAN, M.; ATWOOD, L.; MURPHY, N.; YU, J. **Also – Advanced life support in obstetrics**. Kansas: American Academy of Family Physicians, 2000, p. 1-17.

DEKKER, G. A.; CHAN, A.; LUKE, C. G.; PRIEST, K.; RILEY, M.; HALLIDAY, J.; KING, J.; GEE, V.; O'NEILL, M.; SNELL, M.; CULL, V.; CORNES, S. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 117, n. 11, p. 1358-1365, 2010.

DEKKER, A.; BERG, M.; BERGQVIST, L.; LADFORS, L.; THORSÉN, L. S.; LILJA, H. Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolonged labour – a randomized controlled trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 116, p. 530-536, 2008.

DEMISSIE, K.; RHOADS, G. G.; SMULIAN, J. C. BALASUBRAMANIAN B. A.; GANDHI, K.; JOSEPH, K. S.; KRAMER, M. Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis. **British Medical Journal**, v.329, p.1-6, 2004.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S.; REIS, A. C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.

DOTTO, L. M. G. **Atenção qualificada ao parto: a realidade da assistência de enfermagem em rio Branco – AC**. 2006. 148f. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DUARTE, G.; COLTRO, P. S.; BEDONE, R. V.; REBECA, V.; NOGUEIRA, A. A.; GELONEZZI, G. M.; FRANCO, L. J. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 379-384, 2004.

EBERLE, A. S.; GANEM, E. M.; MÓDOLO, N. S. P.; AMORIM, R. B.; NAKAMURA, G.; MARQUES, C. D.; CASTIGLIA, Y. M. M. Interação entre a analgesia de parto e o seu resultado. Avaliação pelo peso e índice de apgar do recém-nascido. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 343-351, 2006.

EHRENREICH, B. C.; ENGLISH, D. **Complaints and disorders: the sexual politics of sickness**. Londres: Writers and readers publisher cooperative, 1973.

ENKIM, M. W.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J. P.; CROWTHER, C. A.; DULEY, L. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FESTIN, M. R.; LAOPAIBOON, M.; PATTANITTUM, P.; EWENS, M. R.; HENDERSON-SMART, D. J.; CROWTHER, C. A. Caesarean section in four south east asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 17, p. 1-11, 2009.

FIDELMA, O. M.; JUSTUS, H. G.; VIJAY, M. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. **The Cochrane Library**, v. 4, 2011. Disponível em: < <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD005455>>. Acesso em: 17 mai. 2011.

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

FRANKMAN, E. A.; WANG, L.; BUNKER, C. H. Episiotomy in the United States: has anything changed? **American Journal Obstetrics Gynecology**, v. 200, n. 5, p. 573-577, 2009.

FRANZ, M.; GIENN, G. Trial of the instrumental delivery in theatre versus immediate caesarean section for anticipated difficult assisted births. **The Cochrane Library**, v. 04, 2011. Disponível em: < <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD005545>>. Acesso em: 17 mai. 2011.

FRASER, W. D.; MARCOUX, S.; MOUTQUIN, J. M.; CHRISTEN, A. Effect of early amniotomy o the risk of dystocia in nulliparous women. **The New England Journal Medicine**, v. 328, n. 16, p. 1145-1149, 1993.

FRIEDMAN, E. A.; SACHTLEBEN, M. R. Amniotomy and the course of labor. **Obstetrics Gynecology**, v. 22, n. 6, p. 755-770, 1963.

FRITEL, X.; SCHAAL, J. P.; FAURCONNIER, A.; BERTRAND, V.; LEVET, C.; PIGNÉ, A. Pelvic floor disorders 4 years first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 115, n. 2, p. 247-252, 2008.

GAMA, A. S.; GIFFIN, K. M.; TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; D'ORSI E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades públicas e privadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 11, p. 2480-2488, 2009.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGGERMANN, O. M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 153-159, 2009.

GODDARD, R. Electronic fetal monitoring: is not necessary for low risk labours. **British Medical Journal**, v. 322, n. 7300, p. 1436-1437, 2001.

GOFFINET, F.; FRASER, W.; MARCOUX, S.; BRÉART, G.; MOUTQUIN, J. M.; DARIS, M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. **British Journal Obstetric Gynaecology**, v. 104, n. 5, p. 548-553, 1997.

GOUROUNTI, K.; SANDALL, J. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: effects on neonatal apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery – a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 6, p. 1029-1035, 2007.

GRAHAM, E. M.; PETERSEN, S. M.; CHRISTO, D. K.; FOX, H. E. Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. **Obstetric & Gynecology**, v. 108, n. 3, p. 656-666, 2006.

GUPTA, J. K.; NIKODERM, C. Maternal posture in labor. **European Journal Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 92, n. 2, p. 273-277, 2000.

HAJET, Z.; SRP, B.; PAVLIKOVA, M.; ZVÁROVÁ, J.; LISKA, K.; EL-HADDAD, R.; PASKOVÁ, A.; PARÍZEK, A. Intrapartal fetal monitoring, sensitivity and specificity of methods. **Ceská Gynekologie**, v. 71, n. 4, p. 263-267, 2006.

HINSHAW, K.; SIMPSON, A.; CUMMINGS, A.; HILDRETH, A.; THORNTON, J. A randomized controlled trial of early versus delayed oxytocin augmentation to treat primary dysfunctional labour in nulliparous women. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 115, n. 10, p. 1289-1296, 2008.

JOHNSON, N.; LILFORD, R.; GUTHRIE, K.; THORNTON, J.; BARKER, M.; KELLY, M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. **British Journal Obstetrics and Gynaecology**, v. 104, n. 3, p. 340-346, 1997.

JUNIOR, L. C. M.; SEVRIN, C. E.; OLIVEIRA, H. B.; CARVALHO, H. B.; ZAMBONI, J. W.; ARAÚJO, J. C.; MARCOLIN, M.; CARUSO, P.; AWADA, P. F.; GIUNTA, R. Z.; MUNHOZ, W.; SANCOVSKI, M.; PEIXOTO, S. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 124-132, 2009.

KHAWAJA, M.; CHOUEIRY, N.; JURDI, R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. **La Revue de Santé de la Méditerranée orientale**, v. 15, n. 2, p. 458-469, 2009.

KHAN, A.; ZAMAN, S. Costs of vaginal delivery and Caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 2, p. 1-8, 2010.

KEALY, M. A.; SMALL, R. E.; LIAMPUTTONG, P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 47, p. 1-11, 2010.

KUDISH, B.; SOKOL, R. J.; KRUGER, M. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996-2006. **International Journal Gynaecology and Obstetrics**, v. 102, n. 2, p. 165-170, 2008.

KUKLINA, E. V.; MEIKLE, S. F.; JAMIESON, D. J.; WHITEMAN, M. K.; BARFIELD, W. D.; HILLIS, S. D.; POSNER, S. F. Severe obstetric morbidity in the United States: 1998-2005. **Obstetrics & Gynecology**, v. 113, n. 2, p. 293-299, 2009.

LALLY, J. E.; MURTAGH, M. J.; MACPHAIL, S.; THOMSON, R. More in hope than expectations: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. **BMC Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1-10, 2008.

LIU, S.; LISTON, R. M.; JOSEPH, K. S.; HEAMAN, M.; SAUVE, R.; KRAMER, M. S. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. **CMAJ**, v. 176, n. 4, p. 455-60, 2007.

LOBO, S. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SCHNECK, C. A.; SILVA, F. M. B.; BONADIO, I. C.; RIESCO, M. L. G. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal Peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

LOBO, S. F. **Caracterização da assistência ao parto e ao nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo**. 2009. 103f. Tese - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LYNAUGH, K. H. The effects of early elective amniotomy on the length of labor and the condition of the fetus. **Journal Nurse-Midwifery**, v. 25, n. 4, p. 3-9, 1980.

MANDARINO, N. R.; CHEIN, M. B. C.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BRITO, L. M. O.; LAMY, Z. C.; NINA, V. J. S.; MOCHEL, E. G.; FIGUEIREDO NETO, J. A. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MARQUES, I. R.; BARBOSA, S. F.; BASILE, A. L. O.; MARIN, H. F. Guia de apoio à decisão em enfermagem obstétrica: aplicação da técnica da Lógica Fuzzy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p.349-354, 2005.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 1-2, 2007.

MILES, A. **Women, health and medicine**. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**. Relatório. Brasília/DF, 2008.

MIRES, G.; WILLIAMS, F.; HOWIE P. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. **British Medical Journal**, v.322, p. 1457-1462, 2001.

MONTEIRO, J. C. S.; PITANGUI, A. C. R.; SOUSA, L.; BELEZA, A. C. S.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 140-144, 2009.

MORAIS, E. M.; SPARA, P.; FARIAS, F. M. Repercussão da monitorização fetal intraparto sobre os índices de operação cesariana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 2, p. 77-81, 1998.

MOUTA, R. J. O.; PILOTTO, D. T. S.; VARENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Relação entre a posição adotada pelas mulheres no parto, integridade perineal e vitalidade de recém-nascido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-476, 2008.

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

NAKAMURA, G.; GANEM, E. M.; RUGOLO, L. M. S. S.; CASTIGLIA, Y. M. M. Effects on mother and fetus of epidural and combined spinal-epidural techniques for labor analgesia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 4, p. 450-459, 2009.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Savier, 2005.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO. **Relatório nacional de acompanhamento / coordenação**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; Supervisão: Grupo Técnico para o Acompanhamento dos ODM. – Brasília: Ipea : MP, SPI, 2010. Disponível em: <<http://WWW.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>> Acesso em: 20 abril de 2011.

O'DRISCOLL, K.; JACKSON, R. J. A.; GALLAGHER, J. T. Prevention of prolonged labour. **British Medical Journal**, v. 2, p. 447-480, 1969.

OGUNYEMI, D.; MANIGAT, B.; MARQUIS, J.; BAZARGAN, M.; Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. **Journal of the National Medical Association**, v. 98, n. 11, p. 1874-1881, 2006.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L. M. M.; ISHICAVA, J.; SILVA, S. V.; ALBUQUERQUE, S. S. R.; SOUZA, A. M. B.; BARBOSA, C. P. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 688-690, 2010.

OLIVEIRA, M. I. C. O.; DIAS, M. A. B.; CUNHA, C. B.; LEAL, M. C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. 5, p. 895-902, 2008.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra; 1996. 68p.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S.; REIS, A. C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. Assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 105, n.1/2, p. 3-9, 1995.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PATEL, R. R.; MURPHY, D. Forceps delivery in modern obstetric practice. **British Medical Journal**, v. 328, p. 1302-1305, 2004.

PEDONE, J. C. Z.; ESPAÑA, J. A. C. Analgesia epidural para el trabajo de parto. **IATREIA**, v.21, n. 4, p. 355-363, 2008.

PENNA, L.; ARULKUMARAN, S. Cesarean section for non-medical reasons. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 82, n. 3, p. 399-409, 2003.

PEREIRA, B. G.; CAMARGO, MICHEL, G.; COUTO, E. C.; AMARAL, E.; PASSINI JR, R.; PARPINELLI, M. A. Resultados neonatais no parto vaginal espontâneo comparado aos dos partos com fórceps de Simpson-Braun em primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p. 9-13, 2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PITANGUI, A. C. R.; SOUSA, L.; FERREIRA, C. H. J.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, 77-82, 2009.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, p. 527-537, 2010.

PRAAGH, I. V.; HENDRICKS, C. H. The effect of amniotomy during labor in multiparous. **Obstetrics & Gynecology**, v. 24, p. 58-65, 1964.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, 2007.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L. M.; MOUTA, R. J. O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 45-9, 2008.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. A obstetrícia do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 91-97, 2001.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia da desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-197, 2004.

QIAN, X.; SMITH, H.; LIANG, H.; LIANG, J.; GARNER, P. Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 29, p. 1-9, 2006.

RAMACHANDRAPPA, A.; JAIN, L. Elective cesarean section: it's impact on neonatal respiratory. **Clinics in Perinatology**, v. 35, n. 2, p. 373-393, 2008.

REZENDE, J. O Parto: estudo clínico e assistência. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.: p. 337-62.

RICHARD, J.; VIJAY, M. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. **The Cochrane Library**, n. 4, 2011. Disponível em <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>>. Acesso em: 22 mai 2011.

ROBERTS, C.L.; TRACY, S.; PEAT, B. Rates for obstetric intervention among private an public patients in Australia: population based descriptive study. **British Medical Journal**, v. 321, p. 137-141, 2000.

ROCHA, I. M. S. **Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linha de alerta e ação**. 2005. 95f. Tese - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RODRIGUEZ, R. D.; ALEGRE, F. J. M. Vigilancia electrónica continua como método de control fetal intraparto: evolución en las últimas décadas. **Ciencia GineKologica**, v. 7, n. 3, p. 213-224, 2003.

RUANO, R.; PROHASKA, C.; TAVARES, A. L.; ZUGAIB, M. Dor do parto – sofrimento ou necessidade? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 377-88, 2007.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2008.

SALEM, I. C. F.; FUKUSHIMA, F. B.; NAKAMURA, G.; FERRARI, F.; NAVARRO, L. C.; CASTIGLIA, Y. M. M.; GANEM, E. M. Efeitos adversos do sufentanil associado ao anestesc local pelas vias subaracnóide e peridural em pacientes submetidas à analgesia de parto. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 125-135, 2007.

SASSI, R. A. M.; CESAR, J. A.; SILVA, P. R. DENARDIN, G.; RODRIGUES, M. M. Risk factors for cesarean section by category of health service. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 80-9, 2010.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-50, 2008.

SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C.; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M. A. Freqüência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Escola. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 658-63, 2008.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G. S; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-19, 2008.

SCHMIDT, S. R. G.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, A. P. Anestesia e analgesia de parto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 6, supl.1, p. 169-171, 2009.

SCHNECK, C. A. **Intervenções Obstétricas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeceirica da Serra**. 2004. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SEGAL, D.; SHEINER, E.; YOHAI, D.; SHOHAM-VARDI, I.; KATZ, M. Early amniotomy – high risk fator for cesarean section. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, v. 86, n. 2, p. 145-149, 1999.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SIGNORE, C.; KLEBANOFF, M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. **Clinics in Perinatology**, v. 35, n. 2, p. 361-371, 2008.

SILVA, L. B.; SILVA, M. P.; SOARES, P. C. M.; FERREIRA, Q. T. M. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v. 35, n. 2, p. 101-106, 2007.

SHEINER, E.; SEGAL, D.; SHOHAM-VARDI, I.; BEN-TOV, J.; KATZ, M.; MAZOR, M. The impact of early amniotomy on mode of delivery and pregnancy outcome. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 264, n. 2, p. 63-67, 2000.

SMYTH, R.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, n. 4, 2011. Disponível em <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>>. Acesso em: 20 mai 2011.

SOSA, C. G.; ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BUEKENS, P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. **Obstetrics and Gynecology**, v. 113, n. 6, p. 1313-1319, 2009.

SOUZA, A. R.; AMORIM, M. R. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. **Acta Medica Portuguesa**, v. 21, n. 3, p. 229-240, 2008.

SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A. M.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLEAND, B.; RUYAN, P. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v. 8, n. 71, p. 1-10, 2010.

STEWART, P. Spontaneous labour: when should the membranes be ruptured? **British Journal Obstetrics and Gynaecology**, v. 89, n. 1, p. 39-43, 1982.

SULTANA, J.; CHOWDHURY, T. A.; BEGUM, K.; KHAN, M. H. Comparison of normal and abnormal cardiotocography with pregnancy outcomes and early neonatal outcomes. **Mymensingh Medical Journal**, v. 18, n. 1, p. S103-107, 2009.

TANAKA, A. C. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1995.

THE UK AMNIOTOMY GROUP. A multicenter randomized trial of amniotomy in spontaneous first labour at term. **British Journal Obstetrics and Gynaecology**, v. 101, p. 307-309, 1994.

TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 9, n. 4, p. 1-7, 2009.

URÍA, R. M. A.; RIVERO, Y. C.; FES, Y. C.; DÍAZ, Y. F.; SANTACRUZ, M. I. **Comportamiento de los recién nacidos con instrumentación en el parto**. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol75_4_03/ped04403.htm> Acessado em: 25/05/2011.

VALE, N. D.; VALE, L. F. B.; CRUZ, J. R. O tempo e a anestesia obstétrica: da cosmologia caótica à cronobiologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 624-647, 2009.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado da desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, 2008.

VENTURA, W. V.; LAM-FIGUEROA, N. Es útil amniotomia de rutna en el trabajo de parto de inicio espontâneo? Una revisión se la literatura. **An Fac Med**, v. 69, n. 2, p.127-129, 2008.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002 84p.

VINCENT M. Amniotomy: to do or not to do? **Midwives**, v. 8, n. 5, p. 228-229, 2005.

XENAKIS, E. M. J.; FIELD, N.; BARSHES, D.; LANGER, O. Efficacy of high dose versus low dose oxytocin in labor augmentation. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, p. 378, 1994.

XENAKIS, E. M. J.; LANGER, O.; PIPER, J. M.; CONWAY, D.; BERKUS, M. D. Low-dose versus high-dose oxytocin augmentation of labor – a randomized trial. **American Journal Obstetrics & Gynecology**, v. 173, n. 6, p. 1874-1878, 1995.

ZARKO, A.; DECLAN, D.; GILLIAN, M. L. G. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. **The Cochrane Library**, n. 4, 2011. Disponível em <<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>>. Acesso em: 20. Mai. 2011.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. Assistência da enfermagem durante o parto. In: ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p.382-408.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. São Paulo: Savier, 1994.

WANG, B.S.; ZHOU, L. F.; COULTER, D.; LIANG, H.; ZHONG, Y.; GUO, Y.N.; ZHU, L. P.; GAO, X. L.; YUAN, W.; GAO, E. S. Effects of caesarean section on maternal health in low risk nulliparous women: a prospective matched cohort study in Shanghai, China. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n.78, p. 1-10, 2010.

WEBB, D. A.; CULHANE, J. Time of day variation in rates of obstetric intervention to assist in vaginal delivery. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 56, n. 8, p. 577-578, 2002.

WEI, C. Y. **Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital escola** 2007. 191f. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007

WEI, S.Q.; LUO, Z. C.; XU, H.; FRASER, W. The effect of early oxytocin augmentation in labor. **Obstetrics & Gynecology**, v. 114, n. 3, p. 641-649, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

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**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 324-330, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

I. IDENTIFICAÇÃO			
Nº do Prontuário: _____		Nº de Digitação: _____ Prontuário Digitado () Dupla Digitação ()	
Nome: _____			
Data do Parto: ____/____/____.			
II. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS			
1. Idade: _____		11. Líquido amniótico	
2. Estado civil		Claro 1()	
União Consensual 1()		Meconial 2()	
Solteira 2()		Outros 3()	
Viúva 3()		Hemático 4()	
Casada 4()		S/ registro 9()	
Separada 5()		12. Patologia associada	
S/ registro 9()		Sim 1()	
3. Escolaridade		Não 2()	
Ens. Fund. Inc. 1()		12 a. se SIM qual? _____	
Ens. Fund. Com. 2()		_____	
Ens. Med. Inc. 3()		V. INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS	
Ens. Med. Com. 4()		13. Ruptura de membranas	
Ens. Sup. Inc. 5()		Espontânea 1()	
Ens. Sup. Com. 6()		Artificial 2()	
Analfabeta 7()		S/ registro 9()	
S/ registro 9()		13 a. se BRA, com qual Dilatação? _____	
4. Ocupação		14. Infusão ocitocina	
Não-remunerada 1()		Sim 1()	
Remunerada 2()		Não 2()	
S/ registro 9()		14 a. se SIM, com qual Dilatação? _____	
5. Procedência		15. Analgesia de parto	
Ribeirão Preto 1()		Sim 1()	
Fora RP 2()		Não 2()	
S/ registro 3()		15 a. se SIM, com qual Dilatação? _____	
III. HISTÓRIA OBSTÉTRICA		15b. se SIM, nº repiques: _____	
6. Nº consultas PN: _____		16. Cardiocografia (MEF)	
7. Paridade		Sim 1()	
G ____ P ____ A ____ C ____		Não 2()	
15b. se SIM, nº repiques: _____		16 a. se SIM, nº vezes: _____	
IV. CONDIÇÕES DA INTERNAÇÃO		16. Cardiocografia (MEF)	
8. Dilatação cervical: _____ cm		Sim 1()	
9. Dinâmica uterina		Não 2()	
Presente 1()		16 a. se SIM, nº vezes: _____	
Ausente 2()		VI. CARACTERÍSTICAS DO PARTO	
S/ registro 9()		17. Posição do parto	
10. Estado das membranas		Lateral 1()	
Integras 1()		Litotômica 2()	
Rotas 2()		Vertical 3()	
S/ registro 9()		Dorsal 4()	
		S/ registro 9()	
		18. Local do parto	
		Quarto 1()	
		Sala de parto 2()	
		Consultório 3()	
		S/ registro 9()	
		20. Tipo de parto	
		Normal 1()	
		Cesárea 2()	
		Fórceps 3()	
		20 a. se PC, qual indicação? _____	
		20 b. se PF, qual indicação? _____	
		21. Condições do perineo	
		Integro 1()	
		Laceração 1º g 2()	
		Laceração 2º g 3()	
		Laceração 3º g 4()	
		Laceração 4º g 5()	
		Episiotomia 6()	
		VII. CONDIÇÕES PERINATAIS	
		22. Mecônio intra-parto	
		Sim 1()	
		Não 2()	
		23. Índice de Apgar	
		23 a. nota 1º minuto: _____	
		23 b. nota 5º minuto: _____	
		24. Peso do recém-nascido	
		< 2500 1()	
		2500 – 4000 2()	
		> 4000 3()	
		S/ registro 9()	

ANEXO

ANEXO

ANEXO A- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 132/2009

Ribeirão Preto, 18 de junho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 118ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de junho de 2009.

Protocolo: nº 1055/2009

Projeto: INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS REALIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.

Pesquisadores: Fabiana Vilella Mamede
Karen Gomes

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Fabiana Vilella Mamede
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP