

Intervenções obstétricas realizadas no período expulsivo: Um destaque para episiotomia**Obstetric intervention performed during expulsion: A highlight for episiotomy**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-320

Recebimento dos originais: 03/07/2020

Aceitação para publicação: 26/08/2020

Caroline Teixeira Maciel**Lilian Fernandes Arial Ayres****Camila Mendes dos Passos****Letícia Ábdon Caldeira****Laís Vanessa Assunção Oliveira****Isabel Maia dos Santos Rodrigues****Íbera Neves Chaves****Tatiane Roseli Alves Castro****RESUMO**

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes assistidas durante o parto em uma maternidade do município de Viçosa (MG). Além disso, analisar a influência desses fatores (sociodemográficos e obstétricos) à realização de episiotomia. Métodos: Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, realizado em uma maternidade de Viçosa (MG), com 199 puérperas no período entre fevereiro de 2014 a março de 2015. Para a obtenção dos dados, foi realizado entrevista com instrumento semi-estruturado com as puérperas de parto vaginal na maternidade investigada. Frequências absoluta e relativa, teste Qui-quadrado de *Pearson* e modelos de regressão logística foram utilizados durante a análise dos dados. Resultados: Evidenciou-se que a maior parte das puérperas é jovem, com ensino fundamental completo, vive com companheiro e possui renda familiar de até dois salários mínimos. A maioria teve gestação a termo, com realização de ultrassonografia e mais de seis consultas durante o pré-natal. Durante a assistência à parturiente foi identificada realização de intervenções como uso de uterotônico, do fórceps e manobra de Kristeller. A episiotomia esteve presente em quase metade dos partos assistidos e foi associada à escolaridade mais alta (ensino superior). Conclusões: Conclui-se que intervenções desnecessárias e/ou não recomendadas permanecem com alta frequência de utilização no decurso da assistência obstétrica durante o parto, sobretudo a utilização da episiotomia. Diante do exposto, os resultados indicam que avanços, em relação às práticas e intervenções obstétricas, são necessários para melhoria da qualidade da assistência ao parto normal.

Palavras-chave: Segunda Fase do Trabalho de Parto, Parto Normal, Episiotomia, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women assisted during childbirth in a maternity ward in the municipality of Viçosa (MG). In addition, to analyze the influence of these factors (sociodemographic and obstetric) on the performance of episiotomy. **Methods:** This is a cross-sectional, quantitative study conducted in a maternity ward in Viçosa (MG), with 199 puerperal women in the period from February 2014 to March 2015. To obtain the data, an interview with a semi-structured instrument was carried out with the puerperal women of vaginal delivery in the maternity ward investigated. Absolute and relative frequencies, *Pearson's* Chi-square test and logistic regression models were used during the data analysis. **Results:** It was evident that most of the puerperal women are young, with complete elementary education, live with a partner and have family income of up to two minimum wages. Most of them had a term pregnancy, with ultrasonography and more than six consultations during the prenatal period. During the assistance to the parturient it was identified interventions such as uterotonic use, forceps and Kristeller maneuver. The episiotomy was present in almost half of the assisted deliveries and was associated with higher education. **Conclusions:** It is concluded that unnecessary and non-recommended interventions remain with high frequency of use during obstetric care during delivery, especially the use of episiotomy. In view of the above, the results indicate that advances in obstetric practices and interventions are necessary to improve the quality of normal childbirth care.

Keywords: Second Phase Birth Work, Normal Birth, Episiotomy, Obstetric Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto vaginal tem passado por mudanças ao longo dos séculos. A assistência obstétrica era manejada por parteiras e as mulheres tinham seus filhos em seio familiar. No Brasil, sobretudo em meados do século XX, houve a medicalização, progresso da medicina e avanços nas técnicas obstétricas. E o cenário do parto se tornou mais institucionalizado (BRASIL, 2016; LIMA et al., 2018).

Atualmente existem diversas políticas que visam a Humanização no parto e nascimento, no entanto, ainda o modelo obstétrico biomédico e tecnicista está prevalente em muitas instituições de saúde brasileiras. O corpo da mulher é marcado como algo complexo, entendido por separação das partes e não do todo (BRASIL, 2014; LIMA et al., 2018) e com o número elevado de intervenções desnecessárias como episiotomia, altas taxas de cesarianas, morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2014; MONTEIRO, 2018).

A mortalidade materna é um obstáculo para saúde pública brasileira (PEREIRA et al., 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo (OPAS, 2019). Sendo que, um número expressivo destas mortes poderia ser evitado por ações dos serviços de saúde, ou seja, por atenção ao pré-natal, ao parto ou ao nascimento qualificado (BRASIL, 2014; PASSOS; RODRIGUES, 2020; PEREIRA et al., 2015).

A qualidade da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e o parto vaginal tem sido reconhecida na prevenção de complicações obstétricas. Além disso, esta via de parto é estimulada pela OMS e as cesáreas devem estar em torno de 10% a 15% (WHO, 2018). Recomenda-se durante o trabalho de parto vaginal, o respeito a autonomia, a oferta de líquidos, o estímulo à adoção de posições verticalizadas, à liberdade de movimentação e ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, direito ao acompanhante, entre outros cuidados. Tais práticas de saúde são indicadores importantes para o modelo assistencial humanizado (BRASIL, 2017; SANCHES et al., 2018; WHO, 2018).

A assistência ao parto, usualmente, é realizada conforme o estágio de trabalho de parto, o estado físico e emocional da parturiente. Sobre o período expulsivo, sabe-se que devem ser potencializadas condutas que favoreçam as chances de um parto vaginal e minimize o risco materno e perinatal (BRASIL, 2017; PEREIRA et al., 2016; RICCI, 2019). Aponta-se que uma proporção considerável de gestantes saudáveis é submetida a intervenções clínicas durante este momento. A assistência intervencionista e desnecessária pode afetar e enfraquecer a capacidade da mulher durante o trabalho de parto (CÔRTEZ et al., 2018; WHO, 2018).

Compreende-se que alguns procedimentos realizados no período expulsivo são fortemente desencorajados e outros são recomendados e/ou faltam evidências científicas. Dessa forma, este estudo objetiva: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes assistidas durante o parto em uma maternidade do município de Viçosa (MG). Além disso, analisar a influência desses fatores (sociodemográficos e obstétricos) à realização de episiotomia.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma única maternidade filantrópica localizada no município Viçosa, região da Zona da Mata Mineira. Ela é referência macrorregional em atendimento à gestante, parturiente e puérpera de baixo e alto risco.

A população do estudo foi composta por puérperas que tiveram parto vaginal e estavam internadas na maternidade no período entre fevereiro de 2014 a março de 2015. Os critérios de inclusão foram: puérperas que tiveram parto vaginal espontâneo ou induzido, com feto vivo ao início do trabalho de parto. E os critérios de exclusão: mulheres com indicação absoluta de cesariana ou cesárea eletiva que não entraram em trabalho de parto. O tamanho da amostra foi definido considerando o total de 436 partos normais no ano de 2013. A amostra calculada compôs-se por 204 mulheres. Considerou-se um erro de 5% e nível de confiança de 95%, uma proporção esperada igual

a 50% correspondente à falta de informação prévia sobre este percentual. Em virtude de algumas perdas, ao final a amostra totalizou-se em 199 puérperas.

A coleta dos dados se deu por meio de um questionário semiestruturado. Ele contém diversas questões que estão separadas pelas seguintes seções: identificação, período pré-internação, informações obstétricas, internação, trabalho de parto, parto e pós-parto que estão descritas separadamente. As entrevistas aconteceram durante o período diurno (08 às 16 horas), inclusive aos finais de semana por entrevistadoras (acadêmicas de enfermagem) previamente treinadas.

Após a coleta, os dados obtidos nas entrevistas e nas observações foram codificados, categorizados e digitados em um banco de dados no programa *Epi Info 7.0*, transportados e processados no programa estatístico SPSS versão 20.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas em tabelas de frequência absoluta e relativa.

Neste estudo foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade materna em anos completos (< 18, 19 a 24, 25 a 34, e 35 a 44), raça/ cor (branca ou não branca), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio e ensino superior), estado civil (solteira, casada, divorciada/separada, e união estável), renda familiar em salários mínimos (SM) (< 1, 1 a 2, 3 a 4, e > 5). Em relação às variáveis da assistência obstétrica, foram elas: tempo de gestação; ultrassonografia durante a gravidez; paridade; número de consulta de pré-natal; diagnóstico médico durante a internação. Por último, também foram analisadas variáveis relacionadas às boas práticas e intervenções obstétricas durante o parto: profissional que realizou o parto (médico ou outros); se o profissional que realizou o parto foi o mesmo que realizou o pré-natal (sim ou não); local de parto; presença de acompanhante (sim ou não); anestesia (sim ou não); uso de soro durante o parto (sim ou não); uso de uterotônico (sim ou não); manobra de Kristeller (sim ou não); e uso de fórceps (sim ou não). O principal desfecho estudado foi a prática de episiotomia (sim ou não).

A partir disso, a análise descritiva dos dados foi realizada. As variáveis quantitativas foram categorizadas e posteriormente apresentadas em tabelas de frequência absoluta (n) e relativa (%). Além disso, calculou-se a prevalência (%) de episiotomia para cada fator de exposição analisado para testar a presença de associações univariadas. Durante essa etapa da análise foi utilizado o teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Modelos de regressão logística multivariada foram utilizados para estimar o *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) durante a análise de fatores associados à prática de episiotomia em puérperas durante o parto. Para seleção do modelo final de regressão logística múltipla foi empregado o método de eliminação *backward* pelo teste de *Wald*. Este método iniciou com a inclusão de todas as variáveis explicativas e significativas ($p < 0.20$ na análise univariada) no

modelo. As variáveis foram então retiradas uma de cada vez, começando-se com a que apresentava a menor significância para o modelo (maior valor de p). A equação foi avaliada em cada etapa e o procedimento foi repetido até que cada variável que permaneceu no modelo explicasse uma porção significativa da variação observada na variável resposta. No modelo final, permaneceram aquelas variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no programa *Epi Info 7.0*.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Condições do parto e nascimento em uma maternidade de um município da Zona da Mata Mineira” que foi aprovado pelo comitê de ética do hospital em que a maternidade está vinculada e pelo o comitê de ética de uma Universidade Federal sob o parecer 374.965.

3 RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e obstétricas das 199 puérperas da amostra estudada. Quase metade das puérperas possui entre 18 e 24 anos de idade (49,2%). Menos de um terço se declara da branca (28,6%) e a maioria delas possui ensino fundamental completo (52,8%), são casadas ou em união estável (72,9%) e possui renda familiar de até dois salários mínimos (68,9%). Em relação ao perfil obstétrico, a grande maioria das puérperas teve um tempo de gestação entre 37 e 42 semanas (81,4%) e realizou pelo menos uma ultrassonografia durante a gravidez (98,5%). Aproximadamente metade é multípara (50,8%), fez mais de seis consultas de pré-natal (60,3%) e foi internada com diagnóstico de trabalho de parto (56,8%).

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico e obstétrico das parturientes assistidas durante o parto no período de fevereiro de 2014 a março de 2015, Viçosa /MG.

Variáveis	n	%
Sociodemográficas		
Faixa etária		
<18	20	10,1%
18-24	98	49,2%
25-34	72	36,2%
35-44	9	4,5%
Raça/ Cor		
Branca	57	28,6%
Não branca	141	70,9%
Não sabe informar	1	0,5%
Escolaridade		
Ensino fundamental	105	52,8%
Ensino médio	79	39,7%
Ensino superior	12	6,0%
Outros	3	1,5%
Estado civil		
Solteira	49	24,6%
Casada	83	41,7%
Divorciada/ Separada	5	2,5%
União Estável	62	31,2%
Renda familiar		
< 1 salário	42	21,1%
1 a 2 salários	95	47,8%
3 a 4 salários	10	5,0%
> 5 salários	3	1,5%
Não sabe informar	49	24,6%
Obstétricas		
Tempo de gestação		
< 37 semanas	20	10,1%
37 a 41 semanas	162	81,4%
≥ 42 semanas	2	1,0%
Não se aplica/ Não sabe informar	15	7,5%
Ultrassonografia durante a gravidez		
Sim	196	98,5%
Não	3	1,5%
Paridade		
Primípara	97	48,7%
Múltipara	101	50,8%
Não sabe informar	1	0,5%
Número de consultas de pré-natal		
1 a 3	10	5,0%
4 a 6	51	25,6%
> 6	120	60,3%
Não se aplica/ Não sabe informar	18	9,1%
Diagnóstico médico para internação		
Período expulsivo	20	10,1%
Em trabalho de parto	113	56,8%
Indução do parto	18	9,0%
Cesariana	1	0,5%
Tratamento clínico	3	1,5%
Outros/ Não sabe informar	44	22,1%

A assistência obstétrica ofertada à parturiente na maternidade está descrita na Tabela 2. Grande parte das puérperas tiveram seus partos realizados por médicos obstetras (86,4%), sendo esses diferentes do profissional que realizou a assistência ao pré-natal da gestante (90,9%). Além disso, a maioria dos partos foi realizada na sala de parto (71,9%), sem o acompanhante (72,4%) e sem anestesia (97,0%). Quase metade foi submetida à soroterapia durante o parto (48,7%), e intervenções como uso de uterotônico (18,6%), manobra de Kristeller (38,7%) e uso de fórceps (3,0%) também foram identificadas pelo serviço. Sobretudo, a prática de episiotomia foi identificada em praticamente metade (49,8%) das puérperas entrevistadas.

TABELA 2 - Prevalência de boas práticas e intervenções obstétricas durante o parto no período de fevereiro de 2014 a março de 2015, Viçosa/ MG.

Variáveis	n	%
Profissional que realizou o parto		
Médico obstetra	172	86,4%
Outros	18	9,0%
Não sabe informar	9	4,6%
O profissional que realizou o parto foi o mesmo do pré-natal		
Sim	18	9,1%
Não	180	90,9%
Local do parto		
Pré-parto	44	22,1%
Sala de parto	143	71,9%
Outros/ Não sabe informar	12	6,0%
Presença de um acompanhante		
Sim	55	27,6%
Não/ Não sabe informar	144	72,4%
Anestesia		
Sim	6	3,0%
Não	193	97,0%
Soro durante o parto		
Sim	97	48,7%
Não/ Não sabe informar	102	51,3%
Uso de uterotônico		
Sim	37	18,6%
Não/ Não sabe informar	162	81,4%
Manobra de Kristeller		
Sim	77	38,7%
Não	122	61,3%
Fórceps		
Sim	6	3,0%
Não/ Não sabe informar	193	97,0%
Episiotomia		
Sim	99	49,8%
Não/ Não sabe informar	100	50,2%

A Tabela 3 mostra que houve diferença na frequência de episiotomia de acordo com a escolaridade e o estado civil das puérperas. Entretanto, após ajustes nos modelos de regressão logística múltiplos, apresentados na Tabela 4, evidenciou-se que apenas a escolaridade permaneceu

significativa (valor de $p < 0,05$) no modelo. Isso indica que puérperas com ensino superior tem mais chances (OR: 10,49; IC 95%: 1,29 - 85,25) de serem submetidas à prática de episiotomia na população estudada.

TABELA 3 – Frequência de episiotomia durante o parto de acordo com as características sociodemográficas e antecedentes obstétricos, período de fevereiro de 2014 a março de 2015, Viçosa/ MG.

Variável	Episiotomia		Valor de <i>p</i>
	Sim n (%)	Não n (%)	
Cor			
Branca	33 (62,3%)	20 (37,7%)	0,081
Não branca	61 (48,0%)	66 (52,0%)	
Escolaridade			0,024
Ensino fundamental	47 (47,0%)	53 (53,0%)	
Ensino médio	42 (53,2%)	37 (46,8%)	
Superior	10 (90,9%)	1 (09,1%)	
Estado civil			0,017
Solteira	27 (51,9%)	25 (48,1%)	
Casada	50 (62,5%)	30 (37,5%)	
União estável	22 (37,9%)	36 (62,1%)	
Renda salarial			0,282
< 1 salários	19 (48,7%)	20 (51,3%)	
1 a 2 salários	50 (54,9%)	41 (45,1%)	
3 a 4 salários	9 (75,0%)	3 (25,0%)	
Faixa etária			0,629
<18	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
18-25	52 (54,7%)	43 (45,3%)	
26-35	34 (50,7%)	33 (49,3%)	
36-44	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
USG			0,611
Sim	97 (51,9%)	90 (48,1%)	
Não	2 (66,6%)	1 (33,3%)	
Realizou o Pré-natal			0,296
Sim	99 (52,4%)	90 (47,6%)	
Não	0 (0,0%)	1 (100,0%)	

TABELA 4 - Resultados de modelos de regressão logística multivariados da relação entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e a episiotomia em parturientes assistidas durante o parto no período de fevereiro de 2014 a março de 2015, Viçosa /MG.

Variáveis	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)
Cor			
Branca	1	-	-
Não branca	0,72 (0,35 - 1,48)	-	-
Escolaridade			
Ensino fundamental	1	1	1
Ensino médio	1,23 (0,65 - 2,33)	1,14 (0,62 - 2,11)	1,28 (0,70 - 2,32)
Ensino superior	7,75 (0,90 - 66,18)	8,87 (1,06 - 73,64)	10,49 (1,29 - 85,25)
Estado civil			
Solteira	1	1	-
Casada	0,60 (0,27 - 1,34)	1,38 (0,66 - 2,85)	-
União estável	0,60 (0,27 - 1,34)	0,56 (0,26 - 1,23)	-

4 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da população avaliada é caracterizado por mulheres jovens, não branca, casada ou em união estável e que possuem ensino fundamental completo. Pesquisa anterior realizada com 186 parturientes exibiu que 59,7% possuíam ensino fundamental e 49,5% ocupação do lar (GOUVEIA; GONÇALVES; RITTER, 2020). Um estudo realizado em um hospital maternidade retrata que a média de idade das parturientes era de 24,8 anos, e que dos 796 partos, 352 ocorreram por via vaginal e 444 por cesariana. Das mulheres que tiveram parto via vaginal, 164 foram submetidas a episiotomia (SALES et al., 2020). O grau de escolaridade também é considerado um fator de risco obstétrico (BRASIL, 2006; LIMA et al., 2017) e pode ser visto como um indicador de condição social, pois está relacionado com a dificuldade das mulheres em entrar no mercado de trabalho (LIMA et al., 2017; SANTOS et al., 2015).

O estado conjugal estável, ser casada ou ter um companheiro durante o período gravídico e puerperal, propicia a mulher apoio econômico, psicossocial, sentimento de segurança e afetividade (BRASIL, 2017; LIMA et al., 2017; SANTOS et al., 2015; WHO, 2018). Além disso, um estudo realizado em São Paulo, ratifica que grávida com companheiro pode resultar em um melhor prognóstico para o feto (SANTOS et al., 2015) e os seus achados vão ao encontro deste estudo onde a maioria das mulheres apresenta estado conjugal estável.

Quase a totalidade das gestantes, deste estudo, realizou ultrassonografia no pré-natal, indicando uma boa cobertura do exame. Para o Ministério de Saúde (MS), a realização deste exame durante o pré-natal de baixo risco não tem evidências que melhore o prognóstico perinatal (BRASIL, 2016). No entanto, ele é importante para observar a vitalidade embrionária e fetal, determinar a idade gestacional com maior precisão, acompanhar o desenvolvimento morfológico e a implantação, maturação da placenta e avaliação do bem-estar fetal (BRASIL, 2006, 2017).

A maioria das mulheres realizou mais de seis consultas durante o pré-natal e sabe-se que essa prática é essencial, pois permite a proteção e prevenção de efeitos potencialmente nocivos que podem ocorrer na gestação, possibilitando intervenções mais precoces para mãe e filho (NUNES et al., 2016). E ainda, compreende-se que as consultas de pré-natal se configuram como uma ferramenta de empoderamento da mulher durante toda a gestação, além de fortalecer o vínculo entre a mulher e os profissionais de saúde e possibilita um cuidado de qualidade (ARAÚJO et al., 2019; CONCEIÇÃO; LAGO; LIMA, 2019; MONTEIRO, 2018).

Um estudo, elaborado em duas maternidades de São Paulo, salientou que as admissões de gestantes para realização do parto ocorrem em sua maioria (93,6%) entre a idade gestacional de 37 e 41 semanas (SANTOS et al., 2015) o qual corrobora com esta pesquisa, onde 81,4% das mulheres

estavam neste período gestacional. Destaca-se que o parto prematuro e baixo peso ao nascer apresentam um risco aumentado de morte, principalmente a prematuridade que é a maior causa de mortalidade no Brasil (BRASIL, 2014; SANTOS et al., 2015), portanto, o parto a termo representa um indicador de qualidade na assistência (ARAÚJO et al., 2019).

A maioria dos partos foi realizada pelo médico obstetra. Esse modelo reforça a centralidade na figura médica durante a assistência ao parto. Um estudo realizado em Santa Cruz na Maternidade Escola sobre indicadores de assistência ao parto evidenciou que 252 (59,6%) partos foram realizados por médicos e 171 (40,4%) realizados por enfermeiros (MONTEIRO, 2018).

Uma pesquisa produzida em Minas Gerais sobre assistência ao parto aponta que a enfermagem obstétrica é fundamental para favorecer um parto humanizado (SOUSA et al., 2016). Outros trabalhos destacam que a presença desses profissionais reduz o risco de intervenções desnecessárias como parto instrumental, episiotomia e proporciona a mulher um maior controle sobre seu parto (KÄMPF; DIAS, 2018; MONTEIRO, 2018; SILVA et al., 2015; SOUSA et al., 2016).

Sobre o local de parto, sabe-se que geralmente, no momento do período expulsivo, na maior parte das maternidades brasileiras, as mulheres são transferidas da sala de pré-parto para a sala de parto, conforme o ocorrido neste estudo (71,9%). Trata-se do momento mais difícil para a mulher, pois as contrações uterinas são mais duradouras e frequentes a fim de expulsar o feto. Por isso, este período deve ser centrado nas particularidades da mulher, encorajando-a a manter uma posição desejada, preservando a sua privacidade, além de utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor (BRASIL, 2017; SOUSA et al., 2016, WHO, 2018).

A OMS recomenda a presença do acompanhante e está prevista em lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Em contrapartida, apenas a minoria das puérperas estudadas teve a garantia deste direito durante o período expulsivo. Autores relatam que presença do acompanhante fornece sensação de segurança, apoio emocional, conforto e outros (BRASIL, 2014; MONGUILHOTT et al., 2018). Um trabalho realizado na região sul do país, mostra que maior parte das mulheres teve o acompanhante durante o trabalho de parto (51,7%), mas poucas permaneceram com ele no parto (39,4%) ou na cesariana (34,8%) (MONGUILHOTT et al., 2018). Em uma revisão sistemática demonstrou que mulheres com apoio contínuo tinham maior probabilidade de ter parto vaginal espontâneo, o trabalho de parto foi mais curto, houve menor probabilidade de cesariana ou de ser parto vaginal instrumental, com analgesia regional, ou do bebê apresentar um índice de Ápgar baixo de 5 minutos (BOHREN, et al., 2018). Sendo assim, é importante destacar a necessidade da realização desta prática pelos profissionais e da avaliação da política da instituição do estudo com intuito de assegurar esse direito

à mulher. Além de estimular as mulheres a estarem com seus acompanhantes durante todo o período gravídico e puerperal.

A hidratação venosa foi uma prática frequente durante o período expulsivo. Sabe-se que a utilização de soro é prescrita em condições específicas como tratamento de hipotensão, analgesia e no parto prolongado (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Contudo, quando utilizada rotineiramente é prejudicial, pois impede a movimentação, a liberdade de posição da mulher em trabalho de parto e o contato pele a pele com o recém-nascido (GOUVEIA; GONÇALVES; RITTER, 2020). Segundo a WHO 2018, o uso de fluidos intravenosos com o propósito de diminuir a duração do trabalho de parto não é recomendado, reafirma também, que mulheres de baixo risco devem ser incentivadas a beber líquidos durante o processo do parto (WHO, 2018).

A utilização de ocitócitos está indicada na fase ativa de parto prolongada, no período expulsivo prolongado, na ruptura prematura das membranas após 34 semanas e no secundamento para prevenir a hemorragia pós-parto (FEBRASGO, 2010). Uma pesquisa adiciona que doses elevadas de ocitocina podem acarretar agravos como espamos, hipertonicidade uterina, contrações tetânicas, variação na frequência fetal e entre outros (LOMBARDO; ESERIAN, 2016). Um estudo comparativo entre os anos de 2013 a 2016, sobre práticas assistências do trabalho de parto assistidas por enfermeiros obstetras, mostrou que a administração de ocitocina não foi utilizada na maior parte das parturientes ademais, obtiveram uma redução de administração de ocitocina (-73,3%), tricotomia (-100%), supositório retal (-85,8%), posição litotômica (-85%) (GOUVEIA; GONÇALVES; RITTER, 2020).

Na Pesquisa Nacer no Brasil, 40% das mulheres receberam ocitocina visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto (LEAL et al., 2014). Já o estudo atual vai de encontro com esses dados, visto que 18,6% das parturientes receberam essa medicação no soro para aumentar as contrações. Com isso, infere-se que somente as mulheres que tinham indicação para o emprego de ocitocina receberam a intervenção, evidenciando uma menor prevalência da prática de forma desnecessária, coadunando com as atuais pesquisas.

A manobra de kristeller é uma prática ainda muito utilizada nos serviços brasileiros. Remete-se a realização da compressão no fundo do útero durante as contrações ou segundo período do trabalho de parto, utilizando as mãos para empurrar o feto em direção ao canal do parto durante o período expulsivo, objetivando a abreviação do período (BRASIL, 2016b). A pressão manual no fundo uterino é uma prática não recomendada pela OMS, pois podem ocasionar danos potenciais a mãe e bebê (WHO, 2018). No presente trabalho, houve uma prevalência moderada desta prática, o que assemelha a outros dois estudos Nacer no Brasil no qual a taxa foi de 37% e 36,5% (LEAL et al.,

2014). Pesquisas ainda não identificaram benefícios quanto a realização da manobra, existindo ainda provas escassas e também aponta como um fator de risco de morbidade materna e fetal (WHO, 2018).

O parto vaginal instrumental está vinculado a utilização de fórceps (pinças obstétricas) ou dispositivo a vácuo para efetuação do parto vaginal do feto (BIRU et al., 2019; HUBENA; WORKNEH; SIRANEH, 2018). Elas são indicadas quando ocorrem condições ameaçadoras contra a mãe e feto, período expulsivo prolongado e ausência de bem-estar fetal (BIRU et al., 2019; CUNHA, 2011; HUBENA; WORKNEH; SIRANEH, 2018). E não devem ser uma intervenção rotineira (BIRU et al., 2019; WHO, 2018). Uma pesquisa realizada na Etiópia indica que as complicações maternas associadas ao parto instrumentalizado foram de 12,1%, destes, um total de 91,7% foram vinculados ao parto assistido por fórceps, 8,3% assistido por vácuo. As complicações se detinham na ruptura perineal de segundo grau e terceiro, extensão da episiotomia, dentre outros (BIRU et al., 2019).

Estudos de alta qualidade evidenciam que o parto vaginal conduzido por vácuo-extrator quando comparado ao fórceps, está mais associado com falha do uso, menor trauma e dor perineal, no entanto, possui maior incidência de cefalohematoma e hemorragia retiniana do RN. Registra-se, ainda, que a redução da taxa de morbidade perinatal está relacionada com a manutenção da taxa de fórceps e não pelo aumento da taxa de cesárea (CUNHA, 2011). Neste sentido, acredita-se que este estudo apresentou um bom indicador no uso desta ferramenta.

Em relação à episiotomia, sabe-se que é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, apesar de ainda não existirem evidências científicas fortes sobre seu benefício. Autores afirmam que o procedimento é utilizado com intenção preventiva da laceração de terceiro e quarto grau e também redução do segundo estágio de trabalho de parto (MORATO, 2019). Segundo a WHO (2018), o uso rotineiro da episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto espontâneo vaginal. Orienta-se respeitar o tempo da mulher durante o período expulsivo, permitir a liberdade de movimentação da parturiente durante o parto e a realização apenas dos puxos espontâneos, pois existe menor chance de laceração perineal e maior vitalidade fetal (KÄMPF; DIAS, 2018; SOUZA; SILVA, 2018; WHO, 2018).

Em caso de realização da episiotomia, deve-se anestesiá-la local e ter o consentimento informado da mulher (WHO, 2018). Um estudo de revisão integrativa sobre práticas com episiotomia, mostra que, em um total de 5541 mulheres, 71,0% foram submetidas à episiotomia de rotina, enquanto que a taxa de episiotomia restritiva ficou na faixa de 28,4%. Em comparação com o uso da prática rotineira, a modalidade restritiva culminou na diminuição de complicações na cicatrização, trauma perineal e sutura (MORATO, 2019).

As indicações para a realização da episiotomia ainda é controversa na literatura. Um estudo recente revela que países como Suécia, Dinamarca e Islândia são os únicos que permanecem abaixo de 10% das taxas apropriadas pela diretriz da OMS (CLESSE et al., 2018; MORATO, 2019; WHO, 2018). O Brasil, ainda apresenta uma taxa elevada de episiotomia, ultrapassando as recomendações estabelecidas de 10% pela OMS (SANTOS; SANTOS, 2016). Na presente pesquisa, a episiotomia teve um percentual 49,8%, ultrapassando significativamente os valores recomendados de 10%.

As complicações relacionadas à episiotomia são aumento a chance de dor no pós-parto, dispareunia, lesão do esfíncter anal e retal, prolapso vaginal, aumento na perda sanguínea, hematomas, infecção, estreitamento excessivo do introito vaginal, deiscência, disfunção sexual (BRASIL, 2014; KÄMPF; DIAS, 2018; MORATO, 2019; SANTOS; SANTOS, 2016), entre outras complicações. Em partos onde a episiotomia não é realizada, podem ocorrer leões perineais leves, onde a extensão do tecido lesado e de menor grau, já na episiotomia, mais de duas camadas teciduais podem ser lesionadas, prolongando assim o estado de recuperação da paciente (DESSANTI; NUNES, 2019).

Com isso, a episiotomia de rotina é considerada uma forma de violência obstétrica, especialmente quando realizada sem um consentimento informado (AMORIM et al., 2017) ou quando não é ofertado esclarecimento para à mulher sobre esta prática e a sua real indicação. Resultados de uma pesquisa antecedente demonstrou que todas as mulheres participantes não tinham conhecimento sobre o assunto ou mesmo sobre o termo técnico. Esta desinformação acarreta a consequência da aceitabilidade do que lhe pode ser imposto durante o período expulsivo (CAMBOIM et al., 2017). Deste modo, devem-se viabilizar informações por parte de profissionais, como educação em saúde, para mulheres a fim de melhorar a qualidade a saúde (CAMBOIM et al., 2017; PITANGUI et al., 2014).

Neste estudo verificou-se que a escolaridade influenciou na realização da prática de episiotomia e vai ao encontro dos dados Nascer no Brasil de base hospitalar com a presença de puérperas e recém-nascidos (LEAL et al., 2014). Já em outro trabalho, de delineamento transversal, realizado em quatro das sete maternidades vinculadas ao SUS, de Belo Horizonte (MG), evidenciou que a baixa prevalência da episiotomia está relacionada à assistência que envolveu um profissional não médico (VOGT; DA SILVA; DIAS, 2014)

Neste sentido, sugere-se que o número de intervenções obstétricas, sobretudo a episiotomia, realizadas nas parturientes deste estudo ocorreu em virtude de a prática ser realizada pelo profissional médico. Vale lembrar, que apenas um parto da amostra deste estudo foi realizado por enfermeiro obstétrico. Além do que, outro estudo do tipo exploratório em uma maternidade no município de

Patos, ratificou que a avaliação das puérperas frente à assistência de enfermagem foi satisfatória (SILVA et al., 2015). O cuidado ofertado por estes profissionais, às mulheres de baixo risco, parte do pressuposto que a gestação e o parto são eventos saudáveis e por isso podem ser vivenciados com intervenções mínimas (BRASIL, 2017; MONTEIRO, 2018; SANCHES et al., 2018; SOUSA et al., 2016; WHO, 2018). Depreende-se que os profissionais de enfermagem são imprescindíveis para resgatar uma assistência obstétrica de melhor qualidade, transformando-a em um modelo fundamentado nos princípios da humanização e tem a possibilidade de exercerem sua prática com maior sensibilidade para os sujeitos sob seus cuidados (BRASIL, 2014; RICCI, 2019; SANCHES et al., 2018). Portanto, o enfermeiro obstetra é essencial na humanização do parto por abarcar as necessidades da mulher e oferecer possibilidades à parturiente de vivenciar este momento como protagonista do seu processo de parto (CONCEIÇÃO; LAGO; LIMA, 2019; MONTEIRO, 2018; RICCI, 2019).

O estudo apresenta limitações devido a não avaliação das boas práticas recomendadas pelas evidências científicas como o posicionamento da parturiente, a monitorização da vitalidade fetal, os puxos maternos, a proteção perineal e as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor. Apesar destas limitações, os resultados encontrados podem subsidiar novas pesquisas acerca da assistência a parturiente na instituição.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a qualidade da assistência obstétrica durante o parto vaginal ainda precisa avançar, visto que algumas intervenções desnecessárias e\ou não recomendadas ainda têm uma alta frequência de utilização. As altas taxas de episiotomia encontradas, e sua associação ao nível de escolaridade da puérpera, chamam atenção para uma assistência inadequada e desqualificada ao parto normal, e sem evidências científicas. A inserção do enfermeiro obstetra durante a assistência ao parto pode ser uma das medidas para qualificar a assistência e superar a supremacia do modelo médico centrado.

Espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar mudanças nos serviços de saúde, especialmente obstétricos. Algumas estratégias podem ser sugeridas como a modificação do modelo assistencial hospitalar, a realização de partos pelo enfermeiro obstétrico, a exigência da instituição de saúde para que os profissionais realizem acompanhamento do trabalho de parto e o parto com rigor científico. Recomenda-se ainda, a realização de treinamento e atualização em serviço dos profissionais de maneira recorrente.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, M. M. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. *Reproductive Health*, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2017.
- ARAÚJO, I. C. F. G. DE et al. Qualidade Do Parto E Impacto Nos Indicadores Da Saúde Da Criança. *Revista Ciência Plural*, v. 5, n. 1, p. 18–33, 2019.
- BIRU, S. et al. Maternal complication related to instrumental delivery at Felege Hiwot Specialized Hospital, Northwest Ethiopia: A retrospective cross-sectional study. *BMC Research Notes*, v. 12, n. 1, p. 1–5, 2019.
- BRASIL. Pré-Natal E Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde 2006.
- BRASIL. Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres. 1. ed. Brasília: Ministério DA Saúde 2016.
- BRASIL. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal Versão resumida. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL, M. DA S. Cadernos Humaniza SUS vol. 4. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL, M. DA S. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. único.
- CAMBOIM, F. E. DE F. et al. História Oral de Vida Temática De Mulheres em Relação à Episiotomia Oral. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 24, n. 2, p. 25–32, 2017.
- CLESSE, C. et al. Statistical Trends of Episiotomy Around the World: Comparative Systematic Review of Changing Practices. *Health Care for Women International*, v. 39, n. 6, p. 644–662, 2018.
- CONCEIÇÃO, L. S.; LAGO, M. J.; LIMA, M. A. T. Pré-natal Humanizado no SUS: Ações de Enfermagem. *Disciplinarum Scientia Saúde*, v. 20, n. 2, p. 269–280, maio 2019.
- CÔRTEZ, C. T. et al. Implementação das Práticas Baseadas em Evidências na Assistência ao Parto Normal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.
- CUNHA, A. DE A. Indicações do Parto a Fórceps. *Femina*, v. 39, n. 12, p. 549–554, 2011.
- DESSANTI, G. A.; NUNES, C. P. Complicações e Sintomas no Pós-Parto com Episiotomia. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, v. 1, p. 177–192, 2019.
- FEBRASGO, F. B. DAS A. DE G. E O. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. São Paulo/SP: Febrasgo, 2010.
- GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. D. C.; RITTER, S. K. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*, v. 33, p. 1–8, 2020.

HUBENA, Z.; WORKNEH, A.; SIRANEH, Y. Prevalence and Outcome of Operative Vaginal Delivery among Mothers Who Gave Birth at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, v. 2018, p. 1–12, 9 jul. 2018.

KÄMPF, C.; DIAS, R. DE B. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1155–1160, 2018.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S1–S16, 2014.

LIMA, M. N. F. DE A. et al. Adolescentes, Gravidez e Atendimento nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, v. 11, n. 5, p. 2075–2082, 2017.

LIMA, W. DE S. et al. Assistência ao Parto E Suas Mudanças ao Longo do Tempo no Brasil. *Multidebates*, v. 2, n. 2, p. 41–55, 2018.

LOMBARDO, M.; ESERIAN, J. K. O Controle da Hemorragia Pós-Parto e a Avaliação da Qualidade da Ocitocina Injetável. *Perspectivas Médicas*, v. 27, n. 1, p. 26–31, abr. 2016.

MONGUILHOTT, J. J. DA C. et al. Nascer no Brasil: The presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 1–11, 2018.

MONTEIRO, C. C. DE M. M. Prática Avançada em Enfermagem Obstétrica: Indicadores Assistenciais Entre Médicos e Enfermeiros. Santa Cruz/RN: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2018.

MORATO, M. G. V. DE A. Prática da Episiotomia Durante a Assistência ao Parto: Tendência e Fatores de Risco em uma Coorte Retrospectiva de Cinco Anos. [s.l.] Universidade Federal de Uberlândia, 2019.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da Assistência Pré-Natal no Brasil: Revisão de Artigos Publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 252–261, 2016.

OPAS, B.-O. P.-A. DA S. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Mortalidade materna.

PASSOS, E. T.; RODRIGUES, G. M. DE M. Taxas da mortalidade materna no Brasil. *Revista liberum accessum*, v. 1, n. 1, 2020.

PEREIRA, B. DOS R. et al. Perfil de Mortalidade Materna e a Efetividade das Políticas Públicas Direcionadas à Saúde Materna no Estado da Bahia , 2006 A 2015. Salvador/BA: Universidade Católica do Salvador, 2015.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 199–233, 21 nov. 2016.

PITANGUI, A. C. R. et al. Ocorrência e Fatores Associados à Prática de Episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 8, n. 2, p. 4–10, fev. 2014.

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. 528–537, 2010.

RICCI, S. S. *Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher*. 4a ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2019.

SALES, J. DE L. et al. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, p. 107–113, 2020.

SANCHES, M. E. T. DE L. et al. Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 7, n. 1, p. 1–7, 2018.

SANTOS, R. C. S. DOS; SANTOS, R. G. DOS. Fatores Relacionados Com a Prática da Episiotomia no Brasil: Revisão de Literatura. *Estação Científica (UNIFAP)*, v. 6, n. 2, p. 43, 2016.

SANTOS, J. O. et al. Perfil Obstétrico e Neonatal de Puérperas Atendidas em Maternidades de São Paulo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 1, p. 1936, 2015.

SILVA, D. C. DA et al. Perspectiva das Puérperas Sobre a Assistência de Enfermagem Humanizada no Parto Normal. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 50–56, 2015.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na Assistência ao Parto em Maternidades com Inserção de Enfermeiras Obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 324–331, 2016.

SOUZA, D. DE F.; SILVA, J. O. DA. Humanização da assistência ao parto: papel do enfermeiro obstetra. 2018.

VOGT, S. E.; DA SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de Modelos de Assistência ao Parto em Hospitais Públicos. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 304–313, 2014.

WHO. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: World Health Organization, 2018.