



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

SABRINE RODRIGUES FEITOZA

**FATORES MATERNNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À
OCORRÊNCIA DE LACERAÇÕES PERINEAIS E EPISIOTOMIAS.**

FORTALEZA

2018

SABRINE RODRIGUES FEITOZA

**FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À
OCORRÊNCIA DE LACERAÇÕES PERINEAIS E EPISIOTOMIAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção à Saúde Materna e Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento

FORTALEZA

2018

SABRINE RODRIGUES FEITOZA

FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À
OCORRÊNCIA DE LACERAÇÕES PERINEAIS E EPISIOTOMIAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção à Saúde Materna e Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento
(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F335f Feitoza, Sabrine Rodrigues.
FATORES MATERNOS, FETAIS E ASSISTENCIAIS ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE
LACERAÇÕES PERINEAIS E EPISIOTOMIAS. / Sabrine Rodrigues Feitoza. – 2018.
85 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Simony Lira do Nascimento.

1. Laceração perineal. 2. Episiotomia. 3. Enfermeira obstetra/parteira. 4. Cuidados de saúde. I. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, pela proteção, força e pelas infinitas graças concedidas para a realização deste sonho.

Aos meus pais, João e Socorro, pelo amor incondicional e por todos os sacrifícios que fizeram para me proporcionar sempre o melhor, mesmo que para isso tivessem que abdicar de seus próprios sonhos. Mãe, Pai: essa vitória é de vocês e por vocês!!!

Às melhores amigas e irmãs que alguém pode ter na vida: Aline, Evelyne e Caroline, por toda alegria compartilhada e por toda paciência, ajuda e compreensão nos momentos difíceis.

Às minhas amadas sobrinhas, Alice, Cecília e Júlia, razões da minha vida e motivos da minha felicidade. A vida não teria cor sem vocês!

Ao melhor amigo e marido, Paulo HenrykKowalski, pela paciência infinita, pelo apoio incondicional e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida. Meu amor, obrigada por tudo!

À minha orientadora, Profa. Dra. Simony Lira, por me acolher e me “adotar” desde o início do processo, e pela disponibilidade em estar junto comigo na concretização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Leonardo Bezerra, o primeiro a acreditar e apostar nesse sonho. Você foi fundamental!

À banca examinadora pela disponibilidade e contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os professores, funcionários e colegas de sala do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (MPSMC), pois foram fundamentais em meu crescimento pessoal e científico, durante o compartilhamento de conhecimentos e experiências.

A todos que de qualquer maneira contribuíram para que este antigo sonho se concretizasse, o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO

INTRODUÇÃO: O modelo obstétrico contemporâneo pode expor as mulheres a intervenções, que podem cursar com traumas perineais decorrentes de episiotomia e de lacerações espontâneas graves. Outros fatores são ainda descritos na literatura como geradores de tais desfechos, como: parto instrumental, nuliparidade, expulsivo prolongado, macrossomia fetal, distócia de ombros e variedade de posição. Assim, é fundamental detectarmos quais fatores podem ou não ser modificáveis, para que criemos condições para desfechos perineais maternos mais favoráveis. **OBJETIVO:** Identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais graves e à necessidade de episiotomias em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE. **MÉTODOS:** Foi realizado estudo transversal, com coleta de dados retrospectivos, de 974 mulheres que tiveram parto vaginal entre maio a outubro de 2015, de fetos nativos, com mais de 20 semanas de gestação e peso maior que 500 gramas. Na análise estatística foram realizadas associações entre as variáveis dependentes (episiotomia e lacerações perineais) e as variáveis independentes (maternas, fetais e assistenciais), utilizando testes de qui-quadrado ou de Fisher e o teste de Kruskal-Wallis. Nível de significância estatística de 5% foi considerado. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** A taxa de episiotomia foi de 6,4% e a de laceração perineal grave foi de 2,8%. Quanto ao profissional que assistiu ao parto (36,7% enfermeira e 62,7% médico) houve diferença significativa nas taxas de episiotomia e laceração, sendo que a assistência pelo médico se associou a maior chance de episiotomia (OR=5,3 IC95% 2,25-12,83). Fatores maternos (paridade), fetais/neonatais (apresentação cefálica, idade gestacional a termo, Apgar no 1º/5º minuto e maior peso fetal) e assistenciais (indução do trabalho de parto, realização de amniotomia precoce, presença do acompanhante, uso de analgesia farmacológica e de ocitocina precoce, parto instrumentalizado com fórceps, local do parto, intercorrências obstétricas, tempo de trabalho de parto e expulsivo, e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor) mostraram influência para a ocorrência de lacerações perineais e/ou episiotomias. **CONCLUSÃO:** Fatores maternos, fetais/neonatais e assistenciais, dentre eles o profissional de assistência ao parto, influenciaram nos desfechos perineais. Sobretudo, devemos destacar que um modelo de prática colaborativa, com uma equipe multiprofissional atuando dentro de sua área de competência, contribui para melhores resultados perinatais.

PALAVRAS-CHAVE: Laceração perineal. Episiotomia. Enfermeira obstetra/Parteira. Cuidados de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The contemporary obstetric model may expose women to interventions, which can be associated with perineal trauma due to episiotomy and severe spontaneous lacerations. Other factors are still described in the literature as generators of such outcomes, such as: instrumental delivery, nulliparity, prolonged expulsive, fetal macrosomia, shoulder dystocia, evasiveness of position. Thus, it is fundamental to detect which factors may or may not be modifiable, so that we create conditions for more favorable maternal perineal outcomes. **OBJECTIVE:** To identify the maternal, fetal and care factors associated with the occurrence of severe perineal lacerations and the need for episiotomies in a reference maternity hospital in Fortaleza, CE. **METHODS:** A cross-sectional study was conducted with retrospective data from 974 women who had a vaginal birth between May and October 2015, of fetal births, with more than 20 weeks of gestation and weighing more than 500 grams. In the statistical analysis, associations between the dependent variables (episiotomy and perineal lacerations) and independent variables (maternal, fetal and care) were performed using chi-square or Fisher's test and the Kruskal-Wallis test. Level of statistical significance 5% was considered. The study was approved by the Research Ethics Committee. **RESULTS:** The rate of episiotomy was 6.4% and that of severe perineal laceration was 2.8%. There was a significant difference in the rates of episiotomy and laceration, with physician assistance being associated with a higher chance of episiotomy (OR = 5.3, 95% CI, 95% % 2.25-12.83). Maternal (parity), fetal/neonatal factors (cephalic presentation, full term gestational age, Apgar at 1 st/5 minutes and greater fetal weight) and care (labor induction, early amniotomy, presence of the companion, use of analgesia pharmacological and early oxytocin, instrumentalized birth with forceps, place of birth, obstetric complications, labor and delivery time, and the use of non-pharmacological methods of pain relief) showed an influence on the occurrence of perineal lacerations and/or episiotomies. **CONCLUSION:** Maternal, fetal/neonatal and care factors, among them the childbirth care professional, influenced the perineal outcomes. Above all, we must highlight that a model of collaborative practice, with a multiprofessional team acting within its area of competence, contributes to better perinatal outcomes.

KEY WORDS: Perineal laceration. Episiotomy. Nurse obstetrician/midwife. Health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Fluxograma de seleção dos prontuários no período de Maio a Outubro de 2015	27
Fluxograma I - Logística de busca de prontuários para coleta de dados	29
Tabela 1: Distribuição dos dados quantitativos das variáveis dependentes - episiotomias e lacerações na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018 ..	32
Tabela 2: Distribuição dos dados segundo o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a parto vaginal na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	33
Tabela 3: Desfecho perineal segundo assistente do parto: Médico obstetra vs. Enfermeira obstetra	34
Tabela 4: Distribuição dos dados segundo os fatores maternos associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	35
Tabela 5: Distribuição dos dados segundo os fatores fetais/neonatais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	36
Tabela 5.1: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e condução do trabalho de parto, associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	37
Tabela 5.2: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e boas práticas associadas à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	39
Tabela 5.3: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e condução do parto, associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	40
Tabela 6: Distribuição dos dados segundo os métodos não farmacológicos associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018	41
Tabela 7 - Resumo quantitativo das variáveis dependentes	66
Tabela 8 - Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a parto vaginal em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.....	67

Tabela 9 - Perfil das condições maternas de mulheres submetidas a parto vaginal em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE	68
Tabela 10 - Perfil das condições fetais/neonatais dos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.....	69
Tabela 11 -Perfil das condições assistenciais e boas práticas nos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE	70
Tabela 12 - Resumo descritivo do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e ocitocina em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	10
1.2 JUSTIFICATIVA	18
2. OBJETIVOS	
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3. MÉTODOS	
3.1 DELINEAMENTO	20
3.2 LOCAL DO ESTUDO	20
3.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	20
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
3.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	26
3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL	28
3.8 ESTUDO PILOTO	28
3.9 LOGÍSTICA	29
3.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	30
3.11 CONTROLE DE QUALIDADE	30
4. ASPECTOS ÉTICOS	31
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	42
7. CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	55
8. SEGUNDO PRODUTO	61
ANEXO	78

1 INTRODUÇÃO

1.1. Revisão de literatura

A assistência obstétrica no mundo vem passando por muitas transformações, indo desde a medicalização do parto até a mais recente busca pelas boas práticas outrora desenvolvidas e no respeito ao evento fisiológico e natural de nascer (BRASIL, 2014).

Historicamente, a partir do século XIX, o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza, reduzindo riscos no parto, resultou em uma mudança do modelo de assistência obstétrica, sendo levado gradativamente para o ambiente hospitalar. De evento outrora domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora, o parto hospitalar passou a ser concebido no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas, introduzindo um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento (PASCHE, VILELA E MARTINS, 2010).

Somente no Brasil, ocorrem aproximadamente três milhões de nascimentos a cada ano, o que significa quase seis milhões de pacientes, levando em consideração as parturientes e os seus filhos, sendo a maioria desses nascimentos em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados, estando sujeitos aos mais variados tipos de intervenções (ANVISA, 2014).

Apesar de cerca de 98% das mulheres brasileiras darem à luz em estabelecimentos hospitalares e serem assistidos por médicos (88,7%), a qualidade da assistência, bem como a mortalidade materna e neonatal no Brasil está aquém dos progressos econômicos e materiais atingidos pelo país. Isto se deve ao fato de que o uso crescente e inapropriado de tecnologias não necessariamente beneficia os indivíduos ou a sociedade, pelo contrário, pode levar a intervenções obsoletas e iatrogênicas e seus danos subsequentes (ANVISA, 2014; LANSK *et al.*, 2014).

Pensando em mudar paradigmas e alcançar melhores resultados assistenciais e de satisfação, a preocupação com políticas de humanização e condutas obstétricas tem se tornado de interesse público nos últimos anos. Há mais de 30 anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde já preocupavam-se com a segurança materna e fetal, promovendo discussões em

conferências e elaborando documentos para subsidiar práticas humanizadas. Em 1996, de posse desses conhecimentos, a OMS publicou uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deveria e o que não deveria ser feito no processo do parto. Mais recentemente, tal órgão publicou 56 recomendações de boas práticas na assistência em todos os períodos clínicos do parto, sendo 26 delas inéditas e 30, reformuladas a partir das diretrizes já existentes (WHO, 1996; 2018).

Objetivando o estabelecimento de práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: recomendado - indica que a intervenção ou opção deve ser implementada; não recomendado - indica que a intervenção ou opção não deve ser implementada; recomendado apenas em contextos específicos - indica que a intervenção ou opção é aplicável apenas à condição, configuração ou população especificada na recomendação e só deve ser implementada nesses contextos; recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa - indica que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção, podendo ser empreendida em grande escala, desde que tome a forma de pesquisa (WHO, 2018).

Estas classificações foram baseadas em evidências científicas através de pesquisas feitas no mundo todo e muitas práticas ainda desenvolvidas por profissionais de saúde até hoje, são frequentemente usadas de modo inadequado, como por exemplo, o uso rotineiro de episiotomia (WHO, 1996; 2018).

No Brasil, muitas outras iniciativas do Ministério da Saúde já foram implantadas, como a elaboração de manuais técnicos e outros materiais educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto. Embora relevantes, tais ações têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil que é reconhecido como extremamente intervencionista e com grande potencial de provocar danos, como a ocorrência de lacerações perineais espontâneas graves e a episiotomia (LEAL *et al.*, 2014).

Como consequência desta má assistência obstétrica, as lacerações perineais são frequentes e tem importante impacto na vida da mulher, uma vez que podem cursar com dor, incontinência urinária, incontinência fecal e distopias, em curto ou longo prazo (HANDA, 2011).

As lacerações de trajeto de parto podem ser classificadas como de primeiro grau, quando a lesão atinge pele perineal e/ou mucosa vaginal; segundo grau, que são lesões envolvendo músculos do períneo, mas não envolvendo o esfíncter anal; terceiro grau, quando envolvem lesões parciais ou totais do complexo esfíncteriano anal, que compreende o esfíncter anal externo (EAE) e o esfíncter anal interno (EAI); e de quarto grau, quando envolve o complexo do esfíncter anal e mucosa retal. As lacerações de terceiro e quarto grau também são conhecidas como “injúrias obstétricas do esfíncter anal” (obstetric anal sphincter injuries – OASIS) (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2015; SULTAN, 1999).

A episiotomia consiste em procedimento obstétrico no qual se realiza uma incisão nos músculos do assoalho pélvico (MAPs), e pode ser classificada em mediana ou médio-lateral. A episiotomia mediana é aquela que começa na caixa posterior e segue ao longo da linha média através do tendão central do corpo perineal, devendo ter uma extensão média até a metade do comprimento do períneo. Já a médio-lateral, conceitua-se como uma incisão que começa na linha do alvo e é dirigida para a lateral e para baixo, para longe do reto. (AYTAN *et al.*, 2005; KALIS *et al.*, 2012).

Tal procedimento foi proposto com o intuito de facilitar o parto, diminuir o tempo do período expulsivo, reduzir o trauma perineal de terceiro e quarto graus, fornecer uma incisão mais limpa para reparação, melhorando a cicatrização da ferida, diminuir a dor pós-parto e reduzir o risco de incontinência fecal ou urinária (CARVALHO, SOUZA E MORAES, 2010; KING E PINGER, 2014).

Entretanto, sua realização de rotina não é mais recomendada, visto que já existem várias evidências de que não é necessária e de que os efeitos adversos da episiotomia podem ser maiores do que aqueles sugeridos como benéficos, tais como: disfunções da musculatura perineal, aumento da perda sanguínea, dor, maior risco de infecção, extensão da secção e disfunção sexual. Já o uso seletivo da episiotomia tem sido associado a um menor risco de traumatismos de períneo posterior, suturas e problemas relacionados à cicatrização (CRUZ E BARROS, 2010).

Corroborando o fato de que a episiotomia é historicamente utilizada de rotina, um estudo realizado nos anos 90 no Novo México mostrou que entre a classe médica, o procedimento era realizado em mais de três quartos das primíparas,

motivado principalmente pela posterior facilidade de reparação da incisão (GRAHAM *et al.*, 1990).

A Organização Mundial da Saúde não determina a proibição na realização de episiotomias, mas sim o seu uso seletivo, restringindo-se a casos que sejam realmente necessários, o que não deve ultrapassar uma incidência de 10%. Contraditoriamente, é um dos procedimentos mais comuns na Obstetrícia e em número, é superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical (OMS, 1996; 2003; ANVISA, 2014).

Evidências mostram que a episiotomia piora o estado genital em vez de protegê-lo e quando realizada rotineiramente, se associam mais comumente a: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e até disfunção sexual (BRASIL, 2014).

Em Singapura, ao investigar partos de risco habitual conduzidos por enfermeira obstetra/parteira, percebeu-se que a realização de episiotomia está bem além da recomendada, com uma taxa de incidência geral de 44,9%, sendo que a proporção entre as mulheres primíparas foi de 88,7% (63/71) e entre as múltíparas 26,1% (43/165) (WU, 2013).

Ainda neste mesmo estudo, observou-se que a proporção de mulheres que experimentaram uma lesão perineal de segundo grau foi maior entre as que foram submetidas a episiotomia (88,2%), em contraste com aquelas que não fizeram (26,7%). Além disso, a prevalência de lacerações de terceiro ou quarto graus foi maior entre as mulheres que sofreram o procedimento (11,8% vs 0,4%), demonstrando que a episiotomia per se já configura-se como um fator de risco para lacerações espontâneas graves (WU, 2013).

No Brasil, alguns autores têm estudado sobre a incidência de traumas perineais durante o parto vaginal. Em estudo retrospectivo realizado em um Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapeverica da Serra, foram avaliados 6.365 registros, relativos ao total de partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas e observou-se que 45,5% mulheres tiveram laceração espontânea, sendo a grande maioria (72,5%) de primeiro grau; 28,6% tiveram períneo íntegro e 25,9% tiveram episiotomia (RIESCO *et al.*, 2011).

Um grande estudo nacional hospitalar desenvolvido no Brasil, contou com a participação de 266 instituições do país e dentre 23.894 parturientes, a média de realização de episiotomia foi de 54,6%, sendo que destas 57,7% foram realizadas por médicos e 38,9% por enfermeiras obstetras (GAMA *et al.*, 2016).

Em uma maternidade de referência no Nordeste brasileiro, centro apoiador da Rede Cegonha no Norte/Nordeste, a taxa de realização de episiotomias foi de 6,1% no ano de 2016, encontrando-se abaixo da média do restante do país e inclusive abaixo da média recomendada pela OMS, que é de 10% (EBSERH, 2016).

Um estudo de coorte brasileiro, desenvolvido em Ribeirão Preto, encontrou uma ocorrência de 36,42% de lacerações de primeiro e segundo grau e de 0,9% de lacerações de terceiro e quarto graus. Outro estudo, realizado em um centro universitário de referência no Brasil, em 941 partos vaginais, encontrou uma prevalência de 75,7% e de 2,5%, respectivamente (MONTEIRO *et al.*, 2015).

Podemos perceber que a ocorrência de lacerações perineais graves, ou seja, de terceiro e quarto graus, representam uma pequena parcela nos eventos ocorridos. Consonante a isto, Schmitz *et al.* (2014) identificou, em uma amostra de 19.442 mulheres que tiveram partos vaginais, uma frequência de 0,5% de lacerações graves. Em estudo multicêntrico realizado nos EUA, a frequência de lacerações de terceiro e quarto graus foi de 2,9% (LANDY *et al.*, 2011).

Alguns dos fatores de risco descritos para lesões perineais espontâneas de terceiro grau são: parto instrumental, nuliparidade, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, peso ao nascer maior que 4000 gramas, distócia de ombros, feto em variedade de posição occipto-sacral e episiotomia (SULTAN *et al.*, 1994; DUDDING *et al.*, 2008; MIKOLAJCZYK *et al.*, 2008; FRIEDMAN *et al.*, 2015).

Para investigar mais a fundo a associação entre episiotomia e fatores diversos, estudo desenvolvido com 77 enfermeiras obstetras/parteiras de Singapura, indicou que a probabilidade de episiotomia foi 109 vezes mais alta entre mulheres primíparas quando comparadas às mulheres que estavam parindo pela quarta vez ou mais. Mulheres com idade mais elevada (36-44 anos) foram mais prováveis de sofrerem a episiotomia em comparação com mulheres de menos idade (21-25 anos). Com relação a etnia, as indianas estavam em maior risco, em comparação com as chinesas. E ainda outros fatores de risco encontrados foram: maior peso ao nascer e idade avançada da enfermeira obstetra/parteira (WU, 2013).

No tocante a ocorrência de lacerações perineais espontâneas durante o parto vaginal, a literatura científica mostra que depende de vários fatores, que podem advir de condições relacionadas à mãe, ao feto, ao parto e às intervenções obstétricas realizadas, como episiotomia e parto instrumentado (SCARABOTTO, 2006; RIESCO *et al.*, 2011).

No momento do período expulsivo, os fatores relacionados às práticas assistenciais são imprescindíveis, pois o relaxamento espontâneo das estruturas perineais maternas, a posição escolhida pela parturiente e a condução do parto de maneira adequada, propiciam a saída fetal de uma maneira mais tranquila, menos dolorosa e com menores chances de lesões perineais (CRUZ E BARROS, 2010).

Podemos evidenciar a importância da condução obstétrica através do estudo de Schmitz *et al.* (2014), no qual encontrou-se que as lesões perineais de terceiro e quarto graus são mais frequentes em casos em que há uso de ocitocina durante o trabalho de parto e a ocorrência de parto instrumentalizado.

A OMS compreende que esta condução da assistência obstétrica deve ter como objetivo mães e crianças saudáveis, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança (SMS/RJ, 2013). Contudo, mulheres estão constantemente expostas a procedimentos com grande potencial iatrogênico e que podem intensificar, ao invés de reduzir, os agravos resultantes dessas intervenções, o que culmina, muitas vezes em lesões e sequelas permanentes (ANVISA, 2014).

Visando a mudança de paradigmas assistenciais, uma importante consideração do Ministério da Saúde é o acompanhamento do trabalho de parto e parto por enfermeiros obstetras/parteiras, criando condições mais fisiológicas para o nascimento sem interferir na progressão do trabalho de parto, fazendo com que a mulher, ao parir, consiga atingir o mais alto grau de satisfação (SANTOS E RAMOS, 2012; SMS/RJ, 2013).

O trabalho da enfermagem obstétrica é legalmente respaldado pela Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem no Brasil. Nela consta que cabe ao enfermeiro obstetra, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução e assistência obstétrica em situação de emergência; identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica,

adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe-filho.

Alguns estudos comparam a assistência obstétrica prestada por um profissional enfermeiro, com a assistência médica. Em um hospital de referência no Canadá, no qual 101 mulheres receberam cuidados de enfermeiras/parteiras, foi descrito um índice de 15,5% de realização de episiotomias; enquanto entre 93 que receberam cuidados padrão de um obstetra ou médico de família, 32,9% receberam uma episiotomia. As lacerações de 1º e 2º graus também apresentaram uma considerável diferença, com uma taxa de ocorrência de 19,5% aos cuidados de enfermagem versus 24,5% aos cuidados médicos e 28% versus 37,7%, respectivamente (HARVEY, 1996).

Ao comparar modelos de cuidados entre 655 mulheres em quatro maternidades de Belo Horizonte, Vogt, Silva e Dias (2014) descrevem que as diferenças entre os modelos foram acentuadas, havendo uma prevalência de cuidados sem intervenção, incluindo episiotomia, de 24% no grupo de mulheres que receberam assistência multiprofissional, com a participação do médico, enfermeira obstetra e doula e 1% no modelo tradicional, voltado somente para as decisões e condutas médicas. Os autores sugerem, portanto, que a assistência obstétrica seja pautada em um modelo colaborativo que incorpore uma enfermeira obstétrica no cuidado ao parto, o que pode contribuir para mudar o modelo técnico atual e para melhorar a qualidade dos cuidados.

Uma revisão sistemática composta de 18 ensaios clínicos randomizados e estudos observacionais provenientes dos EUA, no período de 1990 à 2008 obteve achados que favoreceram a assistência de enfermagem obstétrica no que diz respeito a menor ocorrência de cesáreas, partos vaginais operatórios (fórceps ou vácuo) e episiotomia e mais partos vaginais após a cesariana. Entre esses, cinco estudos relataram a ocorrência de menos laceração perineal de terceiro ou quarto graus em partos que eram assistidos por enfermeiras obstetras/parteiras. No entanto, cabe destacar que esses estudos inevitavelmente sofrem viés de seleção, visto que, as mulheres com gestação de alto risco são mais propensas a serem atendidas por médicos e as mulheres que desejam menos intervenções tem maior probabilidade de serem atendidas por uma enfermeira/parteira (JOHANTGEN *et al.*, 2012).

Qualitativamente, 710 mulheres atendidas por um grupo de obstetras e 471 por um grupo de enfermeiras obstetras, demonstraram que a satisfação com o

cuidado foi significativamente maior para mulheres que receberam assistência obstétrica de enfermeiras/parteiras do que no grupo de médicos. Além do mais, as mulheres assistidas por médicos também tiveram uma chance significativamente maior de laceração perineal (OAKLEY *et al.*, 1996).

Em 2014, a American College of Nurse-Midwives elaborou um compilado de recomendações para assistência ao trabalho de parto e parto, baseadas em revisões de estudos epidemiológicos e observacionais realizados em todo o mundo, afirmando que o atendimento da enfermeira obstetra/parteira está associado a melhores resultados perinatais, visto que são os profissionais de saúde mais empenhados em assegurar que as boas práticas sejam norma na assistência às mulheres e seus recém-nascidos (KING E PINGER, 2014).

Contraditoriamente, mesmo com toda evidência científica disponível, a autonomia do profissional de enfermagem obstétrica é limitada em muitos serviços, visto que há uma proporção ainda inexpressiva de nascimentos com a participação de enfermeira obstetra nas regiões geográficas do Brasil, revelando-se em 24,1% no Norte, 23,5% no Sudeste e menos de 1,0% na Região Central (GAMA *et al.*, 2016).

Indo de encontro às evidências até aqui expostas, um estudo exploratório desenvolvido na Nigéria com 110 mulheres e 110 enfermeiras obstetras/parteiras, mostrou que a episiotomia foi utilizada de maneira ampla e rotineira em 73% (n=80) das parturientes, enquanto apenas 27% (n=30) sofreram espontaneamente o trauma perineal. Somando-se a este fato, pouco mais da metade (n=59; 53%) relataram não terem sido submetidas à anestesia local antes da incisão da episiotomia e algumas enfermeiras obstetras/parteiras (n=30; 27%) confirmaram que não administram anestésico antes de realizarem uma incisão (DIORGU *et al.*, 2016).

Podemos sugerir que a explicação para essa divergência de dados entre os prestadores de cuidados obstétricos se deve ao fato de que os programas educacionais para enfermeiras obstetras/parteiras e médicos são diferentes em suas filosofias e metas educacionais, e enfatizam diferentes aspectos da obstetrícia. Enquanto enfermeiras obstetras/parteiras são educadas para fornecer cuidados contínuos durante o trabalho de parto e parto às mulheres de risco habitual e para gravidezes essencialmente simples, os médicos são formados para atender as demandas hospitalares e de alto risco, com base em uma conduta mais intervencionista (FULLERTON, HOLLENBACH E WINGARD, 1996).

Diante do exposto, fica evidenciado que o modelo obstétrico contemporâneo, inclusive no Brasil, é um dos principais fatores que expõe as mulheres a altas taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos. No entanto, muitas vezes mesmo quando adotadas práticas obstétricas assistenciais baseadas em evidências científicas, as mulheres que têm parto normal estão propensas a sofrer algum trauma perineal decorrente de episiotomia e de lacerações espontâneas graves.

Buscamos nesse estudo suscitar e responder a questão norteadora: que fatores assistenciais, maternos e fetais estão mais correlacionados com a ocorrência de lacerações perineais graves e episiotomias, especificamente no público de uma maternidade de referência do Ceará?

Percebemos, através dos artigos aqui revisados, que muito tem se estudado sobre os fatores associados com a ocorrência de lacerações perineais graves e episiotomias; no entanto algumas lacunas ainda precisam ser preenchidas e esse estudo será de grande valia, pois ao detectarmos que fatores podem ou não ser modificáveis na ocorrência de lacerações perineais graves e episiotomia, criaremos condições para desfechos perineais maternos mais favoráveis.

1.2. Justificativa

Cada dia mais percebemos um crescente interesse pela prática assistencial pautada nos princípios da humanização e das Boas Práticas do Parto Humanizado, principalmente em instituições de referência e polos apoiadores da Rede Cegonha no país.

Entre os desfechos de interesse relacionados ao parto vaginal, estão a ocorrência de partos com lacerações de alto grau e de episiotomia, fatores estes que se associam com morbidades a curto prazo como dor, infecção e perda sanguínea e a longo prazo, como incontinência urinária, incontinência fecal e prolapsos de órgãos pélvicos; além de gerar medo em relação ao parto vaginal, desencorajando mulheres a essa escolha.

Por isso, a identificação de fatores de risco modificáveis para a redução dos índices de laceração perineal e a necessidade de redução da morbidade materna, justificam a realização deste trabalho nesta instituição, que contribuirá consequentemente para a melhora dos indicadores de assistência obstétrica da mesma.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar os fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais graves e episiotomias em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

2.2. Objetivos Específicos

Verificar a incidência de lacerações perineais e episiotomia, segundo o profissional que prestou a assistência ao parto (médico ou enfermeira obstetra);

Avaliar a associação entre os fatores maternos, fetais/neonatais e assistenciais com a ocorrência de lacerações perineais e episiotomias.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Estudo do tipo observacional, de corte transversal, mediante análise documental sobre o desfecho perineal e fatores associados, em mulheres submetidas a parto vaginal. Tal delineamento foi escolhido por ser o tipo de estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, sendo a produção dos dados realizada de forma instantânea, em um momento singular no tempo (ROUQUAYROL, 2013).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), hospital da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição que é referência no estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza, voltada para atendimento de urgência/emergência obstétrica e gestações de alto risco.

A missão da instituição é promover o ensino, pesquisa e assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. Para tanto, a maternidade conta com uma equipe multiprofissional vinte e quatro horas por dia, para garantir a melhor assistência durante o trabalho de parto e nascimento (EBSERH, 2016).

Desde 2011, a instituição aderiu e implantou gradativamente as diretrizes da Rede Cegonha, encontrando-se no presente, indicada como centro de apoio para o Ministério da Saúde. Vale ressaltar que a mesma é vista como ponto de conectividade com a rede de atenção à saúde das gestantes, puérperas e recém nascidos de nossa cidade e Estado, e como referência nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

3.3 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para a correlação estatística das variáveis, os dados foram separados em quatro grupos: I- mulheres que submeteram-se a episiotomia; II- mulheres com períneo íntegro, ou seja, não sofreram episiotomia e nem lacerações espontâneas; III- mulheres com lacerações leves, de 1º e 2º graus e IV- mulheres com lacerações graves, de 3º e 4º graus. Destacamos que as mulheres que sofreram episiotomia e

lacerações espontâneas foram incluídas no grupo somente de episiotomia, considerando o caráter mais intervencionista do procedimento.

As variáveis dependentes e independentes foram classificadas de acordo com o instrumento criado pelos pesquisadores, baseado na “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde. São elas:

Variáveis Dependentes

- **Episiotomia:** procedimento obstétrico que consiste em realizar uma incisão nos músculos do assoalho pélvico (MAPs) (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015); categorizado em: não; sim, médio-lateral; sim, mediana; sim, mas não sabe o tipo ou ignorado/sem registro.
- **Sem episiotomia e sem laceração:** períneo que não sofreu nenhuma intervenção e nem lacerações espontâneas, permanecendo íntegro após o parto.
- **Laceração de 1º e 2º grau:** lacerações médias, definidas como de primeiro grau quando há lesão de pele perineal e/ou mucosa vaginal e segundo grau quando a lesão envolve músculos do períneo, mas não envolvendo o esfíncter anal (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015).
- **Laceração de 3º e 4º grau:** lacerações graves, definidas como de terceiro grau quando há lesão envolvendo o complexo esfíncter anal e quarto grau, quando a lesão envolve o complexo do esfíncter anal e mucosa retal (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015).

Variáveis independentes

- **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:**

Idade da paciente: tempo de vida da puérpera, em anos completos.

Raça/cor: variável autodeclarada pela paciente no momento do preenchimento da ficha na sua internação, sendo categorizada em amarela, branca, indígena, negra, parda ou sem informação.

Escolaridade: grau de alfabetização da paciente, categorizado em analfabeto, lê e escreve pelo menos um bilhete, ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto, pós-graduação e sem informação.

Situação civil: dividida apenas em duas categorias. As pacientes que foram classificadas como “convive com o companheiro (a) e filhos”, “convive com o companheiro (a) com laços conjugais e sem filhos”, “convive com o companheiro (a) com filhos e/ou outros familiares”, foram categorizadas em nosso instrumento apenas como “Com companheiro”; e as pacientes que foram classificadas como “convive com familiares, sem companheiro (a)”, “convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais” ou “vive só”, foram categorizadas em nosso instrumento apenas como “Sem companheiro”.

- **CONDIÇÕES MATERNAS:**

Peso e idade gestacional na primeira consulta de pré-natal: dado colhido através da cópia do cartão de pré-natal disponível no prontuário; refere-se ao peso e a idade gestacional que a paciente se encontrava na primeira consulta ao iniciar o pré-natal.

Peso e idade gestacional na última consulta de pré-natal: dado informado através da cópia do cartão de pré-natal disponível no prontuário; refere-se ao peso e a idade gestacional que a paciente se encontrava na última consulta comparecida no pré-natal.

Intervalo interpartal: diferença, em meses, entre o término da última gestação e o término da gestação atual.

Número de partos vaginais prévios: quantidade de partos ocorridos por via vaginal, excluindo-se o parto atual.

Número de partos cesarianas prévios: quantidade de partos ocorridos por via abdominal anteriormente.

Abortamentos prévios: quantidade de perdas fetais com idade gestacional inferior a 20 semanas de gestação ou peso fetal inferior a 500 g (OMS, 2013).

Tipo de gestação: quantidade de fetos existentes na gestação atual, categorizada em: única, gemelar, trigemelar ou mais.

Dilatação do colo do útero no momento da admissão: quantos centímetros o colo estava dilatado no momento em que a paciente foi admitida na instituição pela emergência ou no centro obstétrico, proveniente da enfermaria.

Membranas amnióticas íntegras na admissão: condição de integridade das membranas ovulares no momento da admissão; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Tempo de bolsa rota: tempo decorrido desde o rompimento das membranas amnióticas ou desde a avaliação do rompimento pelo profissional, até o momento do registro no prontuário; registrado em horas absoluta.

Presença de contrações uterinas na admissão: identificação da presença de contração uterina no momento em que a paciente foi admitida na instituição; categorizado em sim, não ou ignorado/sem registro.

Características das contrações: quantidade de contrações uterinas apresentadas na avaliação da dinâmica uterina durante o trabalho de parto; categorizadas em eussistolia, taquissistolia (mais de 5 contrações em 10 minutos), bradissistolia (menos de 3 contrações em 10 minutos) ou sem registro/dados insuficientes.

- **CONDIÇÕES FETAIS/NEONATAIS:**

Apresentação do primeiro feto: categorizada em cefálica (quando o polo cefálico é a parte fetal que se apresenta no estreito superior), pélvica (quando o polo pélvico é a parte fetal que se apresenta no estreito superior) ou córmica (quando a escápula é a parte fetal que se apresenta no estreito superior) (REZENDE, 2017). Na ocorrência de uma gestação múltipla, foi considerada a apresentação do primeiro feto.

Idade Gestacional: tempo de gestação da mulher até o nascimento do concepto, em semanas completas, identificado pelo exame físico do capurro somático, pela data da última menstruação ou pela ecografia obstétrica mais precoce.

Peso do feto: quantidade de gramas do concepto ao nascer.

APGAR no 1º e 5º minuto: registro no prontuário do valor do índice de APGAR no primeiro e no quinto minuto de vida do RN, dado em número absoluto.

- **CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS:**

Indução de trabalho de parto: utilização de métodos para induzir o parto normal, através de utilização de medicamentos como misoprostol ou ocitocina; categorizado como: sim, não ou ignorado/sem registro.

Utilização de partograma: presença de pelo menos um registro de preenchimento do instrumento durante o trabalho de parto, categorizado em sim, não ou ignorado/sem registro.

Venoclise: presença de infusão endovenosa na paciente, durante o trabalho de parto ou parto; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Métodos não farmacológicos para alívio da dor: registro da realização de quaisquer métodos não farmacológicos para alívio da dor da paciente durante o trabalho de parto ou parto; categorizados em: não, chuveiro, bola, escada de ling, cavalinho, acupuntura, outro (massagem, respiração) ou sem registro.

Jejum: imposição de restrição alimentar ou hídrica à paciente durante o trabalho de parto ou parto; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Presença de acompanhante: presença de acompanhante de livre escolha pela paciente durante o trabalho de parto ou parto; categorizada em sim ou não.

Uso de ocitocina: administração de ocitócito e em qual momento do trabalho de parto e parto; categorizada em: não; sim no primeiro estágio (fase de dilatação); sim no segundo estágio (período expulsivo); sim no terceiro estágio (dequitação) ou ignorado/sem registro. Essa variável permitia a marcação de mais de uma opção simultaneamente.

Amniotomia: realização de ruptura artificial das membranas ovulares, por profissional competente; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Dilatação no momento da amniotomia: registro, em centímetros, da dilatação uterina no momento em que se realizou a ruptura artificial das membranas ovulares.

Uso de analgesia farmacológica: administração de método farmacológico para alívio da dor; categorizada em sim, não ou ignorado/sem registro.

Tipo de analgesia farmacológica: tipo de analgesia administrada como método farmacológico para alívio da dor; categorizada em opióide, raquianestesia ou peridural.

Tipo de parto: forma como se deu a resolução do parto vaginal; categorizada em vaginal sem intervenção, vaginal com fórceps, vaginal em gestação de alto risco ou sem registro.

Posição do parto: postura assumida pela parturiente no momento do parto; categorizada em semideitada, deitada, sentada, cócoras, lateral, gaskin (de quatro apoios) ou ignorado/sem registro.

Local do parto: espaço físico hospitalar onde ocorreu o momento do parto; categorizada em sala de parto, quarto PPP, emergência, enfermaria, centro cirúrgico ou sem registro. No entanto, devido a adequações em sua estrutura física, consideraremos apenas o “quarto PPP” em substituição ao termo “sala de parto”.

Intercorrências: presença e tipo de alteração ocorrida durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto; categorizada em: sem intercorrências, distócia de ombros, período expulsivo prolongado, edema de vulva, retenção placentária ou sem registro.

Assistente do parto: profissional responsável pela assistência ao parto, sendo considerado o registro e assinatura presente no partograma; categorizada em: médico obstetra, médico residente, enfermeira obstetra/residente ou ignorado/sem registro.

Tempo de trabalho de parto: diferença, em horas, entre o momento em que dilatação igual ou maior a 4 cm e o momento exato do nascimento do feto; expresso em valores múltiplos de 0,5.

Tempo de período expulsivo: diferença, em minutos, entre o momento em que dilatação igual a 10 cm e o momento exato do nascimento do feto.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nossa população constitui-se de todas as mulheres que foram submetidas a parto vaginal em uma maternidade de referência de Fortaleza, CE, durante o ano de 2015.

Para a determinação do tamanho da amostra, consideramos uma amostra aleatória simples (única população), com população finita, e aplicamos a seguinte fórmula, dada por (STEVENSON, 1986):

$$n = \frac{2,58^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 1836}{(1836 - 1) \times 0,03^2 + 2,58^2 \times 0,5 \times 0,5} \cong 318$$

Em que:

$N = 1836$ (Levando em consideração o quantitativo mensal médio de partos vaginais assistidos nesta instituição)

$p = 0,5$ (utilizado pelo fato de p ser desconhecido)

$q = 1 - 0,5 = 0,5$

$$z(99\%) = 2,58$$

$$e = 0,03$$

Assim, para um nível de confiança de 99% e um erro de 3 p.p., o tamanho da amostra desejável para esse estudo era de 921. No entanto, a amostra obtida para realização da pesquisa contou com 974 prontuários, decorrentes dos partos vaginais ocorridos durante os meses de Maio a Outubro de 2015, totalizando um período de seis meses.

3.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critérios de inclusão

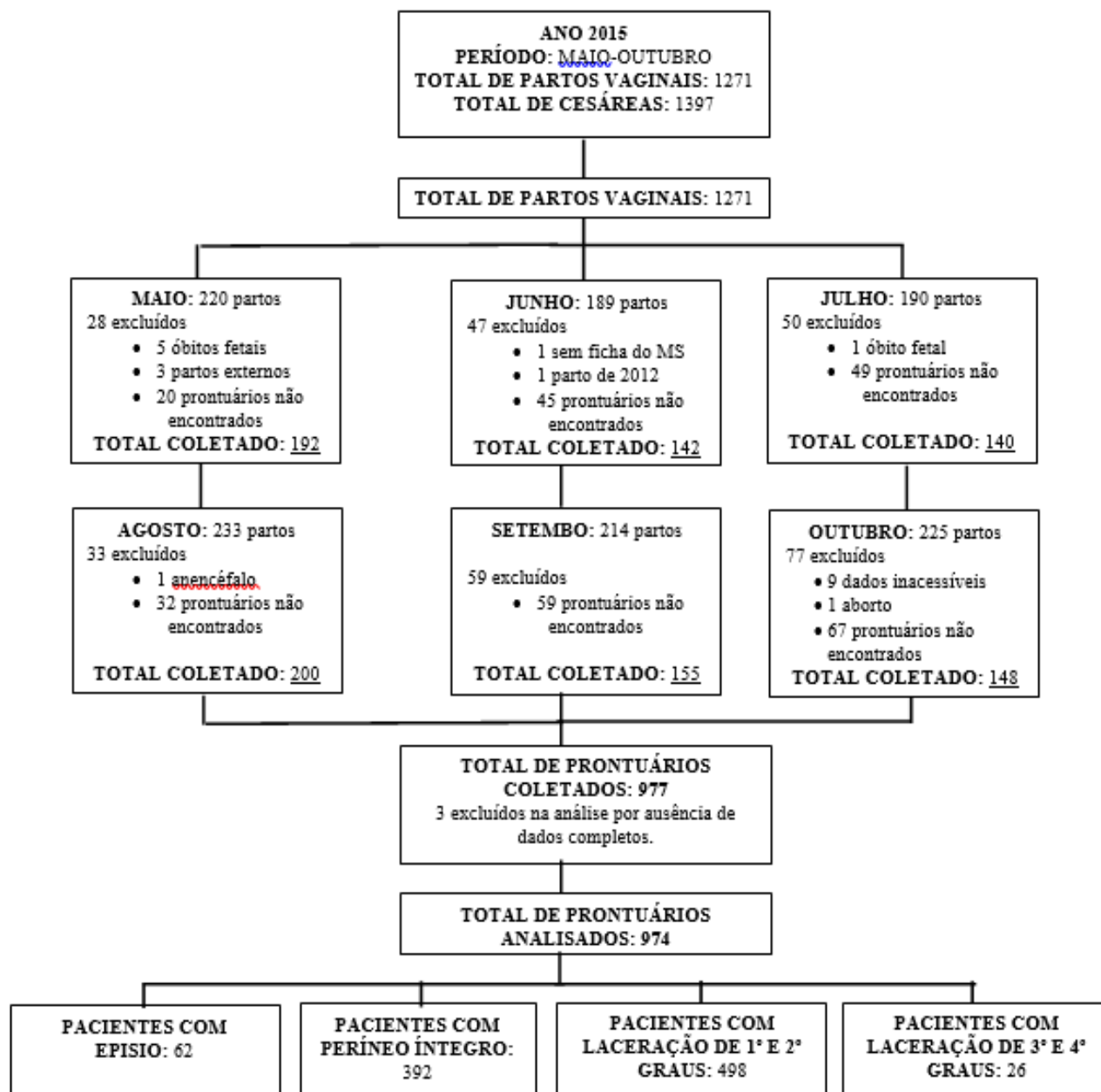
Foram incluídas todas as mulheres que tiveram parto vaginal no período acima determinado, de fetos nativos, com mais de 20 semanas de gestação e que pesaram mais de 500 gramas.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as pacientes que pariram fetos com peso menor que 500 gramas, partos vaginais que não ocorreram na MEAC, fetos anencéfalos e prontuários que estavam com dados inacessíveis.

Na figura 1 encontra-se descrito todo o processo de triagem dos prontuários, utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão acima determinados, até a obtenção da amostra final.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos prontuários no período de Maio a Outubro de 2015.



3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da pesquisa em prontuários, que consistiu na análise, inicialmente, da “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde.

Tal ficha é de preenchimento obrigatório pelos enfermeiros do serviço, a todas as pacientes obstétricas admitidas, e contém dados que avaliam a qualidade da assistência obstétrica prestada no hospital e o desfecho perinatal, por meio de informações que vão desde o pré-natal até a alta hospitalar da paciente.

Os dados colhidos nesta ficha, quando insuficientes, foram complementados pelo pesquisador, por registros feitos em evoluções, partograma, prescrições médicas, declaração de nascido vivo e/ou outros instrumentos que possibilitassem que o máximo de informações fossem coletadas.

Os dados extraídos do prontuário preencheram um questionário específico (Anexo I), que continha as variáveis já explicitadas anteriormente, confeccionado através da ferramenta *Google Forms*, de acesso online e restrito aos pesquisadores. O preenchimento do mesmo foi feito com auxílio de dispositivos como tablets, smartphones ou notebooks, a fim de facilitar a construção do banco de dados para posterior análise estatística.

3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

A pesquisa foi executada por duas alunas do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança e contou ainda com auxílio de acadêmicas dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, durante a fase de coleta de dados. Todo o pessoal envolvido foi devidamente treinado em loco pelas pesquisadoras principais, para garantir o rigor metodológico e o correto preenchimento dos instrumentos.

3.8 ESTUDO PILOTO

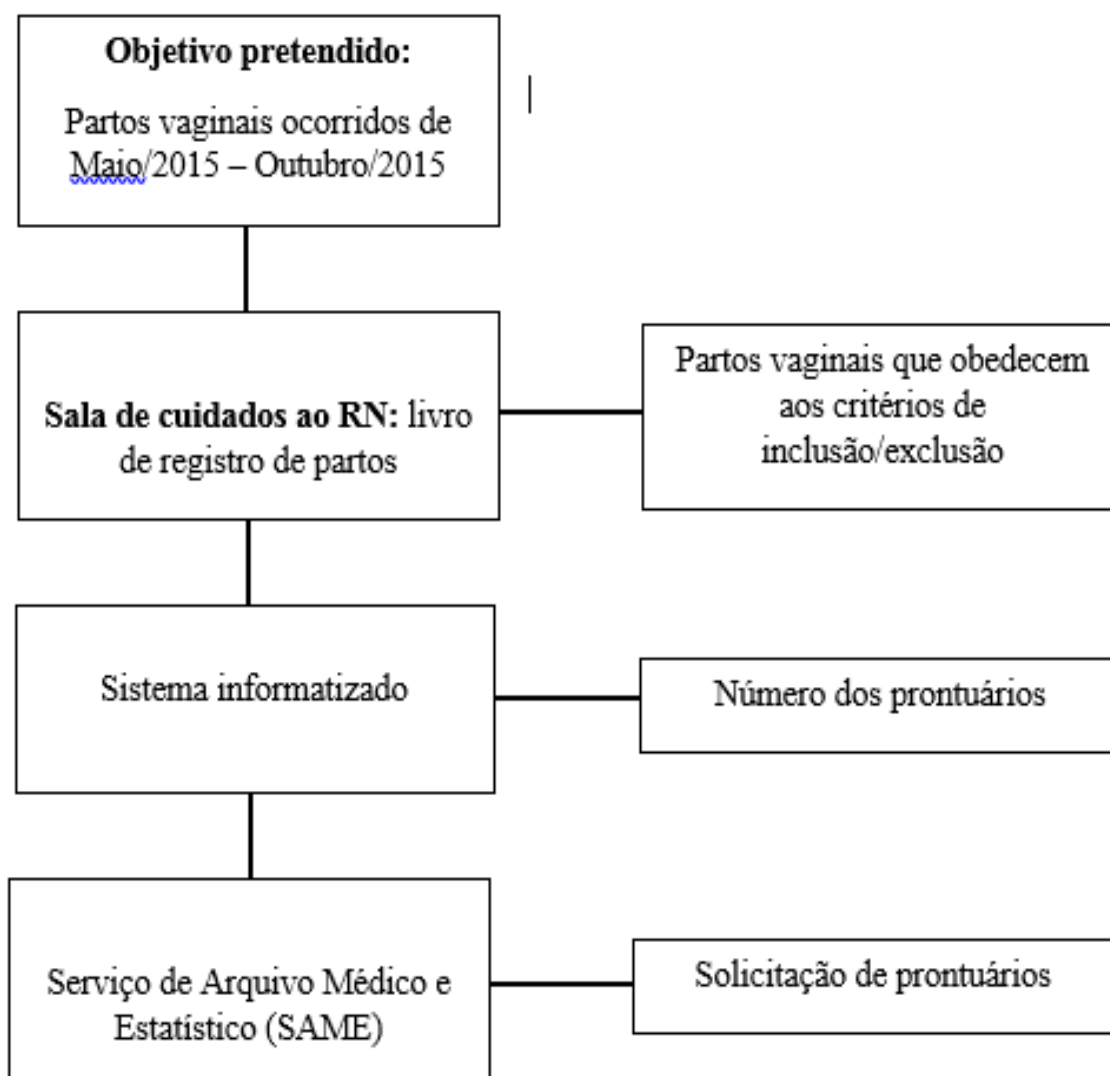
Realizamos um estudo piloto com os dados preliminares obtidos. A partir da coleta dos primeiros 100 prontuários, os dados foram apresentados aos orientadores e realizamos uma revisão dos instrumentos para averiguar se estavam em conformidade com todos os objetivos pretendidos no estudo. Posterior a esta análise, as adequações necessárias foram realizadas, com a inclusão de pontos que ajudavam na elucidação do objetivo proposto e retirada de questões que não se fizeram pertinentes.

3.9 LOGÍSTICA

A logística da fase de coleta de dados se deu através do deslocamento das pesquisadoras até a sala de cuidados imediatos ao RN, para que fosse realizada uma consulta ao livro de registro de todos os partos ocorridos por dia. Após a filtragem dos partos vaginais, acessamos o sistema informatizado da instituição para consultarmos o número de prontuário de cada paciente pretendida. De posse do número de registro, nos encaminhamos para o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) para a solicitação dos prontuários com antecedência de 24 horas, e sua posterior coleta em um prazo máximo de até 48 horas (Fluxograma I).

Para otimizar o fluxo das coletas, estabelecemos previamente uma escala com datas e horários disponíveis por cada uma das pesquisadoras.

Fluxograma I: Logística de busca de prontuários para coleta de dados.



3.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados obtidos foram tabulados em uma planilha no Microsoft Office Excel 2007 e os dados foram posteriormente processados no SPSS versão 24. Antes da análise dos dados, foi realizada uma limpeza no banco, a fim de se localizar inconsistências e corrigir erros de coleta e/ou digitação.

Para a análise descritiva, variáveis nominais foram descritas em números absolutos e porcentagens. Para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo).

Para análise foram realizadas comparações das variáveis independentes entre os quatro grupos (variáveis dependentes): períneo íntegro, episiotomia, laceração de 1º e 2º graus e laceração de 3º e 4º graus.

Para avaliar a associação entre as variáveis nominais, utilizou-se o teste qui-quadrado ou teste de Fisher, enquanto que o teste de Kruskal-Wallis foi aplicado para avaliar o comportamento das variáveis numéricas. Um nível de significância de 5% foi assumido para significância dos resultados.

Ainda, para se avaliar a razão de chance de ocorrência de um determinado evento em dois grupos distintos, foi utilizado Odds Ratio, considerando um intervalo de confiança de 95%.

3.11 CONTROLE DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade dos dados, os mesmos foram coletados exclusivamente por pesquisadoras treinadas para tal fim, a fim de se evitar possíveis erros ou vieses no momento do preenchimento. Além disso, foram realizadas reuniões frequentes entre os pesquisadores de campo e os orientadores e outros profissionais envolvidos na pesquisa, para análise e ajuste de alguns aspectos da pesquisa. Na análise dos dados um estatístico foi consultado para melhor execução de alguns testes que se fizeram necessários.

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida para a apreciação pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e pela Plataforma Brasil, através do Termo de Anuência da Instituição e o Termo de Fiel Depositário, sendo aprovado sem restrições sob o parecer de número 1.311.781.

Os dados foram coletados respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Não foram obtidos termos de consentimento individuais uma vez que, por ser pesquisa retrospectiva, o estudo não realizou qualquer abordagem a pacientes, sendo os dados coletados apenas em arquivos de prontuários.

5 RESULTADOS

Foram coletados e analisados 974 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal no período de Maio a Outubro de 2015.

Analisando-se descritivamente as variáveis dependentes, temos que a grande maioria dos partos ocorreu livre de episiotomia (n=902; 93,6%), resultando em uma taxa de 6,4% do procedimento. Quanto às lacerações perineais espontâneas, menos da metade dos partos resultou em períneo íntegro (n=392; 42,8%) e quando houve a ocorrência de lacerações, apenas 2,8% (n=26) foram classificadas como de 3º e 4º graus (Tabela 1).

Tabela 2: Distribuição dos dados quantitativos das variáveis dependentes - episiotomias e lacerações na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	n (%)
Episiotomia*	
Não	902 (93,6)
Sim	62 (6,4)
Laceração	
Não	392 (42,8)
Sim, 1º grau	270 (29,5)
Sim, 2º grau	228 (24,9)
Sim, pelo menos 3º grau	26 (2,8)

*2 episiotomias foram medianas; 6 não foram identificadas o tipo e as demais, médio-lateral.

Na Tabela 2, apresenta-se o perfil sociodemográfico e obstétrico e foi identificado que a média de idade das mulheres foi de 23,6 anos (dp±6,8). Quanto à cor/raça, a grande maioria (n=899; 92,3%) considerou-se como parda, tinham como nível de escolaridade até o ensino fundamental (n=471; 48,3%) e possuíam parceiro fixo (n=710; 72,9%). Quase a totalidade (n=964; 99%) das gestações eram únicas e a maior parte das mulheres eram primigestas e primíparas, ou seja, não possuíam partos vaginais (n=556; 57,1%) ou cesáreas prévias (n=910; 93,4%). O peso médio das pacientes ao iniciarem o pré-natal foi de 60,7 kg (dp±12,8) e a idade gestacional no momento do parto atual foi de 38 semanas completas (dp±3,1).

Tabela 2: Distribuição dos dados segundo o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a parto vaginal na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	n (%)
Idade	Média (dp) 23,6 (6,8)
Raça/cor	
Amarela	5 (0,5)
Branca	52 (5,3)
Indígena	1 (0,1)
Negra	12 (1,2)
Parda	899 (92,3)
Sem informação	5 (0,5)
Escolaridade	
Até o ensino fundamental	471 (48,3)
Até o ensino médio	459 (47,1)
Até o ensino superior	44 (4,6)
Situação conjugal	
Com companheiro	710 (72,9)
Sem companheiro	264 (27,1)
Tipo de gestação	
Gemelar	10 (1,0)
Única	964 (99,0)
Número de partos vaginais prévios	
0	556 (57,1)
1	238 (24,4)
2	105 (10,8)
Pelo menos 3	63 (6,5)
Ignorado/sem registro	12 (1,2)
Número de cesarianas prévias	
0	910 (93,4)
Pelo menos 1	50 (5,2)
Ignorado/sem registro	14 (1,4)
Abortamentos prévios	
0	788 (80,9)
1	133 (13,7)
Pelo menos 2	40 (4,1)
Ignorado/sem registro	13 (1,3)
Idade gestacional no momento do parto atual	Média (dp) 38,0 (3,1)
Peso da paciente na primeira consulta de pré-natal	60,7 (12,8)

Dos 974 partos analisados, 357 (36,7%) foram assistidos por enfermeiras obstetras ou residentes em enfermagem obstétrica e 611 (62,7%) por médicos obstetras ou residentes em obstetrícia. A ocorrência de lacerações perineais e episiotomia segundo o profissional que prestou a assistência mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$), e pode-se perceber que a frequência de episiotomias realizadas por médico obstetra/residente ($n=56$; 90,3%) foi superior ao índice praticado por enfermeiro obstetra/residente ($n=6$; 9,7%) e de modo similar, isto se deu em todos os graus de lacerações perineais espontâneas. Em contrapartida, quando analisamos a ocorrência de desfecho perineal favorável, a maior incidência de mulheres com períneo íntegro aconteceu naquelas assistidas por obstetras/residentes ($n=222$; 63,4%) (Tabela 3).

Ao compararmos, por meio de odds ratio, o efeito das duas variáveis independentes (médico obstetra/residente vs. enfermeiro obstetra/residente), somente a ocorrência de episiotomia mostrou-se positivamente correlacionada, e portanto, temos que os partos assistidos por médicos apresentaram uma chance 5,3 vezes maior de ocorrência de episiotomia do que apresentar períneo íntegro, em comparação aos partos assistidos por enfermeira obstetra/residente (Tabela 3).

Tabela 3: Desfecho perineal segundo assistente do parto: Médico obstetra vs. Enfermeira obstetra.

Variável	Grupos				p-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Médico obstetra/residente	56 (90,3)	222 (63,4)	283 (57,9)	15 (65,2)	<0,001
Enfermeiro obstetra/residente	6 (9,7)	128 (36,6)	206 (42,1)	8 (34,8)	
	5,3	Referência	0,79	1,08	
OR (IC 95%)	(2,25 – 12,83)		(0,59- 1,05)	(0,44-2,62)	

Ao analisarmos, conforme descrito na Tabela 4, a associação entre os fatores maternos e os desfechos perineais, somente o número de partos vaginais prévios mostrou-se estatisticamente significativo ($p < 0,001$), sendo 88,7% ($n=55$) das episiotomias realizadas em nulíparas. Além do mais, melhor desfecho perineal foi observado em mulheres com maior número de partos prévios, resultando em 30,9% de períneos íntegros em mulheres com 1 parto vaginal prévio, 15,2% nas com 2 partos anteriores e 12,9% nas que já haviam tido no mínimo 3 partos.

Tabela 4: Distribuição dos dados segundo os fatores maternos associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Idade	23.6 ± 7.2	23.5 ± 7.0	23.5 ± 6.5	24.4 ± 7.0	0.927
Peso da paciente na primeira consulta de pré-natal	57.5 ± 12.1	60.5 ± 13.4	61.0 ± 12.0	61.6 ± 14.9	0.227
Peso da paciente na última consulta de pré-natal	67.0 ± 12.3	68.7 ± 13.3	70.3 ± 12.4	71.5 ± 14.8	0.141
Tipo de gestação					0.761
Gemelar	0 (-)	2 (0.6)	6 (1.2)	0 (-)	
Única	62 (100.0)	351 (99.4)	484 (98.8)	24 (100.0)	
Número de partos vaginais prévios					<0.001
0	55 (88.7)	143 (41.0)	309 (63.8)	20 (87.0)	
1	5 (8.1)	108 (30.9)	117 (24.2)	1 (4.3)	
2	2 (3.2)	53 (15.2)	44 (9.1)	1 (4.3)	
Pelo menos 3	0 (-)	45 (12.9)	14 (2.9)	1 (4.3)	
Número de cesarianas prévias					0.336
0	54 (90.0)	330 (94.8)	459 (94.6)	23 (100.0)	
Pelo menos 1	6 (10.0)	18 (5.2)	26 (5.4)	0 (-)	
Abortamentos prévios					0.881
0	50 (83.3)	280 (80.2)	398 (82.1)	21 (91.3)	
1	8 (13.3)	50 (14.3)	69 (14.2)	2 (8.7)	
Pelo menos 2	2 (3.3)	19 (5.4)	18 (3.7)	0 (-)	
Intervalo interpartal (em MESES)	61.1 ± 56.0	64.9 ± 50.2	74.9 ± 51.8	95.0 ± 5.3	0.071

Todos os fatores fetais/neonatais analisados na Tabela 5 mostraram associação significativa com os desfechos perineais. Com relação a apresentação do feto, apenas 11 mulheres tiveram parto pélvico, sendo a maioria com períneo íntegro (n=10; 2,9%). A idade gestacional que mais resultou em piores resultados perineais foi a de RN's a termo (37-40 semanas), sendo mais prevalentes as lacerações graves, de 3º e 4º graus (n=22; 91,7%). Os RNs nascidos entre 41-42 semanas estiveram mais associados a lacerações de 1º e 2º grau (n=42; 8,6%), enquanto os pré-termos (até 36 semanas) resultaram em maiores índices de períneo íntegro (n=83; 23,8%).

A maior frequência de Apgar menor ou igual a 7 no primeiro minuto de vida do RN foi encontrada no grupo no qual ocorreu episiotomia (30,6%; n=19). Já no quinto minuto, a maioria dos casos em que o Apgar foi menor ou igual a 7 se deu no grupo de mulheres que apresentaram períneo íntegro (6,2%; n=22).

Com relação ao peso fetal, uma menor média de peso (2908,2g; dp±663,2) esteve associada à períneo íntegro e maior média de peso fetal (3340,4g; dp±435,7) associada a lacerações de 3º e 4º graus (p<0,001).

Tabela 5: Distribuição dos dados segundo os fatores fetais/neonatais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Apresentação do primeiro feto					0.013
Cefálico	57 (100.0)	330 (97.1)	473 (99.8)	23 (100.0)	
Pélvico	0 (-)	10 (2.9)	1 (0.2)	0 (-)	
Idade gestacional no momento do parto atual					<0.001
Até 36 semanas	8 (12.9)	83 (23.8)	51 (10.4)	2 (8.3)	
37-40 semanas	49 (79.0)	247 (70.8)	396 (81.0)	22 (91.7)	
41-42 semanas	5 (8.1)	19 (5.4)	42 (8.6)	0 (-)	
Apgar no 1º minuto					<0.001
Menor que 7	19 (30.6)	71 (20.2)	67 (13.7)	1 (4.2)	
Maior que 7	43 (69.4)	281 (79.8)	423 (86.3)	23 (95.8)	
Apgar no 5º minuto					0.007
Menor que 7	3 (4.8)	22 (6.2)	9 (1.8)	1 (4.2)	
Maior que 7	59 (95.2)	331 (93.8)	480 (98.2)	23 (95.8)	
Peso do feto (em gramas)	3174.0 ± 526.0	2908.2 ± 663.2	3145.7 ± 478.7	3340.4 ± 435.7	<0.001

Analisando-se as condições de condução assistenciais do trabalho de parto e parto (Tabela 5.1), pudemos perceber que muitas variáveis se mostraram significativamente associadas com os desfechos perineais. Uma delas, foi a realização de indução do trabalho de parto ($p=0,015$), que resultou mais frequentemente em lacerações perineais graves ($n=7$; 29,2%). Conseqüentemente, a presença de contrações uterinas desde a admissão, também foi relevante para os desfechos perineais ($p=0,002$), observando-se que as lacerações perineais de 3º e 4º graus foram mais prevalentes ($n=7$; 30,4%) quando a paciente não apresentava dinâmica uterina positiva no início de seu internamento.

Tabela 5.1: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e condução do trabalho de parto, associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Indução de trabalho de parto					0.015
Não	56 (90.3)	321 (91.7)	427 (87.7)	17 (70.8)	
Sim	6 (9.7)	29 (8.3)	60 (12.3)	7 (29.2)	
Presença de contrações uterinas na admissão					0.002
Não	10 (16.9)	26 (7.5)	47 (9.7)	7 (30.4)	
Sim	49 (83.1)	320 (92.5)	438 (90.3)	16 (69.6)	
Dilatação do colo de útero no momento da admissão (em centímetros)					0.091
Menor que 4	27 (44.3)	117 (34.4)	193 (39.5)	13 (56.5)	
Maior que 4	34 (55.7)	223 (65.6)	295 (60.5)	10 (43.5)	
Membranas amnióticas íntegras na admissão					0.113
Não	15 (25.4)	103 (31.8)	167 (35.5)	8 (33.3)	
Sim	44 (74.6)	221 (68.2)	303 (64.5)	16 (66.7)	
Tempo de bolsa rota (em horas)	10.6 ± 18.3	17.8 ± 45.2	11.3 ± 30.9	14.6 ± 17.3	0.734
Amniotomia					0.015
Não	35 (71.4)	257 (80.1)	374 (84.4)	15 (71.4)	
Sim	14 (28.6)	64 (19.9)	69 (15.6)	6 (28.6)	
Dilatação no momento em que foi feita a amniotomia (em centímetros)	7.5 ± 1.5	8.6 ± 1.6	8.5 ± 1.4	6.6 ± 3.0	0.006

A amniotomia foi outra intervenção que esteve estatisticamente associada à ocorrência de lacerações e episiotomias ($p=0,015$), visto que sua frequência foi maior nos grupos os quais houve episiotomia e lacerações de 3º e 4º graus ($n=14$; 28,6%). Além disso, também houve diferença entre os grupos na média de dilatação no momento em que foi feita a amniotomia, percebendo-se que menores médias (6,6cm; $dp\pm 3,0$) foram relacionadas com a ocorrência de lacerações graves (Tabela 5.1).

Foram avaliadas as boas práticas ligadas ao trabalho de parto, ao parto e nascimento, relevantes para satisfação da mulher e bons resultados maternos/neonatais, e seus resultados encontram-se expressos na Tabela 5.2. O acompanhante no trabalho de parto e/ou no parto ($p=0,006$) teve relação com os resultados perineais, pois maiores frequências de lacerações de 3º e 4º graus foram descritas na presença do mesmo ($n=21$; 91,3%).

Houve maior taxa de episiotomia nas mulheres que receberam analgesia farmacológica ($n=7$; 12,7%); no entanto, não foi possível precisar qual tipo de analgesia demanda em maiores riscos.

A ocitocina sintética apresentou diferença estatística para a ocorrência de lacerações perineais ($p=0,002$). A ocitocina que é realizada de rotina no 3º estágio do trabalho de parto (delivramento), teve associação com resultados perineais positivos e ocorrência de períneo íntegro ($n=292$; 84,4%). Já a ocitocina que foi utilizada em todos os estágios do trabalho de parto ($n=5$; 8,3%) ou isoladamente em um dos estágios ($n=20$; 33,3%) que não o recomendado, correlacionou-se com a presença de episiotomia.

Tabela 5.2: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e boas práticas associadas à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Utilização de partograma					0.917
Não	2 (3.2)	17 (4.8)	20 (4.1)	1 (4.2)	
Sim	60 (96.8)	336 (95.2)	470 (95.9)	23 (95.8)	
Venóclise					0.639
Não	30 (58.8)	204 (64.4)	283 (64.9)	15 (71.4)	
Sim	21 (41.2)	113 (35.6)	153 (35.1)	6 (28.6)	
Jejum					0.314
Não	52 (89.7)	293 (87.5)	426 (91.4)	20 (95.2)	
Sim	6 (10.3)	42 (12.5)	40 (8.6)	1 (4.8)	
Presença de acompanhante					0.034
Não	8 (13.8)	65 (19.8)	51 (10.9)	2 (8.7)	
Sim	50 (86.2)	264 (80.2)	418 (89.1)	21 (91.3)	
Uso de analgesia farmacológica					0.025
Não	48 (87.3)	316 (97.5)	439 (96.1)	20 (95.2)	
Sim	7 (12.7)	8 (2.5)	18 (3.9)	1 (4.8)	
Tipo de analgesia					0.109
Peridural	2 (28.6)	3 (42.9)	13 (72.2)	1 (100.0)	
Raquianestesia	5 (71.4)	2 (28.6)	4 (22.2)	0 (-)	
Raquianestesia e Peridural	0 (-)	2 (28.6)	1 (5.6)	0 (-)	
Uso de ocitocina					0.511
Sim	60 (100.0)	346 (98.9)	483 (99.2)	24 (100.0)	
Não	0 (-)	4 (1.1)	4 (0.8)	0 (-)	
Estágio de uso da ocitocina					0.002
Ocitocina exclusivamente no 3º estágio	35 (58.3)	292 (84.4)	383 (79.3)	20 (83.3)	
Ocitocina em todos os estágios	5 (8.3)	16 (4.6)	31 (6.4)	1 (4.2)	
Ocitocina em outros estágios	20 (33.3)	38 (11.1)	69 (14.3)	3 (12.6)	

Na Tabela 5.3 estão descritos os fatores assistenciais relacionados com a condução do parto. O uso do fórceps, embora ocorrido em pouca quantidade, mostrou-se associado estatisticamente com a realização de episiotomia (n=8; 13,3%).

Considerando o local onde ocorreu o parto, houve associação entre os partos acontecidos no quarto PPP e a presença de lacerações perineais graves, de 3º e 4º graus (n=23; 100%). Em contrapartida, os partos que foram assistidos em outros locais, como

emergência, enfermaria ou centro cirúrgico, mostraram maior prevalência de episiotomias (n=10; 16,1%).

Foram investigadas a ocorrência de intercorrências durante o trabalho de parto e parto, e pode-se perceber que a grande maioria dos processos cursou sem intercorrências; no entanto, o pequeno percentual de problemas como distócia de ombros, edema de vulva, período expulsivo prolongado ou retenção placentária demonstrou diferença estatística e relacionou-se com o procedimento de episiotomia (n=5; 9,6%).

Considerando a variável tempo de trabalho de parto, observou-se menor média (4,3h; dp±4,3) nas mulheres com períneo íntegro e maior média (6,2h; dp±3,8) nas que sofreram episiotomia. De forma semelhante, pudemos verificar que um maior tempo médio (em minutos) de período expulsivo (80,2; dp±68,2) foi mais associado às pacientes com episiotomia.

Tabela 5.3: Distribuição dos dados segundo os fatores assistenciais e condução do parto, associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1° e 2° grau	Laceração de 3° grau e 4° grau	
Uso de fórceps					<0.001
Sim	8 (13.3)	0 (-)	3 (0.6)	1 (4.2)	
Não	52 (86.7)	347 (100.0)	474 (99.4)	23 (95.8)	
Local do parto					<0.001
Quarto PPP	52 (83.9)	322 (93.6)	481 (98.8)	23 (100.0)	
Outros	10 (16.1)	22 (6.4)	6 (1.2)	0 (-)	
Posição da paciente no momento do expulsivo					0.115
Cócoras	0 (-)	11 (3.2)	18 (3.7)	0 (-)	
Deitada	16 (27.1)	66 (19.3)	64 (13.2)	4 (16.7)	
Gaskin (de quatro)	0 (-)	1 (0.3)	5 (1.0)	0 (-)	
Lateral	6 (10.2)	29 (8.5)	35 (7.2)	2 (8.3)	
Semi-deitada	37 (62.7)	233 (68.1)	361 (74.4)	18 (75.0)	
Sentada	0 (-)	2 (0.6)	2 (0.4)	0 (-)	
Intercorrências*					0.003
Sem intercorrências	47 (90.4)	282 (99.3)	401 (99.0)	17 (100.0)	
Com intercorrências	5 (9.6)	2 (0.7)	4 (1.0)	0 (-)	
Tempo (em horas) de trabalho de parto	6.2 ± 3.8	4.3 ± 4.3	4.7 ± 5.9	4.8 ± 3.5	<0.001
Tempo (em minutos) de período expulsivo	80.2 ± 68.2	41.9 ± 55.4	49.1 ± 49.4	64.8 ± 36.9	<0.001

***Intercorrências:** distócia de ombros, período expulsivo prolongado, edema de vulva, retenção placentária.

Avaliando-se os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, podemos notar pela Tabela 6 que o uso de chuveiro (n=36; 62,1%) e do cavalinho (n=28; 48,3%) estiveram mais associados à ocorrência de episiotomias. Em contrapartida, os resultados mostram que o uso de outras técnicas, como massagem e respiração consciente, associou-se à lacerações de 1º ou 2º grau (n=384; 89,5%).

Tabela 6: Distribuição dos dados segundo os métodos não farmacológicos associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomia na MEAC, no período de maio a outubro de 2015. Fortaleza/CE, 2018.*

Variável	Grupos				P-valor
	Com episiotomia	Sem episiotomia e sem laceração	Laceração de 1º e 2º grau	Laceração de 3º grau e 4º grau	
Usou método não farmacológico para alívio da dor?					0.059
Sim	58 (98.3)	309 (91.7)	429 (95.3)	23 (100.0)	
Não	1 (1.7)	28 (8.3)	21 (4.7)	0 (-)	
Método não farmacológico usado para alívio da dor					
Chuveiro					0.018
Não	22 (37.9)	192 (62.1)	254 (59.2)	12 (52.2)	
Sim	36 (62.1)	117 (37.9)	175 (40.8)	11 (47.8)	
Bola					0.404
Não	39 (67.2)	238 (77.0)	313 (73.0)	17 (73.9)	
Sim	19 (32.8)	71 (23.0)	116 (27.0)	6 (26.1)	
Escada de Ling					0.131
Não	57 (98.3)	292 (94.5)	400 (93.2)	19 (82.6)	
Sim	1 (1.7)	17 (5.5)	29 (6.8)	4 (17.4)	
Cavalinho					0.001
Não	30 (51.7)	243 (78.6)	308 (71.8)	14 (60.9)	
Sim	28 (48.3)	66 (21.4)	121 (28.2)	9 (39.1)	
Acupuntura					0.616
Não	58 (100.0)	308 (99.7)	428 (99.8)	23 (100.0)	
Sim	0 (-)	1 (0.3)	1 (0.2)	0 (-)	
Outro (massagem, respiração)					0.015
Não	11 (19.0)	42 (13.6)	45 (10.5)	8 (34.8)	
Sim	47 (81.0)	267 (86.4)	384 (89.5)	15 (65.2)	

*Cada um dos métodos poderia ser utilizado de forma simultânea.

6 DISCUSSÃO

Identificou-se que de um modo geral, as mulheres estudadas na instituição eram jovens, com uma idade média de 23,6 anos, de cor parda, com baixo nível de escolaridade (até o ensino fundamental) e parceiro fixo. Em um estudo que objetivou caracterizar a assistência obstétrica nesta mesma referida instituição e no mesmo ano, a amostra foi semelhante, com uma faixa etária de 22,8 anos; de raça não branca; com nível de escolaridade até o ensino médio e com companheiro, havendo, portanto, divergência apenas no tocante ao nível de escolaridade, o que pode acontecer devido a diferenças nos instrumentos de coleta de dados (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Alguns estudos realizados fora do país apontam que há relação entre a raça negra e mulheres asiáticas e indianas, com os desfechos perineais, possivelmente devido a diferenças no tipo de tecido e anatomia dos seus períneos. A idade mais avançada, entre 36-44 anos, também foi outro fator que aumentou a probabilidade (OR 3,45, 95% IC 1,43-8,33) de se ocorrer uma episiotomia em comparação com mulheres com idade entre 21-25 anos, o que se dá provavelmente devido a alterações na elasticidade e firmeza da pele próprias da idade (FRIEDMAN *et al.*, 2015; WU, 2013).

Embora a literatura descreva relação com tais fatores não modificáveis, em nosso estudo não podemos concluir associação de proteção e/ou predição, devido a uma grande miscigenação étnica e racial histórica do nosso país, sendo necessária uma pesquisa que abrangesse as diversas regiões do Brasil.

Com relação à história obstétrica, as gestações eram prevalentemente únicas, a termo e de mulheres primigestas e primíparas, perfil semelhante ao estudo desenvolvido por Medeiros *et al.* (2017), e ainda, sem riscos adicionais, levando-se em comparação somente esses parâmetros.

O percentual dos partos assistidos por enfermeiras obstetras ou residentes em enfermagem obstétrica, dentre os 974 partos analisados, correspondeu a 36,7%, enquanto que 62,7% foram assistidos por médicos obstetras ou residentes em obstetrícia. O MS em conjunto com outros órgãos não governamentais, tem incentivado a atuação da enfermeira obstétrica no cenário do parto, para que a mulher seja assistida integralmente em suas dimensões biológicas, psicológicas e espirituais, sendo fundamental para a reconfiguração do modelo obstétrico, com a desmedicalização do parto e introdução de intervenções mínimas (SCHETTINI, GRIBOSKI E FAUSTINO, 2017).

No entanto, vale ressaltar que a instituição em questão é uma maternidade de nível terciário e de referência em todo o estado, atendendo gestantes e parturientes de alto risco, que por consequência, acaba gerando maiores demandas aos profissionais médicos. Além disso, o profissional de enfermagem possui como atribuições não somente a assistência, mas uma série de questões burocráticas privativas a ele, o que contribui para que os mesmos se dediquem mais a papéis do que ao processo de partejamento. Outro fator crucial é a presença de graduação e residências médicas, gerando um clima de competição e busca pela assistência aos partos, mesmo quando são de risco habitual.

Analisando-se os desfechos perineais ocorridos, na grande maioria dos partos não houve episiotomia, resultando em uma taxa de 6,4% do procedimento, estando abaixo do valor mínimo recomendado pela OMS, que é de 10% (OMS, 1996). Dentre as episiotomias realizadas, o profissional médico foi o maior executor da intervenção (90,3%). Quanto às lacerações perineais espontâneas, a maioria (51,5%), foi classificada como de 1º grau, ocorrendo mais frequente nos partos conduzidos por profissionais médicos. Já os períneos íntegros representaram 42,8% dos partos ocorridos e a grande maioria (63,4%) foi resultante de partos assistidos por enfermeira obstetra/residente.

Em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, estudo comparou a prática de 98 profissionais médicos e 73 enfermeiras obstetras e a maioria das ocorrências de lacerações (37%) se deram no acompanhamento realizado por enfermeira obstetra e somente 10,2% por médico. No entanto, a taxa de períneo íntegro foi maior na assistência de enfermagem obstétrica (45,2%), contra 21,4% na assistência médica. Já as episiotomias foram consideravelmente mais realizadas por médicos (64,3%) do que por enfermeiras obstétricas (15%). Para o autor, esses resultados demonstram que as enfermeiras obstetras têm tendência à menor intervenção no acompanhamento de partos de risco habitual e maior preocupação e cuidado com o períneo feminino, restringindo a prática da episiotomia (PEREIRA *et al.*, 2012).

Vários estudos realizados ao redor do mundo e inclusive no Brasil, corroboram com o fato de que as taxas de episiotomia são sempre menores nos partos conduzidos pela enfermeira obstétrica, em comparação com os partos assistidos por médicos, dado o perfil de alto risco atendido pela categoria, bem como seu caráter mais intervencionista (HARVEY, 1996; VOGT, SILVA E DIAS, 2014; JOHANTGEN *et al.*, 2012).

Em levantamento realizado por Gemma (2016), os serviços nos quais as enfermeiras obstetras possuem a responsabilidade primária pelo cuidado, obtém-se melhores condições perineais, com menores taxas de episiotomia e predomínio de

lacerações espontâneas com menor importância clínica (lacerações de 1º ou 2º graus). Isso justifica-se pelo caráter formativo dessa profissão, no qual os cursos de especialização e residência são pautados nos princípios da promoção da saúde, humanização e respeito a fisiologia do corpo e da autonomia feminina.

Observamos em nosso estudo que os partos assistidos por médicos/residentes apresentaram uma chance 5,3 vezes maior de ter episiotomia do que períneo íntegro, em comparação aos partos assistidos por enfermeira obstetra/residente. Investigação semelhante foi realizada no Rio de Janeiro, avaliando-se 171 partos, na qual encontrou-se risco relativo de 2,92 maior da mulher ter uma episiotomia quando atendida pelo médico, do que pela enfermeira obstétrica, concluindo-se que a prevalência e a gravidade das lesões perineais foram significativamente menores nos partos assistidos por enfermeiras (PEREIRA *et al.*, 2012).

Mesmo com muitas evidências científicas e incentivo do Ministério da Saúde à inserção do profissional de enfermagem obstétrica no cenário do parto, pesquisa que investigou 23.894 nascimentos no Brasil, encontrou uma distribuição por região geográfica com relação ao profissional de assistência ao parto, revelando maior proporção de nascimentos com a participação de enfermeira obstetra nas regiões Norte (24,1%), onde há uma grande escassez de profissionais médicos, e Sudeste (23,5%), onde há um grande incentivo governamental ao trabalho da enfermagem; e menor proporção na Região Central (<1,0%), não havendo diferença entre capital ou interior (VOGT, SILVA E DIAS, 2014).

Concluimos então que na referida instituição, encontramos baixas taxas de episiotomia e de lacerações graves, que pode se justificar pela presença de rotinas e protocolos assistenciais que já estão consolidados e incorporados por todos os profissionais e passam por atualizações periódicas. Há também um modelo de assistência colaborativo, com a presença de equipe multiprofissional (enfermeiros obstetras e médicos obstetras), cujo foco não é sua categoria profissional, mas sim o cuidado à parturiente.

Na análise da influência dos fatores maternos sobre os desfechos perineais na nossa amostra, percebemos que uma expressiva quantidade (88,7%) das episiotomias foram realizadas em nulíparas. Em revisão integrativa realizada com o objetivo de investigar prevenção de lacerações perineais e episiotomias de rotina, viu-se que mulheres primíparas, sem história de parto vaginal anterior e, portanto, com pouca distensibilidade

perineal, possuem três vezes mais chances de ser submetidas ao procedimento (ROCHA E ZAMBERLAN, 2018).

Corroborando os resultados de nosso estudo, investigação feita em duas maternidades públicas de Goiânia, também identificaram relação entre a paridade e o uso da episiotomia, com maior prevalência e diferença estatística ($\chi^2= 202,080$; $p=<0,001$) do procedimento nas primíparas, quando comparadas as mulheres com partos anteriores (SALGE *et al.*, 2012).

Por muito tempo, a realização da episiotomia esteve envolvida com a promessa de proteção do assoalho pélvico, e era realizada de forma rotineira nas mulheres que pariam pela primeira vez, dentre outras situações. Atualmente, sabe-se que não há evidências científicas suficientes que possam respaldar benefícios de tal indicação rotineiramente, a curto ou longo prazo, e que a episiotomia quando realizada de forma seletiva, diminui a ocorrência de traumas perineais severos e de dor durante a alta, além de aumentar o número de mulheres que retomam a vida sexual em um mês (ROCHA E ZAMBERLAN, 2018; BRASIL, 2016; GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA DO PAÍS BASCO, 2010; BRASIL, 2017)

Observamos também melhor desfecho perineal em mulheres que possuíam um parto vaginal prévio, apresentando 30,9% de ocorrência de períneo íntegro, o que pode ser explicado, segundo revisão integrativa de Rocha e Zamberlan (2018), pelo fato dessas mulheres possuírem uma maior elasticidade perineal, devido à experiência vaginal anterior, bem como ausência de cicatrizes perineais prévias.

Considerando a influência dos fatores fetais/neonatais, na apresentação fetal cefálica, houve maior prevalência dos desfechos perineais, favoráveis ou não; enquanto as apresentações pélvicas cursaram mais frequentemente com a ocorrência de períneos íntegros (2,9%). Destacamos que 95% dos partos foram de RNs com apresentação cefálica, logo, a maioria dos desfechos perineais, bons ou ruins, evidentemente aconteceria também nesse grupo, não sendo possível identificar exatamente qual desfecho esteve mais associado a um determinado grupo perineal. Na literatura, só foram encontradas associações que tratassem da associação de variedade de posição occipito-posterior com maiores probabilidades de parto instrumentalizado, episiotomias ou lacerações graves (SIMIC, *et al.*, 2017; PERGIALIOTIS, 2014).

Outro fator fetal/neonatal que demonstrou significância com os desfechos perineais foi a idade gestacional no momento do parto. Nesta população, os nascimentos a termo resultaram em maior prevalência de lacerações de 3º e 4º graus (91,7%); enquanto

os períneos íntegros foram mais decorrentes (23,8%) de partos com RNs pré-termos, visto que estes geralmente são conceptos que possuem menores médias de peso ao nascimento, e, portanto, associam-se a melhores desfechos perineais. Alguns estudos investigaram a relação da idade gestacional com os resultados perineais, no entanto, o que há descrito na literatura é uma maior tendência relacional com a episiotomia. Na Espanha, por exemplo, um artigo mostrou um RR de 1,2 de realização de episiotomias em partos pós-termo, em comparação com nascimentos a termo (BALLESTEROS-MESEGUER, 2016).

Índice de Apgar consiste em uma escala com 5 parâmetros, na qual, através de um exame físico, avalia-se a adaptação e vitalidade do feto à vida extrauterina em seu 1º e 5º minuto após o nascimento. Neste estudo, evidenciamos que índices de Apgar menores ou iguais a 7 no primeiro minuto de vida do RN foram mais frequentemente (30,6%) encontrados no grupo em que houve episiotomia. Estabelecendo uma relação de causa-efeito entre as variáveis, podemos sugerir que as intervenções foram realizadas mediante sinais iminentes de sofrimento fetal, como por exemplo, bradicardia fetal, requerendo ação imediata por parte do profissional, resultando conseqüentemente, em baixos índices de Apgar ao nascimento.

Já no quinto minuto, a maioria dos casos em que o Apgar foi menor ou igual a 7 se deu no grupo de mulheres que apresentaram períneo íntegro (6,2%). Neste caso, uma possível justificativa para essa associação seria a de que o Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, pode estar associado a RNs prematuros, que por terem menor peso e tamanho, resultam em desfechos perineais melhores.

Em estudo realizado com 1.129 parturientes, usuárias de maternidades do Sistema Único de Saúde da cidade de Goiânia, os resultados de vitalidade fetal relacionados ao uso da episiotomia demonstraram em uma média de Apgar de 7,99 no 1º minuto e 9,38 no 5º minuto (SALGE *et al.*, 2012). Sendo assim, embora tais resultados mostrem-se quantitativamente superiores aos encontrados em nossa amostra, qualitativamente sugerem que as intervenções realizadas em nossa instituição, seguem critérios realmente necessários para sua realização.

Podemos perceber então, que no presente estudo, maiores pesos fetais estiveram mais frequentemente relacionados com piores desfechos perineais. Tal fato é corroborado em estudo realizado no Brasil, com 6.365 mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas e concluiu-se que pesos menores que 3150g resultam em maiores chances de períneo íntegro e pesos maiores que 3300g têm 1,6 vezes mais chance de ocorrer lacerações maiores (RIESCO *et al.*, 2011). E ainda, cada 100g no peso ao nascer

se associa a um aumento de 10% nas chances de lacerações envolvendo o esfíncter anal (SMITH *et al.*, 2014).

Em mulheres nulíparas no Novo México, também se encontrou que maior peso médio ao nascer estava associado com maior probabilidade de trauma perineal (3304 vs. 3171 g; $p = 0,001$) e ter um pequeno peso para a idade gestacional (PIG) foi fator protetor, com 7,1% dos recém-nascidos PIG no grupo com períneo intacto ($p = 0,03$) (LAWRENCE *et al.*, 2016).

Com relação aos fatores relacionados à condução assistencial dos profissionais, a ausência de contrações uterinas na admissão e conseqüente necessidade de indução do trabalho de parto, resultou mais frequentemente em lacerações perineais graves, ou seja, de terceiro e quarto graus. Corroborando tais achados, metanálise incluindo 22 estudos ($n = 651.934$) de caso-controle, identificou que mulheres no grupo caso de lacerações graves tiveram taxas significativamente mais altas de indução do parto do que os controles (PERGIALIOTIS, 2014).

Em relação à extensão das lacerações no períneo, análise transversal realizada em São Paulo, mostrou que entre as mulheres que realizaram indução com misoprostol, houve uma média de tamanho de laceração menor, dado que não foi possível identificar em nosso estudo, visto seu caráter retrospectivo (LEITE, 2012).

A amniotomia é uma intervenção bastante frequente em hospitais, apresentando taxas de prevalência entre 40,5% e 87,8% no Brasil (VOGT, SILVA E DIAS, 2014). Em nosso público, a realização de amniotomia se deu em apenas 16,2% dos casos, mas mostrou significância estatística, resultando em maiores prevalências de episiotomia e lacerações de 3º e 4º graus. Portanto, sofrer amniotomia e ainda de forma precoce, em média 6,6cm ($dp \pm 3,0$), se relaciona mais comumente com desfechos perineais desfavoráveis, como presença de episiotomia e lacerações graves.

Tal procedimento aumenta as contrações e contribui para a necessidade de uma cascata de intervenções posteriores, que acabam culminando com uma episiotomia, podendo ter sido evitada se não fossem utilizadas de forma rotineira, gerando complicações iatrogênicas. Sendo assim, o procedimento deve ser utilizado com indicações e no momento correto, não sendo aconselhado em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem (VOGT, SILVA E DIAS, 2014; BRASIL, 2016).

A OMS definiu algumas boas práticas de assistência ao parto, bem como intervenções que se configuram como prejudiciais ao desfecho e/ou satisfação materna ou perinatal. Tais boas práticas, como a presença do acompanhante de livre escolha da

parturiente, disponibilidade de analgesia de parto conforme demanda da mulher e uso seletivo da ocitocina no trabalho de parto ou parto foram investigadas em nosso estudo e mostraram-se significativamente relacionadas com os desfechos perineais encontrados.

Com relação a presença do acompanhante, a Lei Federal 11.108/2005 respalda a presença do mesmo durante todo o período do pré-parto, parto e pós-parto imediato, sendo tal direito resguardado pela instituição em estudo desde 2007 e alcançando a marca de 84% de presença durante o ano de 2015 (BRASIL, 2005; EBSERH, 2016).

A presença do acompanhante esteve mais frequentemente relacionada com as lacerações de 3º e 4º graus (91,3%), no entanto, podemos supor que isso deve-se ao fato da alta frequência de ocorrência desta variável, havendo uma tendência estatística maior à significância. Além do mais, muitos estudos revelam a importância do acompanhante para uma maior satisfação e bem-estar da mulher, não tendo sido encontrados estudos que houvessem avaliado desvantagens associadas com desfecho perineal (OLIVEIRA E ALVES, 2017; SOUZA E GUALDA, 2016; DODOU *et al.*, 2014).

Outra recomendação de boas práticas por importantes instituições é a disponibilidade de analgesia farmacológica, mediante requisição materna. O uso desse método farmacológico de alívio da dor resultou em uma maior prevalência de episiotomia (12,7%); não sendo possível precisar qual tipo de analgesia demandou em maiores riscos. Tal fato pode se justificar devido a fortes evidências de que a analgesia se associa com trabalho de parto prolongado, um aumento na taxa de indução ou aceleração do trabalho de parto e especialmente, ao aumento no risco de parto instrumental, que quase inevitavelmente cursa com o procedimento da episiotomia (RIESCO, 2014).

Metanálise que incluiu 11 estudos e uma amostra de 66.044 mulheres, evidenciou que as lacerações perineais graves também foram relacionadas com o oferecimento de analgesias farmacológica, pois esta prolongaria o período expulsivo, ocasionando uma maior utilização de intervenções obstétricas (PERGIALIOTIS, 2014).

O uso indiscriminado da ocitocina sintética em qualquer momento do trabalho de parto configura-se como uma dessas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (WHO, 1996; 2018).

Em nosso estudo, investigamos o uso da ocitocina exógena em cada um dos períodos clínicos do parto e obtivemos que o hormônio que foi utilizado mais precocemente, nos períodos iniciais do trabalho de parto ou em todos eles, correlacionou-se com a presença de episiotomia. Com base em estudos, podemos supor que uma das causas de infusões desnecessárias de ocitocina, é quando se estabelece o início do trabalho

de parto precocemente, visto que essa condição foi prevalente em nossa amostra; podendo ser considerado um trabalho de parto prolongado, exigindo condução profissional, que mais uma vez cursa com intervenções iatrogênicas.

De forma semelhante, um estudo brasileiro, realizado mediante análise de 281 prontuários e cujo objetivo era analisar a ocorrência de lacerações perineais associadas ao uso de ocitocina sintética no trabalho de parto, obtivemos que este uso se associou com a ocorrência de lacerações de 3º grau (50%) e episiotomias (55,7%), não sendo possível identificar em qual fase ocorreu maior risco (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Por outro lado, em âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde recomenda a administração de 10 UI de ocitocina sintética no terceiro estágio do trabalho parto, com vistas a evitar a ocorrência de hemorragia puerperal, condição que se configura como uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo (BRASIL, 2011). Nesse contexto, em nosso estudo, a utilização do hormônio sintético nesta fase teve associação com resultados perineais positivos e ocorrência de períneo íntegro (84,4%), visto que após a expulsão total do feto, tal medicamento não influenciará na condição do períneo.

Com relação ao momento do parto, o uso do fórceps foi associado à realização de episiotomia (13,3%), mesmo tendo ocorrido em um pequeno percentual (1,2%). Os protocolos de prática para a condução da episiotomia e as diretrizes internacionais, como o National Institute for Health and Care Excellence (*NICE*) recomendam que a episiotomia seja utilizada em casos onde há suspeita de comprometimento fetal ou na necessidade de parto instrumental, o que justifica a presença de significância estatística em nosso estudo (WU, 2013).

Em uma grande revisão da literatura com metanálise, envolvendo 651.934 sujeitos, foram identificadas também taxas significativamente mais altas de laceração perineal de terceiro ou quarto grau entre os partos vaginais instrumentalizados, especialmente com uso do fórceps metálico; associação lógica quando relembramos que as episiotomias favorecem a ocorrência de lacerações graves (PERGIALIOTIS, 2014). Além disso, o parto por fórceps foi associado a um aumento de três vezes e meia no risco de lacerações envolvendo o esfíncter anal, quando comparado ao parto espontâneo (SMITH *et al.*, 2013).

Os partos que ocorreram nas suítes PPP's (pré-parto, parto e pós-parto) foram mais propensos à presença de lacerações de 3º e 4º graus, enquanto os partos assistidos em locais como emergência, enfermaria ou centro cirúrgico, mostraram maior prevalência de episiotomias. Podemos então sugerir que os trabalhos de parto e parto que acontecem

no âmbito dos PPP's demandam em mais tempo de duração, ficando as mulheres mais sujeitas a todas as intervenções que predispõem a desfechos perineais desfavoráveis, como já foram discutidos até aqui. Por outro lado, os procedimentos ocorridos no centro cirúrgico por exemplo, estão associados a partos que necessitaram de alguma intervenção, como a passagem de um fórceps, que está diretamente relacionado à ocorrência de episiotomias.

Outro ponto que devemos destacar é que a grande maioria (93,8%) dos partos acontece nas suítes PPP's, o que obviamente relaciona-se estatisticamente com as variáveis independentes.

Na extensa revisão de literatura realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), juntamente com o Ministério da Saúde do Brasil, para a criação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal não foram encontradas justificativas para as diferenças entre os diversos ambientes de assistência ao parto hospitalar (suítes PPP, salas de parto isoladas em ambientes cirúrgicos ou não) em relação aos desfechos maternos e perinatais (BRASIL, 2016).

As poucas intercorrências ocorridas durante o trabalho de parto e parto, como distócia de ombros, edema de vulva, período expulsivo prolongado ou retenção placentária, mostrou relação estatística com o procedimento de episiotomia (9,6%). Não podemos precisar exatamente qual intercorrência esteve mais associada ao desfecho perineal, mas em uma análise multivariada de estudo realizado com mulheres inglesas, viu-se que a distócia de ombros estava associada a episiotomia e a uma diminuição na chance de trauma perineal espontâneo, corroborando o que encontramos em nosso estudo (SMITH *et al.*, 2013).

Além do mais, um dos passos para resolução de distócias de ombros em posições supinas é a realização de uma episiotomia ampla, o que também ajuda a justificar nossos achados que se correlacionaram com o referido procedimento (MARQUES E REYNOLDS, 2011)

Com relação ao tempo, as mulheres que passaram em média 4,3 horas em trabalho de parto, obtiveram mais períneo íntegro, enquanto a demora nessa evolução, em média 6,2 horas, cursou com mais prevalência de uma episiotomia. Sabe-se que muitas horas de espera, associada a ansiedade materna e familiar, bem como a postura dos profissionais em não aguardarem o processo fisiológico do trabalho de parto, acabam por culminar com a condução de uma primeira fase com mais intervenções e piores desfechos perineais.

O mesmo aconteceu com relação a segunda fase do trabalho de parto, em que um período expulsivo de em média 80,2 minutos foi mais associado às episiotomias e um período expulsivo mais breve, em média 41,9 minutos, predispôs a períneos íntegros. Percebemos mais uma vez que o tempo é fator crucial para os profissionais diante da decisão de realização de uma episiotomia, o que não encontra respaldo na literatura, visto que consideramos um período expulsivo fisiológico de até 3 horas em primíparas e 2 horas em multíparas (BRASIL, 2016).

Outro cenário foi identificado em um estudo prospectivo realizado na Inglaterra com 2.754 mulheres, o qual mostrou que uma maior duração do segundo estágio do trabalho de parto foi associada a um aumento de 40% nas chances de lacerações espontâneas envolvendo o esfíncter anal para cada minuto de período expulsivo (SMITH *et al.*, 2013).

Um estudo que avaliou o efeito das lacerações perineais na função e anatomia do assoalho pélvico, também identificou que o segundo estágio prolongado está associado à ocorrência de trauma perineal; no entanto, dada a associação entre parto vaginal operatório e episiotomia com trauma do esfíncter anal, não se indica que essas intervenções sejam usadas para encurtar o segundo estágio, a menos que outras indicações estejam presentes (LAWRENCE *et al.*, 2016).

Por tratar-se de centro de referência no Norte/Nordeste em assistência ao parto, bem como campo de atuação para graduação e residência de enfermagem obstétrica, a referida instituição teve um bom resultado com relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, que se encontra disponível de forma individual em cada suíte PPP e fora utilizado em 87,5% dos casos

Algumas dessas técnicas para alívio da dor no trabalho de parto, foram associados à ocorrência de episiotomias, como o uso de chuveiro e do cavalinho; enquanto o uso de outras técnicas, como massagem e respiração consciente, predispôs à lacerações de 1º ou 2º grau. O uso de tais artifícios não invasivos tem sido estudado, estando relacionado a bons resultados no que diz respeito a satisfação materna, não havendo relação direta com a realização de intervenções como episiotomia. O que podemos sugerir é que as mulheres que fizeram uso de variadas técnicas durante o seu trabalho de parto, é porque conseqüentemente tiveram um trabalho de parto mais extenso e ficaram mais sujeitas as intervenções, que são fatores de risco para tais desfechos perineais.

Assim, podemos dizer que os desfechos perineais após o parto, sejam eles positivos negativos, tem importante repercussão para a mulher, seja no âmbito da dor,

estética, vida sexual e até partos futuros (SMITH *et al.*, 2013; CAROCI *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; PERGIALIOTIS, 2014).

Mesmo sendo uma maternidade de nível terciário, os desfechos perineais de um modo geral, foram positivos nesta população, com pequenas prevalências de lacerações graves e episiotomias, dado a utilização de protocolos assistenciais que já estão consolidados por toda a equipe.

É necessário que mais estímulo seja dado à participação efetiva do profissional de enfermagem na assistência ao parto, em detrimento à questões burocráticas; bem como a criação de um protocolo assistencial específico, que seja desenvolvido por e para a assistência de enfermagem obstétrica.

É de suma importância que destaquemos algumas limitações e vieses encontrados durante o desenvolvimento do estudo. Obtivemos perdas amostrais durante a fase de recrutamento de prontuários, pois todo o arquivo da instituição é físico e manual, não havendo nada de forma digital que facilitasse o trabalho de busca dos profissionais do SAME.

O delineamento escolhido para o estudo foi retrospectivo, não havendo a possibilidade de avaliar a ocorrência de outros fatores que poderiam estar relacionados com os desfechos perineais, como manipulação do períneo no período expulsivo, indução de puxos dirigidos e variedade de posição fetal. Além do mais, o estudo foi desenvolvido em ambiente hospitalar e em uma instituição com perfil de acompanhamento de casos de alto risco, o que naturalmente favorece a uma maior prática de intervenções.

Observamos inúmeras subnotificações, com ausência de dados importantes, bem como divergências entre o que era registrado na ficha de monitoramento do Ministério da Saúde e o que de fato era registrado pelos profissionais em evoluções, prescrições ou partograma, especialmente no que diz respeito ao profissional responsável pela assistência ao parto e na posição do parto.

Por fim, observamos que nos partos assistidos por enfermeiras obstetras houve uma menor chance de ocorrência de episiotomia, e que fatores assistenciais, maternos, fetais/neonatais influenciam nos desfechos perineais, necessitando de uma análise multivariada para estabelecer quais os fatores mais importantes nestes desfechos. Assim, ficou claro que uma intervenção quando realizada de forma precoce ou sem real indicação, acaba por gerar uma cascata de outras intervenções, causando nas mulheres desfechos iatrogênicos e facilmente evitáveis.

Sobretudo, devemos destacar que um modelo de prática colaborativa, com uma equipe multiprofissional atuando dentro de sua área de competência pode contribuir para melhores resultados perinatais e de satisfação à mulher.

7 CONCLUSÕES

Identificamos que taxas de episiotomia e laceração grave forem maiores nos partos assistidos por médicos obstetras/residentes, com 5,3 vezes mais chances (IC95% 2,25-12,83) de ocorrer episiotomia.

Apenas um fator materno foi relacionado aos desfechos perineais: a paridade, indicando que as multíparas resultaram em mais períneos íntegros e as nulíparas foram mais propensas a sofrerem episiotomia. Fatores fetais/neonatais (apresentação cefálica, idade gestacional a termo, Apgar no 1º/5º minuto e maior peso fetal) estiveram associados a desfechos perineais desfavoráveis, como lacerações graves e episiotomia e por fim, os fatores assistenciais e a condução do trabalho de parto no sentido das boas práticas, como: indução do trabalho de parto, realização de amniotomia precoce, presença do acompanhante, uso de analgesia farmacológica e de ocitocina precoce, parto instrumentalizado com fórceps, local do parto, intercorrências obstétricas, tempo de trabalho de parto e expulsivo e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como chuveiro e cavalinho, demonstraram relação com lacerações espontâneas e a realização de episiotomias.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade.** Brasília: ANVISA, 2014.

AYTAN, H.; TAPISIZ, O.L.; TUNCAY, G.; AVSAR, F.A. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 121, n.1, p.46-50, 2005.

BALLESTEROS-MESEGUER, C.; CARRILLO-GARCÍA, C.; MESEGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 Junho 1986. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm>. Acesso em: 02/01/2017.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 25/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 50p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde, 381p. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**, v. 38, n. 5, p. 265-70, 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 Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 366-71, 2010.

DIORGU, F.C.; STEEN, M.P.; KEELING, J.J.; MASON-WHITEHEAD, E. Mothers and Midwives Perceptions of Birthing Position and Perineal Trauma: An Exploratory Study. **Women Birth**, v. 29, n. 6, p. 518-523, 2016.

DODOU, H.D.; RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E.M.; GUEDES, M.V.C.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

DUDDING, T.C.; VAIZEY, C.J.; KAMM, M.A. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. **Annals of Surgery**, v. 247, n. 2, p. 224-237, 2008.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Indicadores de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento - Rede Cegonha 2016**. Disponível em: <<http://www.meac.ufc.br>>. Acesso em: 12/01/2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Produção Assistencial 2016**. Disponível em: <<http://www.meac.ufc.br>>. Acesso em: 12/01/2017.

FIGUEIREDO, G.S. et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 181-5, 2011.

FONTE, D.O.; MONTEFUSCO, S.R.A. A importância da presença do acompanhante junto a parturiente e seu bebê. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP**, v. 3, n. 2, p. 127-136, 2017.

FULLERTON, J.T.; HOLLENBACH, K.A.; WINGARD, D.L. Practice Styles. A Comparison of Obstetricians and Nurse-Midwives. **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 41, n. 3, p. 243-50, 1996.

FRIEDMAN, A.M. et al. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 125, n. 4, p. 927-937, 2015.

GAMA, S.G.N.; VIELLAS, E.F.; TORRES, J.A.; BASTOS, M.H.; BRUGGEMANN, O.M.; THEME FILHA, M.M.; SCHILITZ, A.O.C.; LEAL, M.C. Labor and Birth Care by Nurse With Midwifery Skills in Brazil. **Reproductive Health**, v., 13, n. 1, p. 225-33, 2016.

GEMMA, M. **Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal**: estudo transversal. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GRAHAM, S.B.; CATANZARITE, V.; BERNSTEIN, J.; VARELA-GITTINGS, F. A Comparison of Attitudes and Practices of Episiotomy Among Obstetrical Practitioners in New Mexico. **Ser. Sci. Med**, v. 31, n. 2, p. 191-201, 1990.

GRUPO DE TRABALHO DO GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS COM O PARTO NORMAL. **Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal**. Vitória – Gasteiz: Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 316 p, Out, 2010.

HANDA, V.L. et al. Pelvic Floor Disorders 5-10 Years After Vaginal or Cesarean Childbirth. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 4, p. 777-784, 2011.

HARVEY, S.; JARRELL, J.; BRANT, R.; STANTON, C.; RACH, D. A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. **Birth**, v. 23, n. 3, p. 128-35, 1996.

JOHANTGEN, M.; FOUNTAIN, L.; ZANGARO, G.; NEWHOUSE, R.; STANIK-HUTT, J.; WHITE, K. Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008. **Women's Health Issues**, v. 22, n. 1, p. 73–81, 2012.

KALIS, V.; LAINE, K.; DE LEEUW, J.W.; ISMAIL, K.M.; TINCELLO, D.G. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. **BJOG**, v. 119, n. 5, p. 522-6, 2012.

KING, T.L.; PINGER, W. Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 59, n. 6, p. 572-85, 2014.

LANDY, H.J. et al. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery. **Obstet Gynecol**, v.117, n. 3, p. 627-635, 2011.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L.; FRIAS, P.G.; CAVALCANTE, R.S.; CUNHA, A.J.L.A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 192-207, 2014.

LAWRENCE, L.; REBECCA, R.; BORDERS, NOELLE.; DUSTY, T.; CLIFFORD, Q. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at six months

postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. **Birth**. V. 43, n. 4, p. 293-302, 2016.

LEAL, M.C; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014.

LEITE, J.S. **Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARQUES, J.B.; REYNOLDS, A. Distócia de ombros: Uma Emergência Obstétrica. **Acta Med Port**, v. 24, p. 613-620, 2011.

MEDEIROS, M.Q.; FEITOSA, F.E.L.; PINHEIRO, A.K.B.; CARVALHO NETO, R.H.; FIRMIANO, M.L.V.; MESQUITA, D.R.; AUGUSTO, L.C.C.; CARVALHO, F.H.C. Characterization of Obstetric Assistance at Labor and Childbirth in Low-Risk Women on a Maternity of Reference to Maternal and Child Health. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 124, 2017.

MIKOLAJCZYK, R.T.; ZHANG, J.; TROENDLE, J.; CHAN, L. Risk Factors for Birth Canal Lacerations in Primiparous Women. **Am J Perinatol**, v. 25, n. 5, p. 259-264, 2008.

MONTEIRO, M.V.C. et al. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. **Int Urogynecol J**, 2015.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13ª ed. Guanabara, 2017.

OAKLEY, D.; MURRAY, M.E.; MURTLAND, T.; HAYASHI, R.; ANDERSEN, H.F.; MAYES, F.; ROOKS, J. Comparisons of Outcomes of Maternity Care by Obstetricians and Certified Nurse-Midwives. **Obstet Gynecol**, v. 88, n. 5, p. 823-9, 1996.

OLIVEIRA, L.S. et al. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. **Sao Paulo Med J**, v. 132, n. 4, p. 231-238, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID, 1996.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, p. 105-117, 2010.

PEREIRA, A.L.F.; ARAÚJO, C.S.; GOUVEIA, M.S.F.; POTTER, V.M.B.; SANTANA, A.L.S. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 831-40, 2012.

PERGIALIOTIS, V.; VLACHOS, D.; PROTOPAPAS, A.; PAPPAS, K.; VLACHOS, G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 125, n. 1, p. 6-14, 2014.

RIESCO, M.L.G. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011.

ROCHA, B.D.; ZAMBERLAN, C. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 12, n. 2, p. 489-98, 2018.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS GREEN-TOP GUIDELINE. **The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears**, n. 29, Jun. 2015.

SALGE, A.K.M.; LÔBO, S.F.; SIQUEIRA, K.M.; SILVA, R.C.R.; GUIMARÃES, J.V. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 779-85, 2012.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-8, 2012.

SCARABOTTO, L.B.; RIESCO, M.L.G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.

SCHETTINI, N.J.C.; GRIBOSKI, R.A.; FAUSTINO, A.M. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 932-40, 2017.

SCHMITZ, T.; ALBERTI, C.; ANDRISS, B.; MOUTAFOFF, C.; OURY, J.F.; SIBONY, O. Identification of women at high risk for severe perineal lacerations. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 182, p. 11-15, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SMS/RJ. **Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/161.pdf>>. Acesso em: 16 de outubro de 2015.

SIMIC, M.; CNATTINGIUS, S.; PETERSSON, G.; SANDSTRÖM, A.; STEPHANSSON, O. Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 72, 2017.

SMITH, L.A.; PRICE, N.; SIMONITE, V.; BURNS, E.E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 7, n. 13, 2013.

SOUZA, S.R.R.K.; GUALDA, D.M.R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, 2016.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Editora Harbra, 1986.

SULTAN, A.H.; KAMM, M.A.; HUDSON, C.N.; BARTRAM, C.I. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. **BMJ**, v. 308, p 887-891, 1994.

VOGT, S.E.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 8, n. 2, p. 304-13, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth**: A guide for midwives and doctors. WHO Department of Reproductive Health na Research; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

WU, L.C., MALHOTRA, R., ALLEN JR, J.C.; LIE, D.; TAN, T.C.; OSTBYE, T. Risk Factors and Midwife-Reported Reasons for Episiotomy in Women Undergoing Normal Vaginal Delivery. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 288, p. 1249-56, 2013.

3 SEGUNDO PRODUTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

SABRINE RODRIGUES FEITOZA

RELATÓRIO TÉCNICO DE PESQUISA
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, MATERNO,
FETAL/NEONATAL E ASSISTENCIAL DOS PARTOS VAGINAIS OCORRIDOS
EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM FORTALEZA, CE

FORTALEZA

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	63
2. OBJETIVOS	65
3. RESULTADOS	
3.1 Lacerações perineais versus episiotomia	66
3.2 Perfil sociodemográfico, materno, fetal/neonatal e assistencial	66
3.3 Dificuldades e limitações	73
3.4 Sugestões ao serviço	74
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77

1. INTRODUÇÃO

Culturalmente, o surgimento de um novo ser constitui-se como evento único na vida da mulher e sua família, repleto de fortes sentimentos e emoções e que deixará marcas indeléveis em sua memória e, por isso, todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar uma atmosfera de carinho e humanismo. No entanto, nas últimas décadas, vimos a assistência obstétrica no mundo tomando diferentes rumos, indo desde a medicalização do parto e retirada da autonomia dessa mulher, até a mais recente busca pelas boas práticas, respeitando o evento fisiológico e natural de nascer (BRASIL, 2014).

Mesmo com o largo acesso a tecnologia, não tivemos resultados compativelmente satisfatórios no que concerne a redução de mortalidade materna e neonatal, fazendo com que a preocupação com políticas de humanização e condutas obstétricas tenha se tornado de interesse público nos últimos anos. No Brasil, políticas públicas foram direcionadas a esta causa, como a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, que fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do pré-natal, parto e do puerpério (BRASIL, 2002; 2011; 2014).

Há mais de 30 anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde vem preocupando-se com a segurança materna e fetal e promovendo discussões em conferências e elaborando documentos para subsidiar práticas humanizadas. Em 1996, a OMS publicou uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deveria e o que não deveria ser feito no processo do parto. Atualmente, há 56 recomendações de boas práticas na assistência em todos os períodos clínicos do parto, sendo 26 delas inéditas e 30, reformuladas a partir das diretrizes já existentes (WHO, 1996; 2018).

Objetivando o estabelecimento de práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: Recomendado - indica que a intervenção ou opção deve ser implementada; Não recomendado - indica que a intervenção ou opção não deve ser implementada; Recomendado apenas em contextos específicos - indica que a intervenção ou opção é aplicável apenas à condição, configuração ou população especificada na

recomendação e só deve ser implementada nesses contextos; Recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa - indica que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção, podendo ser empreendida em grande escala, desde que tome a forma de pesquisa (WHO, 2018).

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal” mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar (BRASIL, 2014).

Corroborando a realidade da violência obstétrica há muito tempo vivenciada no país, a pesquisa Nacer no Brasil afirma que um quarto das mulheres não tem seus direitos respeitados no momento do parto e que somente 25,6% das mulheres puderam alimentar-se durante o trabalho de parto; 19,8% tiveram direito a acompanhante; 46,3% puderam movimentar-se livremente; e para menos de um terço (28%) das mulheres foram oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Ainda, condutas claramente proscritas continuam a ser utilizadas de forma indiscriminada, como a Manobra de Kristeller (37,3%) e a episiotomia (56,1%) (LEAL et al., 2014).

Levando em consideração este panorama assistencial obstétrico em nosso país, emergiu a necessidade de se conhecer o perfil das mulheres atendidas em uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza, bem como a assistência prestada às mesmas na referida instituição, que tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém nascido e cujas ações assistenciais focam, prioritariamente, nos princípios da humanização, com cultura participativa, trabalho integrado e interdisciplinar.

2. OBJETIVOS

- Descrever a incidência de lacerações perineais e episiotomia em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico, materno, fetal/neonatal e assistencial dos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE;
- Descrever as dificuldades e limitações encontradas na execução da pesquisa;
- Suscitar questões que podem ser otimizadas na assistência e registro de informações do serviço.

3. RESULTADOS

Foram coletados e analisados 974 prontuários de mulheres que se submeteram a parto vaginal no ano de 2015 e os resultados seguem descritos abaixo:

3.1 Lacerações perineais versus episiotomia

Analisando-se descritivamente as variáveis dependentes, temos que na grande maioria dos partos não foi realizada episiotomia (n=902; 93,6%), obtendo a instituição uma taxa de 6,4% do procedimento. Quanto às lacerações perineais espontâneas, a maioria dos partos resultou em períneo íntegro (n=392; 42,8%) e quando houve lacerações, 29,5% (n=270) foram leves 1º grau), com uma taxa de apenas 2,8% de lacerações graves (Tabela 7).

Tabela 7: Resumo quantitativo das variáveis dependentes

Variável	n (%)
Episiotomia	
Não	902 (93,6)
Sim	62 (6,4)
Laceração	
Não	392 (42,8)
Sim, 1º grau	270 (29,5)
Sim, 2º grau	228 (24,9)
Sim, pelo menos 3º grau	26 (2,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

3.2 Perfil sociodemográfico, materno, fetal/neonatal e assistencial

Na Tabela 8, apresenta-se o perfil sociodemográfico, identificando-se que as mulheres possuíam uma média de idade de 23,6 anos (dp±6,8), predominantemente de cor/raça parda (n=899; 92,3%), nível de escolaridade até o ensino fundamental (n=471; 48,3%) e com parceiro fixo (n=710; 72,9%).

Tabela 8: Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a parto vaginal em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

Variável	n (%)
Raça/cor	
Amarela	5 (0,5)
Branca	52 (5,3)
Indígena	1 (0,1)
Negra	12 (1,2)
Parda	899 (92,3)
Sem informação	5 (0,5)
Escolaridade	
Até o ensino fundamental	471 (48,3)
Até o ensino médio	459 (47,1)
Até o ensino superior	44 (4,6)
Estado civil/União	
Com companheiro	710 (72,9)
Sem companheiro	264 (27,1)
	média (dp)
Idade	23,6 (6,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Com relação às variáveis das condições maternas, quase a totalidade (n=964; 99%) das gestações eram únicas e a maior parte das mulheres não possuíam partos vaginais (n=556; 57,1%) ou cesáreas prévias (n=910; 93,4%) e nem abortamentos (n=910; 93,4%) anteriores. De um modo geral, as pacientes iniciaram o pré-natal com 14,3 semanas (dp±6,7) e pesando 60,7g (dp±12,8), havendo médias de aumento para 69,6 (dp±12,8) ao fim, com 35,6 semanas (dp±3,9) (Tabela 9).

Tabela 9: Perfil das condições maternas de mulheres submetidas a parto vaginal em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

Variável	n (%)
Tipo de gestação	
Gemelar	10 (1.0)
Única	964 (99.0)
Número de partos vaginais prévios	
0	556 (57.1)
1	238 (24.4)
2	105 (10.8)
Pelo menos 3	63 (6.5)
Ignorado/sem registro	12 (1.2)
Número de cesarianas prévias	
0	910 (93.4)
Pelo menos 1	50 (5.2)
Ignorado/sem registro	14 (1.4)
Abortamentos prévios	
0	788 (80.9)
1	133 (13.7)
Pelo menos 2	40 (4.1)
Ignorado/sem registro	13 (1.3)
Peso da paciente na PRIMEIRA consulta de pré-natal	60,7 (12,8)
Idade gestacional na PRIMEIRA consulta de pré-natal	14,3 (6,7)
Peso da paciente na ÚLTIMA consulta de pré-natal	69,6 (12,8)
Idade gestacional na ÚLTIMA consulta de pré-natal	35,6 (3,9)
Intervalo interpartal (em MESES)	70,1 (50,5)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quanto as condições fetais e/ou neonatais, a grande maioria (n=925; 95%) dos fetos estavam em apresentação cefálica e nasceram a termo, com uma média de idade gestacional de 38 semanas (dp±3,1) e pesando 3056,6g (dp±578,2). A avaliação da adaptação à vida extrauterina também foi considerada excelente, obtendo-se escore médio de Apgar de 8,1 (dp±1,4) no primeiro minuto e de 8,9 no 5º minuto (dp±0,8) (Tabela 10).

Tabela 10: Perfil das condições fetais/neonatais dos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

Condições fetais/neonatais	n (%)
Apresentação do primeiro feto	
Cefálico	925 (95,0)
Ignorado/sem registro	36 (3,7)
Pélvico	13 (1,3)
	média (dp)
Idade gestacional no momento do parto atual	38,0 (3,1)
Peso do feto (em gramas)	3056,6 (578,2)
Apgar no 1º minuto	8,1 (1,4)
Apgar no 5º minuto	8,9 (0,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Sobre as condições assistenciais e boas práticas (Tabela 11), a maior parte (n=862; 88,5%) dos trabalhos de parto tiveram início de forma espontânea, com dilatação média do colo do útero de 5,4 cm (dp±2,9), apresentava membranas amnióticas íntegras (n=613; 62,9%) e possuíam contrações uterinas (n=862; 88,5%) eussistólicas (n=508; 52,2%).

Quanto a realização das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), 56,9% (n=554) das parturientes não receberam venóclise, não ficaram em jejum (n=823; 84,5%) e tiveram o direito à presença do acompanhante respeitado (n=783; 80,4%) (Tabela 11).

O tempo de duração média do trabalho de parto, considerando-se a partir do trabalho de parto ativo até o momento da expulsão do concepto, foi de 4,8 horas (dp±5,4); enquanto a duração do período expulsivo, a partir da dilatação completa até o momento da expulsão do concepto, foi de 48,9 minutos (dp±53,8), de acordo com o partograma que foi utilizado em 95,6% dos casos (n=931) (Tabela 11).

Os partos vaginais ocorridos, em sua maioria, não tiveram amniotomia (n=715; 73,4%) e nem analgesia farmacológica (n=862; 88,5%), não foram instrumentalizados (n=940; 96,5%), sendo apenas 1,2% (n=12) com fórceps e em 2,3% (n=22) dos casos, não foi possível identificar o tipo de parto pela falta de registro no instrumento. O local no qual ocorreram a maior parte dos partos foi nos quartos PPP's (n=914; 93,8%), em posição semideitada (n=677; 69,5%) ou deitada (n=158; 16,2%) e assistido por médicos obstetras ou residentes (n=611; 62,7%). Os partos assistidos por enfermeiras obstetras ou residentes de enfermagem obstétrica representaram 36,7% (n=357) da amostra (Tabela 11).

Não houveram intercorrências na maioria dos partos vaginais ocorridos (n=771; 79,2%) e as intercorrências registradas, como distócia de ombros (n=6; 0,6%), edema de vulva (n=1; 0,1%), período expulsivo prolongado (n=2; 0,2%) e retenção placentária (n=5; 0,5%) representaram um percentual bem pequeno. No entanto, a falta de registro em uma grande parte dos prontuários (n=189; 19,4%) chamou atenção pois isso acaba por mascarar a realidade das ocorrências (Tabela 10).

Tabela 11: Perfil das condições assistenciais e boas práticas nos partos vaginais ocorridos em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

Condições assistenciais	n (%)
Início de trabalho de parto	
Espontâneo (sem uso de métodos de indução)	862 (88,5)
Ignorado/sem registro	7 (0,7)
Induzido, usado misoprostol E ocitocina	16 (1,6)
Induzido, usado SOMENTE misoprostol	72 (7,4)
Induzido, usado SOMENTE ocitocina	17 (1,7)
Membranas amnióticas íntegras na admissão	
Ignorado/sem registro	54 (5,5)
Não	307 (31,5)
Sim	613 (62,9)
Utilização de partograma	
Não	43 (4,4)
Sim	931 (95,6)
Presença de contrações uterinas na admissão	
Ignorado/sem registro	16 (1,6)
Não	96 (9,9)
Sim	862 (88,5)
Características das contrações	
Bradissistolia (< 3 contrações uterinas em 10 minutos)	78 (8,0)
Eussistolia	508 (52,2)
Sem registro/dados insuficientes	380 (39,0)
Taquissistolia (> 5 contrações em 10 minutos)	8 (0,8)
Venóclise	
Ignorado/sem registro	107 (11,0)
Não	554 (56,9)
Sim	313 (32,1)
Jejum	
Ignorado/Sem registro	55 (5,6)
Não	823 (84,5)
Sim	96 (9,9)
Presença de acompanhante	
Ignorado/Sem registro	3 (0,3)
Não	53 (5,4)
Sim	135 (13,9)
Sim	783 (80,4)

Amniotomia	
Ignorado/sem registro	101 (10,4)
Não	715 (73,4)
Sim	158 (16,2)
Uso de analgesia farmacológica	
Ignorado/sem registro	78 (8,0)
Não	862 (88,5)
Sim	34 (3,5)
Se sim na questão anterior, qual foi	
Peridural	19 (57,6)
Raquianestesia	11 (33,3)
Raquianestesia, Peridural	3 (9,1)
Tipo de parto	
Sem registro	22 (2,3)
Vaginal com forceps	12 (1,2)
Vaginal sem intervenção	940 (96,5)
Local do parto	
Centro cirúrgico	14 (1,4)
Emergência	25 (2,6)
Enfermaria	2 (0,2)
Externo (domiciliar, durante o transporte ou hospital externo)	1 (0,1)
Quarto PPP	914 (93,8)
Sem registro	18 (1,8)
Posição da paciente no momento do parto	
Cócoras	31 (3,2)
Deitada	158 (16,2)
Gaskin (de quatro)	6 (0,6)
Ignorado/sem registro	23 (2,4)
Lateral	74 (7,6)
Semi-deitada	677 (69,5)
Sentada	5 (0,5)
Intercorrências	
Distócia de ombros	6 (0,6)
Edema de vulva	1 (0,1)
Período expulsivo prolongado	2 (0,2)
Retenção placentária	5 (0,5)
Sem intercorrências	771 (79,2)
Sem registro	189 (19,4)
Assistente do parto	
Enfermeira obstetra/residente	357 (36,7)
Ignorado/sem registro	6 (0,6)
Médico obstetra/ residente	611 (62,7)
	média (dp)
Dilatação do colo de útero no momento da admissão (em centímetros)	5,4 (2,9)
Tempo de bolsa rota (em HORAS)	15,6 (47,8)

Dilatação no momento em que foi feita a amniotomia (em centímetros)	8,4 (1,6)
Tempo (em horas) de trabalho de parto	4,8 (5,4)
Tempo (em minutos) de período expulsivo	48,9 (53,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor foram largamente utilizados por 87,5% (n=852) das parturientes, sendo os mais utilizados a massagem ou respiração consciente (n=742; 76,2%), seguido do banho de aspersão com chuveiro (n=344; 35,3%) e do cavalinho (n=230; 23,6%) (Tabela 12).

O uso da ocitocina, hormônio sintético que produz contrações uterinas, foi utilizado em praticamente todos os trabalhos de parto e partos, por 97,9% (n=954) das mulheres, sendo que 80% (n=763) deste uso se deu no 3º estágio do trabalho de parto e apenas 5,8% (n=55) dos casos foram conduzidos com a administração da ocitocina por via endovenosa e sendo administrada em todos os períodos clínicos do parto (Tabela 12).

Tabela 12: Resumo descritivo do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e ocitocina em uma maternidade de referência em Fortaleza, CE.

Condições assistenciais	n (%)
Usou método não farmacológico para alívio da dor?	
Sim	852 (87,5)
Não	55 (5,6)
Sem registro	67 (6,9)
Método não farmacológico usado para alívio da dor	
Chuveiro	344 (35,3)
Bola	217 (22,3)
Escada de Ling	51 (5,2)
Cavalinho	230 (23,6)
Acupuntura	2 (0,2)
Outro (massagem, respiração)	742 (76,2)
Fez uso de ocitocina?	
Sim	954 (97,9)
Não	9 (0,9)
Sem registro	11 (1,1)

Estágios mutuamente exclusivos

Exclusivamente no 1º estágio	11 (1,2)
Exclusivamente no 2º estágio	4 (0,4)
Exclusivamente no 3º estágio	763 (80,0)
1º e 2º estágios simultaneamente	1 (0,1)
1º e 3º estágios simultaneamente	45 (4,7)
2º e 3º estágios simultaneamente	75 (7,9)
Todos os estágios simultaneamente	55 (5,8)

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

3.3 Dificuldades e limitações

Algumas dificuldades e limitações foram encontradas durante o desenvolvimento do estudo, trazendo possíveis vieses para o mesmo. Durante a fase de coleta de dados, para termos acesso ao número do prontuário, era necessário que as informações fossem solicitadas na neonatologia e o nome de cada paciente pesquisado individualmente no sistema informatizado da instituição, que em muitas situações não lograva êxito por divergências na escrita do nome da paciente, letras ilegíveis nos registros ou até mesmo duplicação e/ou homônimos de paciente no sistema.

Na fase de recrutamento de prontuários, nos deparamos com outra dificuldade, pois todo o arquivo da instituição é físico e o sistema de busca dos profissionais do SAME é manual, impossibilitando o acesso quando o prontuário não era encontrado ou quando o mesmo estava sendo utilizado para outra finalidade (consultas ou outras pesquisas), o que foi responsável por uma taxa média de perdas de 21,4%.

De posse dos prontuários, observamos inúmeras subnotificações de dados importantes e até mesmo ausência da “Ficha de monitoramento: avaliação da assistência ao parto e nascimento”, do Ministério da Saúde. Os dados que apresentaram maiores porcentagens de subnotificação foram: a ocorrência de intercorrências, uso de venóclise, realização de amniotomia e do uso de analgesia farmacológica, com dados ausentes em 19,4%, 11%, 10,4% e 8% dos casos, respectivamente. Em outros casos, a porcentagem de dados ignorados é maior até do que as opções das variáveis, como pudemos perceber na variável “apresentação do primeiro feto”, na qual a opção “ignorado/sem registro” aconteceu em 3,7% dos casos, enquanto a opção “pélvico”, em 1,3% (Tabela 9).

Além do mais, outros dados sequer fazem parte do instrumento oficial da instituição, como é o caso da variável “característica das contrações”, de suma importância quando se quer correlacionar o uso devido da ocitocina no trabalho de parto com o padrão de dinâmica uterina. Este dado teve um alto índice de perda (39%), pois o mesmo adveio da avaliação do partograma, em que muitos casos, não há registro do profissional. Porém, o preenchimento adequado do partograma é necessário que seja avaliado em estudos posteriores.

Houve também divergências entre o que estava registrado na ficha de monitoramento e o que de fato era registrado pelos profissionais em evoluções, prescrições ou partograma, especialmente no que diz respeito ao profissional responsável pela assistência ao parto, realização de episiotomia e a posição assumida pela parturiente no parto.

Vale destacar ainda que a perda ou registros errôneos de tais dados poderiam ser ainda maiores, não fosse o processo minucioso de análise de prescrições médicas, partogramas, declarações de nascido vivo e evoluções dos profissionais desde a admissão da paciente, que fora realizado pela equipe de pesquisadores, os quais eram profissionais treinados e conhecedores da rotina do serviço e da área de obstetrícia.

Em nossos achados, identificamos que somente em dez prontuários foram evidenciados a presença de lacerações e episiotomias de forma concomitante, sendo um número bem abaixo do esperado para uma grande amostragem, visto que outros estudos mostram a episiotomia com um fator de risco para laceração grave, não sendo possível realizar esta análise neste estudo. Da mesma forma, avaliando-se a tabela 1 e os baixos índices de laceração e episiotomia encontrados, emerge uma inquietação quanto ao conhecimento dos profissionais com relação à classificação das lacerações, isoladas ou na presença também de episiotomias; dado o perfil de escola da instituição, que serve de campo para muitos alunos de graduação ou pós-graduação, ainda em franco processo de aprendizagem.

3.4 Sugestões ao serviço

De posse de tudo que foi acima colocado, sugerimos que alguns pontos sejam levados em consideração para posteriores melhoras do serviço.

A criação de um livro de registros com dados completos das admissões e partos ocorridos no centro obstétrico, seria de grande valia para consultas posteriores com

fins científicos ou assistenciais. Dentre os dados essenciais, estão: nome completo da paciente, idade, data da sua admissão, número do prontuário, nome da mãe (para diferenciar homônimos) e desfechos (parto vaginal, cesárea ou outros).

Como um hospital de nível terciário e de grande porte, que atende demandas de todo o estado e é polo apoiador da humanização no parto e nascimento em todo o Norte e Nordeste, é essencial que propostas de informatização dos registros sejam levados à gestão, assim teríamos registros de fácil acesso, seguros, fidedignos e sustentáveis.

Com relação às dificuldades no preenchimento de dados, sugere-se que sensibilizações e treinamentos sejam fornecidos à equipe, afim de que todos conheçam a importância do adequado preenchimento para tabulação de dados reais para a instituição e para o Ministério da Saúde. Nos últimos anos, a instituição tem recebido muitos profissionais advindos de seleção pública, fazendo-se necessário que capacitações contínuas (admissionais e periódicas) sejam fornecidas a estes novos profissionais, para que incorporem a rotina do serviço. Além do mais, auditorias e monitorizações em amostragens aleatórias de prontuários seriam uma boa estratégia de acompanhamento da efetividade das capacitações.

Por ser campo de estágio para graduações e residências multiprofissionais, é fundamental que tais alunos recebam treinamento quanto às rotinas do serviço e boas práticas antes de iniciarem suas atividades, afim de que trabalhem em consonância com os valores assistenciais da maternidade, sem termos regressões nos números dos indicadores ou em divergências de condutas.

Vale destacar ainda que, embora o enfermeiro obstetra esteja inserido na assistência ao parto, a sua participação ativa no processo de partejamento e recebimento do concepto deixa a desejar, dado as grandes demandas burocráticas assumidas pelo mesmo. Desta forma, faz-se necessário que mais estímulos sejam fornecidos para que este profissional possa assumir a assistência aos partos de risco habitual de forma integral, conforme o recomendado pelas grandes instituições nacionais e mundiais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos pontos que precisam ser otimizados, como criação de um livro de registros com dados mais completos das admissões no centro obstétrico, bem como a informatização dos prontuários.

Treinamentos contínuos precisam ser oferecidos à equipe, com vistas à conscientização do adequado preenchimento da ficha de monitoramento do Ministério da Saúde, bem como para alunos e profissionais que estão ingressando, no que concerne aos fluxos e boas práticas executadas no serviço.

Mais incentivo precisa ser dado à participação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, em detrimento de processos burocráticos, com vistas na crescente melhoria dos indicadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 28 p., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 45 p., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4), 2014.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Produção Assistencial 2017**. Disponível em: <<http://www.meac.ufc.br>>. Acesso em: 19/06/2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32,2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: OPAS/USAID,1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de coleta de dados publicado no *Google Forms***QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE LACERAÇÃO PERINEAL DE CAUSA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADE TERCIÁRIA DE FORTALEZA-CE****Número do prontuário****Telefone com DDD****Idade da paciente****Raça/cor**

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Negra
- Parda
- Sem informação

Peso da paciente na PRIMEIRA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Idade gestacional na PRIMEIRA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Peso da paciente na ÚLTIMA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Idade gestacional na ÚLTIMA consulta de pré-natal

Buscar a xerox do cartão de pré-natal

Escolaridade

- Analfabeto
- Lê e escreve pelo menos um bilhete
- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo

- Ensino superior incompleto
- Pós-graduação
- Sem informação

Estado civil/União

As opções: "Convive com companheiro e filho", "Convive com companheiro com laços conjugais" serão consideradas como: "COM COMPANHEIRO". As opções: "Convive com familiares sem companheiro", "Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos" e "Vive só" serão consideradas: "SEM COMPANHEIRO"

- Com companheiro
- Sem companheiro

Data do parto atual**Intervalo interpartal**

Colocar em MESES e considerar o intervalo entre a data do último parto e a data do parto atual.

Número de partos vaginais prévios (excluindo-se o atual)**Idade gestacional no momento do parto atual**

Considerar semanas COMPLETAS. Considerar o CAPURRO SOMÁTICO na Declaração de Nascido Vivo.

Número de partos cesarianas prévios**Abortamentos prévios****Tipo de gestação**

- Única
- Gemelar
- Trigemelar ou mais

Apresentação do primeiro feto

- Cefálico
- Pélvico
- Ignorado/sem registro

Início de trabalho de parto

Se esta informação não estiver clara na ficha de indicadores, buscar no partograma/evoluções médicas.

- Espontâneo (sem uso de métodos de indução)

- Induzido, usado SOMENTE misoprostol
- Induzido, usado SOMENTE ocitocina
- Induzido, usado misoprostol E ocitocina
- Ignorado/sem registro

Dilatação do colo de útero no momento da admissão (em centímetros)

Registrar o que tem na ficha

Membranas amnióticas íntegras na admissão

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Tempo de bolsa rota

Se mulher com membranas não íntegras, colocar o tempo em HORAS.

Utilização de partograma

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Presença de contrações uterinas na admissão

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Venóclise

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Características das contrações

Buscar esse dado no partograma. Se apenas um registro, considerar o que foi registrado.

- Eussistolia
- Taquissistolia (> 5 contrações em 10 minutos)
- Bradissistolia (< 3 contrações uterinas em 10 minutos)
- Sem registro/dados insuficientes

Método não farmacológicos para alívio da dor

- Não
- Chuveiro
- Bola
- Escada de ling
- Cavalinho

- Acupuntura
- Outro (massagem, respiração)
- Sem registro

Jejum

- Sim
- Não
- Ignorado/Sem registro

Presença de acompanhante

- Sim
- Não
- Ignorado/Sem registro

Quanto ao uso de ocitocina

Selecionar o momento em que a ocitocina foi iniciada (pode ser checado no partograma ou na prescrição)

- Não
- Sim, no primeiro estágio (fase de dilatação)
- Sim, no segundo estágio (período expulsivo)
- Sim, no terceiro estágio (dequitação)
- Ignorado/sem registro

Amniotomia

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Dilatação no momento em que foi feita a amniotomia (em centímetros)**Uso de analgesia farmacológica**

- Sim
- Não
- Ignorado/sem registro

Se sim na questão anterior, qual foi

Pode marcar mais de uma opção

- Opióide
- Raquianestesia
- Peridural

Tipo de parto

- Vaginal sem intervenção
- Vaginal com forceps
- Vaginal em gestação de alto risco

- Sem registro

Posição da paciente no momento do parto

- Semi-deitada
- Deitada
- Sentada
- Cócoras
- Lateral
- Gaskin (de quatro)
- Ignorado/sem registro

Local do parto

- Sala de parto
- Quarto PPP
- Emergência
- Enfermaria
- Externo (domiciliar, durante o transporte ou hospital externo)
- Centro cirúrgico
- Sem registro

Intercorrências

Pode marcar mais de uma opção

- Sem intercorrências
- Distócia de ombros
- Período expulsivo prolongado
- Edema de vulva
- Retenção placentária
- Sem registro

Episiotomia

- Sim, médio-lateral
- Sim, mediana
- Sim, mas não se sabe o tipo
- Não
- Ignorado/sem registro

Laceração

- Sim, 1º grau
- Sim, 2º grau
- Sim, 3º grau
- Sim, 4º grau
- Não

Ignorado

Assistente do parto

Considerar o período expulsivo

- Médico obstetra
- Médico residente
- Enfermeira obstetra/residente
- Ignorado/sem registro

Tempo (em horas) de trabalho de parto

Buscar essa informação no partograma. Considerar TP se dilatação maior ou igual a 4 cm, e o fim do TP no momento em que o feto nasce. Arredondar valores para múltiplos de 0,5.

Tempo (em minutos) de período expulsivo

Buscar essa informação no partograma. Considerar início de período expulsivo o momento em que a dilatação ficou completa. Responde SR quando não houver registro

Peso do feto (em gramas)

Buscar essa informação na DNV (folha rosa)

Apgar no 1º minuto

Apgar no 5º minuto