



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TATIANE DA SILVA COELHO

**ANÁLISE DOS RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS ASSOCIADOS ÀS
INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO DE
NULÍPARAS DE BAIXO RISCO**

FORTALEZA/CE

2019

TATIANE DA SILVA COELHO

**ANÁLISE DOS RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS ASSOCIADOS ÀS
INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO DE
NULÍPARAS DE BAIXO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientador: Prof^a Dr^a Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA/CE

2019

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)

- C621a Coelho, Tatiane da Silva.
Análise dos resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto de nulíparas de baixo risco / Tatiane da Silva Coelho. – 2019.
155 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.
1. Trabalho de Parto. 2. Assistência ao parto. 3. Parto Humanizado. 4. Enfermagem Obstétrica. 5. Avaliação de serviços de saúde. I. Título.

CDD 610.73

TATIANE DA SILVA COELHO

**ANÁLISE DOS RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS ASSOCIADOS ÀS
INTERVENÇÕES REALIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO DE
NULÍPARAS DE BAIXO RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Promoção da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª Régia Christina Moura Barbosa Castro (Membro Avaliador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª Camila Chaves da Costa (Membro Avaliador)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof^ª. Dr^ª Camila Vasconcelos Teixeira Moreira (Membro Avaliador Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

“Birth is not simply the physical act of moving the baby from the inside to the outside of a woman’s body. It is a development milestone for the women, influencing her self-esteem and parenting skills, and shaping her identity as a woman. Her perception of the birth environment, as well as the respect and support she receives, is the most significant determinant of her satisfaction with the birth experience”

(Katz, 2012, p.101)

AGRADECIMENTOS

À DEUS, que sempre me ilumina, orienta e me guia pelos melhores caminhos a seguir.

À minha mãe Isolda, pelo carinho e apoio incondicional dispensado a mim desde o início da jornada desse mestrado. Que veio me auxiliar para que eu pudesse concluir esse ciclo.

Ao meu filho Isaac, que disputou espaço entre tantos papéis e lamentou por tantas horas em que estive ausente, entre plantões e aulas, esperando ansiosamente que eu concluísse esse trabalho.

À minha amiga Salete Barbosa, pelo apoio de sempre, por suportar de forma tão delicada cada momento difícil e pelo carinho sempre a mim dedicado.

À Professora Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, pelas oportunidades que dera a mim, pela confiança em mim depositada, pela disponibilidade e carinho de sempre, pelo comprometimento e competência inigualáveis.

Às amigas construídas ao longo desses dois anos, aos conhecimentos compartilhados e dicas valiosas disseminadas pelo grupo de mestrandos ao longo desses 24 meses.

Às parturientes que aceitaram participar do estudo.

Às minhas queridas residentes de Enfermagem Obstétrica (RESENF0) R1s (Rafaela, Daiany, Amanda, Gilce, Evilene, Sâmia) e R2s (Rivanny, Luana, Mateus, Angelita, Raíssa, Ismaely) pela colaboração na coleta de dados, por todo empenho e amor à Enfermagem Obstétrica e pela luta constante em garantir um parto digno, seguro e satisfatório à todas as mulheres por elas assistidas.

Aos demais membros da banca pela disponibilidade e por suas valiosas contribuições ao desenvolvimento do trabalho.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco. **MÉTODO:** estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo, em uma maternidade terciária do estado do Ceará, com 534 parturientes de baixo risco. Foram incluídas: parturientes que nunca pariram e ausência de comorbidades maternas ou fetais. Foram excluídas: as parturientes que se tornaram alto risco durante o trabalho de parto. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2018, em duas etapas: preenchimento de um questionário a partir da observação da assistência ao trabalho de parto e parto, prestada pela equipe multiprofissional, respondidas pelo observador e, a busca de dados nos prontuários. Foram contempladas as variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, intervenções no trabalho de parto e parto, desfecho materno e neonatal. A pesquisa seguiu os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12 e foi aprovada pelo CAAE 82266317.0.0000.5050. Foram realizados testes de *Qui-quadrado* de Pearson e Exato de Fisher, IC 95% e erro de 5%, $p < 0,05$. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por mulheres entre 13 e 39 anos, 69,8% entre 20 e 35 anos, maioria possuía companheiro 51,5%, autodeclaradas pardas 63,5% e procedentes da capital e região metropolitana de Fortaleza 91,9%, entre 6 e 10 anos de estudo 57,5%, maioria sem atividade remunerada 68,3%. Antecedentes obstétricos: 89,9% das mulheres eram primigestas, com idade gestacional entre 37s e 41s4d, média de 7 consultas de pré-natal. Presença de acompanhante 96,4%; ingesta de líquidos livre demanda 78,3%; Partograma 73%; Métodos não Farmacológicos para alívio da dor 65,7% e movimentação durante o trabalho de parto 75%. Intervenções no trabalho de parto: admissão precoce 40,8%; Cardiotocografia na admissão 90,3%; venóclise 64,8%; amniotomia 38%; No parto: prevalência da posição supina/semi-sentada 74%, incentivo a Manobra de Valsalva 72,1%; mais de 4 profissionais/estudantes no parto 76,8%; analgesia farmacológica 8,6%. Percentual de cesariana de 39,5%. Apenas 31% das mulheres não receberam nenhum tipo de intervenção durante o trabalho de parto, 41,2% das mulheres receberam pelo menos uma intervenção. Para desfechos maternos observou-se associação entre as intervenções Manobra de *Kristeller* com Hemorragia pós-parto ($p=0,036$) e laceração perineal de grau II ($p=0,006$); manobra de Valsalva e laceração perineal ($p=0,006$); posição não vertical e laceração perineal ($p < 0,001$). Para desfechos neonatais observou-se que a realização das intervenções durante o trabalho de parto e parto mostraram-se como fator “protetor”, a realização de amniotomia esteve associada a menor necessidade de oxigênio (O_2) após o parto ($p=0,001$) e neonatos encaminhados ao alojamento conjunto ($p=0,006$). A utilização de ocitocina esteve associada a menor necessidade de O_2 (0,043), escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto de vida ($p=0,046$) e neonatos encaminhados ao alojamento conjunto ($p=0,027$). A realização de episiotomia esteve associada a menor necessidade de O_2 ($p=0,017$) e recém-nascidos encaminhados ao alojamento conjunto ($p=0,017$). A Manobra de Valsalva associou-se com menor necessidade de realização de ventilação por pressão positiva ($p=0,038$), menor necessidade de O_2 ($p < 0,000$), escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto ($p=0,047$) e recém-nascidos em alojamento conjunto ($p=0,016$). O tempo de período expulsivo prevalente foi de até 2 horas. Houve associação do incentivo a manobra de Valsalva com expulsivo mais curto e analgesia de parto com expulsivos mais longos. Verificou-se que os recém-nascidos eram retirados do contato pele a pele com a mãe sem que houvesse justificativa como: necessidade de ventilação por pressão positiva, uso de O_2 e/ou Apgar < 7 no 5º minuto. **CONCLUSÃO:** A implementação das Boas Práticas é uma rotina do serviço. Com exceção da analgesia de parto, todas as demais intervenções tiveram frequências elevadas. Elevado percentual de cesarianas. As intervenções no trabalho de parto e parto podem reduzir o tempo de período expulsivo, porém apresentam risco aumentado para hemorragia pós-parto. Para os desfechos neonatais a realização das intervenções mostrou-se como fator “protetor” para desfechos dos recém-nascidos. O tempo de período expulsivo prevalente foi de até 2 horas. Houve associação entre o incentivo a Manobra de Valsalva e tempo de expulsivo mais curto e associação da analgesia de parto com expulsivos mais longos. Recém-nascidos hígidos, foram retirados do contato pele a pele mesmo sem a necessidade de ventilação por pressão positiva, uso de O_2 ou Apgar < 7 no 5º minuto.

Descritores: Trabalho de Parto; Assistência ao parto; Parto Humanizado; Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze maternal and neonatal outcomes associated with interventions performed during labor and delivery of low-risk nulliparous women. **METHOD:** observational, cross-sectional, descriptive and prospective study in a tertiary maternity hospital in the state of Ceará, with 534 low-risk parturients. We included: parturients who never gave birth and no maternal or fetal comorbidities. The following were excluded: parturients who became high risk during labor. Data collection was carried out from February to August 2018, in two stages: completion of a questionnaire from the observation of assistance to labor and delivery, provided by the multidisciplinary team, answered by the observer, and the search for data in the medical records. Sociodemographic variables, obstetric antecedents, interventions in labor and delivery, maternal and neonatal outcome were considered. The research followed the ethical and legal precepts of Resolution 466/12 and was approved by CAAE 82266317.0.0000.5050. Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were performed, 95% CI and 5% error, $p < 0.05$. **RESULTS:** The sample consisted of women between 13 and 39 years old, 69.8% between 20 and 35 years old, most had a partner 51.5%, self-declared brown 63.5% and from the capital and metropolitan region of Fortaleza 91.9%, between 6 and 10 years of study 57.5%, most without paid activity 68.3%. Obstetric background: 89.9% of women were primiparous, with gestational age between 37s and 41s4d, average of 7 prenatal consultations. Companion presence 96.4%; free liquid intake demand 78.3%; Partogram 73%; Non-pharmacological methods for pain relief 65.7% and movement during labor 75%. Interventions in labor: early admission 40.8%; Cardiotocography on admission 90.3%; venoclysis 64.8%; amniotomy 38%; At childbirth: prevalence of supine / semi-seated position 74%, encouragement of Valsalva Maneuver 72.1%; more than 4 professionals / students in childbirth 76.8%; pharmacological analgesia 8.6%. Cesarean section percentage of 39.5%. Only 31% of women received no intervention during labor, 41.2% of women received at least one intervention. For maternal outcomes, an association was observed between interventions Kristeller maneuver with postpartum hemorrhage ($p = 0.036$) and grade II perineal laceration ($p = 0.006$); Valsalva maneuver and perineal laceration ($p = 0.006$); non-vertical position and perineal laceration ($p < 0.001$). For neonatal outcomes, it was observed that performing interventions during labor and delivery proved to be a "protective" factor, performing amniotomy was associated with lower oxygen demand (O₂) after delivery ($p = 0.001$) and neonates referred to the rooming-in ($p = 0.006$). The use of oxytocin was associated with lower O₂ requirement (0.043), Apgar score ≥ 7 in the fifth minute of life ($p = 0.046$) and neonates referred to the rooming-in ($p = 0.027$). Episiotomy was associated with lower need for O₂ ($p = 0.017$) and newborns referred to rooming-in ($p = 0.017$). Valsalva maneuver was associated with lower need for positive pressure ventilation ($p = 0.038$), lower need for O₂ ($p < 0.000$), Apgar score ≥ 7 in the fifth minute ($p = 0.047$) and newborns in joint housing ($p = 0.016$). The prevalent expulsive period time was up to 2 hours. There was an association of incentive with Valsalva maneuver with shorter expulsive and labor analgesia with longer expulsives. It was found that the newborns were removed from skin-to-skin contact with the mother without justification such as: need for positive pressure ventilation, use of O₂ and / or Apgar < 7 in the 5th minute. **CONCLUSION:** The implementation of Good Practices is a service routine. With the exception of labor analgesia, all other interventions had high frequencies. High percentage of caesarean sections. Interventions in labor and delivery may reduce expulsion time but are at increased risk for postpartum hemorrhage. For neonatal outcomes, performing interventions proved to be a "protective" factor for newborn outcomes. The prevalent expulsive period time was up to 2 hours. There was an association between incentive to Valsalva Maneuver and shorter expulsive time and association of labor analgesia with longer expulsives. Healthy newborns were removed from skin-to-skin contact even without positive pressure ventilation, use of O₂ or Apgar < 7 in the 5th minute.

Descriptors: Labor; Delivery assistance; Humanized birth; Obstetrics; Obstetric Nursing; Evaluation of health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição dos dados segundo perfil sociodemográfico das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	65
Tabela 02	Distribuição dos dados segundo os antecedentes obstétricos das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	67
Tabela 03	Distribuição dos dados segundo as intervenções no trabalho de parto das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	70
Tabela 04	Distribuição dos dados segundo as intervenções realizadas no parto das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	86
Tabela 05	Distribuição dos dados segundo desfecho materno no parto das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	97
Tabela 06	Associação entre Intervenções durante o trabalho de parto e parto e desfechos maternos de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.	100
Tabela 07	Associação entre Intervenções durante o trabalho de parto e parto e desfechos neonatais de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.	103
Tabela 08	Associação entre Intervenções durante o trabalho de parto e parto e o tempo de período expulsivo parto de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.	105
Tabela 09	Associação entre tempo de contato pele a pele e condição neonatal após o parto de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.	106

ABREVIATURAS E SIGLAS

CC	Centro cirúrgico
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CMV	Citomegalovírus
CO	Centro Obstétrico
CPN	Centro de Parto Normal
CTG	Cardiotocografia
FC	Frequência Cardíaca
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HPP	Hemorragia pós-parto
IG	Idade Gestacional
ITU	Infecção do Trato Urinário
LA	Líquido amniótico
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
O ₂	Oxigênio
Oxi-HOOD	Estrutura acrílica, circular, com FiO ₂ superior à do ar ambiente em função da mistura gasosa que a ele se acopla: ar comprimido + oxigênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão arterial
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento
POP	Protocolo Operacional Padrão
RAMO	Rotura Anteparto de membranas
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
TPP	Trabalho de parto prematuro
TCLE	Termo de Consentimento Live e Esclarecido
TOT	Tubo orotraqueal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VPP	Ventilação por pressão positiva

LISTA DE SÍMBOLOS

%	porcentagem
N	Número de casos
p	Valor de p
a	Nenhuma estimativa, valor é uma constante

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	17
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Breve histórico acerca da assistência ao trabalho de parto e parto.....	20
3.2	Recomendações da OMS acerca da Assistência ao parto.....	22
3.3	Práticas de Assistência ao parto Baseadas em Evidências Científicas.....	24
3.4	Intervenções obstétricas no trabalho de parto.....	47
3.5	Promoção da Saúde.....	50
3.6	Papel do Enfermeiro Obstétrico na Assistência ao parto e nascimento.....	51
4	METODOLOGIA	53
4.1	Tipo de Estudo	53
4.2	Local do Estudo	53
4.3	População/Amostra	54
4.4	Coleta e Análise dos dados	55
4.4.1	Variáveis do Estudo	57
4.5	Aspectos Éticos e Legais	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
6	CONCLUSÃO	110
	REFRÊNCIAS.....	112
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE	
	APÊNDICE C - Declaração de concordância	
	APÊNDICE D - Termo de compromisso para utilização de dados de prontuários médicos	
	APÊNDICE E – PROTOCOLO Operacional Padrão para coleta de dados	
	ANEXO A - Recomendações da OMS na atenção ao parto normal	

1 INTRODUÇÃO

O nascimento no ambiente hospitalar caracteriza-se pela adoção de várias tecnologias com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho. Os avanços da obstetrícia contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, o modelo de assistência vigente considera a gravidez, o parto e o nascimento como eventos patológicos, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, a amniotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, dentre outras, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade e não como rotina (BRASIL, 2016).

Nos últimos 30 anos, um rápido aumento no uso da tecnologia para iniciar, aumentar, acelerar, regular e monitorar o processo de nascimento, levou à adoção de intervenções inadequadas, desnecessárias e às vezes perigosas às mulheres e seus conceptos (WHO, 2014). Muitas intervenções para acelerar o trabalho de parto quando usadas de forma não recomendada acarretam problemas, que por sua vez, necessitarão de outras intervenções para corrigir as anteriores, esta cadeia de eventos tem sido chamada de "cascata de intervenção" e inclui o uso de medicamentos para induzir o trabalho de parto, como o rompimento artificial das membranas antes ou durante o trabalho de parto, posições supinas no trabalho de parto e nascimento, episiotomia, dieta zero, dentre outras (PETERSEN *et al.*, 2013).

Outras intervenções obsoletas e descritas como arriscadas, como a manobra de Kristeller, onde o profissional realiza uma pressão/empurrão no fundo do útero da parturiente para acelerar o parto, ainda são frequentemente usadas nas maternidades e hospitais de todo o Brasil (LEAL; GAMA, 2014).

Tais intervenções assumem configurações específicas no modelo tecnocrático de assistência ao parto, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas e suposta neutralidade de valores. Nele, subjaz a ideia de passividade das mulheres, imobilizadas durante o parto, enquanto sofrem intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento (D'ORCI *et al.*, 2014).

O uso sem controle de procedimentos desnecessários e danosos é maximizado pela lógica mercantil e pela (de)formação médica, e assume expressão mais visível na crescente epidemia de cesáreas (VICTORA *et al.*, 2011). Sendo que o Brasil tem segunda maior taxa de intervenções durante o parto, com mais da metade dos nascimentos ocorrendo por meio de cesáreas (WHO, 2018).

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia-ACOG afirma que muitas práticas de intervenções obstétricas são de benefício limitado ou incerto para mulheres de baixo risco em trabalho de parto espontâneo. Além disso, algumas mulheres podem procurar reduzir as intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto com o envolvimento na tomada de decisão. Dessa forma, os obstetras e outros prestadores de cuidados obstétricos devem estar familiarizados e dispostos a considerar o uso de abordagens de baixa intervenção, quando apropriado, para o manejo intraparto de mulheres de baixo risco (ACOG, 2017).

Na perspectiva de retomada da naturalidade do parto, políticas de humanização como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) têm ganhado espaço no cenário governamental, gerando discussões entre os setores sociais preocupados com a assistência em saúde voltada para a segurança e o respeito aos direitos humanos, tendo como uma de suas principais intervenções a realização de estratégias de educação em saúde que trabalhem temas inerentes ao período gravídico-puerperal. Esse programa fundamenta-se no princípio de que a humanização da assistência é condição primordial para o adequado acompanhamento do parto e nascimento (BRASIL, 2005; BRASIL, 2014).

Atenção obstétrica humanizada envolve conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis. O PHPN adota a humanização em um contexto de equidade/cidadania, tendo a promoção da saúde associada com o protagonismo dos sujeitos vistos como cidadãos de direitos. A educação em saúde corrobora com o empoderamento da mulher nessa vivência obstétrica. Dessa forma, a promoção da saúde no contexto da minimização das intervenções no trabalho de parto e parto contempla uma atenção de qualidade e a humanização, considerando a mulher como protagonista do ciclo gravídico-puerperal, sendo o enfermeiro apontado como mediador para que esse protagonismo ocorra (GOMES *et al.*, 2012).

Cabe ao enfermeiro refletir sobre a promoção da saúde do binômio mãe-filho, com vistas a promover uma assistência segura e satisfatória. Logo, o enfermeiro e toda a equipe de saúde que atua no parto e nascimento precisam conhecer o PHPN e refletir sobre o mesmo como política que possibilita a promoção da saúde, contribuindo para uma atenção de qualidade e humanizada como direito de cidadania (GOMES *et al.*, 2012).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede Cegonha, que é uma estratégia para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento saudável da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes e, apresenta os

componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério; Atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (BRASIL, 2017).

Uma grande pesquisa nacional, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi desenvolvida visando estudar o parto e o nascimento no Brasil, que contemplou 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares, 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (LEAL; GAMA, 2014).

A pesquisa *Nascer no Brasil*, deu origem ao inquérito Nacional sobre parto e nascimento, foi, portanto, a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. Contou com 23.894 mulheres, de 191 municípios, em 266 hospitais entre públicos, privados e mistos, de médio e grande porte. Tendo como resultados que a maioria das mulheres tem seus filhos por meio de cesarianas, 52% dos nascimentos, no setor privado esse número sobe para 88%; apenas 5% dos partos vaginais foram sem intervenção, em contrapartida, 43,1% tiveram intervenções, dentre elas parto em posição supina (91,7%), dieta zero (74,8%), episiotomia (53,5%), ocitocina sintética (36,4%), *Kristeller* (36,1%); 34,1% foram cesáreas eletivas (LEAL; GAMA, 2014; LEAL *et al.*, 2014).

Os resultados da Pesquisa *Nascer no Brasil* confirmam em âmbito nacional o panorama descrito em estudos locais, constituem evidências contundentes das desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção ao parto e nascimento (LEAL, 2014). O modelo tecnocrático se manifesta distintamente no SUS e na assistência suplementar, acentuando desigualdades na qualidade do parto hospitalar que atingiu cobertura universal. Nos serviços públicos é frequente a desarticulação entre a atenção pré-natal e ao parto, a peregrinação em busca de internação e o uso rotineiro de episiotomia e ocitocina (VIELLAS *et al.*, 2014; VICTORA *et al.*, 2011).

Nos serviços privados, a cesariana agendada previamente, mesmo entre nulíparas, alcança a maioria dos partos. Em ambos os setores, não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, fere-se a integridade corporal e nega-se o direito previsto em lei ao acompanhante tornando o parto solitário, inseguro e doloroso (VICTORA *et al.*, 2011; GAMA *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2014).

Dados acerca da assistência ao parto e nascimento no estado do Ceará, a Secretaria de Saúde do Estado-SESA apresenta os índices de cesarianas, observados que no setor público esse índice, em 2013, foi de 56,8% e, que no setor privado chegou a 95%. Em 2015, o índice tanto na rede pública quanto na privada, estão acima da média nacional. Dos 53.664 partos

realizados, 57% foram cesáreas e 43% normais no serviço público, na rede privada 92% foram de cesarianas (SESA, 2016).

Com o surgimento das novas evidências científicas, a prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Com isso, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem ou que os contraindiquem, por trazerem desconforto à mulher (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2018, novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações à parturiente e/ou ao concepto (WHO, 2018).

Essa diretriz apoia-se na premissa de que o tempo do trabalho de parto e sua progressão não podem ser engessados. Cada mulher precisará de seu tempo para parir. O profissional não deve intervir para acelerar o processo do trabalho de parto que está evoluindo dentro dos padrões de normalidade e bem-estar materno e fetal.

Nessa nova recomendação, a OMS vem pôr em causa orientações que foram adotadas durante décadas e que indicavam que um trabalho de parto que progride com uma taxa de dilatação do colo do útero menor do que um centímetro por hora não seria considerado normal. Perante este cenário, muitas vezes, as mulheres recebem ocitocina para acelerar o trabalho de parto ou acabam por ser encaminhadas para cesarianas ou para trabalhos de parto com fórceps (WHO, 2018).

Didaticamente o parto pode ser dividido em quatro períodos clínicos, a saber: o primeiro período, onde ocorre a dilatação do colo uterino, que inicia com as primeiras contrações dolorosas que modificam a cérvix e termina com dilatação completa, subdividido em fase latente e ativa; O segundo período, onde ocorre a expulsão, que inicia com dilatação completa e se encerra com a saída do feto, subdividido em passivo e ativo; O terceiro período, onde ocorre a dequitação, que se inicia após o nascimento e termina com expulsão completa da placenta e das membranas e, o quarto período, a primeira hora após o parto, conhecido como Período de Greenberg (REZENDE; MONTENEGRO, 2017; NICE, 2017).

Os períodos clínicos do parto apresentam diferenças em características e tempo de evolução de acordo com a paridade. A duração do trabalho de parto ativo pode variar. Nas nulíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; nas múltíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas. A

distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é de 0,5 a 2,5 horas em nulíparas sem peridural e de 1 a 3 horas com peridural, em múltiparas de até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural (BRASIL, 2016).

Nulípara é o termo designado aquelas mulheres que nunca experienciaram o parto, enquanto múltiparas é o termo designado aquelas que experienciaram três ou mais partos. As intervenções no trabalho de parto são observadas com maior frequência nesse primeiro grupo de mulheres por apresentarem maior tempo de trabalho de parto (RICCI, 2015). Nas nulíparas verifica-se uma maior frequência do uso de intervenções durante o trabalho de parto, com objetivo de abreviar o tempo de progressão (LEAL *et al.*, 2014).

Estudos realizados por Zhang que avaliaram o progresso do trabalho de parto, identificaram que mulheres nulíparas podem não estar na fase ativa até 5 ou 6 cm de dilatação. Além disso, o intervalo de tempo entre cada dilatação cervical diminui à medida em que o trabalho de parto progride. Assim, uma mulher nulípara pode levar até 3 horas para progredir da dilatação de 5 a 6 cm, mas não deve demorar mais do que 1,5 horas para progredir da dilatação de 8 para 9 cm com base nos valores determinados por Zhang e colaboradores. Por fim, fatores clínicos como obesidade, diferenças raciais ou étnicas e indução versus trabalho de parto espontâneo têm um efeito sobre o progresso do trabalho de parto que deve ser levado em conta ao individualizar o cuidado (ZHANG, 2010)

Além da paridade, as parturientes podem ser classificadas de acordo com o risco, a saber, mulheres que apresentam gestação sem complicações obstétricas são consideradas de baixo risco, enquanto as de alto risco cursam com alguma complicação obstétrica/comorbidade materna e/ou fetal. O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica-NICE, no *guideline* de cuidados intraparto para mulheres e bebês saudáveis define como baixo risco as mulheres sem comorbidades, que entraram em trabalho de parto espontâneo, com gestação à termo, ou seja, com idade gestacional entre 37s a 41s6d, com apresentação cefálica de vértice. Afirma que a maioria das mulheres são saudáveis e cursam com gestação de baixo risco e, que aproximadamente 90% das mulheres darão à luz a um feto único e sem complicações e, que cerca de dois terços delas estão cobertas por esta diretriz (NICE, 2017).

Diante da ocorrência da gestação de baixo risco deve ser respeitada a sua fisiologia e a tomada de conduta deve ser baseada em evidências científicas. Durante a assistência ao parto e nascimento, as práticas utilizadas nem sempre cursam de forma natural. No final do século, um movimento internacional cresceu e fez campanha para assistência médica com

base em evidências de segurança e eficácia em todas as especialidades, surgindo a medicina baseada em evidências (MBE). A avaliação científica mostrou que a intervenção mínima, ou seja, a menor quantidade de interferência compatível com a segurança é o paradigma a se seguir para um nascimento fisiológico. Dessa forma, durante o parto e nascimento, deve haver um motivo válido para intervir em um processo natural, com evolução e desfecho sem complicações para a mulher e seu filho (AQUINO, 2014).

A conduta ideal a ser adotada durante o trabalho de parto e parto deveria se basear no balanço entre a probabilidade de um parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados. Entretanto, ainda não existe consenso sobre o manejo da assistência ao trabalho de parto, a começar por sua definição e os limites de tempo estabelecidos para sua duração (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Inúmeras práticas foram fixadas junto à assistência ao parto com a finalidade de potencializar sua qualidade, entretanto destaca-se que muitas destas intervenções são utilizadas rotineiramente, sem indicação ou nenhum embasamento científico. Deste modo, as intervenções no processo de nascimento no ambiente hospitalar geram altos índices de partos cirúrgicos, realização de episiotomia indiscriminada, sem repercussão na redução das taxas de morbidade materna e perinatal (SCHNECK, 2012; CARVALHO; GÖTTEMS, PIRES, 2015).

Apesar das recomendações da OMS acerca da assistência ao trabalho de parto e parto de baixo risco, ainda, são evidenciadas discordância entre o conhecimento científico disponível e a prática clínica dos profissionais que os assistem, onde muitas técnicas consideradas prejudiciais ao parto continuam sendo utilizadas rotineiramente nos hospitais e maternidades, a não-valorização do ser humano e da feminilidade no atendimento ao parto e nascimento, somados as elevadas taxas de cesariana, no Brasil e no mundo (ROCHA; NOVAES, 2010; WHO, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Tendo em vista a escassez de evidências de alta qualidade e protocolos divergentes estabelecidos acerca da assistência ao trabalho de parto, com ênfase para a duração de sua progressão. Torna a tomada de conduta durante o trabalho de parto e parto dependente, apenas, do conhecimento teórico-prático do profissional que o assiste, bem como, a diversas interferências realizadas, muitas vezes, desnecessárias e, que podem levar à desfechos desfavoráveis ao binômio mãe-filho após o parto.

O presente estudo se faz relevante pois ao seu término espera-se que sejam obtidas informações consistentes acerca da prevalência das intervenções praticadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco, além disso, espera-se que com o material obtido se possa sensibilizar os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto, a partir da realidade encontrada, no sentido de resgatar as boas práticas e provocar reflexão para a necessidade de intervenção com uma real indicação. Para que se possa proporcionar às parturientes um parto vaginal mais fisiológico possível. Possibilitando com isso, o protagonismo da mulher no momento do parto e, conseqüentemente maior satisfação com desfecho favorável para mãe e filho.

Diante do exposto e considerando que na população de nulíparas verifica-se maior inclinação às intervenções durante o trabalho de parto e parto, emergiu então, o interesse em estudar os aspectos relacionados a esse processo, averiguando-se: Quais as intervenções ocorrem durante o trabalho de parto e parto dessa população, em que frequência elas ocorrem e como se dá o desfecho do parto em relação às condições materna e neonatal?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as intervenções realizadas no trabalho de parto e parto;

Verificar associação entre o tempo de período expulsivo com as intervenções realizadas;

Verificar associação entre as intervenções realizadas com as condições materna e neonatal após o parto.

Caracterizar o desfecho materno do parto de nulíparas

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Breve histórico acerca da assistência ao trabalho de parto e parto

Ao longo do tempo, o partear sofreu inúmeras mudanças. No final do século XIX, as mulheres pariam seus filhos com o auxílio de parteiras, em seu próprio domicílio. A presença dos médicos era solicitada somente quando havia alguma intercorrência na hora do parto. Gradualmente, foram sendo introduzidas novas práticas no processo de parturição, tornando o parto medicalizado. Após a segunda guerra mundial, no século XX, com os avanços técnico-científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares, nos quais eram utilizados meios tecnológicos e cirúrgicos (LEISTER; RIESCO, 2013).

A partir dessas modificações, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo cenário de parturição, no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e sua autonomia deixou de ser respeitada. Os profissionais de saúde, conseqüentemente, passaram a ganhar destaque ao realizar esses procedimentos e tornaram-se os principais protagonistas deste evento (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Ainda, nesse contexto, a mulher passou a ser internada precocemente no hospital. Onde, recebe poucas informações sobre os procedimentos aos quais será submetida, permanece sozinha ao longo do trabalho de parto e tem sua privacidade invadida por profissionais desconhecidos (CARVALHO *et al.*, 2014).

Atualmente, sabe-se que essas intervenções e condutas têm o potencial de desqualificar o cuidado fornecido à mulher durante o parto, desconsiderando os seus direitos e de sua família nesse processo. Diante disso, mudanças têm sido propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como pelo Ministério da Saúde (MS) e alguns órgãos não governamentais. Essas mudanças enfatizam o cuidado prestado às mulheres, incluindo o resgate do parto natural. Isso também têm estimulado a atuação de enfermeiras obstetras e equipes qualificadas na assistência à gestação e ao parto, além de ações de incentivo para que o parto seja tratado como um processo fisiológico, conduzido a partir da perspectiva da humanização (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

A atenção humanizada ao parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e

criar vínculo são aspectos fundamentais no cuidado às mulheres, nesse contexto (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

De acordo com a Política de Humanização do Parto e Nascimento-PPHN, a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias. Para isso, é necessária a organização da instituição com um ambiente acolhedor em que prevaleçam práticas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas despersonalizadas e intervencionistas, que acarretam riscos à saúde materno e de seu filho (BRASIL, 2002).

O PPHN trouxe inúmeras recomendações de práticas clínicas e abordagens terapêuticas com base em evidências científicas, como a inserção de um acompanhante de livre escolha da mulher, a qualificação das relações interpessoais entre profissionais e parturientes, a produção de espaços de construção de saberes e informações, a participação, autonomia e maior controle decisório da mulher sobre o seu corpo, entre outros (VELHO *et al.*, 2012).

A pesquisa nascer no Brasil, deu origem ao inquérito Nacional sobre parto e nascimento, foi, portanto, a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. Contou com 23.894 mulheres, de 191 municípios, em 266 hospitais entre públicos, privados e mistos, de médio e grande porte. Tendo como resultados que a maioria das mulheres tem seus filhos por meio de cesarianas, 52% dos nascimentos, no setor privado esse número sobe para 88%; apenas 5% dos partos vaginais foram sem intervenção, em contrapartida, 43,1% tiveram intervenções, dentre elas parto em posição supina (91,7%), dieta zero (74,8%), episiotomia (53,5%), ocitocina sintética (36,4%), kristeller (36,1%); 34,1% foram cesáreas eletivas (LEAL; GAMA, 2014; LEAL *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2018, novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações (WHO, 2018).

O novo documento da OMS inclui 56 recomendações sobre o que é necessário para o trabalho de parto e imediatamente após a mulher ter o bebê. Inclui o direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e o respeito pelas opções e tomada de

decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão (WHO, 2018).

3.2 Recomendações da OMS acerca da Assistência ao parto

Dados das intervenções rotineiras na assistência ao trabalho de parto foram sinalizados pela Organização Mundial de Saúde desde 1996, quando publicou as Recomendações de Assistência ao Parto de baixo risco com níveis de evidência. Recentemente atualizadas, em 2018, a OMS publica 56 recomendações para os cuidados durante o parto, dessas, 26 são novas e 30 são recomendações incorporadas a partir das diretrizes existentes. As recomendações se apresentam de acordo com o contexto de cuidados, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

O contexto específico da recomendação, classificou em 4 categorias: **Recomendado:** indica que a intervenção deve ser implementada; **Não-Recomendado:** indica que a intervenção não deve ser implementada; **Recomendada somente em contextos específicos:** indica que a intervenção se aplica apenas à condição, ambiente ou população que são especificados na recomendação e devem ser implementadas apenas nesses contextos; **Recomendado somente em contexto de investigações rigorosas:** indica que existem dúvidas importantes sobre a intervenção, nestes casos, a implementação pode ser realizada para uma grande escala, desde que adote na forma de pesquisa capaz de resolver as questões e perguntas não respondidas relacionadas a eficácia da intervenção tal como acontece sua aceitabilidade e viabilidade (WHO, 1996; WHO, 2018).

• **Recomendado**

1. Atenção respeitosa da maternidade
2. Comunicação efetiva
3. Acompanhamento durante o trabalho de parto e parto
4. Definição de fase latente e fase ativa do trabalho de parto
5. Duração do período de dilatação
6. Toque vaginal a cada 4 horas no trabalho de parto ativo
7. Ausculta intermitente da vitalidade fetal durante o trabalho de parto
8. Analgesia peridural para alívio da dor

9. Opióides para alívio da dor
10. Técnicas de relaxamento para alívio da dor
11. Técnicas manuais para alívio da dor (massagem)
12. Oferta de líquidos e alimentos por via oral
13. Mobilidade maternas e estimular posições verticais
14. Definição da duração do período expulsivo
15. Para mulheres sem analgesia peridural, encorajar posição de sua escolha inclusive verticais
16. As mulheres no período expulsivo devem ser encorajadas a puxos espontâneos
17. Técnicas para prevenção do trauma perineal (massagem, compressas, proteção perineal)
18. Uterotônicos profiláticos
19. Clampeamento tardio do cordão umbilical
20. Tração controlada de cordão
21. Contato pele a pele do RN na primeira hora após o parto
22. Amamentação
23. Administração de vitamina K para profilaxia da hemorragia
24. Banho do RN após 24h do nascimento
25. Avaliar tônus uterino após o parto
26. Evolução materna de rotina após o parto
27. Alta pós-natal de pelo menos 24 h após o parto

• **Não recomendado**

1. Progresso do período de dilatação (1 cm/h)
2. Pelvimetria clínica na admissão
3. Avaliação eletrônica fetal de rotina na admissão
4. Tricotomia
5. Enema
6. Cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto
7. Alívio da dor para acelerar o trabalho de parto
8. Limpeza vaginal com clorexidina de rotina para evitar infecções
9. Manejo ativo do trabalho de parto
10. Amniotomia de rotina

11. Uso precoce de amniotomia com uso precoce de ocitocina para acelerar o trabalho de parto ou Ocitocina para mulheres com analgesia peridural
12. Antiespasmódicos
13. Fluidos intravenosos para acelerar o trabalho de parto
14. Episiotomia de rotina
15. Pressão no fundo do útero (Kristeller)
16. Não se recomenda massagem uterina para prevenir hemorragia pós-parto (HPP)
17. Aspiração nasal e oral de rotina no RN
18. Antibiótico para parto vaginal de baixo risco
19. Profilaxia antibiótica de rotina para episiotomia

- **Recomendada somente em contextos específicos**

1. Continuidade da atenção
2. Mulheres com analgesia peridural no período expulsivo, recomenda-se retardar a ação de empurrar durante uma a duas horas após a dilatação total ou até a mulher sentir a necessidade de puxo espontâneo nos contextos que tem recursos disponíveis para estender o período expulsivo e avaliar e controlar adequadamente a hipóxia perinatal

- **Recomendado somente em contexto de investigações rigorosas**

1. Política de admissão na sala de pré-parto

3.3 Práticas de Assistência ao parto Baseadas em Evidências Científicas

A experiência obstétrica, somada às evidências científicas indicam várias técnicas de manejo durante o período expulsivo do trabalho de parto para minimizar complicações obstétricas. Entre os vários métodos que podem ser utilizados para a proteção do períneo durante a fase expulsiva, alguns são realizados no pré-parto (massagem no períneo), enquanto a maioria é utilizada durante o parto, a importância progressivamente crescente é assumida pelas técnicas manuais para proteger o períneo (usando o “hands-on” e o “hands-off”) e pela episiotomia. Essas técnicas, quando utilizadas de acordo com as diretrizes, podem favorecer a redução de resultados adversos para a mãe e o recém-nascido, tanto imediatamente após o

nascimento quanto após um longo período de tempo. O profissional deve estar ciente das evidências na literatura para que uma análise crítica das técnicas disponíveis possa ser feita e posta em ação durante a fase expulsiva, a fim de proteger a mãe e o feto de quaisquer desfechos desfavoráveis. Atualmente, as evidências clínicas estão direcionando a equipe obstétrica para uma análise cuidadosa dos parâmetros materno-fetais, a fim de obter uma avaliação precisa dos fatores de risco dos resultados intraparto e pós-parto. Cada vez mais, há a necessidade de estreita colaboração entre a enfermeira obstétrica e a equipe médica para garantir assistência personalizada adequada, com base nas características peculiares da mulher e do feto (LAGANÀ *et al.*, 2015).

Os resultados do estudo de revisão acerca das práticas baseadas em evidências científicas para cuidados intraparto, realizado nos Estados Unidos, revelam que o cuidado com as mulheres no trabalho de parto está em um período de transição significativa. Muitas práticas de cuidados intraparto que são políticas-padrão nos hospitais de hoje, foram instituídas no século XX sem fortes evidências de seu efeito sobre a parturiente, o progresso do trabalho de parto e os resultados para o recém-nascido. A pesquisa contemporânea mostrou que muitas práticas comuns, como fluidos intravenosos de rotina, monitoramento fetal eletrônico contínuo e episiotomias de rotina, constituem práticas mais maléficas que benéficas (KING; PINGER, 2014).

Em 2016, no início da era dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez continuam excessivamente elevadas. Apesar dos substanciais progressos alcançados, os países precisam se consolidar e aumentar os seus avanços e alargar as suas agendas para além da sobrevivência, com vistas a maximizar a saúde e o potencial das suas populações (WHO, 2018).

Apesar da atualização das recomendações da OMS (2018), ainda existe um número significativo de parturientes sendo expostas a intervenções desnecessárias e privadas de práticas que são recomendadas e que deveriam ser estimuladas, dentre as quais destaca-se as seguintes:

- **Respeito à mulher e seu acompanhante**

A presença de um acompanhante permite um suporte contínuo à parturiente e está relacionada a níveis menores de necessidade de analgesia e indicação de cesariana (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). A Pesquisa Nacer no Brasil verificou que a maioria das mulheres da região sul tiveram o acompanhante durante o trabalho de parto (51,7%), mas

poucos permaneceram durante o parto (39,4%) ou na cesárea (34,8%) (MONGUILHOTT, 2018).

Foi garantida às mulheres por meio da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, a obrigatoriedade nos serviços de saúde do SUS, durante o período do pré-parto, parto e pós-parto imediato, a presença de um acompanhante de livre escolha (BRASIL, 2005). Um estudo transversal com 160 gestantes e puérperas, realizado em maternidades filantrópicas, no estado de Sergipe que objetivou identificar o cumprimento da Lei do acompanhante, verificou que 57,5% das entrevistadas não conheciam a Lei, 66,2% não tiveram preservados o direito ao acompanhante (SANTOS *et al.*, 2016).

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada com objetivo de desvelar as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições que restringem sua presença. Entrevistaram 12 enfermeiros responsáveis pelo centro obstétrico e cinco diretores técnicos de instituições de saúde de Santa Catarina que não permitiam ou permitiam às vezes a presença do acompanhante. As possibilidades de inserção do acompanhante estão expressas em três categorias: I – Processo de trabalho; II – Receptividade dos profissionais ao acompanhante; e, III – Empoderamento dos usuários. O que revela que muitas instituições ainda limitam a presença do acompanhante (BRÜGGEMANN *et al.*, 2016).

A parturiente deve ser acompanhada por quem ela confie e com quem se sinta bem, em todo processo de parturição até a alta (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Recomenda-se o acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto e parto pela pessoa de sua escolha (WHO, 2018).

- **Dieta**

Quando as mulheres têm liberdade para comer e beber durante o trabalho de parto, a maioria escolhe pequenas refeições de semissólidos durante o parto e poucas optaram por comer durante a fase ativa. Dada a falta de evidências de que a ingestão oral é prejudicial, as mulheres que são classificadas como baixo risco para necessidade de uma cesariana devem ter a opção de comer ou beber durante o trabalho de parto. Discutir o risco de aspiração relacionado à anestesia geral com mulheres antes do início do trabalho de parto. Limitar ingestão de sólidos orais ou fluidos, somente, se paciente estiver em risco aumentado de cesárea (KING; PINGER, 2014).

Para mulheres com baixo risco, a ingestão de líquidos e alimentos durante o parto é recomendada (WHO, 2018). Em pacientes de baixo risco não se recomenda realização de

jejum e em pacientes de alto risco não há evidências suficientes para sua recomendação. Não há necessidade de uma parturiente de risco habitual realizar jejum rotineiramente (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Em uma metanálise com cinco estudos e 3.130 mulheres demonstraram que não existem resultados significantes que justifiquem tal prática nem mesmo quando correlacionaram a ingestão de alimentos sólidos ou líquidos com náuseas e vômitos maternos. Sendo, portanto, indicado que elas possam ser encorajadas a se comportar com liberdade e autonomia para escolher se querem comer ou beber durante o trabalho de parto e parto (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010).

Em um estudo transversal que objetivou descrever a conformidade das práticas assistenciais de enfermagem obstétrica com as recomendações técnicas para o parto normal, observaram dieta zero em 85,7% das prescrições de trabalho de parto (GUIDA *et al.*, 2017)

- **Definição da fase latente e fase ativa do trabalho de parto**

Clinicamente, a fase latente do trabalho de parto é mal compreendida e pode ser difícil de definir. O conceito de fase latente tem significância na compreensão do parto normal porque o trabalho de parto é consideravelmente mais longo quando essa fase é incluída na avaliação inicial. Tal medida pode ser prejudicial e reduzir as chances de uma mulher parir naturalmente sem intervenção (MCDONALD, 2010).

Desde a década de 1950, a curva de Friedman tem sido usada para definir o comprimento normal e a duração dos estágios de trabalho de parto. Friedman traçou a dilatação cervical contra o tempo em uma coorte de 500 mulheres nulíparas e calculou os tempos médios de dilatação cervical ao longo do trabalho de parto. Até muito recentemente, a curva sigmoide resultante que Friedman dividiu em fases latente, ativa e de transição foi usada por todos os provedores de cuidados de maternidade nos Estados Unidos para identificar mulheres que têm distócia de parto (KING; PINGER, 2014).

Estudos realizados nos últimos anos indicaram que a curva de Friedman não é um reflexo preciso do curso real do trabalho de parto por várias razões. Em primeiro lugar, as mulheres em trabalho de parto hoje são mais propensas a serem obesas, etnicamente diversas, sedentárias e mais velhas; em segundo lugar as práticas no trabalho de parto mudaram. Na coorte de Friedman, 13,8% das mulheres tinham ocitocina para indução ou aumento das contrações, a maioria tinha morfina ou crepúsculo para analgesia de parto, e a taxa de cesariana foi de 1,8%. Em terceiro lugar, Friedman calculou a média dos tempos de cada fase

para gerar desvios médios e padrões, o que não permite revelar a variação real no intervalo de tempo entre cada dilatação cervical. Análises atuais do progresso do trabalho descobriram que o trabalho de parto é hiperbólico e não sigmoide; demora mais para chegar à fase ativa; e na fase ativa há uma variabilidade significativa entre as mulheres no tempo que leva para progredir de 1 cm de dilatação cervical para a seguinte. O uso da curva de Friedman, hoje, resulta em maiores taxas de diagnósticos de distócia e mais cesáreas do que o necessário (KING; PINGER, 2014).

Um estudo retrospectivo multicêntrico, com 62.415 parturientes, em 19 hospitais dos Estados Unidos, que objetivou utilizar dados de trabalho de parto contemporâneos para examinar os padrões de trabalho em uma grande população obstétrica moderna, concluiu que o segundo estágio clínico do trabalho de parto em nulíparas com e sem analgesia epidural é de 3,6 e 2,8 horas, respectivamente. E, que definir progressão normal e anormal de trabalho de parto tem sido um desafio de longa data. Além disso, os critérios criados há 50 anos, por Friedman, podem não ser mais aplicáveis a população obstétrica contemporânea ou nas condutas obstétricas atuais. Pois observou-se que o aumento da idade materna e a mudança no perfil biofísico materno e fetal têm feito do trabalho de parto um processo mais desafiador. Além disso, intervenções obstétricas frequentes como indução, analgesia e o uso de ocitocina, podem alterar o processo natural do trabalho de parto (ZHANG *et al.*, 2010a).

Com base nesses dados, a OMS pediu a eliminação da referência à dilatação cervical de um centímetro por hora e enfatiza que uma taxa de dilatação cervical mais lenta por si só não deve servir de indicação para acelerar o parto ou o nascimento. Pesquisas recentes mostraram que esta linha não se aplica a todas as mulheres e que cada nascimento é único. A recomendação vai no sentido de indicar que esse limite de um centímetro de dilatação não deve ser usado para identificar as mulheres em risco (WHO, 2018).

Recomenda-se praticar o uso das seguintes definições das fases latente e ativa do período do trabalho de parto. Latente é um período que é caracterizado por dolorosas contrações uterinas e alterações variáveis do colo do útero, mesmo com algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 5 cm para o primeiro parto e os subseqüentes. O período de dilatação ativa é um período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e regulares com um grau importante de apagamento e dilatação mais rápido do colo do útero de 5 cm até a dilatação total (WHO, 2018).

Para mulheres que estão em trabalho de parto latente e não são admitidas na unidade de trabalho de parto, um processo de tomada de decisão compartilhada é recomendado para criar um plano para atividades de autocuidado e técnicas de enfrentamento. A admissão

durante a fase latente do trabalho de parto pode ser necessária por uma variedade de razões, incluindo o controle da dor ou a fadiga materna (ACOG, 2019).

- **Duração do período de dilatação**

Dados do *National Collaborative Perinatal Project* foram utilizados, com 26.838 parturientes, com gestação a termo, parto espontâneo, apresentação de vértice e resultado perinatal normal, com objetivo de examinar padrões de trabalho de parto em uma população grande e explorar uma abordagem alternativa para diagnosticar a progressão anormal do trabalho de parto. Observaram que o tempo mediano necessário para progredir de um centímetro para o outro tornou-se menor à medida que o trabalho de parto avançava; As mulheres nulíparas tinham a curva de trabalho mais longa, gradual, podendo iniciar a fase ativa após 5 cm de dilatação cervical, sem ter uma fase ativa clara caracterizada por dilatação precipitada; múltiparas de diferentes paridades tinham curvas muito semelhantes. A fase de desaceleração na fase ativa tardia do trabalho de parto pode ser um artefato em muitos casos. Concluíram que a fase ativa do trabalho de parto pode não iniciar até 5 cm de dilatação cervical em múltiparas e, mais tarde, em nulíparas. Um limiar de 2 horas para o diagnóstico de parada do trabalho de parto pode ser muito curto antes de 6 cm de dilatação, enquanto um limite de 4 horas pode ser muito longo após 6 cm. A dilatação do colo do útero se acelera à medida que o trabalho de parto avança, propõe-se uma abordagem graduada baseada nos níveis de dilatação cervical para diagnosticar a demora ou a suspensão do trabalho de parto (ZHANG *et al.*, 2010b).

As mulheres devem ser informadas de que não há duração padrão da fase latente do período de dilatação e isso pode variar muito de uma mulher para outra. Entretanto, a duração da fase ativa do período de dilatação ativo é de 5 cm até a dilatação total geralmente não excede 12 horas em nulíparas e, não excede 10 horas nos partos subsequentes (WHO, 2018). Segundo o relatório da CONITEC, a duração normal da fase ativa do TP pode variar de 8 horas a 18 horas nas primíparas e de 5 a 12 horas nas múltiparas (BRASI, 2016).

- **Admissão precoce**

As taxas de cesáreas aumentam em todo o mundo e os componentes desse aumento são parcialmente desconhecidos. Uma forte vertente aponta para distócia e, ao mesmo tempo, o diagnóstico de distócia é altamente subjetivo. Estudos anteriores indicaram que o risco de

cesárea é significativamente maior quando as mulheres são admitidas no hospital no início do trabalho de parto. Os efeitos diferenciais do aumento da ocitocina dependendo da dilatação na admissão podem sugerir que a admissão no estágio inicial do trabalho de parto é um indicador de cesariana e, que a admissão no estágio intermediário (2,5-3,5 cm) se torna um fator de risco para a intervenção cirúrgica (MIKOLAJCZYK *et al.*, 2016).

Em estudo realizado com 1.202 mulheres nulíparas, com gestação única, de vértice e trabalho de parto espontâneo, selecionaram três grupos com base na dilatação cervical na admissão: precoce (0,5 a 1,5 cm, n=178), intermediária (2,5 a 3,5 cm, n=320) e tardia (4,5 a 5,5 cm, n=175), para avaliar a forma das associações entre a cesariana em ambos os casos, primeiro ou segundo estágio versus parto vaginal e dilatação na admissão. Observaram que as mulheres que foram internadas precocemente tiveram um risco maior de parto por cesariana (18 vs 4% no grupo de admissão tardia), enquanto o risco de parto instrumental não diferiu (24 vs 24%). Antes de 4 cm de dilatação, quanto mais cedo uma mulher fosse internada, maior o risco de parto por cesariana. O uso de ocitocina foi associado a um maior risco de cesariana apenas no grupo intermediário (2,5 a 3,5 cm de dilatação na admissão). Concluíram que a admissão precoce ao parto foi associada a um risco significativamente maior de parto por cesariana durante o primeiro e segundo estágios. Os efeitos diferenciais do aumento de ocitocina dependendo da dilatação na admissão podem sugerir que a admissão na fase inicial do trabalho de parto é um indicador e não um fator de risco em si, mas a admissão no estágio intermediário (2,5 a 3,5 cm) torna-se um fator de risco, além disso, mais pesquisas são necessárias para estudar esta hipótese (MIKOLAJCZYK *et al.*, 2016).

As mulheres internadas na fase latente, admissão precoce, apresentaram maior probabilidade de sofrer intervenções intraparto, o que aumenta a probabilidade de cesárea. Os serviços de maternidade devem ser organizados em torno das necessidades das mulheres e das famílias, fornecendo apoio laboral precoce, para permitir que as mulheres se sintam tranquilas facilitando a sua admissão durante o trabalho de parto para evitar a cascata de intervenções intraparto que aumentam o risco de cesariana (ROTA *et al.*, 2017).

Outro fator importante a ser discutido é a questão da peregrinação das mulheres ao procurar atendimento nas maternidades. Muitas vezes essas mulheres procuram os serviços na fase latente do trabalho de parto, ou seja, em pródromos e, nesses casos, os profissionais apenas solicita que a gestante retorne para casa, pois não está dentro dos parâmetros para internação hospitalar, sem maiores esclarecimentos. Dessa forma a mulher irá peregrinar em busca de outra instituição que possa admiti-la.

Estudo seccional, aninhado à coorte de nascimento BRISA, realizado em São Luís do Maranhão e em ribeirão Preto, em São Paulo, com objetivo de estimar a peregrinação de gestantes no momento do parto e identificar os fatores associados a essa peregrinação. Amostra composta por 10.475 gestantes admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto. Entrevistas foram realizadas utilizando-se questionários que continham variáveis sociodemográficas e relacionadas ao parto. Utilizou-se modelagem hierarquizada, e calculou-se o risco relativo utilizando regressão de Poisson. A peregrinação foi mais frequente em São Luís (35,8%) que em Ribeirão Preto (5,8%). Em São Luís, foram fatores associados à maior peregrinação: ser primípara (RR = 1,19; IC95%: 1,08-1,31) e ter escolaridade menor que 12 ou mais anos de estudo. Entretanto, ter 35 anos ou mais (RR = 0,65; IC95%: 0,54-0,84) foi fator associado à menor peregrinação. Em Ribeirão Preto, peregrinaram com maior frequência as gestantes cujos partos foram de alto risco (RR = 2,45; IC95%: 1,81-3,32) e com idade gestacional inferior a 37 semanas (RR = 1,93; IC95%: 1,50-2,50). No entanto, partos com idade gestacional igual ou acima de 42 semanas foi um fator associado a menor peregrinação (RR = 0,57; IC95%: 0,33-0,98). Nas duas cidades, gestantes pobres peregrinaram com maior frequência, e sem garantia de que seriam atendidas, mesmo dentre as que realizaram o pré-natal. O estudo evidenciou ausência da garantia de acesso universal e equânime e reafirmou a desigualdade de acesso à assistência ao parto entre as regiões brasileiras (MORAES *et al.*, 2018).

- **Toques vaginais**

Em um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, que objetivou descrever a percepção de mães adolescentes acerca da experiência do parto, realizado em Hospital de referência do centro-sul piauiense com 8 mães adolescentes, na faixa etária de 15 a 18 anos. Revelou que todas apontaram o parto como experiência dolorosa, evidenciaram-se violações de direitos exames de toques sucessivos (LIMA *et al.*, 2018).

Para o cuidado humanizado à parturiente, faz-se necessário seguir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, evitando as intervenções desnecessárias entre elas a prática de toques repetidos por diversos profissionais. Para avaliar a evolução do parto é importante a aferição pelo mesmo profissional. Qualquer que seja a conduta adotada, o toque vaginal deve ser evitado até que a gestante esteja em franco trabalho de parto, para minimizar os riscos de infecção ovular e puerperal (BRASIL, 2014). Recomenda-se realizar um toque vaginal em

intervalos de quatro horas para avaliação de rotina e identificação do prolongamento do trabalho ativo (WHO, 2018).

- **Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor**

Múltiplas técnicas não-farmacológicas e farmacológicas podem ser usadas para ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto (ACOG, 2019). A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, antes restritos ao setor privado, faz hoje parte do processo de humanização no Sistema Único de Saúde. A dor no parto pode ser potencializada por medidas que a iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócicos, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras (RATTNER, 2009).

Sartori e colaboradores em uma revisão sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, após análise de 6 estudos publicados, evidenciaram que a acupuntura, estimulação elétrica transcutânea e técnicas de respiração e relaxamento apresentaram nível de evidência II (SARTORI *et al.*, 2011). Nem todas as estratégias não farmacológicas são eficazes, mas diminuíram o uso de drogas analgésicas e a administração de ocitocina nas parturientes, sem cursar com efeitos adversos prejudiciais à parturiente e ao feto (CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

Outras tecnologias recomendadas para alívio da dor do trabalho de parto são o estímulo aos exercícios, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de posições verticalizadas, a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), a hidroterapia, a cinesioterapia, a crioterapia e massoterapia (CAUS *et al.*, 2012; CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

Posições verticalizadas apresentam como aspectos positivos a sensação de conforto, redução do esforço expulsivo e da dor. Ressaltam ainda a valorização da mulher, fortalecendo-a no processo de parir, tratando-a com carinho, respeitando-a em seu tempo, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009; CAUS *et al.*, 2012).

Um estudo sobre o processo de decisão do tipo de parto ressalta a importância do diálogo com as mulheres antes do parto para apresentar as possibilidades dos métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, bem como sobre formas para favorecer o parto vaginal (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Técnicas de relaxamento são recomendadas, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, meditação da atenção plena (mindfulness) e outras técnicas,

para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher (WHO, 2018).

Opções não-farmacológicas, como massagem, imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto, acupuntura, relaxamento e hipnoterapia não são abordados neste documento, embora possam ser úteis como adjuntos ou alternativas em muitos casos (ACOG, 2019).

Técnicas manuais são recomendadas, como massagem ou aplicação de compressas mornas, para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o parto, dependendo do preferências das mulheres (WHO, 2018).

Um estudo transversal que objetivou identificar a prática de métodos não farmacológicos implementadas para o alívio da dor de parto e os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação, com 586 puérperas em um hospital de ensino do Brasil. No hospital universitário, 55,5 % receberam orientação/informação sobre os métodos e o mais aceito foi o banho (66,6 %). O motivo mais relatado foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8 %); 89,4 % consideram que a prática deste método lhes trouxe benefícios; para 79,9 %, o grau de satisfação foi maior ou igual a sete. Conclusão: o uso de métodos não farmacológicos é uma prática eficiente para o alívio da dor de parto. É importante empoderar e informar as parturientes quanto às estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o trabalho de parto para que possam, nesse momento e em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método (MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES, 2019).

- **Apoio contínuo**

Apoio contínuo durante o trabalho de parto deve ser o padrão de atendimento para todas as mulheres. O suporte contínuo não-médico durante o trabalho de parto tem efeitos positivos para a mulher, seu curso de parto e o ajuste inicial pós-parto da mulher e do recém-nascido (KING; PINGER, 2014).

Em um estudo de revisão da Cochrane com o objetivo de avaliar os efeitos do apoio contínuo em mulheres e seus bebês, um pra um, durante o parto em comparação com os cuidados habituais, em qualquer ambiente e determinar se os efeitos do suporte contínuo recebiam alguma influência. Incluíram um total de 27 estudos, e 26 ensaios envolvendo 15.858 mulheres. Os resultados obtidos foram que as mulheres alocadas para apoio contínuo tinham maior probabilidade de ter parto vaginal espontâneo e menos probabilidade de relatar classificações negativas de sentimentos sobre a sua experiência

de parto. Concluíram que o apoio contínuo durante o trabalho de parto pode melhorar os resultados para mulheres e bebês, incluindo aumento do parto vaginal espontâneo, menor duração do trabalho de parto, diminuição de cesáreas e de parto vaginal instrumental, uso de analgesia, uso de analgesia regional, menores índices de escore de Apgar baixo no quinto minuto e melhores sentimentos sobre experiências de parto. Não encontraram evidências de danos do apoio contínuo ao trabalho de parto (BOHREN *et al.*, 2017).

- **Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto**

Não é recomendado administração rotineira de fluidos intravenosos durante a assistência ao trabalho de parto. Uma política que permite que as mulheres auto selecionem sua ingestão oral tem benefícios e nenhum efeito adverso; portanto, é melhor encorajar as mulheres a manter a hidratação através da ingestão oral de líquidos. Recomenda-se o uso de uma trava salina quando o acesso intravenoso intermitente é desejado. Avaliações periódicas para detectar desidratação são necessárias, e fluidos intravenosos podem ser benéficos para mulheres que estão em alto risco de complicações ou que são incapazes de manter a ingestão oral adequada (KING; PINGER, 2014).

Mulheres em trabalho de parto que progridem espontaneamente podem não necessitar de infusão contínua de rotina de fluidos intravenosos (ACOG, 2019). O fluido intravenoso mais comumente administrado é a glicose de baixa dose. A de alta dose está associada com o aumento da incidência de hipoglicemia neonatal (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010).

A Infusão de soro glicosado não deve ser realizada rotineiramente com o objetivo de prevenir a hipoglicemia neonatal, podendo acarretar efeitos adversos devido ao estímulo da produção de insulina pelo pâncreas fetal. Venóclise e infusão de líquidos só devem ser realizadas com indicações específicas (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Um estudo documental em uma maternidade de referência que objetivou descrever a implementação das boas práticas de atenção ao parto, evidenciou que 54% das parturientes permaneceram com venóclise durante todo trabalho de parto (MELO *et al.*, 2017).

O uso rotineiro de hidratação venosa é uma prática que deveria ser revista. Nutricionalmente, não existem vantagens desse procedimento em relação à oferta de líquidos, não oferece benefícios, dificulta a livre movimentação da mulher no leito e inviabiliza a deambulação (D'ORSI *et al.*, 2005). O uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode cursar com hiponatremia tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (WHO, 1996). O

uso de fluidos intravenosos não é recomendado para encurtar a duração do trabalho de parto (WHO, 2018).

- **Ausculata intermitente**

Recomenda-se ausculata intermitente de frequência cardíaca fetal por um dispositivo de ultra-som estetoscópio Doppler ou Pinard para gestantes de baixo risco em trabalho de parto (WHO, 2018).

A ausculata intermitente é um método baseado em evidências de vigilância fetal durante o trabalho de parto para mulheres com gestação de baixo risco e considerado um dos componentes dos esforços abrangentes para reduzir a taxa de cesárea primária e promover o parto vaginal. Muitos médicos não estão familiarizados com a prática da ausculata intermitente (WISNER, HOLSCHUH, 2018).

A vigilância da frequência cardíaca fetal é um componente padrão dos cuidados intraparto. A frequência cardíaca fetal pode ser avaliada usando a ausculata intermitente ou monitoramento fetal eletrônico. Pesquisas que compararam essas duas estratégias mostraram que elas são equivalentes em relação aos resultados neonatais a longo prazo. O objetivo deste boletim clínico pelo Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras é revisar as evidências para o uso de ausculata intermitente e fornece recomendações para técnica, interpretação e documentação de ausculata intermitente (ACNM, 2017).

Logo, não se deve oferecer monitoramento eletrônico fetal contínuo (Cardiotocografia-CTG), à mulheres com baixo risco de complicações. Oferecer ausculata intermitente da frequência cardíaca fetal a mulheres com baixo risco de complicações no primeiro estágio do trabalho de parto, com uso de estetoscópio de *Pinard* ou ultrassom doppler. Executar a ausculata intermitente imediatamente após uma contração por pelo menos um minuto, pelo menos a cada 15 minutos (NICE, 2017).

- **Analgesia**

Muitas mulheres desejam o controle da dor durante o trabalho de parto e o parto, e há muitas indicações médicas para analgesia e anestesia durante esse processo de parturição. Na ausência de uma contraindicação médica, o pedido materno é uma indicação médica suficiente para o alívio da dor. A mulher que solicita analgesia peridural durante o trabalho de parto não deve ser privada deste serviço com base no status de seu seguro de

saúde. Os serviços de anestesia devem estar disponíveis para fornecer analgesia de parto e anestesia cirúrgica em todos os hospitais que ofereçam cuidados maternos (níveis I a IV). Embora a disponibilidade de diferentes métodos de analgesia de parto varie de hospital para hospital, os métodos disponíveis dentro de uma instituição não devem se basear na capacidade de pagamento do paciente. Para permitir que o número máximo de pacientes se beneficie da analgesia neuroaxial, enfermeiros obstetras não devem ser impedidos de participar do manejo do alívio da dor durante o trabalho de parto. Sob supervisão médica adequada, a equipe de enfermagem demonstrou competência atual para participar do tratamento de infusões peridurais (ACOG, 2019). A anestesia epidural é recomendada para mulheres grávidas saudáveis que procuram alívio da dor durante o parto, dependendo das preferências da mulher (WHO, 2018).

Em um estudo retrospectivo do tipo caso-controle, realizado com o objetivo de investigar a associação entre a analgesia obstétrica farmacológica e os desfechos obstétricos e neonatais, com 393 parturientes, sendo 131 casos que realizaram analgesia obstétrica farmacológica e 262 controles que não realizaram. Foram investigados o perfil sociodemográfico e obstétrico, as circunstâncias da admissão da parturiente, as condutas obstétricas e os desfechos obstétricos e neonatais. Observaram que parturientes submetidas à analgesia farmacológica durante o trabalho de parto apresentaram risco aumentado para o uso de ocitocina exógena ($p < 0,001$), episiotomia ($p = 0,001$), manobra de *Kristeller* ($p = 0,036$) e fórceps ($p = 0,004$). Concluíram que a analgesia farmacológica não aumenta o risco de laceração perineal espontânea, parto abdominal e internação em unidade neonatal, contudo influencia no aumento do risco de uso de ocitocina sintética, realização de Manobra de *Kristeller*, episiotomia, fórceps e ocorrência de escores menores de APGAR no 1º minuto (FERNANDES *et al.*, 2017).

As novas evidências identificadas sobre os riscos associados à peridural, não sugerem mais uma associação de epidural com aumento de partos instrumentais, mas está associada à vários efeitos colaterais como risco de hipotensão, bloqueio motor, febre, retenção urinária e aumento do uso de ocitocina (NICE, 2019).

- **Monitorização Eletrônica Fetal**

A ausculta intermitente deve ser o padrão de cuidado para monitorar o feto durante o trabalho de parto. Deve-se seguir as diretrizes nacionais para a frequência da ausculta. Ausculta durante as contrações pode melhorar a detecção de alterações periódicas ou

episódicas na frequência cardíaca. Estratégias para fazer a mudança de rotina da monitorização eletrônica fetal para ausculta intermitente para mulheres de baixo risco que dão à luz em hospitais são necessários (KING; PINGER, 2014). A cardiocotografia contínua não é recomendada para avaliar o bem-estar do feto em gestantes saudáveis com trabalho de parto espontâneo (WHO, 2018).

O uso disseminado de monitorização eletrônica fetal contínua não demonstrou afetar significativamente desfechos como morte perinatal e paralisia cerebral quando usados em mulheres com gestações de baixo risco (ACOG, 2019).

- **Administração de ocitócicos**

A utilização da ocitocina não deve ser recomendada de rotina no manejo do trabalho de parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). As complicações dos ocitócicos são náusea, vômitos, cefaleia, hipertensão pós-parto, parada cardíaca, hemorragia intracerebral, infarto do miocárdio, eclampsia pós-parto e edema pulmonar (WHO, 1996).

O uso de ocitocina no trabalho de parto, de forma indiscriminada, pode cursar com resultados maternos e perinatais desfavoráveis. Taquissístolia e alteração na perfusão uteroplacentária podem justificar esses resultados; podendo ainda determinar uma cesariana iatrogênica. Seu uso rotineiro pode interferir no curso natural do parto e interferir na movimentação da parturiente, estando também relacionada a experiências mais dolorosas no trabalho de parto (LOBO *et al.*, 2010).

Em um estudo de coorte retrospectivo com mulheres que receberam ocitocina para indução ou para acelerar o trabalho de parto, realizado no Hospital Universitário de Duke, antes e após a implementação de um novo protocolo de utilização de ocitocina. Os resultados foram comparados para 150 mulheres no protocolo antigo e 150 mulheres recebendo ocitocina com base no novo protocolo. Observaram que houve uma tendência a ocorrência de mais cesáreas, 28% em comparação com 19%, $p=0,07$, maior perda de sangue entre as mulheres que foram submetidas à cesariana, 800 em comparação com 600 ml, $p=0,003$ e mais complicações na ferida pós-parto, 23,8% em comparação com 10,3%, $p=0,025$ entre as mulheres que receberam ocitocina no novo protocolo, em comparação com o antigo protocolo. No entanto, houve menos internações em berçários de terapia intensiva (11% em comparação com 20%, $p=0,038$) de neonatos de mulheres no novo protocolo. Concluíram que um protocolo mais conservador de ocitocina levou a menor dosagem máxima de ocitocina e menos taxas de admissão em berçário de terapia intensiva, porém, maior perda de sangue pós-

parto, infecção de feida e tendência a maiores taxas de cesárea. Recomendam que os protocolos de ocitocina devem equilibrar a morbidade materna e neonatal associada à exposição a este medicamento de alto risco (LEWIS *et al.*, 2014).

Um estudo descritivo, realizado nos Estados Unidos, mostrou o elevado uso da ocitocina sem uma clara indicação médica e de forma desestruturada. O uso sem precaução da droga é comumente citado em casos de processos judiciais obstétricos nos EUA. Foi criado um protocolo claramente definido e implementado para avaliar a real indicação de uso da ocitocina, após a implementação do mesmo, observaram uma redução no número de mulheres submetidas à condução do parto e redução no número de cesarianas de emergência devido ao estresse fetal, levando à conclusão de que o uso da ocitocina deve ser de forma cuidadosa e com clara indicação médica, a fim de reduzir-se o número de mulheres em uso desnecessário da droga e os efeitos adversos advindos desta (ROSSEN *et al.*, 2015).

Com o objetivo de avaliar os efeitos da estimulação do parto com ocitocina nos resultados maternos e neonatais, fora desenvolvido um estudo descritivo e analítico, com 338 mulheres que deram à luz em um hospital de nível terciário. Variáveis obstétricas e neonatais foram medidas e comparadas em mulheres com e sem estimulação com oxitocina. Observaram que a estimulação do parto com a ocitocina aumentou as taxas de cesarianas, anestesia peridural, febre materna intraparto em primíparas e multíparas, também foi associada com baixos valores de pH do cordão umbilical e com uma menor duração da primeira fase do parto em primíparas. No entanto, ela não afetou as taxas de laceração perineal de terceiro e quarto grau, a episiotomia, a reanimação neonatal, o índice de Apgar no quinto minuto e a presença de mecônio. Concluíram que a estimulação com ocitocina não deveria ser utilizada de maneira sistemática, mas apenas em casos muito específicos. Estes resultados fornecem evidências adicionais aos profissionais de saúde e às parteiras sobre o uso de ocitocina durante o parto e, que em condições normais, as mulheres deveriam ser informadas sobre os possíveis efeitos da estimulação com ocitocina (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016).

Em um estudo em que investiga a vida social da ocitocina, isto é, sua sintetização, estabilização e uso em obstetrícia para acelerar o trabalho de parto, o artigo reflete sobre o processo de medicalização do parto, tendo como foco específico o desenvolvimento da ocitocina sintética em 1953. Onde, por meio do levantamento em dois periódicos brasileiros de obstetrícia da época, é analisado o início do uso da ocitocina sintética no Brasil, a partir do final da década de 1950, e os argumentos dos obstetras acerca da recomendação ou não desse uso. É observada, nesse período, a centralidade cada vez maior do obstetra no parto, bem

como a recomendação do uso encadeado de diferentes intervenções, com destaque para a ocitocina, visando menor tempo de trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Recomenda-se que o uso de ocitocina não é recomendado para a prevenção de atraso no trabalho em mulheres submetidas a analgesia epidural (WHO, 2018).

- **Anniotomia**

A anniotomia de rotina deve ser abandonada, visto que a bolsa íntegra impede a desaceleração da frequência cardíaca fetal devido à compressão do cordão, previne a corioamnionite e permite a rotação fetal. Permitir que a bolsa das águas permaneça intacta diminui o risco de prolapso do cordão umbilical e cesárea de emergência. A anniotomia seletiva para resolver a distócia precisa de mais estudos (KING; PINGER, 2014).

As mais recentes evidências científicas sugerem que, para mulheres com trabalho de parto normalmente em progressão e sem evidência de comprometimento fetal, a anniotomia de rotina não precisa ser realizada, a menos que seja necessária para facilitar o monitoramento (ACOG, 2019).

A ruptura artificial das membranas ou anniotomia apesar de ser um procedimento simples, não é isenta de riscos. Seu uso pode estar relacionado a uma maior necessidade de utilização de ocitocina e com possíveis complicações como prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, embolia amniótica e desconforto materno (SOUZA *et al.*, 2010).

Não existem evidências que baseiem sua prática, efetividade e segurança; não sendo, portanto, recomendada como método de indução do parto. Não é possível concluir que a anniotomia precoce apresenta uma vantagem clara quanto a sua utilização. Portanto, no trabalho de parto normal deve haver um motivo válido para interferir com a ruptura das membranas de forma espontânea (WHO, 1996). O uso de anniotomia isolada não é recomendado para prevenir o atraso no trabalho de parto (WHO, 2018).

- **Definição da duração do expulsivo**

Recomenda-se para a prática clínica o uso das seguintes definição e duração do período expulsivo, o período expulsivo é o período entre a dilatação total do colo do útero e o

nascimento do bebê durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar como resultado de contrações uterinas expulsivas. As mulheres devem ser informadas de que a duração do período o expulsivo varia de uma mulher para outra. Nos primeiros nascimentos, o parto é normalmente completado em 3 horas, nos nascimentos subsequentes é completado geralmente em 2 horas (WHO, 2018).

Oferecer às mulheres nulíparas que têm analgesia epidural, um período inicial de repouso após o colo do útero dilatar 10 cm é baseado na teoria de que um curto período de descanso permitirá ao feto descer e girar passivamente enquanto conserva a energia da mulher para esforços expulsivos. Esta prática tem sido denominada como “atraso de empurrar, descida e descida passiva”. Diversos ensaios clínicos randomizados de atraso no período expulsivo revelaram que essa prática aumenta a incidência de parto vaginal espontâneo; reduz o risco de parto instrumental; diminui o tempo de acionamento ativo; e não tem efeito sobre a taxa de cesárea, lacerações do trato genital ou episiotomias. Metanálise desses estudos descobriram que aproximadamente 10% a mais de partos vaginais ocorrem quando o empurrão materno é atrasado e o período de empurrão ativo é encurtado em uma média de aproximadamente 12 a 20 minutos. No entanto, o aumento nas taxas de parto vaginal não foi estatisticamente significativo quando apenas estudos de alta qualidade foram incluídos (KING; PINGER, 2014).

Os períodos clínicos do parto apresentam diferenças em características e tempo de evolução de acordo com a paridade. A duração do trabalho de parto ativo pode variar. Nas nulíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas. A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é de 0,5 a 2,5 horas em nulíparas sem peridural e de 1 a 3 horas com peridural, em multíparas de até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural (BRASIL, 2016).

- **Mobilidade Materna**

O parto deixou de ser um evento fisiológico e social, assistido pela família, para se tornar um momento no qual os profissionais de saúde assumem o controle de todas as ações do pré-parto e parto, minimizando o protagonismo e a autonomia da mulher, induzindo-a a parir em posição horizontal, que facilita a realização de procedimentos médicos. A Organização Mundial de Saúde reconhece os benefícios das posições verticais no trabalho de

parto e recomenda que as mulheres sejam estimuladas e encorajadas a assumir a posição que desejarem no decorrer do parto, cabendo à equipe de saúde estar preparada para prestar o cuidado na posição escolhida (PAIVA *et al.*, 2018).

Uma visão geral do trabalho de parto baseada apenas em dados epidemiológicos não pode identificar ou explicar os mecanismos envolvidos no parto. Dados sobre a posição que as mulheres devem assumir ao dar à luz são discordantes. Nenhum dos estudos sobre posições de nascimento os define ou descreve adequadamente, ou seu impacto biomecânico, orientação pélvica, posição das costas. A medição do efeito de uma posição em relação à de outra exige definições precisas de cada posição e de suas consequências biomecânicas maternas, bem como métodos de medição seguros ((DESSEAUVE *et al.*, 2017).

Deve-se encorajar as posições eretas durante o trabalho de parto e permitir que as mulheres em trabalho de parto possam parir em qualquer posição que pareça confortável e natural. Incentivar a deambulação e mudanças frequentes de posição durante o trabalho de parto para melhorar o conforto materno e o posicionamento fetal ideal. O uso da posição reclinada é reservado para períodos de descanso ou para ajudar o feto a rodar colocando as mulheres em posição deitada (KING; PINGER, 2014).

Estudo de caráter qualitativo teve como objetivo analisar a percepção de puérperas quanto às posições corporais assumidas durante o trabalho de parto normal, considerando os estágios de dilatação e de expulsão, realizada numa maternidade do município de Jataí-GO. Os dados encontrados desvelam a insuficiência das informações fornecidas à mulher durante o pré-natal e o parto. São diversas as posições que as mulheres podem assumir durante todo o trabalho de parto, porém essa pluralidade não é do conhecimento delas. Todas as participantes do estudo pariram em posição litotômica e poucas delas assumiram posições verticais no período de dilatação. As que adotaram essas posições justificaram alívio da dor, mas não foram informadas sobre benefícios e ou contraindicações de cada posição. É preciso desmistificar a ideia de que os profissionais de saúde são os protagonistas do trabalho de parto (PAIVA *et al.*, 2018).

Em uma publicação como objetivo descrever os primeiros resultados de dois estudos avaliativos, um sobre a Rede Cegonha e outro sobre o projeto Parto Adequado, denominados, respectivamente, de avaliação da Rede Cegonha e Nacer Saudável, e identificar possíveis melhorias em comparação ao estudo Nacer no Brasil. O estudo avaliação da Rede Cegonha incluiu todas as 606 maternidades públicas e mistas envolvidas na Rede Cegonha e um total de 10.675 puérperas. O estudo Nacer Saudável incluiu uma amostra de conveniência de 12 hospitais da rede privada e um total de 4.798 mulheres. Para ambos os setores, as taxas de

intervenções não recomendadas de rotina durante o parto vaginal, como posição em litotomia, realização de episiotomia e da manobra de *Kristeller* foram entre 20% e 50% menores nos estudos de 2017. Na assistência ao parto ainda predomina a posição de litotomia, embora a recomendação da OMS seja que as mulheres tenham liberdade para escolher a melhor posição no parto, incluindo posições verticalizadas. Apesar de a realização de episiotomia ter declinado no período, ainda são realizadas em quase 40% das mulheres no setor privado e em quase um terço delas no setor público (LEAL *et al.*, 2019).

Um estudo controlado randomizado foi realizado em 11 hospitais na China, com 1.400 mulheres recrutadas e alocadas aleatoriamente ao grupo experimental, que pariram posição de quatro apoios e o grupo controle, que pariram em decúbito dorsal. O desfecho materno primário medido foi a taxa de episiotomia. Os desfechos secundários incluíram grau de laceração do períneo, taxa de cesariana de emergência, taxa de distócia de ombros e duração do trabalho de parto, sangramento pós-parto, índice de Apgar neonatal e taxa de asfixia neonatal. Como os dados dos resultados foram coletados apenas para mulheres que deram à luz na posição de quatro apoios, análises por protocolo foram usadas para comparar os grupos. O desfecho primário, episiotomia, também foi comparado entre os grupos usando regressão logística ajustada para a idade materna, idade gestacional ao nascer, se a mulher era primípara, o processo do segundo estágio do trabalho de parto e o peso ao nascer. Concluíram que em comparação com o grupo controle, o grupo experimental apresentou taxas mais baixas de episiotomia e laceração do períneo de segundo grau, incluindo episiotomia e, taxas mais altas de períneo intacto e laceração do períneo de primeiro grau, com maior duração do segundo estágio do trabalho de parto. Não foram encontradas diferenças significativas na quantidade de sangramento pós-parto, distócia de ombros, asfixia neonatal e pontuação neonatal de Apgar em 1 minuto e 5 minutos. Ajustada para idade materna, idade gestacional, paridade, duração do segundo estágio do trabalho de parto e peso ao nascer, a posição de quatro apoios reduziu a necessidade de episiotomia (OR = 0,024, $p < 0,001$). Sugere-se que as parteiras e obstetras aprendam as habilidades necessárias para auxiliar as mulheres no parto nesta posição (ZHANG *et al.*, 2017).

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASI, 2016). Recomenda-se incentivar a mobilidade e adotar uma posição vertical durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (WHO, 2018).

- **Episiotomia**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30%. No Canadá, as taxas de episiotomia apresentaram uma redução de 38% para 24% no período de 1993 a 2001; na Finlândia, de 42% em 1997 para 25% em 2009; na França, em primíparas diminuiu de 71% em 2003 para 44% em 2010, e em múltiparas de 36% para 14%; e nos Estados Unidos, em mulheres de parto vaginal e gestação única foi de 17% em 2012 (LEAL *et al.*, 2014).

A episiotomia não deve ser realizada de rotina, documentando-se diversos benefícios quando o procedimento pode ser evitado: menor perda sanguínea, menor uso de suturas, menos dor e menos complicações perineais (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Seu uso deveria se restringir a situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, pois não há consenso sobre quais seriam as situações. Além da ausência de benefícios, a episiotomia está relacionada com uma série de complicações (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

As principais complicações relacionadas ao seu uso são: trauma perineal grave, aumento de hemorragia pós-parto, prolongamento do uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, dor no puerpério, tempo de internamento aumentado, formação de hematomas, infecção pós-natal, uso de antibióticos, incontinência fecal e urinária, complicações na cicatrização e dispareunia (CARROLI, 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010). Logo, o uso prolongado ou rotineiro de episiotomia não é recomendado em mulheres que estão em trabalho de parto vaginal espontâneo (WHO, 2018).

Não há benefício reconhecido para episiotomia em partos normais. Quando a episiotomia é praticada rotineiramente, a taxa de mulheres com períneo intacto é menor do que quando essa prática é restritiva, enquanto uma prática restritiva não resulta em aumento do número de casos de lesão do esfíncter anal (RIETHMULLER; RAMANAH; MOTTET, 2018).

Nenhuma evidência indica que uma episiotomia para mulheres com apresentação pélvica, gravidez gemelar ou variedade de posição occipito-posteriores evite a lesão do esfíncter anal. A indicação de episiotomia durante o parto depende de fatores de risco individuais e condições obstétricas, consenso profissional. Recomenda-se que a indicação da episiotomia seja explicada e o consentimento da mulher recebido antes de sua realização. A episiotomia durante o parto instrumental parece estar associada a uma redução do risco de

lesão do esfíncter anal. O extrator a vácuo parece induzir menos casos de lesão do esfíncter anal do que outros instrumentos (RIETHMULLER; RAMANAH; MOTTET, 2018).

A realização de uma episiotomia durante partos normais não é recomendada para reduzir o risco de lesão do esfíncter anal. Nos partos instrumentais, a episiotomia pode ser indicada para evitar tal lesão. Quando uma episiotomia é realizada, recomenda-se uma incisão médio-lateral. A indicação para episiotomia deve ser explicada à mulher e ela deve consentir antes de sua realização. Não é recomendado aconselhar as mulheres a fazer cesariana para prevenção primária de incontinência urinária ou anal após o parto (DUCARME *et al.*, 2019).

Em um estudo com o objetivo de descrever os primeiros resultados de dois estudos avaliativos no Brasil, um sobre a Rede Cegonha e outro sobre o projeto Parto Adequado, denominados, respectivamente, de avaliação da Rede Cegonha e Nascer Saudável, e identificar possíveis melhorias em comparação ao estudo Nascer no Brasil. Ambos os estudos têm desenho seccional, realizados em 2017. A realização de episiotomia apresentou redução entre 20% e 50% menores nos estudos de 2017. Apesar de a realização de episotomia ter declinado no período, ainda são realizadas em quase 40% das mulheres no setor privado e em quase um terço delas no setor público. O uso liberal ou rotineiro de episiotomia não é recomendado para mulheres com parto vaginal espontâneo e não existe uma definição de taxa aceitável, já que as evidências disponíveis não sustentam a realização de episiotomia no cuidado rotineiro 20. Portanto, a recomendação é de não realizar de forma rotineira, o que ainda parece acontecer para um número significativo de mulheres brasileiras (LEAL *et al.*, 2019).

- **Contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho**

A colocação de recém-nascidos saudáveis pele a pele no abdome da mãe imediatamente após o nascimento deve ser o padrão de atendimento. Esta prática tem benefícios positivos substanciais e sem efeitos adversos. Uma vez que pode avaliar os sinais vitais do recém-nascido, atribuir escores de Apgar e realizar procedimentos de rotina no tórax da mãe. Deve-se incentivar a amamentação com o auto apego recém-nascido durante a primeira hora e adiar as avaliações de rotina do recém-nascido até após o início bem-sucedido da amamentação (KING; PINGER, 2014).

O contato pele a pele imediato com a mãe faz parte dos primeiros passos no atendimento ao recém-nascido saudável, logo após o nascimento (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010). Devendo ser recomendado uma vez que melhora os resultados neonatais em

termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória além de aumentar o sucesso da amamentação, sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2009).

Existem evidências de que o contato pele a pele é eficaz na manutenção da temperatura corporal inclusive para recém-nascidos prematuros (KARLSSON, 2012; BRASIL, 2014). Logo, os recém-nascidos sem complicações após o nascimento devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para evitar hipotermia e promover a amamentação (WHO, 2018).

- **Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto**

Há uma forte evidência em favor do uso profilático da ocitocina na terceira fase do parto, dado o seu benefício em termos de reduzir a hemorragia pós-parto e a duração do terceiro estágio, podendo ser administrada por via intravenosa ou intramuscular. Além disso, o uso de ocitocina profilática não aumenta o risco de eventos adversos, especificamente a necessidade de remoção manual da placenta (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010; WESTHOFF; COTTER; TOLOSA, 2013).

Ainda não está claro o momento exato de administração da ocitocina. Existem opiniões que sugerem benefícios com a administração antes do delivramento e outras sugerindo que há maior redução do risco de hemorragia pós-parto quando se aguarda a saída da placenta (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Recomenda-se para todos os nascimentos o uso de uterotônicos para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP). A ocitocina 10 UI, IM é o fármaco uterotônico recomendado para prevenir a HPP. Para ambientes nos quais a ocitocina não está disponível, Recomenda-se o uso de outros uterotônicos injetáveis corresponde, ergometrina/metilergometrina ou politerapia fixa de ocitocina e ergometrina ou misoprostol oral (600 µg) (WHO, 2018).

- **Clampeamento do cordão umbilical**

O clampeamento tardio do cordão umbilical deve ser o padrão de atendimento, melhora o estado hematológico a curto e longo prazo para o recém-nascido e não tem efeitos adversos clinicamente significativos. A duração ideal para o clampeamento parece ser de até 3 minutos, a menos que o cordão pare de pulsar mais cedo. Os recém-nascidos saudáveis devem ser colocados no peito da mãe para estimular o contato pele a pele enquanto se espera para

cortar o cordão. Se houver necessidade de mover o recém-nascido para reanimação, pode-se segurar o recém-nascido abaixo do introito e/ou ordenhar o cordão para aumentar a quantidade de transfusão em um curto espaço de tempo (KING; PINGER, 2014).

O clampeamento tardio do cordão umbilical está descrito na literatura, como tendo vários efeitos benéficos para o período neonatal e infância. O retardo de pelo menos 2 minutos no corte do cordão promove uma troca adicional de sangue da placenta para o recém-nascido enquanto o clampeamento imediato pode privar o recém-nascido de até 25% do volume circulante, sobretudo se a respiração espontânea ainda não tiver se iniciado (HUTTON; HASSAN, 2007). Tal espera pode representar uma melhora do hematócrito, melhora da concentração de ferritina e redução do risco de anemia (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

O fornecimento de sangue placentário adicional para o bebê prematuro por tempo superior a 30 a 120 segundos, em vez de clampeamento precoce, parece estar associado com menor necessidade de transfusão, melhor estabilidade circulatória, menos hemorragia intraventricular de qualquer grau e menor risco para enterocolite necrosante (RABE *et al.*, 2007; RABE *et al.*, 2012). Logo, recomenda-se o clampeamento tardio do cordão umbilical, não menos de 1 minuto após o nascimento, para melhor resultados de saúde e nutrição para mãe e bebê (WHO, 2018).

- **Apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto**

A amamentação na primeira hora após o parto está intimamente ligada ao contato pele a pele imediato. Moore, Anderson e Bergman, em um estudo de revisão, concluíram que esse contato inicial favorece a amamentação e que nas duas primeiras horas de vida os recém-nascidos estão muito alertas, sendo assim o período mais favorável a esse primeiro cenário de nutrição, já que depois eles se tornam mais sonolentos.

Segundo documento do Ministério da Saúde em 2014, a oferta do peito na primeira hora de vida pode proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, pode ter impacto na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afete o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal (BRASIL, 2014).

O incentivo à amamentação acontecendo nessa primeira hora facilita o processo de alimentação ao peito e a ajuda da equipe nesse primeiro momento pode ser fundamental para o tempo de amamentação no futuro, sobretudo em primigestas que tem uma maior dificuldade

no início e podem se frustrar caso não consigam aproveitar esse primeiro momento (MOORE; ANDERSON; BERGMAN, 2009).

Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer, sem contraindicação para ser amamentado, devem ser colocado na mama o mais rápido possível após o nascimento propicia a estabilidade clínica, tanto na mãe quanto no bebê (WHO, 2018).

- **Profilaxia da hemorragia neonatal com uso da vitamina K**

A vitamina K deve ser administrada no recém-nascido logo após o nascimento a fim de prevenir hemorragias. Podendo ser aplicada após o primeiro contato com a mãe, respeitando e permitindo o contato pele a pele imediato (BRASIL, 2011). Todos os recém-nascidos devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento, administrados após a primeira hora de contato pele a pele com a mãe e após iniciar a lactação (WHO, 2018).

3.4 Intervenções obstétricas no trabalho de parto

Iniciativas do Ministério da Saúde como a elaboração de manuais técnicos e outros materiais educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, embora relevantes, têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil que é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo (WHO, 2015).

No Brasil, em 2014, em um estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 mulheres que pariram em hospitais públicos e privados, menos de um terço se alimentou ou recebeu técnicas não farmacológicas para alívio da dor, 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e tiveram o progresso monitorado pelo partograma. Em mais de 70% das mulheres ocorreu punção venosa periférica, em 40% foi realizada amniotomia e administração de ocitocina, 30% delas receberam analgesia raqui/epidural. A posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foi adotada em 92%, 37% e 56%, respectivamente. Do total de partos, 48,1% foram vaginais, 5% vaginais sem nenhuma intervenção durante o trabalho de parto e parto e 51,9% cesarianas (LEAL *et al.*, 2014).

Em um estudo descritivo de base populacional realizado em New South Wales, Austrália em 2012, contendo 691.738 mulheres evidenciou-se que as primíparas de baixo risco que deram à luz em um hospital privado em relação a um hospital público tiveram

maiores taxas de indução (31% vs 23%); parto instrumental (29% vs 18%); cesariana (27% vs 18%), epidural (53% vs 32%) e episiotomia (28% vs 12%) e a taxa de nascimento vaginal inferior (44% vs 64%). Multíparas de baixo risco tiveram maiores taxas de nascimento instrumental (7% vs 3%), cesariana (27% vs 16%), epidural (35% vs 12%) e episiotomia (8% vs 2%) e menor taxa de parto vaginal (66% vs 81%). As taxas de intervenções no nascimento aumentaram, na última década em 5% para as mulheres em hospitais públicos e mais de 10% para as mulheres em hospitais privados (DAHLEN *et al.*, 2012).

Um estudo canadense, realizado em 2009, com objetivo de descrever o uso de intervenções e práticas de rotina em trabalho de parto e nascimento, com uma amostra de 8.244 mulheres entrevistadas por telefone entre 5 e 10 meses após o parto, teve como resultados que 73,7% dos partos foram por via vaginal, 67,7% dos partos foram realizados por obstetras e ginecologistas, 16,5% por médicos de família, 4,9% por enfermeiro e 3,7% por parteiras. Houve tentativa de indução do parto em 44,8% ou de acelerá-lo em 37,3%. Foi realizado o monitoramento eletrônico fetal em 90,8% das mulheres, enema em 5,4%, tricotomia em 19,1%, *kristeller* em 15% dos casos, episiotomia em 20,7%, sutura em 64,1%, fórceps 4,3% ou extração fetal a vácuo em 8,7% e epidural em 57,3%. A posição supina durante o parto foi adotada em 47,9% dos casos, apoiado ou sentado em 45,8% e deitado em 3,3%. E concluiu que, embora as evidências e diretrizes canadenses e internacionais não recomendem seu uso rotineiro, as práticas desnecessárias, continuam acontecendo no país (CHALMERS *et al.*, 2009).

Estudo retrospectivo, realizado em uma casa de parto na cidade de São Paulo, Brasil, com uma população de 1.079 mulheres com objetivo de caracterizar a assistência intraparto em um centro de parto extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela OMS revelou ausculta intermitente e realizada em média 7 vezes, durante o trabalho de parto; houve o predomínio da posição materna no período expulsivo semi-sentada (82,3%), lateral (16,0%), outras (1,7%); aceitação da dieta (95,6%); presença do acompanhante (93,3%); até três exames vaginais (85,4%); banho de aspensão (84,0%), deambulação (68,0%), massagem (60,1%), exercícios com bola suíça (51,7%); amniotomia (53,4%); ocitocina na dilatação (31,0%), banho de imersão (29,3%), ocitocina no expulsivo (25,8%) e episiotomia (14,1%). Concluiu que as práticas recomendadas pela OMS têm sido realizadas pelos profissionais do centro de parto, embora existam práticas que poderiam ter seu uso diminuído como amniotomia, administração de ocitocina, episiotomia e posição semi-sentada no expulsivo (SILVA *et al.*, 2013).

Outro estudo retrospectivo realizado em Itapeceirica da Serra em São Paulo, desta vez com objetivo de associar a integridade perineal, laceração espontânea e episiotomia em partos normais com a idade materna, paridade, idade gestacional, peso e vitalidade do recém-nascido, ao realizar com 6.365 partos, identificar que 25,9% das mulheres foram submetidas à episiotomia; 28,6% tiveram a integridade perineal preservada; 45,5% tiveram laceração espontânea. A chance de episiotomia aumentou com a nuliparidade (OR=3,0), prematuridade (OR=2,3) e Apgar<7 no primeiro minuto (OR=2,1), enquanto a chance de laceração de segundo grau associou-se com peso do recém-nascido >3.300g (OR=1,6). Concluiu-se que houve associação do desfecho perineal com a paridade, prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido (RIESCO *et al.*, 2011).

Na Catalunha-Espanha, esforços têm sido lançados na tentativa de reduzir as taxas de intervenções obstétricas desnecessárias por meio da introdução de práticas baseadas em evidências. Um estudo transversal de 2014 pretendeu identificar as taxas de intervenção obstétricas em mulheres que deram à luz em hospitais da Catalunha no decurso de 2011 e explorar a existência se existem diferenças significativas nessas taxas, nos nascimentos únicos de termo, entre os hospitais de acordo com o tipo de financiamento, o volume de partos atendidos e idade das mulheres. Apresentou como resultados que a taxa de cesariana geral na Catalunha é 27,55%, bem mais baixa se comparada ao Brasil porém, alta quando considerada a recomendação da OMS, que é de 15%.

Houve diferença significativa nas taxas de cesarianas entre hospitais públicos e privados em todos os estratos. Ambos os hospitais públicos e privados, com um menor volume de nascimentos têm taxas de intervenções obstétricas mais altas do que outros hospitais (49,43%, IC 48,04-50,81) e concluiu que o volume de partos atendidos em hospitais e o tipo de financiamento da instituição tem um efeito significativo sobre a incidência de cesarianas na Catalunha. O tipo de financiamento do hospital também influencia a incidência de nascimentos instrumentais (ESCURIET *et al.*, 2014).

É possível perceber que em centros de parto normal e em unidades autônomas ou alternativas para parto as taxas de intervenções são menores que as apresentadas nos hospitais, mas a revisão deixou claro que a frequência de práticas não-recomendadas, que devem ser evitadas e continuam sendo executadas de forma indiscriminada ainda é bastante relevante.

3.5 Promoção da Saúde

A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais. Assim, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus integrantes, é necessária ação intersetorial e políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2016).

Além disso, espera-se uma série de políticas no campo da saúde para que uma sociedade alcance o objetivo de ter pessoas saudáveis, que realizem o pleno potencial humano de longevidade com qualidade de vida, vivendo ademais uma vida socialmente produtiva. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde fez uma análise profunda dos determinantes sociais da saúde no Brasil e uma série de políticas e ações, cujo objetivo último é a promoção da saúde. Para a atenção integral de saúde, será necessário utilizar e integrar saberes e práticas hoje reunidos em compartimentos isolados: atenção médico-hospitalar; programas de saúde pública; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; educação para a saúde etc. com ações extra setoriais em distintos campos, como água, esgoto, resíduos, drenagem urbana, e também na educação, habitação, alimentação e nutrição, e dirigir esses saberes e práticas integrados a um território peculiar, diferente de outros territórios, onde habita uma população com características culturais, sociais, políticas, econômicas etc. também diferentes de outras populações que vivem em outros territórios (BRASIL, 2016).

O foco da promoção da saúde é alcançar o bem-estar, gerenciando fatores de risco modificáveis, no caso da assistência ao trabalho de parto e parto, modificar os hábitos de intervenções rotineiras e desnecessárias para mulheres de baixo risco. Cada mulher vive a gravidez como uma experiência única que envolve uma série de transformações psíquicas, físicas, fisiológicas, sociais e emocionais. Sendo na maioria dos casos um processo saudável. Surgem por vezes alguns desvios da normalidade que podem ser devidamente acompanhados e não trazerem consequências para a mãe e filho. O enfermeiro tem um papel privilegiado desde o planejamento da gravidez, na assistência ao parto e no pós-parto para intervir em situações de risco e promover um plano de intervenção que minimize os efeitos negativos que elas podem trazer. A Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica tem um papel

importante na condução de boas práticas de assistência ao parto e em proporcionar satisfação das parturientes com o parto (GUERRA *et al.*, 2014).

3.6 Papel do Enfermeiro Obstétrico na Assistência ao parto e nascimento

O cuidado às mulheres em trabalho de parto nos Estados Unidos e no mundo está em um período de transição significativa. Muitas práticas de cuidados intraparto que são políticas padrão nos hospitais de hoje foram instituídas no século 20 sem fortes evidências de seus efeitos sobre a mulher em trabalho de parto, o progresso do trabalho de parto ou os resultados do recém-nascido. Pesquisas contemporâneas mostraram que muitas práticas comuns, como fluidos intravenosos de rotina, monitoramento fetal eletrônico e episiotomias de rotina, fazem mais mal do que bem (KING; PINGER, 2014).

No último século e, sobretudo, a partir dos anos 50, a saúde no mundo passou por mudanças radicais, considerando mudanças rápidas nos padrões de fertilidade, morbidade e mortalidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2018).

Sobre a nova posição da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do tema abuso de intervenções cesarianas atuais. O documento é oportuno e relevante para o Brasil, que se eleva ao longo com a Nicarágua, as estatísticas sobre as maiores taxas de cesáreas na escala mundial. Nesse contexto de grandes e rápidas mudanças, o que torna o problema da cesárea uma epidemia, é o fato que uma intervenção de saúde para iniciantes deveria ter sido projetada e aplicada como um instrumento de proteção, perseguir e até mesmo cumprir esse importante papel, aderiu à categoria dos fatores de risco, caracterizando-se como uma epidemia iatrogênica (BATISTA FILHO; RISSIN, 2018).

Fala-se muito em humanização do parto, visando promover assistência integral e com respeito à parturiente buscando atender as dimensões espiritual, psicológica, biológica, e procurando diminuir intervenções desnecessárias, e introduzindo práticas que reduzem o desconforto emocional e físico, na hora do parto (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

É inegável o papel do profissional que assiste as gestantes durante o trabalho de parto. Além do conhecimento sobre técnicas de parto, este deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar esta condição orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional (CAMPOS *et al.*, 2016).

O enfermeiro obstetra tem competências e responsabilidades, e são dotados de conhecimento prático e teórico para acompanhar todas as etapas do trabalho de parto, pois se trata de um processo complexo, ele deve atuar no parto normal e também saber reconhecer riscos. O enfermeiro obstetra desenvolve também o papel de educador da parturiente, do acompanhante, e familiares dando apoio físico e emocional, informando sobre as etapas do trabalho de parto, e esclarecendo dúvidas (MELO *et al.*, 2016).

O enfermeiro envolvido no atendimento e com as necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional de sua equipe. E mantendo contato direto e permanente com a equipe de enfermagem, percebe a realidade e avaliar pontos a serem melhorados. A assistência prestada deve ser de qualidade, pois o paciente tem este direito. A equipe deve estar capacitada motivada e prestar a assistência baseada em aspectos técnicos, políticos e éticos (LAGO, 2018).

O Colégio Americano de ginecologia e Obstetrícia-ACOG traz em suas recomendações que os obstetras-ginecologistas, em colaboração com parteiras, enfermeiras, pacientes e aqueles que os apoiam no trabalho de parto, podem ajudar as mulheres a alcançar suas metas de trabalho de parto e parto usando técnicas que requerem intervenções mínimas e altos índices de satisfação do paciente (ACOG, 2019).

A humanização na assistência e a atuação do enfermeiro segue uma valorização do paciente enquanto ser humano e para o atendimento de suas expectativas e necessidades. Onde o momento exige a convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência materno fetal de forma que a ajuda no momento do parto resulte num atendimento mais global e satisfatório para a saúde física e emocional, pois humanizando o nascimento estamos humanizando a vida (LAGO, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e prospectivo. Nos estudos observacionais o pesquisador estuda o que existe e pode ser observado, descrevendo o problema em seus elementos observáveis (POLIT; BECK, 2019).

Entende-se por pesquisa transversal o tipo de estudo em que se calcula a prevalência das doenças e dos fatores de risco, sendo adequado para a análise de redes de causalidade, e todas as medições são feitas em um único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos. Na pesquisa descritiva se observam, registram, analisam, classificam e interpretam os fatos, sem interferências por parte do pesquisador. Tem caráter exploratório porque permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido ou pouco explorado (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Os estudos descritivos possibilitam traçar o perfil de uma determinada população com o intuito de aprimorar ações de promoção da saúde, elevando o nível da assistência à saúde e prevenção de doenças e, deve ser considerado estudo prospectivo aquele em que o desfecho ainda não ocorreu (POLIT; BECK, 2019).

4.2 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC, localizada na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará. Essa instituição é vinculada ao Sistema Único de saúde-SUS, administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) de nível terciário. Nela são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido. Realiza, em média, 365 partos e 1.000 internações por mês, a MEAC é referência no Ceará em gestação de alto risco e humanização no atendimento (MEAC, 2017).

Faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), investe em pesquisa e tecnologia, destacando-se em medicina fetal, obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia. Segundo dados do Relatório Institucional Assistencial da MEAC, no ano de 2017 foram realizados 11.287 internamentos. Ocorreram 4.853 partos na instituição em 2017, sendo 2.041 (42,1%) partos vaginais e 2.812 (57,9%) cesáreas (MEAC, 2017).

A missão dessa instituição é realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Tem como visão ser instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de prática adequados. Tem como valores fundamentais o compromisso com: a vida; o acolhimento das pessoas; a formação para o cuidado em saúde; a realização de pesquisas de excelência e a governança política. Na MEAC as ações assistenciais focam, prioritariamente, os princípios da humanização, com cultura participativa, trabalho integrado e interdisciplinar (MEAC, 2018).

Em 2012, a MEAC passou a receber recursos de incentivo da Rede Cegonha e para efetivar sua missão, norteia suas ações baseadas nas diretrizes da Rede Cegonha que são: cogestão, acolhimento e classificação de risco, direito a acompanhante, vinculação da gestante em rede, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, valorização da ambiência segundo normas e legislação vigentes, vigilância e monitoramento da qualidade da atenção e das condições de saúde das mulheres e crianças (MEAC, 2018).

Desde 2013 o Banco de Leite Humano (BLH) é reconhecido, pela Fiocruz, como Padrão Ouro, agora chamado Categoria A, no Programa Ibero-Americano de BLH. E, em agosto de 2016, a MEAC foi confirmada pelo MS como um Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha, com a responsabilidade de realizar atividades formativas para apoiar maternidades do Ceará e de outros estados, na difusão das boas práticas ao parto e nascimento (MEAC, 2018).

Em junho de 2017 recebeu a habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) Intra-hospitalar tipo II. Dessa forma, três quartos de CPN compõem a unidade do Centro Obstétrico-CO, compartilhando da mesma estrutura física, totalizando 10 leitos para assistência à gestação parto e nascimento no CO. O CPN tem como finalidade oferecer assistência ao trabalho de parto e nascimento de baixo risco, com assistência prestada por enfermeiros obstétricos (MEAC, 2018).

4.3 População/Amostra

A população do estudo foi composta por todas as parturientes nulíparas admitidas no CO da referida instituição. Em 2018, foram realizados 4.854 partos, desses 1953 (41,2%) foram partos vaginais, em 7 meses de coleta de dados foram observadas 713 admissões de parturientes nulíparas, no centro obstétrico, número bastante representativo para a população (MEAC, 2018).

A amostra da pesquisa foi delimitada de forma não probabilística, do tipo consecutiva, ou seja, de acordo com a demanda de parturientes nulíparas de baixo risco admitidas no centro obstétrico. Foram admitidas no centro obstétrico 713 parturientes nulíparas, com gestação única e a termo, no período de fevereiro a agosto de 2018.

Foram incluídos somente os dados de mulheres de baixo risco obstétrico. Elas foram definidas como mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, HIV negativas, sem comorbidades maternas e/ou neonatais, com idade gestacional entre 37 e 41s6d semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2.500g e 4000g de peso ao nascer.

Para a composição da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres nulíparas, aquelas que nunca experienciaram o parto vaginal, parturientes de baixo risco, ou seja, com gestação a termo (entre 37 semanas até 41 semanas e 6 dias), gestação única, apresentação cefálica de vértice, mulheres e fetos saudáveis, ou seja, sem comorbidades.

Foram excluídas do estudo: parturientes que passaram a ser consideradas de alto risco obstétrico durante a evolução do trabalho de parto, por exemplo, as que apresentaram pico pressórico durante o trabalho de parto.

A amostra final foi composta de 534 parturientes nulíparas de baixo risco. Dessas 323 parturientes evoluíram para parto vaginal e 211 foram submetidas a cesariana.

Para análise das intervenções durante o parto vaginal, todas as cesáreas foram excluídas, considerando apenas as intervenções realizadas durante o trabalho de parto para esse grupo, totalizando 323 parturientes.

4.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a agosto de 2018, durante 7 dias da semana, nos três turnos.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora que abrange aspectos relacionados ao trabalho de parto e parto, com questões fechadas que foram preenchidas pelo observador durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (até duas horas após o parto, período de permanência da mulher no centro obstétrico). Tal instrumento é composto por 6 tópicos: Perfil sociodemográfico dos sujeitos; Antecedentes obstétricos; Trabalho de parto; Período expulsivo; Desfecho do parto: condições maternas; Desfecho do parto: condições neonatais.

Para a avaliação do parto foram consideradas as variáveis desfecho primário: intervenções prevalentes no trabalho de parto e parto como: amniotomia, uso de ocitocina, episiotomia, Manobra de Valsalva, Manobra de *Kristeller*, parto em posição vertical e não-vertical e analgesia farmacológica.

Como desfecho secundário foram realizados cruzamentos entre as intervenções realizadas (desfechos primários) e o tempo de duração do período expulsivo, além dos resultados maternos após o parto: hemorragia pós-parto, laceração perineal, grau de laceração. E os resultados neonatais após o parto, tais como: escore de Apgar no 5', necessidade de O₂ suplementar, necessidade de ventilação por pressão positiva (VPP) e destino do RN após o parto. Avaliou-se também o tempo de contato pele a pele e o motivo da retirada do RN antes de uma hora de contato com a mãe.

Para verificar associação entre as intervenções no trabalho de parto e parto foram realizados cruzamentos entre as variáveis amniotomia, uso de ocitocina, episiotomia, manobra de Valsalva, manobra de *Kristeller*, analgesia e posição do parto com desfechos maternos: HPP, laceração perineal e grau de laceração, as mesmas variáveis de intervenções foram cruzadas com os desfechos neonatais: escore de Apgar no 5', necessidade de O₂, necessidade de VPP e destino do RN após o parto. Além de verificar associação entre o tempo de contato pele a pele inferior a uma hora após o parto com a necessidade de VPP, O₂ complementar ou escore Apgar <7 no 5º minuto de vida.

Os dados foram coletados por meio da observação direta da assistência prestada ao trabalho de parto e parto pelos profissionais da instituição pesquisada e pela busca de dados nos prontuários das parturientes, dentro do estabelecido no termo de fiel depositário.

A coleta foi realizada pela pesquisadora e por 12 residentes de enfermagem obstétrica da UFC, que foram treinadas por meio de um Protocolo Operacional Padrão-POP (APÊNDICE E) específico, criado pela pesquisadora para uniformizar a coleta dos dados e minimizar o viés de coleta.

A equipe de coleta foi distribuída de acordo com uma escala, de modo que foram contemplados todos os turnos e todos os dias da semana. A escala de coleta foi organizada de maneira que o observador não estivesse de plantão no dia da coleta, sendo exclusivo para a coleta de dados.

As residentes foram escolhidas para auxiliarem na coleta de dados por se tratarem de profissionais/estudantes que são qualificadas para reconhecer as intervenções realizadas no trabalho de parto e no momento do parto e por estarem disponíveis para coletar os dados da pesquisa.

A coleta de dados deu-se da seguinte maneira:

- Identificação, no centro obstétrico, da(s) gestante(s) que esteja(m) dentro dos critérios de inclusão supracitados;
- Abordagem e explicação sobre a pesquisa, seguida de assinatura do TCLE (APÊNDICE B);
- Observação e preenchimento do questionário pelo pesquisador e/ou residentes de enfermagem, seguido da busca de dados em prontuário;
- Busca de dados sociodemográficos e epidemiológicos, cobertura pré-natal, indicadores de assistência ao parto e evolução da equipe multiprofissional, nos prontuários.

Os dados foram codificados, organizados e tabulados no software REDCap, que possui a finalidade de avaliar, organizar e apresentar os resultados de forma acessível, permitindo a análise descritiva dos dados obtidos nesta pesquisa em forma de tabelas, gráficos e percentuais. Realizou-se a limpeza do banco de dados antes de sua análise com finalidade de localizar inconsistências e corrigir erros de digitação.

A análise dos dados foi realizada a partir do banco de dados exportado do software REDCap para o software Stata Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 22, calculando-se as frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas. O intervalo de confiança (IC) foi de 95%, com erro de 5%.

Os valores foram apresentados como média \pm desvio padrão. Foram realizados testes de Qui-quadrado de Pearson quando os percentuais apresentados nos cruzamentos foram menores que 20% e Exato de Fisher para percentuais maiores que 20%, para verificar associações entre os grupos. Sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

4.4.1 Variáveis do estudo

Neste estudo foram contempladas as variáveis explanatórias: perfil sócio demográfico: idade, cor/raça, estado civil, anos de estudo, procedência, ocupação, renda; antecedentes obstétricos: classificação de Robson, número de gestações, idade da primeira gestação, idade gestacional na admissão, número de consultas de pré-natal, intercorrências na gestação e fatores de risco correlacionados.

Variáveis Desfecho do parto: condições maternas e Desfecho do parto: condições neonatais.

- **Perfil dos Sujeitos**

Para o perfil dos sujeitos foram realizadas perguntas as mulheres acerca de dados como procedência, cor autodeclarada, escolaridade, renda, estado conjugal, os demais dados foram pesquisados no prontuário e cartão de pré-natal.

Iniciais/número: para identificação da ficha de coleta de dados

Data do parto: dia mês e ano que se concluiu o parto, retirados do prontuário médico.

Hora do parto: horário em que se concluiu a gestação, retirado do prontuário médico.

Local: local onde ocorreu o parto, categorizados em leito PPP, maca ou Centro cirúrgico

Parto de risco: assinalado sim ou não, se a parturiente apresentava algum risco, categorizado em risco gestacional e/ou de indução.

Qual risco: risco gestacional ou indução.

Tipo de indução: medicação utilizada para desencadear o início do trabalho de parto, categorizados ocitocina ou misoprostol.

Qual risco gestacional: presença de alguma comorbidade materna e/ou fetal, como: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes, HIV, síndrome HELLP, coagulopatia, cardiopatia, anidramnia restrição de crescimento intrauterino (RCIU), centralização fetal, apresentação pélvica.

Idade: tempo de vida da parturiente; identificado pela diferença entre a data do nascimento e a data da internação, segundo a obtenção de dados do prontuário médico; aferido em anos completos.

Estado civil: situação civil da mulher, segundo constava no prontuário; categorizado em convivência com companheiro ou sem companheiro.

Ocupação: atividade desenvolvida pela parturiente, se trabalho formal, informal, dona de casa, desempregada, atividade laboral sem remuneração ou estudante.

Procedência: cidade onde a mulher possui residência fixa, categorizada como capital e região metropolitana ou interior.

Raça/cor por auto declaração: características morfológicas de um grupo humano segundo obtenção de dados do prontuário autodeclarados; categorizado como negra, parda ou branca.

Escolaridade (anos de estudo): resposta dada pela mulher a série cursada até o momento, dados categorizados em anos de estudo: de 0 a 5 anos correspondente ao ensino fundamental I; de 6 a 10 anos de estudo correspondente ao ensino fundamental II; de 11 a 15 anos correspondente ao ensino médio e se mais de 15 anos correspondente ao ensino superior.

Renda: resposta dada pela mulher acerca da renda familiar categorizados em: sem renda, entre 1 e 2 salários; entre 3 e 4 salários ou mais 5 salários mínimos.

- **Antecedentes Obstétricos:**

Classificação de Robson: instrumento padrão usado em todo mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

Número de gestações incluindo a atual: gestações referidas pela mulher incluindo a atual, constatadas no prontuário; em número absoluto.

Número total de abortos: número de abortos referidos pela mulher antes da gestação atual e, segundo consta no prontuário, em número absoluto.

Idade gestacional na internação (semanas/dias): tempo de gestação da mulher, identificado pela diferença em semanas da data da última menstruação, ou primeira ultrassonografia obstétrica, e as datas de internação e de resolução da gestação, segundo dados do prontuário médico, referido em semanas.

Número de consultas de pré-natal: acompanhamento da gestação por meio das consultas de pré-natal categorizadas em sim ou não e, o número de consultas.

Intercorrências na gestação: alguma irregularidade, alguma mudança que tenha ocorrido durante o pré-natal.

Tipo de intercorrência: categorizadas em sangramento do primeiro ou segundo trimestre, ameaça de trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, perda de líquido amniótico, sífilis tratada durante o pré-natal, toxoplasmose, outras.

- **Trabalho de parto**

Dilatação na admissão: tamanho da dilatação do colo do útero em centímetros. Registrado em número absoluto.

Contrações na admissão: existência de contrações no momento da admissão; categorizado em sim ou não.

Realizou Cardiotocografia na admissão: existência no prontuário de registro cardiotocográfico, realizado durante a admissão da parturiente, categorizado em sim ou não.

Presença de acompanhante: presença ou não de uma pessoa de escolha da parturiente para acompanhá-la no processo de parturição, categorizado em sim ou não.

Qual acompanhante: companheiro, mãe, vizinha, amiga, tia, sogra, irmã ou cunhada.

Início do trabalho de parto: forma como se iniciou o trabalho de parto; categorizado como trabalho de parto fase latente ou ativa.

Duração do trabalho de parto (horas): tempo em horas transcorridos desde a admissão da parturiente até o momento do nascimento.

Uso de ocitocina no trabalho de parto: administração ou não de ocitócicos e em qual momento do trabalho de parto e parto; categorizada em sim ou não; se sim, quando no período de dilatação ou no período expulsivo.

Vazão máxima em BIC (ml/h): vazão total de ocitocina registrada em prontuário, no plano terapêutico do uso de ocitocina em bomba de infusão contínua (ml/h).

Partograma: existência no prontuário de registro gráfico do acompanhamento do trabalho de parto, categorizado em sim ou não.

Venóclise: existência de punção venosa durante o trabalho de parto, categorizada em sim ou não.

Jejum: a impossibilidade de ingesta alimentar durante o trabalho de parto, categorizado em sim ou não.

Tipo de alimentação: dieta ofertada para parturiente, categorizada em líquida, sólida ou zero.

Quantidade de refeições: número absoluto de refeições ofertada à parturiente durante o trabalho de parto.

Membranas íntegras: situação das membranas ovulares no momento da admissão; categorizada em sim ou não.

Tempo de bolsa rota: tempo decorrido desde o rompimento das membranas até o momento do registro no prontuário. Expresso em horas.

Amniotomia: forma como a membrana foi rompida; categorizada em espontânea, amniotomia ou ignorado e o tamanho da dilatação em centímetros no momento da amniotomia.

Dilatação na amniotomia: avaliação obstétrica feita através da medida digital da abertura do colo uterino durante o trabalho de parto.

Quantidades de toques vaginais: número absoluto de avaliações obstétricas realizadas durante o trabalho de parto.

Redução manual de colo uterino: retração digital realizada pelo examinador durante toque vaginal com objetivo de esvaecer o colo uterino remanescente.

Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto: técnicas complementares, sem utilização de fármacos empregadas durante o trabalho de parto para proporcionar alívio da dor à parturiente.

Quais métodos: métodos como penumbra, massagem, banho de aspersão, musicoterapia, dança lenta, mudança de posição, entre outros.

Analgesia farmacológica no TP: administração de medicação para controle da dor durante o trabalho de parto; categorizada em não ou sim.

Tipo de analgesia farmacológica: peridural, raquidiana ou combinada.

Tempo de analgesia: tempo em horas da duração da analgesia farmacológica.

- **Período expulsivo:**

Parto vaginal: via de parto categorizado em sim ou não.

Cesariana indicada após trabalho de parto: via de parto abdominal indicado após início do trabalho de parto, categorizado em sim ou não.

Indicação da cesariana: o que motivou a indicação da cesariana; categorizada em sofrimento fetal agudo, desproporção céfalo-pélvica, distócia, a pedido da mulher, parada de progressão ou outra.

Duração do período expulsivo: tempo em minutos contados da dilatação completa até a saída do concepto.

Parto instrumentado: uso de fórceps para o parto vaginal, categorizado em sim ou não.

Incentivo a manobra de Valsalva: incentivo ao fechamento da glote e força de empurrar o feto para fora, categorizado em sim ou não.

Proteção perineal: proteger o períneo durante o período expulsivo, categorizado em sim ou não.

Massagem perineal: distensão perineal durante o período expulsivo, categorizado em sim ou não.

Quantidade de pessoas presentes no período expulsivo: número absoluto de pessoas presentes no momento do parto, entre profissionais e alunos, categorizado em sim ou não.

Manobra de Kristeller: pressão no fundo uterino com intenção de acelerar a expulsão do feto.

Puxo dirigido: incentivo para que a mulher coloque força no momento do parto, categorizado em sim ou não.

Amniotomia no expulsivo: rompimento artificial das membranas durante o período expulsivo, categorizado em sim ou não.

Episiotomia: corte na região do períneo para facilitar a passagem do feto, categorizado em sim ou não.

Tipo de episiotomia: categorizado em episiotomia médio lateral, episiotomia mediana, sem episiotomia

Variedade de posição: identificação da posição do occipito do feto durante a avaliação por meio do toque vaginal, categorizado em OEA, OEP, OET, ODA, ODP, ODT, OP e OS ou ignorado.

Posição no período expulsivo: postura adotada pela parturiente no segundo estágio do parto; categorizada em supina, sentada, semi-sentada, cócoras, lateral, Gaskin (quatro apoios), em pé ou banqueta.

Distócias: parâmetro anormal verificado durante avaliação obstétrica

Tipo de distócia: categorizada em distócia de ombros, de acomodação ou de colo.

Manobras na distócia de ombros: movimentos realizados para corrigir a distócia, categorizadas em Manobra de McRoberts, manobra de Rubin I, Woods, Rubin II.

- **Desfecho do parto: condição materna**

Parto assistido por: categoria profissional que realizou o parto; categorizada em médico obstetra, médico residente, enfermeiro obstetra/obstetiz, enfermeiro residente, outro ou ignorado. E recategorizada em médico, enfermeiro e multiprofissional (quando os dois participarem).

Condições do períneo: como ficou o períneo após o parto, períneo intacto, laceração leve de 1º ou de 2º grau ou laceração grave 3º ou 4º grau.

Grau de laceração: e quanto à laceração em 1º, 2º, 3º e 4º graus ou grau ignorado, sem laceração ou ignorado.

Local da laceração: categorizado em pequenos lábios, carúnculas himenais, mucosa vaginal, pele, pequenos lábios, parauretrais, grandes lábios, fúrcula, colo do útero, esfíncter anal, ampola retal.

Intercorrências no parto: ocorrência de alguma irregularidade durante o trabalho de parto e parto, categorizado em sim ou não.

Qual intercorrência: categorizado em rotura uterina, retenção placentária, prolapso de cordão, distócia de ombros, HPP, laceração grave ou outras.

Hemorragia pós-parto: é definida como a perda de mais de 500 ml ou 1000 ml de sangue nas primeiras 24 horas após o parto, categorizado em sim ou não.

Causa da hemorragia: motivo que levou a perda sanguínea anormal, categorizado em atonia uterina, restos ovulares, trauma de trajeto ou coagulopatia.

Transferência após o parto: destino da mulher após o parto, categorizado em centro cirúrgico ou alojamento conjunto.

- **Desfecho do parto: condição neonatal**

Sexo: categorizado em masculino ou feminino

Contato pele a pele ininterrupto por uma hora: contato pele com pele da mãe com RN logo após o parto por uma hora, sem que haja retirada do RN para qualquer outro fim.

Tempo de contato pele a pele: tempo medido em minutos a partir da hora do parto até a retirada do RN.

Motivo da retirada do contato pele a pele: categorizado em necessidade de reanimação neonatal, solicitação do profissional, vitalidade do RN, disponibilidade do profissional.

Permanece com a mãe após o parto: categorizado em sim ou não.

Tempo de clampeamento do cordão: tempo medido em minutos para ser colocado o clamp no cordão umbilical.

Apgar no 1`: score verificado ao primeiro minuto após o parto

Apgar no 5`: score verificado ao quinto minuto após o parto

Tocotraumatismo: trauma sofrido pelo feto no momento do parto, categorizado em sim ou não.

Necessidade de VPP: necessidade de realização de ventilação por pressão positiva após o nascimento, categorizado em sim ou não.

Necessidade de massagem cardíaca: necessidade de realização de compressões torácicas no RN após o nascimento, categorizado em sim ou não.

Necessidade de O2 complementar: necessidade de administração de oxigênio para o RN após o nascimento, categorizado em sim ou não.

Qual: HOOD, TOT, O₂ inalatório, CPAP.

Peso do RN: medida em grama do peso ao nascer

Perímetro cefálico: medida em centímetros do diâmetro do polo cefálico do RN.

Destino do RN após o parto: RN permaneceu com a mãe ou foi levado para a unidade de terapia intensiva ou de cuidados intermediários ou permaneceu na sala da neonatologia aguardando reavaliação médica.

Óbito neonatal: categorizado em sim ou não.

4.5 Procedimentos éticos e legais

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil para apreciação, através da Declaração de concordância (APÊNDICE C) e do Termo de compromisso para utilização de dados de prontuários médicos (APÊNDICE D).

Os dados foram coletados respeitando-se os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) que teve como objetivo fornecer ao pesquisador a autorização da parturiente para que fosse observada as condutas durante o trabalho de parto e parto e realizada a coleta dos dados. Ressaltamos que os dados foram coletados somente após a autorização do CEP da instituição proponente, parecer de número 2.510.987 e a assinatura do TCLE.

A coleta de dados foi realizada de forma a não expor os sujeitos, mantendo sigilo acerca de sua identificação, respeitando o direito de livre escolha, buscando diminuir os desconfortos com utilização de material adequado e ambiente privado, realizada após a confirmação voluntária, sendo respeitada pelo pesquisador as normas e rotinas vigentes do serviço. Os benefícios desta pesquisa são maiores que os riscos estabelecidos. Sendo o risco apenas o desconforto que poderá ser gerado no momento da coleta dos dados, por ter um pesquisador observando o parto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo obteve uma amostra de 534 partos de nulíparas de baixo risco, desses 323 (60,48%) foram vaginais e 211 (39,52%) cesarianas. Do total de partos analisados, 322 (60,1%) ocorreram em leitos PPP, 1 (0,2%) ocorreu em maca e 211 (39,7%) ocorreram no centro cirúrgico. A distribuição dos dados conforme perfil sociodemográfico das mulheres em estudo estão distribuídos conforme a tabela 01.

A amostra está representada por mulheres entre 13 e 39 anos de idade, no momento da internação, (69,8%) entre 20 e 35 anos, com média de 22,06 anos \pm 5,45. A maioria possuía companheiro 275 (51,5%), autodeclaradas pardas 339 (63,5%) e procedente da capital e região metropolitana de Fortaleza 491 (91,9%), 307 (57,5%) referiram ter entre 6 e 10 anos de estudo, correspondentes ao ensino fundamental II, sendo mínimo observado de 4 anos e máximo de 17 anos, com média de 10 anos \pm 2,92.

A maioria das mulheres do estudo não possuía renda e 200 (37,5%) recebia entre um e dois salários mínimos. Dados referentes a ocupação revelaram que 233 (43,6%) eram do lar e 132 (24,7%) estudantes, a maioria realizava atividade não-remunerada.

Tabela 01: Distribuição dos dados segundo perfil sociodemográfico das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Variável	n	%
Idade (faixa etária)		
13-19 anos	147	27,5
20-35 anos	373	69,8
36-39 anos	14	2,7
Situação conjugal		
Com companheiro	275	51,5
Sem companheiro	259	48,5
Ocupação		
Do lar	233	43,6
Atividade remunerada	143	26,8
Estudante	132	24,7
Desempregada	26	4,9
Procedência		
Capital e região metropolitana	491	91,9
Interior	43	8,1
Raça/cor		
Parda	339	63,5

Negra	167	31,3
Branca	28	5,2
Escolaridade (anos de estudo)		
0 a 5 anos de estudo (Fund. I)	33	6,2
6 a 10 anos de estudo (Fund. II)	307	57,5
10 a 15 anos de estudo (Médio)	188	35,2
Mais de 15 anos de estudo (Superior)	6	1,1
Renda Familiar		
Sem renda	322	60,3
Entre 1 e 2 salários	200	37,5
Entre 3 e 4 salários	12	2,2
TOTAL	534	100

Tais resultados foram semelhantes aos encontrados por dois estudos descritivos e retrospectivos, realizados em maternidades públicas na região nordeste do Brasil, nos quais, objetivaram analisar o perfil sociodemográfico de puérperas atendidas nessas instituições. Ambos descrevem o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres de baixo risco, havendo predomínio da faixa etária de 20 à 35 anos, viviam com companheiro, autodeclaradas pardas, sem atividade remunerada, procedentes da capital e região metropolitana, possuíam entre 6 e 10 anos de estudo, equivalentes ao ensino fundamental II (ARAÚJO *et al.*, 2015; BARBOSA *et al.*, 2017).

Observou-se um número significativo de gravidez na adolescência 147 (27,5%). A idade, raça/cor, nível sócio educacional entre outras dimensões, influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção recebida. Por isso faz-se importante salientar que a qualidade da assistência pré-natal está diretamente relacionada com a realização dos procedimentos preconizados, entre eles, o correto preenchimento do formulário SISPRENATAL e estratificação do risco gestacional (LEITE; GASQUEZ; BERTONCIM, 2019).

De acordo com a pesquisa divulgada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), indica que a média de gravidez na adolescência em Rondônia é de mais 27% de meninas entre 10 e 19 anos de idade (FEBRASGO, 2016).

Um estudo epidemiológico de base populacional realizado em Juiz de Fora/MG, objetivou caracterizar as gestantes brasileiras conforme características sociodemográficas e a prevalência de doenças crônicas. Obteve como resultados que o perfil sociodemográfico das gestantes brasileiras apresenta maior prevalência na faixa etária entre 26 a 34 anos, com 9 a

11 anos de estudo, com companheiro, residentes nas regiões Sudeste e Nordeste do país e que mantiam algum tipo de ocupação não remunerada. Outro achado deste estudo foi a diferença notável entre as mulheres de distintos níveis de educação, revelando a escolaridade como fator de iniquidade para a saúde dessas mulheres (SANTANA, 2016).

A tabela 02 traz a distribuição dos dados relacionados aos antecedentes obstétricos das parturientes, observando-se que a maioria era primigesta 89,9% e que 10,1% delas tinham tido pelo menos um aborto. Com Classificação de Robson 1, a maioria com gestação entre 39s1d e 41s4d (65,4%), com média de 7 consultas de pré-natal (78,5%) e, predomínio, para gestação que cursaram sem intercorrências (78,7%).

Tabela 02: Distribuição dos dados segundo os antecedentes obstétricos das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Antecedentes obstétricos	n	%
Classificação de Robson		
Classificação 1	498	93,3
Classificação 2	36	6,7
Nº de gestações		
Primigesta	480	89,9
Secundigesta	45	8,5
Multigesta	9	1,6
IG na internação		
Entre 37-39s	185	34,6
Entre 39s1d-41s4d	349	65,4
Nº de consultas Pré-Natal		
≤ 4 consultas	25	4,6
Entre 6 e 7 consultas	419	78,5
> 7 consultas	90	16,9
Intercorrências na gestação		
Não	420	78,7
Sim	114	21,3
Tipo intercorrência		
ITU	109	95,6
STV	4	3,5
Ameaça de TPP	1	0,9
TOTAL	534	100

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos maternos e perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam nos resultados da gravidez e, a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado das tecnologias. Por outro lado, o uso inadequado dessas tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu concepto (WHO, 2014).

Nesse estudo, as mulheres receberam a Classificação de Robson, um instrumento padrão em todo o mundo, para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital. Ao serem categorizadas com a Classificação de Robson à medida em que eram admitidas no centro obstétrico, esperava-se que o estudo apresentasse apenas a Classificação de Robson 1, aquela empregada a nulíparas, com gestação única, apresentação cefálica, a termo, com trabalho de parto espontâneo. Entretanto, observou-se um percentual de 6,7% das mulheres com Classificação de Robson 2B, ou seja, classificação dada a mulheres submetidas à cesariana sem trabalho de parto ativo, as quais estavam em fase latente ou pródromos do trabalho de parto.

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. A OMS propõe que a Classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar essas taxas de cesáreas ao longo do tempo (WHO, 2018).

Com relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que 78,5% realizaram entre 6 e 7 consultas, no entanto, 4,6%, um percentual significativo de mulheres, realizaram menos de 4 consultas. Além disso, observou-se que a maioria delas não apresentou resultados de exames importantes na avaliação pré-natal, implicando assim, em questionamento acerca da qualidade dessas consultas.

Um estudo de revisão sistemática, realizado entre as regiões brasileiras, demonstrou elevada cobertura pré-natal em todas as localidades estudadas, tendo algumas delas atingido níveis universais preconizados, o que não significou elevada qualidade. Em geral, a qualidade da atenção pré-natal nas regiões investigadas foi inadequada. O início precoce da assistência pré-natal permite o acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, enquanto a realização do número adequado de consultas possibilita o acompanhamento adequado e a realização de intervenções oportunas sempre que for necessário, evitando eventuais complicações à saúde materna e fetal. Os achados deste estudo mostram o aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, a despeito da qualidade, com elevado nível de inadequação. Destacaram-se como fatores que contribuem para a baixa qualidade da atenção pré-natal a não realização dos exames laboratoriais de rotina, os procedimentos básicos recomendados, as prescrições e orientações durante as consultas (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Acerca das intercorrências observadas durante a gestação, 21,3% apresentaram alguma intercorrência, observada prevalência para Infecção do Trato Urinário (ITU) com 95,6% dos casos.

Um estudo transversal, realizado em um Hospital Universitário, com 361 puérperas, de fevereiro a abril de 2013, que objetivou conhecer as intercorrências clínicas e obstétricas em mulheres no pré-natal e verificar a concordância do relato da mulher com registros da carteira de pré-natal associadas às intercorrências com o tipo de parto. Identificou uma taxa mais elevada de intervenções, onde 67,9% das mulheres tiveram alguma intercorrência, a mais frequente foi a infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional (CALEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016). De forma semelhante, ao que fora observado em nossos resultados, não houve associação estatisticamente significativa entre as intercorrências e tipo de parto.

As infecções do trato urinário ocorrem com frequência durante a gestação, provavelmente porque a expansão do útero e os hormônios produzidos durante a gestação diminuem o fluxo de urina nos ureteres, que ligam os rins à bexiga. Quando o fluxo de urina é lento, as bactérias não podem ser expelidas para fora do trato urinário, aumentando o risco de uma infecção. As infecções do trato urinário aumentam o risco de ocorrer trabalho de parto prematuro e ruptura prematura das membranas amnióticas. Às vezes, uma infecção na bexiga ou nos ureteres espalha-se pelo trato urinário e atinge um rim, causando uma pielonefrite. As bactérias podem infectar a urina sem apresentar sintomas de infecção do trato urinário, de modo que os médicos costumam verificar a presença de bactérias na urina até mesmo em

gestantes sem sintomas. O tratamento consiste em antibióticos, tais como cefalexina, nitrofurantoína ou trimetoprina-sulfametoxazol (PIGOSSO; SILVA; PEDER, 2016).

A tabela 03 traz a distribuição dos dados referentes as intervenções durante o trabalho de parto, na qual podem ser verificadas as condições das parturientes durante a internação, intervenções realizadas para acelerar e/ou corrigir o trabalho de parto, bem como, a implementação de boas práticas de assistência ao parto.

Observou-se que mais de 90% das parturientes foram submetidas a realização de cardiocografia (CTG) na admissão. E, que 515 (96,4%) estavam acompanhadas, a maioria pela mãe 182 (35,3%) ou pelo companheiro 145 (27,1%). Apresentando sinais e sintomas de fase ativa do trabalho de parto, 499 (93,4%), apresentavam contrações na admissão e perda de tampão mucoso e/ou líquido amniótico, 60 (11,3%) apresentavam dilatação cervical menor/igual a 4 cm no momento da admissão, 38% foram submetidas a amniotomia, dessas, 47,8% com dilatação cervical inferior a 6cm. Um dado animador é que a maioria, 316 (59,2%) foram admitidas com dilatação igual ou superior a 6 cm.

Um total de 346 (64,8%), taxa altíssima, foram submetidas à punção venosa periférica para hidratação venosa e/ou administração de fármacos e, 134 (25,1%) receberam administração de ocitocina sintética intravenosa (IV) durante o trabalho de parto, a maioria no período de dilatação, com 97 administrações (72,4%) e no período expulsivo com 37 (27,6%), com vazão máxima administrada em bomba de infusão contínua (BIC) de 60 ml/h.

De acordo com a tabela 03, 419 (78,5%) do grupo das parturientes de baixo risco obstétrico se alimentaram-se durante o trabalho de parto e 351 (65,7%) delas utilizaram procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Das 534 parturientes, 390 (73%) tiveram o progresso do trabalho de parto monitorado pelo partograma. Das mulheres assistidas nesse estudo, 46 (8,6%) receberam analgesia neuroaxial de parto, 60% do tipo epidural, a maioria com duração entre 0 e 2 horas, com permanência de cateter peridural.

Tabela 03: Distribuição dos dados segundo as intervenções no trabalho de parto das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Variável	n	%
Realização de CTG na admissão		
Sim	482	90,3
Não	52	9,7
Acompanhante		
Sim	515	96,4
Não	19	3,6

Dilatação na admissão		
0 a 3 cm	60	11,3
4 a 5 cm	158	29,5
≥ 6cm	316	59,2
Uso de Partograma		
Sim	390	73,0
Não	144	27,0
Amniotomia		
Não	331	62
Sim	203	38
Dilatação na amniotomia		
< 6cm	97	47,8
Entre 6 e 8 cm	82	40,4
>9cm	24	11,8
Quantidade de toques vaginais		
Entre 3 e 5	102	19,1
Entre 6 e 8	328	61,4
Mais 8	104	19,4
Jejum		
Não	419	78,5
Sim	115	21,5
Venóclise		
Sim	346	64,8
Não	188	35,2
Ocitocina durante o TP		
Não	400	74,9
Sim	134	25,1
Utilização da Ocitocina		
Dilatação	97	72,4
Expulsão	37	27,6
Vazão de ocitocina em BIC (ml/h)		
6 a 12 ml/h	82	53,2
24 a 48 ml/h	45	29,2
>48 ml/h	27	17,6
Utilização de MNFs		
Sim	351	65,7
Não	183	34,3
Analgesia farmacológica		

Não	488	91,4
Sim	46	8,6
Tipo de analgesia		
Peridural	33	71,7
Raquianestesia	9	19,6
Epidural	4	8,7
Tempo de Analgesia		
0 a 2h	29	63,0
3 a 4h	12	26,1
>4h	5	10,9
TOTAL	534	100

Neste estudo foram incluídas somente parturientes de baixo risco obstétrico e excluídas qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e o parto. No entanto, observou-se que, nesta população de baixo risco com parto vaginal espontâneo, 41,2% das mulheres receberam pelo menos uma das intervenções intraparto avaliadas, 18,9% receberam pelo menos duas intervenções durante o trabalho de parto e, apenas, 31% das mulheres pariram sem intervenções.

Estudos recentes, apontados pela Organização Mundial de Saúde, mostraram que uma proporção substancial de gestantes saudáveis passam por pelo menos uma intervenção clínica durante o parto e nascimento, como indução do parto, aumento da ocitocina, cesariana, parto vaginal operatório ou episiotomia (WHO, 2018).

Houve alta prevalência de realização de cardiotocografia (CTG). 90% das parturientes de baixo risco obstétrico, na instituição em estudo, foram submetidas a realização de Cardiotocografia no momento da admissão. O emprego da CTG na admissão da parturiente tem sido uma prática cada vez mais utilizada nos serviços onde existe a disponibilidade do exame, chegando a ser rotina em muitas maternidades.

Em atualização de uma revisão sistemática da Cochrane para comparar a realização de CTG com ausculta intermitente para avaliação de bem-estar fetal na admissão de parturientes de baixo risco, concluiu-se que não há evidências do benefício da utilização de CTG na admissão de gestantes de baixo risco, uma vez que a mesma pode aumentar a indicação de cesariana em 20% por sofrimento fetal, sem diferença estatisticamente significativa nos resultados neonatais. Achados dessa revisão apoiam recomendação de que a CTG não deve ser realizada na admissão de gestantes de baixo risco e que as mulheres devem ser informadas

acerca dessa recomendação (CAMPOS; SPONG; CHANDRAHARAN, 2015; DEVANE *et al.*, 2017).

Em 2017 a Cochrane realizou a atualização de uma outra revisão sistemática acerca da cardiocografia, que objetivava avaliar a eficácia e a segurança da CTG contínua quando usada como método para monitorar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Para alcançar esse objetivo comparou grupos, no qual um realizou CTG contínua, com e sem amostragem de sangue fetal, outro grupo que ficou sem monitoramento fetal e, um grupo com ausculta intermitente, incluíram 13 estudos envolvendo mais de 37.000 mulheres, com qualidade metodológica mista. Concluíram que a CTG durante o trabalho de parto está associada a taxas reduzidas de convulsões neonatais, mas não há diferenças claras na paralisia cerebral, mortalidade infantil ou outras medidas padrão de bem-estar neonatal. No entanto, a CTG contínua foi associada com as maiores taxas de cesarianas (28-34%), sem benefícios comprovados para o resultado perinatal (HOUSSEINE *et al.*, 2018).

Para o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, o uso disseminado de monitorização eletrônica fetal contínua não demonstrou afetar significativamente desfechos como morte perinatal e paralisia cerebral quando usados em mulheres com gestações de baixo risco. O desafio está em encontrar a melhor forma de transmitir esses resultados às mulheres, para que possam tomar uma decisão informada sem comprometer a normalidade do trabalho de parto. Juntamente com a necessidade de mais investigações sobre os efeitos a longo prazo de partos operatórios para mulheres e bebês (ACOG, 2019).

Com relação a variável apoio contínuo, após revisão da literatura acerca da questão da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, os dados das pesquisas demonstraram, consistentemente, que as mulheres valorizam muito e se beneficiam da presença de alguém em quem confiam durante o trabalho de parto e parto para fornecer apoio e conselhos emocionais, psicológicos e práticos. Permitir e apoiar a presença do acompanhante de uma mulher durante o trabalho de parto e o parto é uma intervenção eficaz que respeita a autonomia e pode ser um aspecto importante para melhorar a qualidade dos cuidados durante o pré-parto e o parto.

Uma revisão sistemática com metanálise realizada com 20 estudos, incluindo 22.800 mulheres de 12 países, objetivou identificar intervenções bem-sucedidas atualmente disponíveis para criar uma percepção positiva da experiência do parto que pode prevenir o trauma psicológico do nascimento. Os pesquisadores concluíram que as estratégias mais eficazes para criar uma experiência positiva de parto são apoiar as mulheres durante o parto, cuidados intraparto com intervenção mínima e preparação para o parto. Este estudo pode ser

útil em abordagens clínicas e na elaboração de futuros estudos sobre a prevenção das experiências negativas e traumáticas do parto (TAHERI *et al.*, 2018).

As evidências sobre os benefícios do apoio contínuo durante o parto levaram à recomendação de que este apoio deve ser oferecido a todas as mulheres, durante pré-parto, parto e pós-parto. No Brasil, ele é garantido por Lei desde 2005 (BRASIL, 2005). Porém, os dados sobre a sua implementação são escassos.

Observou-se no presente estudo que a oferta de acompanhante ocorreu em 100% dos casos e, a permanência de acompanhante durante o trabalho de parto ocorrera em 96,4% dos partos. Esse percentual revelou que nessa instituição a Lei e o direito da mulher a ter um acompanhante de sua escolha estão sendo respeitados e, que esse resultado é bem mais favorável que os observados nos resultados encontrados na *Pesquisa Nascer no Brasil*, realizada em 2014.

Durante a *Pesquisa Nascer no Brasil*, que investigou intervenções durante o trabalho de parto e, que objetivou estimar a frequência e fatores sociodemográficos, obstétricos e institucionais associados à presença de acompanhantes durante o parto. Observaram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, apenas, 18,8% tinham companhia contínua, 56,7% tiveram acompanhamento parcial. A implementação do acompanhante foi associada com ambiência adequada e regras institucionais claras sobre os direitos das mulheres ao acompanhante (DINIZ *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde, no ano de 2016, publicou um resumo chamado *Evidence-to-Action* que descreve as recomendações sobre acompanhantes de livre escolha durante o trabalho de parto e parto, abordando os princípios orientadores por trás dessa intervenção e sobre quem pode agir como acompanhante. Ele analisa algumas das barreiras à sua implementação e discute o que será necessário para garantir sua introdução e implementação bem-sucedidas (WHO, 2016).

Em um estudo de revisão da Cochrane com o objetivo de avaliar os efeitos, em mulheres e seus bebês, de apoio contínuo, um pra um, durante o parto em comparação com os cuidados habituais, em qualquer ambiente e, como objetivos secundários, determinar se os efeitos do suporte contínuo recebiam influências. Incluíram um total de 27 estudos, e 26 ensaios envolvendo 15.858 mulheres. Os resultados obtidos foram que as mulheres alocadas para apoio contínuo tinham maior probabilidade de ter parto vaginal espontâneo e menos probabilidade de relatar classificações negativas de sentimentos sobre a sua experiência de parto. Concluíram que o apoio contínuo durante o trabalho de parto pode melhorar os resultados para mulheres e bebês, incluindo aumento do parto vaginal espontâneo, menor

duração do trabalho de parto, diminuição de cesáreas e de parto vaginal instrumental, uso de analgesia, uso de analgesia regional, menores índices de escore de Apgar baixo no quinto minuto e melhores sentimentos sobre experiências de parto. Não encontraram evidências de danos do apoio contínuo ao trabalho de parto (BOHREN *et al.*, 2017).

Quanto ao estágio clínico do trabalho de parto considerado para admissão das mulheres identificou-se que, a admissão precoce em centros obstétricos apresenta prevalência expressiva, correspondendo a 60 (11,3%) das mulheres que foram admitidas com dilatação inferior a 3cm, 158 (29,5%) foram admitidas com dilatação entre 4 e 5cm, gerando maior propensão a sucessivas intervenções durante o processo de parturição.

Em um estudo descritivo, com objetivo de examinar o uso de intervenções por dilatação na admissão, verificou-se que as mulheres internadas com dilatação entre 0 a 3 cm e 4 a 5 cm apresentaram mais do que o dobro da probabilidade de receberem amniotomia, epidural, ocitocina em comparação com as admitidas entre 6 e 10 cm (BOLTEN; DE JONGE; ZWAGERMAN, 2016).

Salienta-se que para as mulheres que estão em trabalho de parto latente e não são admitidas na unidade de trabalho de parto é fundamental, um processo de tomada de decisão compartilhada para criar um plano de atividades de autocuidado e técnicas de enfrentamento. No entanto, a admissão durante a fase latente do trabalho de parto pode ser necessária por uma variedade de razões, incluindo o controle da dor ou a fadiga materna. Evidências sugerem que, além dos cuidados regulares de enfermagem, o apoio emocional contínuo de um para um oferecido pelo pessoal de apoio, como doula, está associado a melhores resultados para mulheres em trabalho de parto (ACOG, 2019).

Um estudo realizado com 27.077 mulheres, com objetivo de avaliar associações de condições de trabalho de parto na admissão e o progresso do trabalho de parto ativo com o aumento na utilização de ocitocina, a necessidade de cesárea e taxas de resultados neonatais adversos, observou-se que 68% das mulheres na admissão estavam em trabalho de parto pré-ativo e 32% estavam em trabalho de parto ativo, sendo as taxas de cesariana para esses grupos de 18% e 7,2%, respectivamente. O aumento da ocitocina e os resultados neonatais adversos foram mais prováveis para mulheres admitidas em trabalho de parto pré-ativo, 9,3% experimentaram distócia de parto e 90,7% evoluíram fisiologicamente. O aumento da ocitocina e os resultados neonatais adversos foram mais prováveis quando o trabalho de parto ativo era distócico. Concluíram que a adoção de abordagens padronizadas e baseadas em evidências para diagnosticar o início do trabalho de parto ativo, avaliar o progresso do

trabalho de parto e diagnosticar a distócia pode reduzir com segurança as taxas de uso de ocitocina e de cesariana nos Estados Unidos (NEAL *et al.*, 2018).

Estudo transversal observacional com 21.858 nascimentos, o qual objetivou examinar as associações entre dilatação cervical na admissão, cuidados intraparto e modo de nascimento em mulheres nulíparas de baixo risco com início de trabalho espontâneo. As medidas de desfecho incluíram o uso individual e combinado de intervenções intraparto amniotomia, anestesia peridural, aumento de ocitocina e modo de nascimento. Identificou que 92% das mulheres receberam pelo menos uma intervenção intraparto e 22,7% receberam as três intervenções. As mulheres tiveram duas vezes mais chances de receber a combinação de amniotomia-epidural-ocitocina quando internadas entre 0-3 cm e com 4-5 cm em comparação com 6-10 cm. A probabilidade de cesárea foi cinco vezes maior para as mulheres internadas com dilatação entre 0-3 cm e, duas vezes maior para as mulheres internadas entre 4-5 cm em comparação com 6-10 cm. Concluíram que para promover o nascimento fisiológico normal, as mulheres nulíparas de baixo risco devem participar de decisões compartilhadas sobre o momento da admissão após o início espontâneo do trabalho de parto (IOBST, 2019).

Em estudo realizado acerca do aumento das taxas de cesárea em todo o mundo, os componentes desse aumento são parcialmente desconhecidos. Um forte papel é prescrito para distócia, mas que, ao mesmo tempo, o diagnóstico de distócia é subjetivo. Estudos anteriores indicaram que o risco de cesárea é maior quando as mulheres são admitidas no hospital no início do trabalho de parto.

O referido estudo analisou o parto de 1.202 mulheres nulíparas com gestação única, de vértice e trabalho de parto espontâneo. Selecionaram três grupos com base na dilatação cervical na admissão: precoce (0,5 a 1,5 cm, n=178), intermediária (2,5 a 3,5 cm, n=320) e tardia (4,5 a 5,5 cm, n=175). Como resultados encontraram que as mulheres que foram internadas precocemente tiveram um risco maior de parto por cesariana (18 vs 4% no grupo de admissão tardia), enquanto o risco de parto instrumental não diferiu. Antes de 4 cm de dilatação, quanto mais cedo uma mulher fosse internada, maior o risco de parto por cesariana. Após 4 cm de dilatação essa relação desapareceu. Esses padrões foram fidedignos para as cesarianas de primeiro e segundo estágio. O uso de ocitocina foi associado a um maior risco de cesariana apenas no grupo intermediário (2,5 a 3,5 cm de dilatação na admissão). Concluíram que a admissão precoce ao parto foi associada a um risco significativamente maior de cesariana durante o primeiro e segundo estágios. Os efeitos diferenciais do aumento de ocitocina dependendo da dilatação na admissão podem sugerir que a admissão na fase

inicial do trabalho de parto é um indicador e não um fator de risco em si (MIKOLAJCZYK *et al.*, 2019).

O momento da admissão hospitalar para mulheres com início de trabalho de parto espontâneo e os critérios usados para avaliar o progresso do trabalho de parto ativo e diagnosticar distócia de trabalho de parto podem influenciar significativamente o risco de cesárea primária em mulheres no mundo todo. Diante desse contexto, desde 1994, o Ministério da Saúde tornou obrigatório o uso de Partograma em todas as maternidades do Brasil (BRASIL, 2016).

A utilização de Partograma é considerada uma boa prática de assistência ao parto e nascimento, nesse estudo, observou-se que 390 (73%) dos trabalhos de parto foram acompanhados com partograma. Dado preocupante, visto que o partograma é o instrumento responsável pelo acompanhamento gráfico do trabalho de parto, sendo revelado que em 144 (27%) dos partos não houve acompanhamento adequado. O uso adequado do Partograma permite a identificação precoce de complicações relacionadas ao trabalho de parto e previne a mortalidade materna e perinatal.

Em um estudo com objetivo de determinar o nível de utilização do partograma e as perspectivas do trabalhador da saúde para a sua utilização, pesquisadores verificou-se que há um debate em andamento sobre quais diretrizes e ferramentas de monitoramento são mais benéficas para avaliar a progressão do trabalho de parto, para ajudar a prevenir os altos índices de cesariana intraparto. O partograma da OMS tem sido usado há décadas com a suposição de uma progressão linear do trabalho de parto (MUKISA *et al.*, 2019).

Em um estudo multicêntrico, randomizado e controlado realizado em unidades obstétricas na Noruega, com objetivo de investigar se a frequência do uso de cesáreas intraparto diferiu ao aderir ao Partograma da OMS *versus* a diretriz proposta por Zhang para a progressão do trabalho de parto, com mulheres nulíparas que tinham feto único, a termo, com apresentação cefálica e trabalho espontâneo. Estratificaram grupos por tamanho e número de cesarianas anteriores. Os grupos contendo as unidades obstétricas foram então aleatoriamente designados (1:1) para o grupo controle, que aderiu ao partograma da OMS, ou para o grupo de intervenção, que aderiu à diretriz de Zhang. Não identificaram mortes maternas ou neonatais durante o estudo e concluíram que não encontraram nenhuma diferença significativa na frequência do uso de cesáreas intraparto comparadas as unidades obstétricas designadas para aderir ao partograma da OMS e as designadas para aderir à diretriz de Zhang (BERNITZ, 2019).

Em 2018, a Cochrane, realizou a atualização de uma revisão sistemática realizada em 2013, acerca da utilização do partograma, na qual, objetivou determinar a eficácia e a segurança do partograma frente a morbidade e mortalidade perinatal e materna e, como determinar qual projeto de partograma seria mais eficaz para preveni-las. Foram incluídos 11 estudos, envolvendo 9475 mulheres; 3 estudos avaliaram o uso de partograma *versus* nenhum acompanhamento gráfico do trabalho de parto; 7 estudos avaliaram projetos de partogramas diferentes e um avaliou o uso de partograma *versus* escala de trabalho de parto. A maioria dos estudos relatou aumento das taxas de cesárea no grupo com utilização de partograma e escores de Apgar < 7 em cinco minutos; dados como duração do primeiro estágio do parto e experiência materna do parto não foram consistentemente relatados. Concluíram que não puderam ter certeza dos efeitos de rotina uso de partograma como parte do padrão de gestão do trabalho de parto e, que mais provas são necessárias para estabelecer a eficácia do uso do partograma por si e, seu *design* ideal (LAVENDER; CUTHBERT; SMYTH, 2018).

Em uma revisão sistemática com o objetivo de sintetizar evidências disponíveis de estratégias para a vigilância fetal em locais com poucos recursos sua repercussão nos resultados neonatais e maternos, incluindo barreiras à sua implementação, com estudos relacionados com estratégias de monitoramento fetal intraparto e resultados neonatais em ambientes de baixa renda. Foram incluídos 37 estudos: 5 intervenções e 32 estudos observacionais, os quais observaram que o uso do partograma melhorou os resultados perinatais e que a ausculta intermitente com *Pinard* foi associada com menores taxas de cesarianas (10-15%), mas com resultados perinatais comparáveis ao Doppler portátil e CTG sendo recomendado sua utilização para monitoramento intraparto em locais de poucos recursos. A Cardiotocografia foi associada com as maiores taxas de cesarianas (28-34%), sem benefícios comprovados para o resultado perinatal (ROUSSEINE *et al.*, 2018).

A ruptura artificial intencional das membranas amnióticas durante o trabalho de parto, chamado de amniotomia, é um dos procedimentos mais comumente realizados na prática moderna de obstetrícia. O principal objetivo da amniotomia é acelerar as contrações e, portanto, encurtar o tempo de trabalho de parto. No entanto, existem preocupações sobre efeitos adversos não intencionais para a mulher e o recém-nascido.

Das 534 mulheres acompanhadas durante o trabalho de parto, 38% delas foram submetidas a amniotomia, das quais, mais de 47%, foram feitas precocemente, ou seja, com menos de 6 cm de dilatação.

Uma revisão da Cochrane de 15 estudos, com 5583 mulheres, realizada em 2013, com objetivo de determinar a eficácia e a segurança da amniotomia isoladamente para encurtar, rotineiramente, todos os trabalhos de parto que iniciam espontaneamente. Os dados para mulheres com trabalho de parto normal espontâneo foram agrupados com dados de um ensaio clínico envolvendo 61 mulheres com trabalho de parto espontâneo, porém prolongado. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos amniotomia e o grupo controle na duração do primeiro estágio do parto, com risco relativo de cesariana de 1,27, IC 95%, a satisfação materna com experiência de parto ou baixo índice de Apgar <7 aos cinco minutos. Concluíram que não podem recomendar que a amniotomia deva ser introduzida, rotineiramente, como parte do tratamento e cuidados padrões do trabalho de parto. Recomendam que as evidências apresentadas nesta revisão sejam disponibilizadas às mulheres acerca da amniotomia e possam ser úteis como base para a discussão e quaisquer decisões resultantes entre as mulheres e seus cuidadores (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013).

O parecer do comitê americano de obstetras-ginecologistas orienta que para mulheres com trabalho de parto normal e sem evidência de comprometimento fetal, a amniotomia não precisa ser realizada, a menos que, seja necessário para facilitar o monitoramento da progressão do trabalho de parto e o bem-estar fetal (ACOG, 2019).

Em estudo observacional com objetivo de descrever as taxas e os indicadores para a prática de ruptura artificial de membranas durante o trabalho de parto normal e determinar se houve diferenças significativas entre mulheres primigestas e mulheres múltiparas em relação as intervenções obstétricas. Os resultados apontam que a causa mais frequente de amniotomia foi o manejo ativo da fase latente do trabalho de parto. Além disso, o progresso lento do trabalho de parto e as preocupações com a frequência cardíaca fetal tiveram o segundo maior número de ocorrências. Concluíram que embora a amniotomia seja um procedimento comumente realizado durante o trabalho de parto, não há muita diferença entre suas indicações entre nulíparas e múltiparas. A única indicação significativamente diferente foi hemorragia anteparto, que foi maior nas múltiparas. A amniotomia também foi realizada sem qualquer indicação clara em 26,4% das nulíparas e 9,4% das múltiparas. Considerando a amniotomia como intervenção obstétrica, esforços devem ser feitos para reduzir suas taxas (SAADIA, 2014).

Em relação a realização de toques vaginais observou-se uma elevada incidência de toques vaginais realizados durante o trabalho de parto e alguns não são registrados no partograma, ou seja, o intervalo entre as avaliações foi inferior a duas horas, que é o protocolo

da instituição. Houve prevalência para realização de 6 a 8 toques (61,4%), em cada parturiente, durante a progressão do trabalho de parto.

De acordo com o protocolo da instituição, o toque vaginal deve ser realizado a cada 2 ou 3 horas, analisando-se a dilatação, apagamento e posição do colo uterino, integridade da bolsa amniótica, variedade de posição do polo fetal, altura da apresentação e presença de bossa serossanguinolenta. Em casos de amniorrexe, bolsa rota antes do trabalho de parto, o toque vaginal deve ser realizado a cada três horas. (MEAC, 2017).

A diretriz de assistência ao parto normal traz evidências acerca da rotura prematura de membranas ovulares no termo e a realização de sucessivos exames vaginais, investigando preditores para a corioamnionite clínica e febre pós-parto.

A corioamnionite clínica foi definida como um ou mais dos seguintes achados: febre materna maior do que 37,5° C em duas ou mais ocasiões com 1 hora ou mais de intervalo, ou uma única temperatura superior a 38°C antes do parto; leucocitose superior a 20.000 células/mm³ ou mau-cheiro do líquido amniótico. Salienta-se que no presente estudo, ocorreu corioamnionite clínica em 6,7% das mulheres 335 (62,7%), número muito elevado.

O número de exames vaginais foi o fator independente direto mais importante para aumento do risco da infecção e a incidência de corioamnionite aumentou de 2% para 13%. Além disso, mostrou o exame vaginal como fator independente de infecção materna e/ou neonatal. Pacientes com 7 ou mais exames vaginais apresentaram um risco maior de infecção materna/neonatal em comparação com as pacientes com menos de 7 exames vaginais durante o trabalho de parto (OR 2,70) (BRASIL, 2016).

No que se refere à dieta das mulheres durante o trabalho de parto, observou-se um percentual de 21,5% de parturientes em jejum durante o trabalho de parto, justificado por alguma anormalidade na avaliação da progressão do trabalho de parto e/ou por chances de indicação de cesárea, por fase latente do trabalho de parto associado a bolsa rota. No entanto, a maioria 419 (78,5%) vivenciaram seu processo parturitivo com a possibilidade de ingesta de líquidos claros. Observou-se que 78,5% das parturientes tinham dieta líquida sem resíduos sob livre demanda durante todo trabalho de parto. Destaca-se que a venóclise não é rotina na instituição em estudo, porém um número considerável de mulheres 346 (64,8%) foi submetido a punção venosa periférica (tabela 03), para hidratação, administração de ocitocina ou outros fármacos durante o trabalho de parto. A punção venosa periférica não é rotina na instituição em estudo.

Em 1946, o Dr. Curtis Mendelson sugeriu que a aspiração durante a anestesia geral para o parto era evitável restringindo a ingestão oral durante o trabalho de parto. Essa

sugestão mostrou-se influente e a restrição da ingestão oral no trabalho de parto tornou-se a norma. A obstetrícia moderna, especialmente no contexto de avanços na anestesia obstétrica, não reflete o panorama clínico de Mendelson. Portanto, resta a questão se suas descobertas permanecem relevantes ou se devem utilizar as recomendações atuais. Ademais o uso de anestesia geral na ocasião da cesárea teve um declínio notável com o aumento do uso de analgesia neuroaxial efetiva como padrão de tratamento na anestesia obstétrica moderna, não sendo justificável o jejum durante o trabalho de parto. Embora o ACOG recomende a oferta de líquidos claros durante o trabalho de parto, as recomendações atuais continuam sugerindo que a ingestão de alimentos sólidos deve ser evitada (SPERLING; DAHLKE; SIBAI, 2016).

Evidência recente de uma revisão sistemática envolvendo 3130 mulheres em trabalho de parto ativo sugere que a ingestão oral não deve ser restrita em mulheres com baixo risco de complicações, uma vez que não foram identificados benefícios ou malefícios de uma dieta geral. A aspiração e outros desfechos maternos adversos podem não estar relacionados à ingestão oral no trabalho de parto e, como tal, medidas qualitativas como a satisfação do paciente devem ser primordiais (SPERLING; DAHLKE; SIBAI, 2016).

A ingestão dietética durante as fases latente e ativa do trabalho de parto varia entre as instituições hospitalares. Em um estudo transversal com 118 hospitais canadenses, com objetivo de documentar as restrições atuais à ingestão oral e parenteral para o trabalho de parto de baixo risco, verificou que quando a anestesia epidural foi usada durante a fase ativa do trabalho de parto, a ingestão oral foi restringida para fluidos e pedaços de gelo em 82,8% dos hospitais pesquisados, enquanto a ingestão oral poderia incluir alimentos sólidos em 7,2%. Além disso, em 77,5% dos hospitais, a alimentação por via oral de mulheres com anestesia peridural na fase ativa de trabalho de parto não se limitou apenas a fluidos claros e/ou cubos de gelo, porém, não houve administração parenteral de dextrose. Concluindo-se que a maioria das gestantes de baixo risco em hospitais canadenses está sujeita à restrição calórica durante a fase ativa do trabalho de parto, especialmente, quando a anestesia epidural é administrada (CHACKOWICZ; SPENCE; ABENHAIM, 2016).

Atualmente, existem vários estudos para avaliar a questão da administração de fluidos intravenosos durante o trabalho de parto e, se essa administração é benéfica para a parturiente e seu concepto. Com base nisso, o Colégio Americano de Medicina Esportiva relatou que a desidratação maior que 2% da massa corporal pode comprometer a função fisiológica, prejudicando a função do esforço físico, podendo comprometer também a função do útero durante a contração. Com o objetivo de determinar se o aumento da hidratação durante o trabalho de parto é seguro e associado a uma redução no risco de cesariana, realizou-se uma

revisão sistemática com metanálise e concluiu-se que a duração do trabalho de parto em mulheres nulíparas de baixo risco pode ser encurtada por uma política de fluidos intravenosos a uma taxa de 250 ml/h e, que os dados apoiam o aumento da hidratação entre essas mulheres em trabalho de parto quando a ingestão oral é restrita. Sendo necessários mais estudos são necessários em relação aos riscos e benefícios do aumento da hidratação entre mulheres com ingestão oral irrestrita (EHSANIPOOR *et al.*, 2017).

No presente estudo, a administração de ocitocina ocorreu em 25,1% dos casos, dos quais 72,4% a administração foi feita durante o período de dilatação e 27,6% durante o período expulsivo. A utilização de ocitocina não é uma intervenção rotineira, visto que, as mulheres que foram submetidas a administração desse fármaco apresentaram alguma disfunção relacionada a contratilidade uterina. Além disso, observou-se que a administração de ocitocina intraparto foi monitorada por protocolo institucional, com objetivo de controlar a dose infundida à parturiente e, que 53,2% dos casos, a vazão máxima de ocitocina administrada foi entre 6 a 12 ml/h em bomba de infusão contínua. Apenas, 17,6% recebeu vazão máxima superior a 48 ml/h.

Resultados de um estudo realizado na mesma maternidade, em 2016, mostraram que um percentual de 44,9% das mulheres recebeu, entre múltíparas e nulíparas, infusão venosa de ocitocina durante o trabalho de parto, com 28,8% de ocitocina na fase de dilatação (MEDEIROS, 2016).

O progresso lento no primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo, ou seja, período de dilatação cervical está associado ao aumento da taxa de cesárea e da morbidade fetal e materna. A ocitocina tem sido defendida há muito tempo como um tratamento para o lento progresso no trabalho de parto, mas não está claro até que ponto isso melhora os resultados desse trabalho de parto e se ele realmente reduz a taxa de cesariana ou a morbidade materna e fetal.

Uma revisão da Cochrane, de 8 ECR envolvendo 1338 mulheres, com objetivo de determinar se o uso da ocitocina, para o tratamento de progresso lento na primeira fase de trabalho de parto espontâneo está associado com uma redução na incidência de cesarianas ou morbidade materna e fetal em comparação com situações em que não é utilizada ou, quando a sua administração é atrasada, realizou duas comparações com o uso de ocitocina *versus* placebo ou nenhum tratamento, outra com o uso precoce de ocitocina *versus* uso tardio. Identificando que a utilização precoce de ocitocina resultou em um aumento na hiperestimulação uterina associada a alterações cardíacas fetais. Concluíram que para as mulheres que progridem

lentamente no trabalho de parto espontâneo, o tratamento com utilização de ocitocina em comparação com nenhum tratamento ou tratamento tardio com ocitocina não resultou em diferença perceptível no número de cesarianas realizadas e foi associado a uma redução no tempo de trabalho de parto de aproximadamente duas horas, o que pode ser importante para algumas mulheres (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013).

Uma outra revisão sistemática da literatura realizada na base de dados *Medline*, com 20 estudos originais e 2 metanálises, com objetivo de avaliar a eficácia da administração de ocitocina durante o trabalho de parto espontâneo, no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto, verificou que durante a fase latente, isto é, antes de 5 cm de dilatação é recomendado não usar ocitocina sistematicamente, independentemente da velocidade de expansão. Em caso de distócia dinâmica durante a dilatação, a ocitocina pode ser utilizada para aumentar a atividade uterina. Na ausência de dinâmica uterina com membranas rotas, a ocitocina deve ser administrada assim que o diagnóstico de distócia motora for feito para melhorar a dinâmica uterina sob a supervisão adequada materna e fetal. Durante o segundo estágio do trabalho de parto a administração rotineira de ocitocina não é recomendada devido aos seus efeitos colaterais.

No entanto, em caso de extensão da segunda fase, além de 2 horas, recomenda-se a administração de ocitocina para corrigir a falta de progresso da apresentação. No caso de variedade occipito-posterior ou transversa, nenhum argumento científico pode recomendar a administração sistemática de ocitocina. Concluíram que a administração de ocitocina melhora a dinâmica uterina sem reduzir o risco de cesariana ou parto instrumental. Porém, não recomendam a administração de rotina de ocitocina durante o parto espontâneo na ausência de distócia motora, em qualquer fase do trabalho de parto (GAUCHER; LE RA, 2017).

Foram observados, em nosso estudo, que 65,7% das parturientes receberam algum método não farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, com prevalência para a utilização do banho de aspersão (66,1%), cavalinho (53,3%), bola suíça (52,7%), massagem (50,7%) e respiração consciente (46,7%). Os métodos não foram realizados isoladamente, algumas parturientes receberam mais de um ou até vários métodos ao longo da progressão do trabalho de parto.

A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, antes restritos ao setor privado, faz hoje parte do processo de humanização no Sistema Único de Saúde. A dor no parto pode ser potencializada por medidas que a iatrogenizam, como: a solidão, imobilização ao leito, uso abusivo de ocitócicos, manobra de *Kristeller*, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras (RATTNER, 2009). Múltiplas técnicas não

farmacológicas e farmacológicas podem ser usadas para ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto (ACOG, 2019).

Em uma revisão sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor, após análise de 6 estudos publicados, evidenciou-se que a acupuntura, estimulação elétrica transcutânea e técnicas de respiração e relaxamento apresentaram nível de evidência II (SARTORI *et al.*, 2011). Nem todas as estratégias não farmacológicas são eficazes, mas diminuíram o uso de drogas analgésicas e a administração de ocitocina nas parturientes, sem cursar com efeitos adversos prejudiciais à parturiente e ao feto (CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

Outras tecnologias recomendadas para alívio da dor do trabalho de parto são o estímulo aos exercícios, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de posições variadas e verticalizadas, eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), hidroterapia, cinesioterapia, crioterapia e massoterapia (CAUS *et al.*, 2012; CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

Posições verticalizadas apresentam como aspectos positivos a sensação de conforto, redução do esforço expulsivo e da dor. Ressaltam, ainda, a valorização da mulher, fortalecendo-a no processo de parir, tratando-a com carinho, respeitando-a em seu tempo, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009; CAUS *et al.*, 2012).

Um estudo sobre o processo de decisão do tipo de parto ressalta a importância do diálogo com as mulheres antes do parto para apresentar as possibilidades dos métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, bem como sobre formas para favorecer o parto vaginal (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Pode ser ressaltada aqui a importância do enfermeiro obstetra como educador, idealizador e executor de estratégias educativas individuais e coletivas, promoção de cursos para gestantes do preparo para o parto, incluindo nesse contexto o acompanhante de livre escolha da mulher e, o mais importante munindo as mulheres de conhecimento para que elas possam ser empoderadas acerca dos seus direitos durante o trabalho de parto, parto e após o parto.

Foram observados que a analgesia farmacológica peridural fora realizada em 8,6% das mulheres, dessas 71,7% foram do tipo peridural e tiveram, em média, duração entre 0 e 2h. Analgesia epidural combinada (8,7%) e raquianestesia em baixa dosagem (19,6%) também foram administradas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Do total de analgesias neuroaxiais de parto realizadas, observou-se que 10,8% evoluíram para parto vaginal e 5,2% foram submetidas a cesariana.

A analgesia epidural é uma técnica de bloqueio do nervo central obtida pela injeção de um anestésico local próximo aos nervos que transmitem a dor e, é amplamente usada como uma forma de alívio da dor no trabalho de parto. No entanto, existem preocupações sobre efeitos adversos não intencionais na mãe e no bebê. As técnicas utilizadas para analgesia de parto são epidural, espinhal, combinada espinhal-epidural ou raquidiana.

A peridural é aplicada aos poucos, por um cateter fino, conforme a gestante sente necessidade, fazendo efeito em cerca de dez minutos e permitindo que a mulher deambule. A raque também é aplicada via cateter em caso de parto normal, mas sua duração costuma ser mais longa, cerca de uma hora, o que torna a reaplicação mais espaçada, e não permite que a gestante caminhe. Outra diferença é que a raque tem efeito quase imediato, se o bebê estiver nascendo, pode ser mais adequada. Em outras doses, ambas podem ser usadas para a cesárea, embora a raque seja mais comum, aplicada em dose única (SINGH *et al.*, 2014).

A analgesia epidural é realizada por meio da colocação de um cateter no espaço epidural para administração contínua ou intermitente de anestésicos locais e/ou opioides. Recentemente, a técnica alternativa de duplo-bloqueio espinhal-epidural vem ganhando maior popularidade. Nessa técnica, é realizada administração única em *bolus* de anestésicos locais e/ou opioides no espaço subaracnóideo e colocação de um cateter no espaço epidural para administrações posteriores. A administração de opioides no espaço epidural resulta em grande alívio da dor, sem praticamente nenhum bloqueio motor. A técnica de duplo-bloqueio está relacionada com maiores índices de satisfação das parturientes (SINGH *et al.*, 2014).

Uma revisão da Cochrane foi realizada com objetivo de avaliar a efetividade e segurança de todos os tipos de analgesia neuroaxial, incluindo a combinação epidural espinhal, quando comparada com a não-epidural (opioide) ou sem alívio da dor durante o trabalho de parto. Encontraram 52 ensaios clínicos, com mais de 11.000 mulheres, os quais identificaram a presença de efeitos colaterais em ambos os grupos epidural e opioide. As mulheres com epidural experimentaram mais hipotensão, bloqueio motor, febre, retenção urinária, maior tempo de primeiro e segundo estágios de trabalho de parto, foram mais propensas a ter aumento de ocitocina e tiveram menor risco de depressão respiratória, porém menor probabilidade de sentir náuseas e vômitos do que as mulheres que receberam opioides. Bebês nascidos de mulheres no grupo epidural tiveram menor probabilidade de receber naloxone. Concluíram que evidências de baixa qualidade mostram que a analgesia neuroaxial pode ser mais eficaz na redução da dor durante o trabalho de parto e aumentar a satisfação materna com o alívio da dor do que os métodos não-epidurais (ANIM-SOMUAH *et al.*, 2018).

De acordo com a distribuição dos dados da tabela 04, acerca das intervenções durante o parto, observou-se que 78,7% das cesarianas foram indicadas durante a fase ativa do trabalho de parto, das quais 49,7% foram indicadas por parada de progressão do trabalho de parto. A incidência de manobra de Valsalva fora observada em 72,1% de todos os partos e, 65,3% desses partos ocorreram em posição semi-sentada, supina reclinada. A proteção perineal, a realização de episiotomia e Manobra de Kristeller foram presenciadas, respectivamente, em 85,1%, 7,7% e 3,4% dos partos.

Do total de 323 partos vaginais, apenas 31% das mulheres não receberam nenhum tipo de intervenção desnecessária durante o trabalho de parto e parto, 41,2% das mulheres receberam pelo menos uma intervenção e 18,9% receberam pelo menos duas intervenções durante o trabalho de parto.

Para a OMS, muitas mulheres preferem um nascimento natural e confiam nos seus corpos para dar à luz ao seu bebê sem intervenção médica desnecessária. A organização considera que, mesmo quando a intervenção médica é necessária, é preciso incluir as mulheres na tomada de decisões sobre os cuidados que recebem (WHO, 2018).

Tabela 04: Distribuição dos dados segundo as intervenções realizadas no parto das parturientes nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Variável	n	%	TOTAL
Cesárea indicada em TP ativo			166
Sim	166	78,7	
Não	45	21,3	
Indicação da cesariana			166
Parada de Progressão	105	49,7	
Sem critério específico	57	27,1	
Sufrimento Fetal	39	18,5	
DCP	7	3,3	
A pedido	3	1,4	
Manobra de Valsalva			
Sim	233	72,1	
Não	90	27,9	
Quantidades pessoas no parto			323
Até 3 pessoas	75	23,2	
Entre 4 e 7	182	56,4	
Entre 8 e 10	64	19,8	
Mais de 10	2	0,6	

Posição do parto			323
Semi-sentada	211	65,3	
Banqueta	26	8,0	
Supina	25	7,7	
Lateral	21	6,5	
Cócoras	18	5,6	
Gaskin	15	4,6	
Sentada	4	1,2	
Em pé	3	0,9	
Proteção perineal			323
Sim	275	85,1	
Não	48	14,9	
Episiotomia			323
Não	298	92,3	
Sim	25	7,7	
Tipo de Episiotomia			25
Médio-lateral	25	100,0	
Manobra de Kristeller			323
Não	312	96,6	
Sim	11	3,4	
Profissional que assistiu ao parto vaginal			323
Médico obstetra/Médico residente	132	40,9	
Médico residente/Estudante de medicina	86	26,6	
Enfermeira obstétrica/Enfermeira residente	105	32,5	

Em 2017, o índice de cesariana em média 58,2%, do total de partos assistidos na instituição, incluídas mulheres de alto e baixo risco. Esse percentual variou consideravelmente ao longo dos meses, alguns meses com percentual superior a 67% de cesarianas (MEAC, 2017). Em pesquisa realizada por Medeiros (2016), na mesma maternidade, onde avaliou intervenções em mulheres de baixo risco obstétrico, o percentual de cesáreas foi de 23,8%.

Observou-se, em nosso estudo, um percentual de 39,5% de cesarianas em nulíparas de baixo risco, no primeiro semestre de 2018. Portanto, um aumento de mais 15% de intervenção cirúrgica no trabalho de parto, quando comparados ao ano de 2017.

Um estudo de coorte retrospectivo realizado com 40.860 mulheres de baixo risco, com um feto único, cefálico, a termo, nascido por cesariana, realizada na segunda etapa do trabalho de parto refere-se ao risco da realização de cesarianas nessa fase clínica do parto. Os principais desfechos foram cesáreas no segundo estágio, indicações e sua morbidade materna

e fetal. Um total de 10.484 cesarianas de emergência e 7.527 eletivas, foram realizados no segundo estágio do trabalho de parto. Neste estudo, a indicação mais comum foi a desproporção céfalo-pélvica (92,4%). Em termos de complicações maternas, foram observadas extensão da incisão uterina pós-parto hemorrágico por atonia 18 (12,5%), febre pós-operatória 27 (18,8%), infecção da ferida 7 (4,8%). Nas complicações perinatais, intensificou-se líquido amniótico meconial 49 (34,2%), hiperbilirrubinemia neonatal 14 (9,7%) e aumento da internação no berçário 2 (15,3%) e mortalidade perinatal 2 (1,3%). Os pesquisadores concluíram que as cesáreas feitas no segundo estágio do trabalho de parto estão associadas a várias complicações maternas intra-operatórias e morbidade neonatal (GURUNG *et al.*, 2017).

As taxas de cesariana estão aumentando globalmente, sendo que os fatores que contribuem para esse aumento são complexos e a identificação de intervenções para enfrentá-los é um desafio (WHO, 2018).

Uma revisão da Cochrane, publicada em 2011 e atualizada em 2018, com objetivo de avaliar a eficácia e segurança de intervenções não clínicas destinadas a reduzir a cesariana desnecessária, mostrou que essas intervenções não clínicas são aplicadas independentemente de um encontro clínico entre o profissional de saúde e o paciente, abordam os determinantes da cesárea e podem ter um papel na redução de cesarianas desnecessárias.

Os estudos analisados envolveram uma população mista de mulheres grávidas, incluindo nulíparas e multíparas, mulheres com medo de parto, mulheres com altos níveis de ansiedade e mulheres que sofreram uma cesariana anterior. Observaram que determinadas evidências de que as intervenções podem reduzir a cesariana e aumentar a incidência de parto vaginal espontâneo, como: intervenções direcionadas a mulheres ou famílias; oficinas de treinamento de parto para mães solteiras; oficinas de formação de parto para casais; programas de treinamento de relaxamento aplicado conduzidos por enfermeiros; a psicoeducação pode aumentar o parto vaginal espontâneo; a implementação de diretrizes de prática clínica combinadas com auditoria e feedback. Concluíram que uma ampla gama de intervenções não clínicas para reduzir a cesariana desnecessária, principalmente em ambientes de alta renda, visando profissionais de saúde mostraram reduzir com segurança as taxas de cesariana (CHEN *et al.*, 2018).

Em um centro médico acadêmico de atenção terciária foi realizada uma abordagem multiestratégica, de 2008 a 2015, que incluiu educação do profissional de saúde, feedback do profissional e implementação de novas políticas para direcionar os fatores baseados em evidências que influenciavam a taxa de cesárea de nulíparas, sendo com feto único de vértice,

a termo (NTSV). Dados sobre o modo de parto, resultados maternos e neonatais foram coletados a partir de certidões de nascimento e dados administrativos. Os resultados obtidos foram mais de 20.000 partos vaginais de nulíparas, sendo mais de 15.000 durante a intervenção. A taxa de cesárea de NTSV diminuiu de 35% para 21%, em oito anos. A taxa total de cesáreas também diminuiu. No entanto, observou-se um aumento de síndrome de aspiração de mecônio. Concluíram que iniciativas de melhoria da qualidade podem diminuir a taxa de cesariana de NTSV. Qualquer incidência aumentada de complicações fetais ou maternas associada à diminuição da taxa de cesariana deve ser considerada no contexto dos riscos e benefícios do parto vaginal em comparação com a cesariana (VADNAIS *et al.*, 2017).

Portanto, uma das premissas para a redução de cesarianas no Brasil é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres. Nesse sentido, destacam-se como expressão de melhoria a redução de intervenções desnecessárias, como o uso de episiotomia, manobra de Kristeller e da posição de litotomia, e o uso apropriado de tecnologias benéficas, como a presença de acompanhantes, a assistência por enfermeiras obstetras, a possibilidade de deambulação, e a oferta de métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor (LEAL *et al.*, 2019).

De acordo com a tabela 04, foi observado uma incidência de 72,1% de puxo dirigidos durante o parto, também conhecido por Manobra de Valsalva. Onde o profissional que assiste ao parto incentiva a parturiente a prender a respiração, encher o peito de ar e colocar força, fazer um esforço para baixo, com o objetivo de impulsionar o feto para fora. Em algumas situações, o provedor da assistência ao parto explica e compara o esforço feito pela parturiente com a força realizada para evacuação.

A manobra de Valsalva foi originalmente um método de “soprar” o ouvido médio, que ainda é praticado. É igualmente uma ferramenta de diagnóstico utilizada para avaliar a condição cardíaca e, é por vezes feita como tratamento de correção de ritmos cardíacos anormais e de alívio das dores no peito. O seu uso na obstetrícia começou quando as parturientes altamente medicalizadas não conseguiam sentir a forte vontade de fazer força e acreditava-se que a manobra de Valsalva iria acelerar a descida do bebê e assim dar lugar a um parto mais rápido (KING; PINGER, 2014).

Segundo revisores da Cochrane, o esforço materno durante o segundo estágio do trabalho de parto é um importante e indispensável contribuinte para a força expulsiva involuntária desenvolvida pela contração uterina. Não há consenso sobre uma estratégia ideal para facilitar esses esforços expulsivos e há resultados contraditórios sobre a influência para a

mãe e o feto. Com objetivo de avaliar os benefícios e as possíveis desvantagens de diferentes tipos de técnicas sobre o ato de empurrar/respirar da mãe durante o período expulsivo do trabalho de parto sobre os resultados maternos e fetais, realizaram uma revisão sistemática, incluindo 21 estudos, com 3763 mulheres.

Foi comparado ao empurrar espontâneo versus empurrar dirigido, com ou sem analgesia peridural e, comparou empurrar atrasado contra empurrar imediato com analgesia epidural. Não houve diferença clara na duração do segundo estágio, laceração perineal, episiotomia, tempo gasto fazendo força ou número de parto vaginal espontâneo. Desfechos relacionados ao bebê, como Apgar < 7 em cinco minutos, admissão em UTI neonatal não foram claramente diferentes. Além disso, o atraso no impulso de fazer força foi associado a um aumento na duração do segundo estágio em cerca de 56 minutos. Concluíram que não há evidências conclusivas para apoiar ou refutar qualquer estilo específico como parte da prática clínica de rotina e, na ausência de evidências fortes que apoiem um método ou momento específico de fazer força, a preferência da mulher, o conforto e contexto clínico devem orientar as decisões (LEMOS *et al.*, 2017).

Um ensaio clínico randomizado foi realizado entre junho de 2013 e março de 2014 em uma maternidade terciária em Istambul, com 80 nulíparas de baixo risco. O grupo de puxo dirigido, foi incentivado a prender a respiração enquanto faziam força. Nenhuma instrução visual-verbal foi dada ao grupo de forças espontâneas e elas foram encorajadas a empurrar sem impedir a respiração. Encontraram como resultados que o segundo estágio do trabalho de parto foi significativamente maior com o empurrão espontâneo. A diminuição nos níveis de hemoglobina no grupo de manobra de Valsalva foi determinada como sendo maior do que no grupo de empurrão espontâneo. Um aumento da mobilidade uretral foi observado no grupo que realizou manobra de Valsalva. Concluíram que, embora, a duração do segundo estágio do trabalho de parto fosse maior que a técnica de puxo dirigido, as mulheres pariram sem necessidade de instrução verbal ou visual, sem exceder o valor limite de duas horas de período expulsivo e sem afetar o bem-estar fetal e os resultados neonatais (KOYUCU; DEMIRCI, 2017).

Outro estudo aponta que a manobra de Valsalva deve ser excluída das práticas de cuidados do segundo estágio do parto, logo, em mulheres com trabalho de parto sem analgesia peridural, deve-se aguardar e apoiar os esforços espontâneos. Para a mulher com analgesia epidural que não tem contraindicação para atrasar o empurrão, a parturiente deve ser colocada em posição confortável, com o uso liberal de travesseiros. Colocá-la de modo que as costas do feto estejam levantadas pode encorajar a rotação e a descida do vértice fetal. O período que o

atraso de empurrar deve durar é indeterminado, mas a maioria dos estudos usou 1 a 2 horas ou até que a mulher tenha um desejo retal para colocar força. Depois de empurrar, desestimular manobras prolongadas de respiração e Valsalva. Práticas individuais que adotam uma política de atrasos rotineiros para mulheres que têm analgesia peridural devem também desenvolver uma lista de contraindicações para essa prática (KING; PINGER, 2014).

Com relação a quantidade de estudantes/profissionais no quarto PPP durante o parto, observou-se que em 56,4% dos nascimentos havia entre 4 e 7 pessoas no quarto, uma média de 5 pessoas $\pm 1,93$, com mínimo de 3 e máximo de 11 pessoas no parto. Não foram considerados acompanhante e parturiente.

Observou-se que as mulheres se sentiram assustadas com o surgimento de inúmeras pessoas desconhecidas no momento do parto. Era perceptível a sensação de estar sendo observada, gerando maior tensão e insegurança. Acarretando, por vezes, perda da estabilidade emocional, já fragilizada, da parturiente.

O processo de nascimento exige um ambiente com privacidade, acolhedor e confortável que garanta a segurança da parturiente, visando a redução da ansiedade e do medo, que pode interferir na percepção da dor e conseqüentemente na evolução do trabalho de parto. O medo da dor no trabalho de parto é um fator que estimula a mulher a solicitar cesárea, para minimizar essa dor, aumento do uso de analgesia no parto, em detrimento de várias técnicas alternativas, predispondo uma maior incidência de cesárea (SILVA; PELLOSO, 2009).

Ainda existe um déficit no conhecimento das mulheres sobre os seus direitos quanto à liberdade de posição no parto e nascimento, dificultando, por vezes, uma melhor adesão para o posicionamento vertical para o parto. Destacando a importância de haver um melhor preparo para o parto durante o pré-natal (2016).

Durante séculos, tem havido controvérsias sobre se ficar em pé, sentada, em cadeiras, agachar-se, ajoelhar-se ou deitar-se traria vantagens para as mulheres no momento do parto. A Cochrane realizou revisão sistemática com objetivo de avaliar os benefícios e riscos do uso de diferentes posições durante o segundo estágio do trabalho de parto, incluindo ensaios clínicos randomizados de qualquer posição ereta ou lateral assumida por gestantes durante o segundo estágio do trabalho de parto em comparação com posições supina e/ou litotômica. Comparações secundárias incluem comparação de diferentes posições verticais e a posição lateral. Encontraram menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal em mulheres primigestas com uso de qualquer posição vertical em comparação com as posições supinas e foi associado a redução não significativa na duração do segundo estágio do TP. Os

achados desta revisão sugerem vários possíveis benefícios para a postura ereta em mulheres sem epidural, mas com a possibilidade de aumento do risco de perda de sangue maior que 500 ml. E, que as mulheres devem poder fazer escolhas sobre as posições de nascimento nas quais elas possam querer assumir no nascimento de seus bebês (GUPTA; HOFMEYR, 2012).

A grande maioria das mulheres (68%) atualmente dá à luz deitada ou supina e em posição semi-sentada, que é supina com cabeceira elevada (23%). Posições de parto menos comumente usadas incluem postura ereta, sentada, de pé ou de cócoras (4%), deitar-se de lado (3%) e mãos Joelhos (1%). Evidências históricas indicam que as mulheres em todo o mundo tradicionalmente deram à luz em posições eretas, como ficar de pé, agachada ou sentada. A posição de litotomia para o nascimento começou com o advento do fórceps no século XVIII e tornou-se cada vez mais comum com a popularização do parto assistido pelo médico. Mulheres que deram à luz nos últimos anos relatam o uso frequente de posicionamento supino para o parto e nascimento. No entanto, as evidências indicam que não é uma posição ideal para o parto.

Embora faltem dados de alta qualidade, a evidência indica vários benefícios potenciais para as posições verticais e laterais em comparação com a posição supina. Uma análise retrospectiva da Austrália avaliou os efeitos de 6 diferentes posições de nascimento (N=2891) nos resultados perineais, incluindo episiotomia, lacerações que necessitaram de sutura e períneo intacto. Os autores constataram que a posição lateral do parto apresentava a maior taxa de períneo intacto 66,6%, 28,3% lacerações com necessidade de sutura, enquanto o agachamento associava-se à maior taxa de lacerações 41,9% períneo intacto 53,2% (SHORTEN; DONSANTE; SHORTEN, 2012).

Uma revisão Cochrane de 20 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 7280 mulheres comparou resultados de diferentes posições de nascimento de mulheres sem analgesia peridural e descobriu que a maioria dos estudos tinha má qualidade metodológica e intervenções inconsistentes. Uma metanálise comparando qualquer posição vertical ou lateral com posição supina ou litotômica, constatou que posições não supinas estavam associadas a menos partos assistidos, menos episiotomias e menos anormalidades da frequência cardíaca fetal, mas mais lacerações de segundo grau e maiores taxas de perda sanguínea estimada em mais de 500 cc. Eles também notaram uma tendência não significativa para o tempo de segundo estágio mais curto em posições verticais (GUPTA; HOFMEYR, 2012).

Outra revisão Cochrane de posições de parto eretas versus reclinadas de mulheres com analgesia peridural envolvendo 5 estudos e 879 mulheres não encontrou resultados estatisticamente significativos e muitas inconsistências metodológicas (KEMP *et al.*, 2013).

Em resumo, há boas evidências de que o posicionamento supino deve ser evitado no trabalho de parto, principalmente no segundo estágio. Quando comparadas às posições eretas ou laterais, as posições supinas estão associadas a mais anormalidades na frequência cardíaca fetal e menos partos vaginais espontâneos. Agachar-se ou sentar-se em banquetas de parto pode ser benéfico quando o segundo estágio é diagnosticado como prolongado, enquanto que as posições lateral ou com as mãos Joelhos podem ajudar a evitar lacerações. Pode ser que a posição vertical seja a melhor para empurrar, mas as laterais ou mãos Joelhos são preferíveis para o parto (KOPAS, 2014).

Observou-se um percentual de 85,1% de proteção perineal, no momento do parto, com o objetivo de minimizar as chances de laceração perineal. Foram observadas manobra de *Ritgen* e mãos sobre o períneo, que consistem na proteção do períneo, através de preensão do mesmo utilizando uma de suas mãos com a ajuda de uma compressa. A outra mão deve ser utilizada para sustentar o occipito do bebê para minimizar a velocidade do desprendimento.

A OMS recomenda a realização de técnicas para prevenção do trauma perineal como massagem, compressas, proteção perineal, durante o parto. Não há evidências para apoiar episiotomia de rotina ou massagem perineal agressiva durante o segundo estágio (WHO, 2018).

Foi realizado um estudo controlado randomizado para comparar a eficácia de duas técnicas para proteção do períneo durante o parto espontâneo. Realizado com 600 gestantes nulíparas, que foram divididas igualmente entre os grupos "*Hands-off*" e "*Hands-on*". Dos resultados observados, um total de 147 (49%) mulheres no grupo "*Hands-on*" e 143 mulheres (47,7%) nos grupos "*Hands-off*" encontraram traumatismo perineal ($p=0,74$). No grupo "*Hands-on*", 8 mulheres (2,7%) sofreram um trauma de terceiro grau em comparação com (0,3%) no método "*Hands-off*" ($p=0,1$). A episiotomia foi realizada em 38 mulheres (12,7%) do grupo "*Hands-on*" e 17 (5,7%) do grupo "*Hands-off*" ($p=0,003$). Além disso, 28 mulheres (9,3%) do grupo "*Hands-on*" e 47 mulheres (15,7%) do grupo "*Hands-off*" apresentaram lesões periuretrais ($p=0,01$) que não necessitaram de reparos. Concluíram que a aplicação do método "*Hands-off*" para o parto vaginal tem um efeito positivo sobre a saúde da mulher, devido à redução da episiotomia e lacerações de terceiro grau. Portanto, o método "*Hands-off*" oferece uma alternativa mais segura para o controle perineal durante o trabalho de parto (REZAEI *et al.*, 2014).

Logo, recomenda-se aguardar e apoiar os esforços de empurrar espontâneos da mulher; desencorajar manobras de Valsalva; aplicar calor morno e/ou óleo para conforto

perineal; e manter um ambiente silencioso e com pouca luz e realizar episiotomias apenas quando indicado para condições fetais ou maternas desfavoráveis (KING; PINGER, 2014).

Foi observado um total de 25 episiotomias, equivalente a um percentual de 7,7% de realização dessa intervenção no parto, taxa inferior a observada em outros estudos que abordam intervenções durante o parto vaginal e inferior ao ponto crítico preconizado pela OMS, que é de 10 a 30% de realização desse procedimento. A episiotomia é a incisão cirúrgica mais comum na obstetrícia, pertence aos procedimentos mais frequentes realizados durante o parto. A realização de episiotomia deve ser reduzida, pois há evidências científicas que indicam que ela pode causar dor, problemas sexuais e consequências graves para a saúde da mulher a longo prazo. No entanto, o trauma perineal é uma das consequências comum no parto vaginal.

A literatura científica mostra vários fatores preditores de trauma perineal, como a realização de episiotomia, idade materna avançada, nuliparidade, indução do parto, idade gestacional pós-termo e peso do RN maior que 4 kg. Diante dos questionáveis benefícios da episiotomia, um estudo descritivo transversal, realizado na cidade de Shahroud, nordeste do Irã, com objetivo de determinar a frequência de episiotomia e seus fatores associados em mulheres com parto vaginal com média de idade de 27,32 anos, identificou que 978 partos foram vaginais, sendo 406 (41,5%) submetidos a episiotomia. O tempo de período expulsivo foi considerado preditor de episiotomia (RASOULI *et al.*, 2016).

Apesar de todas as evidências que corroboram com o uso seletivo da episiotomia e apesar do uso rotineiro do procedimento ser contraindicado, não há evidências que afirmem se a episiotomia é necessária em qualquer circunstância.

A Manobra de *Kristeller* foi observada em 11 parturientes, 3,4% dos partos vaginais espontâneos observados no presente estudo. Apesar de ser um percentual baixo, trata-se de uma conduta que não apresenta evidências científicas que suportem sua prática, pois além de trazer desconforto a mulher pode trazer prejuízos ao desfecho materno e neonatal, caracteriza-se uma violência obstétrica.

A pressão no fundo do útero durante a segunda fase de trabalho de parto, também conhecida como manobra de *Kristeller* consiste na aplicação manual de pressão na parte mais alta do útero dirigido para o canal de parto, numa tentativa de ajudar na evolução para o parto vaginal e evitar período expulsivo prolongado ou necessidade de parto instrumental.

A pressão no fundo uterino é bastante utilizada, no entanto métodos de seu uso variam amplamente. Apesar de opiniões fortemente defendidas a favor e contra o uso dessa pressão, há evidências limitadas em relação aos seus benefícios e malefícios maternas e neonatais. Há

uma necessidade de avaliação objetiva da eficácia e segurança na realização da pressão no fundo uterino na segunda fase de trabalho de parto (HOFMEYR *et al.*, 2017).

Uma revisão da Cochrane foi realizada com objetivo de determinar se a pressão do fundo uterino é eficaz em alcançar o parto vaginal espontâneo e prevenir o segundo estágio prolongado ou parto operatório, explorando os efeitos adversos maternos e neonatais relacionados à essa prática. Utilizaram 9 ensaios, 5 ensaios com 3057 mulheres compararam a pressão no fundo uterino manual versus nenhuma pressão do fundo uterino, 4 ensaios, com 891 mulheres compararam a pressão do fundo por meio de uma cinta inflável versus nenhuma pressão do fundo uterino. Não foi possível cegar mulheres e profissionais para essa intervenção. Concluíram que não há evidências suficientes sobre os efeitos benéficos ou prejudiciais da pressão do fundo uterino, seja manualmente ou por cinta inflável. A pressão de fundo por um cinto inflável durante o segundo estágio do parto pode encurtar a duração do segundo estágio para mulheres nulíparas e taxas mais baixas de parto operatório. No entanto, os estudos existentes são pequenos e sua generalização é incerta. Não há evidências suficientes sobre segurança para o bebê. Além disso, não há evidências sobre o uso de pressão no fundo uterino em ambientes clínicos específicos, tais como a incapacidade da mãe para suportar a força para baixo devido à exaustão ou inconsciência (HOFMEYR *et al.*, 2017).

Por causa da utilização generalizada do procedimento e o potencial para uso em locais onde outros métodos de parto assistido não estão disponíveis, são necessários mais estudos de boa qualidade. Avaliação adicional em outros grupos de mulheres, como em mulheres múltíparas, também serão necessárias. As pesquisas futuras devem descrever em detalhes como a pressão no fundo uterino foi aplicada e considerar a segurança do feto, resultados perineais, maternos e infantis resultados a longo prazo e satisfação materna (HOFMEYR *et al.*, 2017).

Segundo Leal e colaboradores a utilização da manobra de *Kristeller*, ou pressão manual no fundo de útero durante o período expulsivo, não é recomendada em qualquer circunstância, e foi referida por um sexto das mulheres em ambos os setores (LEAL *et al.*, 2019).

O Empurrão Assistido Gentil (GAP) é um método inovador de aplicar pressão suave e constante ao fundo uterino de uma mulher durante o segundo estágio do trabalho de parto. Foi realizado um ensaio clínico randomizado e hospitalar, com parturientes saudáveis, nulíparas, com gestação única, em apresentação cefálica, que objetivou avaliar o GAP em posição vertical, em comparação com a posição vertical isolada ou prática assistencial de rotina,

posição supina com cabeceira reclinada. A randomização ocorreu após, pelo menos, 15 minutos no segundo estágio do trabalho de parto. As participantes foram aleatoriamente designadas (1:1:1); 1158 participantes foram alocados aleatoriamente para GAP (n=388), posição vertical (n=386) e prática de rotina (n=384), sem perda de seguimento. O desfecho primário foi o tempo médio desde a randomização até o nascimento. As mulheres na posição vertical sozinha gastaram uma média de 6 min na posição vertical. Não houve diferenças nos desfechos secundários, exceto que em dois locais o desconforto materno foi maior tanto para o GAP quanto para a posição vertical em comparação com a prática de rotina. Concluíram que nenhum benefício foi identificado do GAP no segundo estágio e algumas mulheres acharam a posição desconfortável. O uso da pressão do fundo uterino deve limitar-se a novas pesquisas para determinar técnicas ou contextos nos quais possa auxiliar com segurança o parto vaginal. As mulheres devem ser encorajadas a assumir a posição que acharem mais confortável durante o parto (HOFMEYR *et al.*, 2018).

Dos profissionais que prestaram assistência ao parto, observou-se prevalência da equipe médica com 67,5%, entre médicos obstetras, residentes de ginecologia e obstetrícia e estudantes de medicina e, cerca de 32,5% foram assistidos pela equipe de enfermagem, entre enfermeiras obstétricas, residentes de enfermagem obstétrica e acadêmicos de enfermagem. O presente estudo não realizou análises de comparação de intervenções entre os partos assistidos pela equipe médica e de enfermagem. No presente estudo não foi realizado cruzamento dos dados entre os profissionais que realizou assistência ao parto e a ocorrência de intervenção, justificada pela questão de que, nessa instituição, nem sempre a assistência ao parto é realizada pelo mesmo profissional que realizou a intervenção.

Estudo de coorte retrospectivo, usando dados perinatais coletados prospectivamente de um centro médico acadêmico dos Estados Unidos entre 2005 e 2012, com 1339 mulheres, nulíparas saudáveis, com início de parto espontâneo, a termo e feto de vértice, que objetivou comparar intervenções durante o trabalho de parto e o modo de nascimento por tipo de profissional que o assistiu. Foram avaliadas as associações entre o tipo de profissional e o manejo intraparto. Do total, 749 foram atendidas por um obstetra e 590 por enfermeira-parteira. A taxa de cesárea foi de 13,4% (179). O cuidado de obstetras foi associado a um risco aumentado de cesárea não planejada, razão de chances OR=1,48 em comparação com o cuidado de parteiras. Obstetras mais frequentemente usaram aumento de ocitocina OR=1,41, anestesia neuroaxial OR=1,69 e parto vaginal operatório com fórceps ou vácuo OR=2,79. Resultados adversos maternos ou neonatais não foram diferentes por tipo de provedor em todos os modos de nascimento, mas foram mais frequentes a cesariana em detrimento ao parto

vaginal. Concluíram que os achados sugerem que o tipo de profissional, em relação ao estilo de administração intraparto, é um importante fator potencialmente modificável para reduzir a cesariana não planejada em mulheres nulíparas de baixo risco e, que o aumento de enfermeiras obstétricas podem diminuir a taxa de uma primeira cesárea em mulheres em trabalho de parto de baixo risco (CARLSON *et al.*, 2018; VANGOMPEL *et al.*, 2018).

A tabela 05 traz a distribuição dos dados segundo desfecho materno após a realização das intervenções durante o trabalho de parto e parto, onde foram observados que 323 (60,5%) das mulheres evoluíram para parto vaginal. Dessas, 66,2% com duração do período expulsivo entre uma e duas horas. Apenas 16,7% permaneceram com períneo íntegro após o parto e, que a laceração de segundo grau mais prevalente, com 173 (64,3%) dos casos. Ocorreram um total de 41 (7,7%) intercorrências no parto, onde a maioria das intercorrências diagnosticados 23 (56,1%) foi a hemorragia pós-parto (HPP), com prevalência da atonia uterina 15 (65,2%) como causas de HPP.

Tabela 05: Distribuição dos dados segundo desfecho materno do parto de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Variável	n	%	TOTAL
Tipo de Parto			534
Vaginal	323	60,5	
Cesárea	211	39,5	
Duração do Expulsivo (h)			323
<1h	76	23,5	
Entre 1 e 2h	214	66,2	
Entre 2,5 e 3h	25	7,8	
>3h	8	2,5	
Períneo íntegro			323
Não	269	83,3	
Sim	54	16,7	
Grau de laceração perineal			323
Grau I	89	33,1	
Grau II	173	64,3	
Grau III	7	2,6	
Grau IV	0	0,0	
Intercorrências no parto			323
Não	493	92,3	
Sim	41	7,7	
Qual			323

HPP	23	56,1	
Distócia de ombros	8	19,5	
Retenção placentária	5	12,2	
Laceração grave	5	12,2	
Causa da HPP			323
Atonia uterina	15	65,2	
Trauma	5	21,8	
Tecido	3	13,0	

Parece, particularmente, difícil definir precisamente o qual é o tempo de trabalho de parto normal. O aumento, nos últimos 30 anos, na taxa de cesárea é multifatorial, mas parece ser parcialmente indicado pela distócia motora e de acomodação durante o trabalho de parto. Isto é provavelmente porque o ACOG 2017 criou recentemente uma série de propostas aumentando significativamente o tempo permitido de espera no segundo período antes de realizar uma cesariana. Para reduzir a crescente taxa de cesariana, pesquisadores basearam-se, principalmente, no trabalho de Zhang e naqueles que o seguiram. Porém, embora essas propostas sejam interessantes, elas não parecem ser baseadas em dados de qualidade suficiente para apoiar as práticas, uma vez que foram desenvolvidas a partir de estudos observacionais e não de ensaios randomizados. Considerando todos esses dados, parece útil propor ensaios clínicos randomizados sobre a conduta do trabalho de parto e o principal critério de julgamento é a taxa de cesárea durante o trabalho de parto (KAYEM, 2015).

Apesar de décadas de pesquisa, o conceito de normalidade no trabalho de parto em termos de sua progressão e duração não é universal ou padronizado. No entanto, na prática clínica, é importante definir os limites que distinguem o que é normal do que é anormal, para permitir que as mulheres e os prestadores de cuidados tenham uma compreensão compartilhada sobre o que esperar e quando as intervenções no trabalho de parto são justificadas (ABALOS *et al.*, 2018).

Observou-se, ainda, que a média de tempo de duração do trabalho de parto entre as parturientes no estudo foi de 7,29 horas, com mínimo de 1 hora e máximo de 24 horas \pm 4,05. Dessas 247 (46,2%) permaneceram em trabalho de parto por período superior a 18h.

Os resultados do presente estudo apontam que as parturientes apresentaram um tempo médio de internação no centro obstétrico de 7,32 h \pm 4,02, com máximo de 24 horas. Além disso, apresentaram tempo médio de período expulsivo de 2 horas, obtivemos assim, uma

duração média de primeiro estágio de 5,32 horas, dados semelhantes aos encontrados por Abalos e colaboradores em sua revisão sistemática (ABALOS *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática objetivando sintetizar evidências disponíveis sobre a duração do primeiro estágio latente e ativo e o segundo estágio do trabalho de parto espontâneo em mulheres com baixo risco de complicações e resultados perinatais "normais". Obtiveram 37 estudos relatando a duração do primeiro e/ou do segundo estágios do trabalho de parto, com 208.000 mulheres. Entre as nulíparas, a duração mediana do primeiro estágio ativo, considerado como ponto de referência inicial de 4 cm, variou de 3,7 a 5,9 h. Com fase ativa a partir de 5 cm, a duração média foi de 3,8 a 4,3 h. A duração do segundo estágio variou de 14 a 66 min, em nulíparas e de 6 a 12 min em mulheres multíparas. Concluíram que a duração do trabalho de parto espontâneo em mulheres com bons resultados perinatais varia de uma mulher para outra. Algumas mulheres podem experimentar o parto por mais tempo do que se pensava anteriormente, e ainda conseguir um parto vaginal sem resultados perinatais adversos. Os autores questionam os limites rígidos atualmente aplicados na prática clínica para a avaliação do primeiro ou segundo estágio prolongado que justifique a intervenção obstétrica (ABALOS *et al.*, 2018).

Acerca da integridade perineal observou-se que um percentual de 16,7% das mulheres permaneceu com períneo intacto após o parto, 33,1% apresentou laceração de primeiro grau, 64,3% de segundo grau e 2,6% de terceiro grau. Não foram observadas laceração de quarto grau nessa amostra.

Um estudo de coorte prospectivo foi realizado com 222 gestantes de baixo risco, a termo, em trabalho de parto espontâneo, com um único feto, em apresentação cefálica, com objetivo de determinar os fatores associados à laceração perineal espontânea em gestantes de baixo risco que tiveram parto vaginal sem episiotomia em uma maternidade universitária em Recife. Analisaram a frequência e a gravidade das lacerações, características biológicas, sociodemográficas, clínicas e obstétricas das mulheres, características neonatais e dados sobre seus partos e procedimentos. Foram calculados os índices de risco e seus intervalos de confiança de 95%. Identificou-se que as lacerações perineais espontâneas de primeiro grau foram registradas em 47% das mulheres, as de segundo grau em 31% e de terceiro grau em apenas 1,8%. Não houve casos de lacerações de quarto grau. Concluíram que o principal fator de proteção contra lacerações espontâneas foi ter tido parto normal previamente. Estratégias intraparto destinadas ao treinamento para proteção dos músculos do períneo e do assoalho pélvico durante o pré-natal devem ser encorajadas nessas mulheres (LINS *et al.*, 2018).

A tabela 06 traz os resultados dos cruzamentos entre as intervenções obstétricas prevalentes durante o trabalho de parto e parto: amniotomia, uso de ocitocina, episiotomia, incentivo a Manobra de Valsalva, Manobra de *Kristeller*, parto em posição vertical e não-vertical e analgesia farmacológica durante o trabalho de parto e parto com desfechos maternos: HPP, Períneo íntegro e grau de laceração.

Ao analisar os desfechos maternos com relação as intervenções realizadas, observou-se que houve associação da realização de episiotomia com o grau de laceração perineal ($p=0,006$). A realização de incentivo a Manobra de Valsalva associou-se com a não integridade perineal, ou seja, a ocorrência de laceração espontânea ($p=0,006$). A realização da manobra de *Kristeller* foi associada a ocorrência de hemorragia pós-parto ($p=0,036$) e com a ocorrência de laceração perineal grau II ($p=0,049$). A posição não vertical no momento do parto mostrou-se associadas a lacerações perineais espontâneas ($p<0,001$), observado maior incidência de períneos não íntegros em posições não verticais ($n=231$).

Tabela 06: Associação entre intervenções durante o trabalho de parto e parto e desfechos maternos de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.

Intervenções no TP e Parto	Desfecho Materno					
	HPP		Períneo íntegro		Grau de laceração	
	Sim	Não	Sim	Não	1°	2° 3°
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>	
Amniotomia	8(4,0)	195(96,0)	83(40,89)	120(59,11)	89(43,87)	109(53,73)5(2,4)
	0,829		0,370		0,377	
Uso de ocitocina	13(9,70)	121 (90,30)	36(26,86)	98(73,14)	31(23,13)	101(75,38) 2(1,49)
	0,283		0,521		0,656	
Episiotomia	2 (8,0)	23 (92,00)	1 (4,0)	24 (96,00)	0(0,0)	25 (100) 0 (0,0)
	0,695		0,094		0,006*	
Manobra de Valsalva	13 (5,57)	220 (94,43)	17(7,29)	216 (92,71)	52(22,32)	181(77,68) 0 (0,0)
	0,120		0,006*		0,119	
Manobra de <i>Kristeller</i>	3 (27,28)	8 (72,72)	5 (45,45)	6 (54,55)	1 (9,10)	10 (90,90) 0 (0,0)
	0,036**		0,698		0,049**	
Parto posição vertical	5 (8,07)	57 (91,93)	24(38,70)	38 (61,30)	14 (2,58)	47(75,80) 1 (1,63)
	0,784		0,001*		0,883	

Parto posição não vertical	18 (6,90) 243 (93,10) 0,784	30(11,50)231 88,50) 0,001*	75(28,73)150(57,47) 6(2,30) 0,883
Analgesia de parto	11 (23,92) 35 (76,08) 0,711	7 (15,22) 39 (84,78) 0,631	5(10,87) 41(89,13) 0 (0,0) 0,083

***Teste de Qui-quadrado de Pearson/**Teste Exato de Fisher**

As variáveis realização de amniotomia, uso de ocitocina e analgesia neuroaxial de parto não mostraram associação significativa com os desfechos maternos observados.

Um ensaio clínico randomizado foi realizado em um hospital universitário terciário em Recife, Nordeste do Brasil, com mulheres em trabalho de parto com um feto único, vivo, a termo, com dilatação de 6 a 8 cm e apresentação cefálica de vértice, com objetivo de comparar os resultados maternos. Excluíram mulheres com distúrbios hemorrágicos e indicação de cesariana; 241 mulheres foram randomizadas para protocolo de não episiotomia (grupo experimental) ou para um grupo de episiotomia seletiva (grupo controle). Nenhuma episiotomia foi realizada no grupo experimental. As episiotomias seletivas foram realizadas de acordo com o julgamento clínico dos profissionais de saúde.

Os resultados encontrados mostraram que 115 mulheres designadas para um protocolo de não-episiotomia e 122 para episiotomia seletiva. Não houve diferença entre os dois grupos em relação aos resultados maternos ou perinatais. A taxa de episiotomia foi semelhante, cerca de 1,7%, assim como a duração do segundo estágio do trabalho de parto, a frequência de rupturas perineais, trauma perineal grave, necessidade de sutura perineal e perda sanguínea no parto. Concluíram que um protocolo de não episiotomia parece ser seguro para mãe e filho, e destaca a necessidade de investigar se há, de fato, alguma indicação para este procedimento (AMORIM *et al.*, 2017).

Em um estudo transversal, na cidade de Kashan, foram estudadas as informações maternas e neonatais do parto de todas as mulheres assistidas nesse hospital, com objetivo de determinar a incidência de trauma perineal e seus fatores relacionados. A incidência observada foi de 84,3%, sendo que 95% das primíparas e 43,9% das múltiparas tiveram episiotomia (valor $p < 0,001$), com razão de chances (OR) 24 vezes maior de lesão perineal para mulheres submetidas a episiotomia. A chance de trauma perineal no nascimento nascimento nos casos de idade materna mais jovem, aumento da idade gestacional, indução do trabalho de parto, pressão no fundo uterino, nacionalidade iraniana e nuliparidade são aumentadas. A incidência de trauma perineal neste estudo foi alta e deve ser minimizada com

o uso limitado de episiotomia. Recomenda-se que as parteiras e obstetras estejam atentos às mulheres em risco (ABEDZADEH-KALAHROUDI *et al.*, 2019).

As lesões obstétricas do esfíncter anal, sigla em inglês OASIS, estão associadas a um aumento do risco de incontinência fecal após o parto vaginal. Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional, com 170.969 mulheres primíparas e multíparas, compreendendo todos os nascimentos entre 2000 e 2010 na Holanda, objetivou avaliar se a episiotomia médio-lateral está associada a uma redução na taxa de OASIS durante o parto vaginal instrumental. Observou-se que as incidências de OASIS após o parto a vácuo nas nulíparas foram de 2,5% com episiotomia e 14% sem episiotomia médio-lateral e nas multíparas foram 2,0% e 7,5 %, respectivamente. As incidências de OASIS após o parto por fórceps em nulíparas foram de 3,4% com episiotomia e 26,7% e sem episiotomia médio-lateral e nas multíparas foram 2,6% e 14,2 %, respectivamente. Concluíram que o uso de episiotomia médio-lateral durante o parto a vácuo e fórceps está associado a uma redução de cinco a dez vezes na taxa de OASIS em mulheres primíparas e multíparas (VAN BAVEL *et al.*, 2018).

Uma revisão para cada intervenção médica durante o trabalho de parto foi realizada com objetivo de avaliar se as intervenções realizadas durante o trabalho de parto podem influenciar no risco de rupturas perineais. Os resultados obtidos demonstraram que não há necessidade de se recomendar postura materna sobre a outra durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto, a fim de reduzir o risco de lesão do esfíncter anal ou incontinência urinária/fecal em 1 ano pós-parto. Recomenda-se deixar a mulher escolher a posição mais confortável durante o trabalho de parto. No caso de variedade de posição posterior, a literatura não permite decidir sobre o interesse da realização de uma rotação manual com dilatação completa em caso de variedade posterior para reduzir o risco de lesão perineal. O cateterismo urinário em mulheres sob epidural durante o parto é recomendado quando a micção espontânea não é possível. Concluíram que nenhuma intervenção durante o parto demonstrou claramente sua eficácia na redução do risco de lesões perineais. Isso deve ser feito caso a caso, dependendo do contexto obstétrico e dos desejos das parturientes (LE RAY; PIZZAGALI, 2018).

Em um estudo descritivo, realizado na Turquia, com 351 mulheres com objetivo de investigar o efeito de intervenções frequentes durante o trabalho de parto sobre a satisfação materna e para fornecer recomendações baseadas em evidências para decisões de gerenciamento de trabalho de parto, verificou que os escores médios de satisfação das mães que deram à luz foram baixos. As intervenções mais prevalentes realizadas foram: enema

(80,6%), indução (70,7%), CTG (95,4%), ausculta intermitente de bcf (92,3%), exame vaginal a cada 2 horas (72,9%), amniotomia (31,9%), fluidos intravenosos (74,9%), restrição da ingestão de alimentos/líquidos (80,3%); verificação de dinâmica uterina (54,7%), irrigação vaginal com clorexidina no parto (99,1%), proteção perineal (85,5%), episiotomia (68,9%), manobra de Valsalva (74,6%), Kristeller (43,3%). Os níveis de satisfação das mulheres que experimentaram as intervenções foram menores. Logo, intervenções médicas realizadas em altas taxas tiveram um impacto negativo na experiência das mulheres no parto. Portanto, uma avaliação adequada à luz da evidência científica deve ser feita antes de decidir que é absolutamente necessário para intervir no processo do parto e a equipe interdisciplinar deve assegurar que os prestadores de cuidados intraparto seguirão o preceito de não maleficência, “primeiro não fazer mal” (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018).

A tabela 07 traz os resultados dos cruzamentos entre intervenções obstétricas: amniotomia, uso de ocitocina, episiotomia, Manobra de Valsalva, Manobra de Kristeller, parto em posição vertical e não-vertical e analgesia farmacológica durante o trabalho de parto e parto com desfechos neonatais: necessidade de VPP, necessidade de O₂, escore de Apgar no quinto minuto e destino do RN após o parto.

Tabela 07: Associação entre Intervenções durante o trabalho de parto e parto e desfechos neonatais de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.

Intervenções no TP e Parto	Desfecho Neonatal							
	Necessidade de VPP		Necessidade de O ₂		Apgar 5'		Destino A/C	
	Sim	Não	Sim	Não	<7	≥ 7	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>	
Amniotomia	9(4,44)	194 (95,56)	16(7,89)	187 (92,11)	0 (0,0)	203 (100)	175(86,20)	28(13,8)
	0,150		0,001*		0,215		0,006*	
Uso de ocitocina	9(6,72)	125(93,28)	18(13,44)	116(86,56)	37(27,62)	97(72,38)	77(57,46)	20(42,54)
	0,114		0,043**		0,046**		0,027**	
Episiotomia	2 (8,0)	23 (92,0)	7 (28,0)	18 (72,0)	1 (4,0)	24 (96,0)	20 (80,0)	5 (20,0)
	0,671		0,017**		0,111		0,017**	

Manobra de Valsalva	13(5,58)220(94,42) 0,038*	25(10,73)208(89,27) 0,000*	2(0,86)231(99,14) 0,047**	105(45,07)128(54,93) 0,016**
Manobra de <i>Kristeller</i>	1 (9,10) 10 (90,90) 0,528	3 (27,28) 8 (72,72) 0,127	0 (0,0) 11 (100) 0,652	8 (72,72) 3 (27,28) 0,105
Analgesia de parto	3 (6,53) 43 (93,47) 1,000	7 (15,22) 39 (84,78) 1,000	0 (0,0) 46 (100) 0,672	40 (86,95) 6 (13,05) 0,240
Parto posição vertical	4 (6,46) 58 (93,54) 1,000	7 (11,3) 55 (88,70) 1,000	0 (0,0) 62 (100) 0,662	55(88,70) 7(11,3) 0,618
Parto posição não vertical	17(6,52)244(93,48) 1,000	31(11,88)230(88,12) 1,000	3(1,15) 258 (98,85) 0,662	231 (88,50)30(11,49) 0,618

*Teste de Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Ao avaliarmos as intervenções durante o trabalho de parto e os desfechos neonatais, observou-se que a realização das intervenções durante o trabalho de parto e parto mostraram-se como fator “protetor” para desfechos positivos dos recém-nascidos (RNs) após o parto, visto que a realização de amniotomia está associada a menor necessidade de oxigênio (O₂) após o parto (p=0,001) e favorecimento de neonatos com a mãe encaminhados ao alojamento conjunto (p=0,006). A utilização de ocitocina está associada a menor necessidade de O₂ (0,043), escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto de vida (p=0,046) e favorecimento de neonatos com a mãe encaminhados ao alojamento conjunto (p=0,027). A realização de episiotomia está associada a menor necessidade de O₂ (p=0,017) e RNs encaminhados ao alojamento conjunto (p=0,017). A Manobra de Valsalva associou-se com menor necessidade de realização de ventilação por pressão positiva-VPP (p=0,038), menor necessidade de O₂ (p<0,000), escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto (p=0,047) e RNs em alojamento conjunto após o parto (p=0,016).

As variáveis realização de Manobra de Kristeller, analgesia neuroaxial de parto, e posição do parto não mostraram associação significativa com os desfechos neonatais observados.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, com 27077 nascimentos, objetivou avaliar associações de condições de trabalho de parto e progresso do trabalho de parto ativo com aumento de ocitocina em relação a necessidade de cesárea e taxas de resultados neonatais adversos. Quanto ao uso de ocitocina e os resultados neonatais adversos foram mais prováveis quando o trabalho de parto ativo era distócico. Concluíram que a adoção de abordagens

padronizadas e baseadas em evidências para diagnosticar o início do trabalho de parto ativo, avaliar o progresso do trabalho de parto e diagnosticar a distócia pode reduzir com segurança as taxas de aumento de ocitocina e de cesariana nos Estados Unidos (NEAL, *et al.*, 2018).

A tabela 08 traz os resultados dos cruzamentos entre intervenções obstétricas: presença de acompanhante, realização de amniotomia, uso de ocitocina, episiotomia, Manobra de Valsalva, Manobra de *Kristeller*, analgesia neuroaxial de parto, parto em posição vertical e não-vertical durante o trabalho de parto e parto com o tempo de duração do período expulsivo, segundo período clínico do parto, categorizado em menor/igual a 2 horas ou maior que 2 horas.

Tabela 08: Associação entre Intervenções durante o trabalho de parto e parto e o tempo de período expulsivo parto de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.

Intervenções no Trabalho de parto e Parto	Tempo período expulsivo				Valor <i>P</i>
	≤ 2 horas		>2 horas		
	Sim	Não	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	<0,05
	<i>p</i>		<i>p</i>		
Acompanhante	278 (95,9)	12 (4,1)	33 (100)	0 (0,0)	0,620
Amniotomia	132 (45,5)	158 (54,5)	16 (48,5)	17 (51,5)	0,854
Uso de ocitocina	44 (61,1)	28 (38,9)	11 (64,7)	6 (35,3)	1,000
Episiotomia	21 (7,2)	269 (92,8)	4 (12,1)	298 (87,9)	0,304
Manobra de Valsalva	181 (62,4)	109 (37,6)	19(57,6)	195 (42,4)	0,038*
Manobra de <i>Kristeller</i>	10 (3,4)	280 (96,6)	1 (3,0)	32 (97,0)	1,000
Analgesia de parto	4 (8,3)	31 (91,7)	31 (91,7)	4 (8,3)	0,000**
Parto posição vertical	55 (19,0)	235 (81,0)	7 (21,2)	26 (78,8)	0,815
Parto posição não vertical	235 (81,0)	55 (19,0)	26 (78,8)	7 (21,2)	0,815

*Teste de Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Ao analisarmos a variável tempo de período expulsivo, considerado ≤120 minutos (≤ 2 horas) ou >120 minutos (> 2 horas) com relação as variáveis de intervenção no trabalho de

parto e parto observou-se que o incentivo a Manobra de Valsalva mostrou-se associado a um menor tempo de período expulsivo ($p=0,038$) e a realização de analgesia neuroaxial de parto associou-se a um período expulsivo mais prolongado ($p<0,000$).

As variáveis presença de acompanhante no momento do parto, realização de amniotomia, utilização de ocitocina, realização de episiotomia, realização de Manobra de Kristeller e posição da mulher no parto não apresentaram associação significativa ao ser comparada a variável tempo de período expulsivo.

Em um ensaio clínico, randomizado e controlado, com objetivo de avaliar se a extensão do tempo de trabalho de parto em mulheres nulíparas com segundo estágio prolongado afeta a incidência de cesárea e resultados maternos e neonatais, realizado com 78 nulíparas, com gestações únicas, com IG entre 36s e 41s6d, com segundo estágio do trabalho de parto prolongado, compreendido por 3 horas com anestesia peridural ou 2 horas sem anestesia peridural verificou-se que a incidência de cesárea foi de 19,5%, no grupo de trabalho de parto prolongado e de 43,2% no grupo de trabalho de parto normal. Não houve diferenças estatisticamente significativas nos desfechos de morbidade materna ou neonatal (GIMOVSKY; BERGHELLA, 2016).

A tabela 09 traz os resultados dos cruzamentos entre tempo de contato pele a pele e condição neonatal após o parto, para esses resultados foram avaliados necessidade de VPP, Necessidade de O₂ e escore de Apgar no 5º minuto de vida.

O contato pele a pele entre mãe e filho imediatamente após o nascimento é considerado um indicador de boas práticas clínicas, pois oferece múltiplos benefícios para ambos, como redução dos níveis de estresse da mãe, facilita o vínculo afetivo, a amamentação e ajuda os recém-nascidos a adaptação à vida extrauterina, promove a estabilidade fisiológica infantil, fornece calor e faz com que o leite materno esteja prontamente disponível.

Tabela 09: Associação entre tempo de contato pele a pele e condição neonatal após o parto de nulíparas de baixo risco. MEAC, no período de FEV a AGO de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil 2019.

Tempo de Contato pele a pele	Condição Neonatal após o parto					
	Necessidade de VPP		Necessidade de O ₂		Apgar 5'	
	Sim	Não	Sim	Não	<7	≥ 7
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
> 60 minutos	1 (0,5%)	19 (6,3%)	2 (0,6%)	18 (6,3%)	0 (0%)	20 (6,2%)

30-60 minutos	2 (1,4%) 142 (47%)	5 (3,5%) 139 (48,7%)	0 (0%)144 (45%)
< 30 minutos	18 (11,3%) 141 (46,7%)	31(19,5%) 128 (45%)	3 (1,9%) 156 (48,8%)
Valor p	0,037**	0,004*	0,000*

*Teste de Qui-quadrado de Pearson
**Teste Exato de Fisher

Ao analisar o tempo de contato pele a pele com a necessidade de ventilação por pressão positiva (VPP), conforme a tabela 09, observou-se que, dos 323 partos vaginais, 320 recém-nascidos não necessitaram de VPP, ainda assim apenas 6,3% permaneceu em contato pele a pele com a mãe por 60 minutos ininterruptos, 47% permaneceu entre 30 a 59 minutos e, 46,7% ficou por um período inferior a 30 minutos com a mãe, ininterruptamente.

Com relação ao tempo de contato pele a pele com a necessidade de O₂ observou-se que 6,3% dos recém-nascidos (RNs) permaneceu em contato pele a pele ininterrupto por 60 minutos, 48,7% ficou entre 30 e 60 minutos e 45% permaneceu menos de 30 minutos.

Observou-se que mesmo os recém-nascidos hígidos, vigorosos e ativos após o parto foram retirados do contato pele a pele, por solicitação do médico neonatologista e/ou médico residente em neonatologia, sem que houvesse a necessidade de VPP, uso de O₂ ou Apgar < 7 no 5º minuto.

E, ainda, referente ao tempo de contato pele a pele com escore de Apgar no 5º minuto de vida ≥ 7 , observou-se que, 6,2% dos RNs permaneceu em contato pele a pele ininterrupto por 60 minutos, 45% ficou entre 30 e 59 minutos e 48,8% permaneceu menos de 30 minutos em contato pele a pele com a mãe após o parto.

No entanto, o que se observou, na grande maioria dos hospitais, são mães e filhos separados após o parto, sem justificativa clínica para não obedecer as recomendações da OMS quanto a hora ouro. Essa separação pode durar alguns minutos ou até mesmo horas. O que pode acarretar prejuízo para amamentação na primeira hora de vida. A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS e corresponde ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Essa é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no País.

De acordo com estudo descritivo, transversal, realizado nos Estados Unidos, com 84 mães saudáveis e recém-nascidos a termo, que foram observados durante a primeira hora após o nascimento, demonstrou que, embora sejam conhecidos os benefícios do contato pele a pele imediato, ininterrupto e contínuo para o sucesso do aleitamento materno precoce, o desafio permanece para melhorar a consistência dessa prática. Pois menos da metade dos recém-

nascidos em todo o mundo são amamentados na primeira hora de vida. O mapeamento de processos usando os critérios de Robson indicou que, embora as mães devessem dar à luz por via vaginal e não tivessem restrição para o contato pele a pele na primeira hora após o nascimento, (37%) dos recém-nascidos não tiveram contato pele a pele imediato após o parto vaginal e apenas 23 (27,4%) autorregulados e amamentados. Concluíram que o mapeamento de processos de otimização do contato pele a pele na prática na primeira hora após o nascimento produziu uma medição precisa e útil e poderá fornecer padrões para análise de melhoria com as intervenções direcionadas (CADWELL; PHILLIPS; BRIMDYR, 2018).

Uma revisão da Cochrane, com 84 estudos e 7322 mulheres e bebês, que objetivou avaliar os efeitos do contato pele a pele precoce para recém-nascidos saudáveis em comparação com o contato padrão e manutenção da amamentação. Os ensaios foram realizados em 21 países e a maioria recrutou pequenas amostras. Todas as crianças recrutadas para os testes eram saudáveis e a maioria a termo. As mulheres apresentaram maior eficácia na amamentação e tinham maior probabilidade de amamentar exclusivamente desde a alta hospitalar até um mês após o nascimento. Os bebês apresentaram melhor estabilidade do sistema cardiorrespiratório, níveis de glicemia superiores e temperatura semelhantes. Concluíram que evidências apoiam o uso do contato pele a pele precoce e contínuo para promover a amamentação. Estudos com amostras maiores são necessários para confirmar o benefício fisiológico para crianças durante a transição para a vida extrauterina e para estabelecer possíveis efeitos dose-resposta e tempo de iniciação ideal (MOORE *et al.*, 2016).

Um estudo transversal realizado em Cingapura, com 915 mães e recém-nascidos, com o objetivo de determinar as relações entre os fatores intraparto, características neonatais, contato pele a pele e início precoce da amamentação após o parto vaginal, cesariana ou vaginal operatório. Identificou que a análise de grupo múltiplo foi usada para determinar se existiam diferenças entre os efeitos do contato pele a pele imediato com o início da amamentação precoce em diferentes modos de nascimento. O contato pele a pele, o tipo de parto, a duração do trabalho de parto e a internação na unidade de terapia intensiva neonatal estiveram significativamente associados ao início precoce da amamentação. Mulheres com contato pele a pele eram mais propensas a iniciar a amamentação precoce. No nascimento vaginal espontâneo, as mulheres apresentaram menor probabilidade de iniciar a amamentação precoce quando seus neonatos foram internados na UTI neonatal e apresentaram um escore de Apgar <7 em 1 min. Concluíram que se deve enfatizar a importância crucial de priorizar a promoção do contato pele a pele precoce imediata sob diferentes modos de nascimento. Este

estudo fornece informações valiosas para profissionais de saúde para promover o contato pele a pele em 30 minutos após o parto. Uma abordagem individualizada para abordar os fatores pode ajudar a melhorar o início precoce da amamentação, a fim de garantir o sucesso e a sustentabilidade da amamentação a longo prazo (LAU *et al.*, 2018).

Um estudo observacional foi realizado no Japão, com 60 recém-nascidos de parto vaginal e gestações sem complicações, com objetivo de avaliar a contribuição da duração do contato pele a pele sobre os níveis de glicose no sangue em 2 horas após o nascimento em bebês a termo e saudáveis. Todas as crianças receberam contato pele a pele dentro de 5 minutos após o parto. Todos os dados referentes à informação neonatal, glicemia a partir das 2 horas de idade e informação materna foram obtidos a partir do seu histórico médico. Identificando que o tempo médio de contato foi de $59,6 \pm 13,6$ minutos e a glicemia do neonato foi de $53,1 \pm 9,5$ mg/dl. Concluíram que o contato pele a pele precoce mais longo foi associado a um nível mais alto de glicose no sangue às 2 horas de idade em bebês a termo saudáveis (TAKAHASHI; TAMAKOSHI, 2018).

6 CONCLUSÃO

As mulheres do estudo estavam na faixa etária entre 13 e 39 anos, maioria entre 20 e 25 anos, possuíam companheiro, autodeclaradas pardas e procedentes da capital e região metropolitana de Fortaleza. Afirmaram ter entre 6 e 10 anos de estudo, maioria sem atividade remunerada. A maioria das mulheres eram primigestas, com gestação a termo e média de 7 consultas de pré-natal, porém de qualidade questionável. Quanto a assistência ao parto e nascimento, observou-se que a implementação das Boas Práticas é uma rotina do serviço, com prevalência para ingesta de líquidos em livre demanda, utilização do partograma para acompanhamento da progressão do trabalho de parto, oferta e realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e liberdade de movimentação durante o trabalho de parto. A presença do acompanhante de livre escolha da mulher foi bastante expressiva, demonstrando que o direito previsto em Lei está sendo cumprido, nesta instituição.

Com exceção da analgesia de parto, todas as demais intervenções tiveram frequências elevadas, observadas prevalência da admissão precoce, realização de Cardiotocografia na admissão, venóclise, Manobra de Valsalva. No momento do parto, houve maior incidência da posição supina/semi-sentada, incentivo a Manobra de Valsalva e, a presença de mais de quatro profissionais/estudantes durante o parto, assim como o percentual de cesariana mostrou-se elevado.

Para desfechos maternos houve associação entre as intervenções episiotomia e grau de laceração perineal, manobra de Valsalva e laceração perineal espontânea, Manobra de *Kristeller* com hemorragia pós-parto e grau de laceração perineal, posição não vertical e laceração perineal. As intervenções no trabalho de parto e parto, com prevalência da Manobra de Valsalva podem reduzir o tempo de período expulsivo. Porém, apresentaram associação com risco aumentado para hemorragia materna após o parto e separação de mãe e filho, por necessidade de oxigênio após o parto para o recém-nascido.

Para os desfechos neonatais a realização das intervenções durante o trabalho de parto e parto mostraram-se como fator “protetor” para desfechos positivos dos recém-nascidos, a realização de amniotomia esteve associada a menor necessidade de oxigênio após o parto e favorecimento de neonatos com a mãe encaminhados ao alojamento conjunto. A utilização de ocitocina esteve associada a menor necessidade de O₂, escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto de vida e favorecimento de neonatos com a mãe encaminhados ao alojamento conjunto. A realização de episiotomia esteve associada a menor necessidade de O₂ e RNs encaminhados ao alojamento conjunto. A Manobra de Valsalva associou-se com menor necessidade de realização de VPP, menor necessidade de O₂, escore de Apgar ≥ 7 no quinto minuto e RNs em alojamento conjunto após o parto.

O tempo de período expulsivo prevalente foi de até 2 horas. Houve associação entre o incentivo a Manobra de Valsalva e tempo de expulsivo mais curto, ≤ 2 horas e associação da analgesia de parto com expulsivos mais longos, > 2 horas.

Referente ao tempo de contato pele a pele, recém-nascidos hígidos, foram retirados do contato pele a pele, por solicitação do médico neonatologista, sem que houvesse a necessidade de VPP, uso de O_2 ou Apgar < 7 no 5º minuto.

Com os resultados apresentados nesse estudo, pode-se ter um embasamento acerca da prevalência das intervenções realizadas durante o trabalho de parto de nulíparas e, com isso, pode-se nortear uma melhor assistência obstétrica, com vistas a minimizar as intervenções desnecessárias e colocar em ênfase as intervenções baseadas nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Os resultados deste estudo devem ser vistos com cautela devido às limitações que apresenta o desenho transversal. Entre elas, cabe mencionar que o mesmo foi realizado em um único momento, em uma única instituição, ainda que ele proporcione uma cobertura para uma população grande. Pode-se considerar também que a amostra é limitada, a qual representa 22,25% do total de mulheres atendidas por semestre para parto neste hospital.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com objetivo de acompanhar mulheres nulíparas durante o trabalho de parto e após o parto, durante o puerpério, para avaliar os desfechos tardios causados pelas intervenções desnecessárias realizadas durante o trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E.; OLADAPO, O. T.; CHAMILLARD, M. et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 223, p. 123-132, Apr., 2018.

ABEDZADEH-KALAHROUDI, M.; TALEBIANO, A.; SADAT, Z. et al. Perineal trauma: incidence and its risk factors. **J Obstet Gynaecol.**, v. 39, n. 2, p. 206-211, Feb., 2019.

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. **Obstet Gynecol.**, v. 133, n. 2, p. e164-e173, Feb., 2019.

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. **Obstetrics and gynecology.**, v. 133, n. 3, p. 208-e225, Mar., 2019.

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. **Obstet Gynecol.**, v. 129, n. 2, p. e20-e28, Feb., 2017.

ALMEIDA, O.S.C; GAMA, E.R; BAHIANA, P.M. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v.4, n.1, p.79-90, jan/jun. 2015.

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA.**, v. 38, n. 11, p. 527-37, Nov., 2010.

AMORIM, M. M.; COUTINHO, I. C.; MELO I. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reprod Health.**, v. 14, n. 1, p. 55, Apr., 2017.

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R. M. D.; CUTHBERT, A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews.**, v. 5, n. CD000331, May., 2018.

AQUINO, E. M. L. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. **Cad Saúde Pública.**, v. 30, Suppl 1, p. S8-10, 2014.

ARAÚJO, K. R. S.; CALÁCIO, I. A.; RIBEIRO, J. F. et al. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, v. 6, n. 3, p.2739-50, 2015.

BARBOSA, E. M; OLIVEIRA, A. S. S; GALIZA, D. D. F. et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.**, v. 18, n. 2, p. 227-33, Mar/Apr., 2017.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. WHO and the epidemic of cesarians. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife.**, v. 18, n. 1, p. 3-4, Mar., 2018.

BERNITZ, S.; DALBYE, R.; ZHANG, J. et al. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. **Lancet.**, v. 393, n. 10169, p. 340-348, Jan., 2019.

BETRAN, A. P.; TORLONI, M.; ZHANG, J. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health.**, v. 12, n. 1, p. 57, Jun., 2015.

BOHREN, M. A; HOFMEYR, G. J; SAKALA, C; et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane database of Systematic Reviews.**, v. 16, n. 2, 2017.

BOLTEN, N.; DE JONGE, A.; ZWAGERMAN, E. et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 16, n. 1, p. 329, Oct., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC, Jan., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Lei do Acompanhante. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 12 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Ministério da Saúde/Programa Rede Cegonha. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRÜGGEMANN, O. M; EBSEN, E. S, EBELE, R.R; BATISTA, B. D. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2555-2564, 2016.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**., v. 6 n. 7, Jul., 2013.

CADWELL, K.; PHILLIPS, R.; BRIMDYR, K. Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour after Birth. **Breastfeeding Med.**, v. 13, n. 7, p. 485-92, Sep., 2018.

CALDEIRA, A. P; OLIVEIRA, R. M; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v. 15, (Supl 2), p. 3139-47, 2010.

ÇALIK, K. Y.; KARABULUTLU, Ö.; YAVUZ, C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 18, n. 1, p. 415, Dec., 2018.

CAMPOS, D. A.; SPONG, C. Y.; CHANDRAHARAN, E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 131, n. 1, p. 13-24, Oct., 2015.

CAMPOS, N.F; et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Revista Ciência e Saúde Nova Esperança**, Santa Rita, v.14, n.1, p.47-58, abr. 2016.

CARLSON, N. S.; CORWIN, E. J.; HERNANDEZ, T. L. et al. Association between provider type and cesarean birth in healthy nulliparous laboring women: A retrospective cohort study. **Birth.**, v. 45, n. 2, p. 159-168, Jun., 2018.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B.D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enferm USP.**, v.49, n.6, p.889-897, 2015.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; AZAMBUJA, E. P. et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 2, p. 572-81, 2014.

CAUS, E. C. M.; SANTOS, E. K. A.; NASSIF, A. A. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery.**, v. 16, n. 1, p. 34-40, Jan/Mar., 2012.

CHACKOWICZ, A; SPENCE, A. R; ABENHAIM, H. A. Restrictions on Oral and Parenteral Intake for Low-risk Labouring Women in Hospitals Across Canada: A Cross-Sectional Study. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Can.**, v. 38, n. 11, p. 1009-1014, Nov., 2016.

CHEN, I.; OPIYO, N.; TAYENDER, E. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews.**, v. 28, p. 28, Sep., 2018.

CALEGARI, R. S; GOUVEIA, HG; GONÇALVES; AC. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-08, Abr/jun., 2016.

COX, K. J.; REI, T. L. Preventing Primary Cesarean Births: Midwifery Care. **Clinical Obstetrics and Gynecology.**, v. 58, n. 2, p. 282-93, Jun., 2015.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams.** 24. ed. Porto Alegre: AMGH, p. 1358, 2016.

D'ORSI, E.; BRUGGEMANN, O. M.; DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociais e satisfação com o parto. **Cad. Saúde Pública.**, v. 30, Supl. 1, p. s154-s168, 2014.

DEVANE, D.; LALOR, J. G.; DALY, S. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. **Cochrane Systematic Review – Intervention.**, version published: 26 Jan., 2017.

DESSEAUVE, D; PIERRE, F; GACHON, B; DECATOIRE, A; LACOUTURE, P; FRADET, L. New approaches for assessing childbirth positions. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.** Fev., v.46, n. 2, p. 189-195, 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública.**, v. 30, Supl. 1, p. S101-16, 2014.

DUCARME, G; PIZZOFERRATO, A. C; TAYRAC, R; SCHANTZ, C; THUBERT, T; LE RAY, C; RIETHMULLER, D; VERSPYCK, E; GACHON, B; PIERRE, F; ARTZNER, F; JACQUETIN, B; FRITEL, X. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.** Sep., v. 48, n. 7, p. 455-460, 2019.

EHSANIPOOR, R. M.; SACCONI, G.; SELIGMAN, N. S. et al. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v. 96, n. 7, p. 804-811, Jul., 2017.

ESCURIET, R.; PUEYO, M.; BIESCA, H. et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth.**, v. 15, n. 14, Apr., 2014.

FERNANDES, R. L. V; DAMASCENO1, A. K. C; HERCULANO, M. M. S; MARTINS, R. S. T; ORIÁ, M. O. B. Analgesia obstétrica farmacológica: um estudo sobre os desfechos obstétricos e neonatais. **Rev Rene.** set-out; v.18, n. 5, p. 687-94, 2017.

GAMA, S. G. N.; VIELLAS, E. F.; SCHILITZ, A. O. C. et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad Saúde Pública.**, v. 30, supl. 1 s117-s127, 2014.

GAUCHER, L; LE RAY. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 2: indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 2: Indications of oxytocin according the first and second stages of spontaneous labor. **La Revue Sage-Femme.**, v.16, p. 22-35, Feb., 2017.

GIMOVSKY, A. C.; BERGHELLA, V. Randomized controlled trial of prolonged second stage: extending the time limit vs usual guidelines. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 214, n. 3, p. 361.e1-6, Mar., 2016.

GOMES, L. F. S.; COSTA, C. C.; REBOUÇAS, C. B. A et al. Reflections on the promotion of health in the context the Program humanization prenatal and birth. **J Nurs UFPE.**, v. 6, n. 7, p. 1721-8, 2012.

GOTTEMS, LBD; CARVALHO, EMP; GUILHEM, D; PIRES, MRGM. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 26, p. e3000, 2018.

GUERRA, M. J.; BRAGA, M. C.; QUELHAS, I. S. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.**, n. spe 1 pp.117-124, 2014.

GUIDA, N. F. B; PEREIRA, A. L. F; LIMA, G. P. V; ZVEITER, M. ARAÚJO, C. L. F, MOURA, M. A. V. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev. Rene.* jul-ago; v. 18, n. 4, p. 543-50, 2017.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 16, n. 5, p. CD002006, May, 2012.

HIDALGO-LOPEZOSA, P; HIDALGO-MAESTRE, M; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 24, 2016.

HOFMEYR, G. J.; VOGEL, J. P.; SINGATA, M. et al. Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa. **BMJ Glob Health.**, v. 29, n. 3, p. e000906, Jun., 2018.

KAYEM, G. Deroulement du travail: quelles définitions de la normalité ou de la dystocie? Labor duration: From normality to distocia. **Gynéologie Obstétrique & Fertilité.**, v. 43 n. 4, p. 319-323, Apr., 2015.

KEMP, E.; KINGSWOOD, C. J.; KIBUKA, M. et al. Position in the second stage of labour for women with epidural anesthesia. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 31, n 1, p. CD008070, Jan., 2013.

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

KOETTKER, J. G.; BRÜGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n. 1, p. 1-21, Feb., 2013.

KOPAS, M. L. A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor. **J Midwifery Womens Health.**, v. 59, n. 3, p. 264-76, May./Jun., 2014.

KOYUCU, R. G.; DEMIRCI, N. Effects of pushing techniques during the second stage of labor: a randomized controlled trial. **Taiwan J Obstet Gynecol.**, v. 56, n. 5, p. 606-612, Oct., 2017.

LAGANÀ, A. S; BURGIO, M. A; RETTO, G; PIZZO, A; GRANESE, R; STURLESE, E; CIANCIMINO, L; CHIOFALO, B; RETTO, A; TRIOLO, O. Management of the second phase of labour: perineum protection techniques. **Minerva Ginecologica.** June, v. 67, n. 3, p. 289-96, 2015.

LAGO, I.P.N. The role of the nurse obstetrician in the care of humanized labor. 2018. 27 sheets. **Graduation in Nursing** - University Anhanguera, Osasco, 2018.

LAU, Y; THA, PH; HO-LIM, SST; WONG, LY; LIM, PI; MATTAR, BZ; NURFARAH, C; SHOREY, S. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. **Maternal & Child Nutrition.**, Aug, 2017.

LAVENDER, T.; CUTHBERT, A.; SMYTH, R. M. D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews.**, Issue 8. Art no.: CD005461, 2018.

LEAL, M. C; BITTENCOURT, S. A; ESTEVES-PEREIRA, A. P; AYRES, B. V. S; SILVA, L. B. R. A. A; THOMAZ, E. B. A. F; LAMY, Z. C; NAKAMURA-PEREIRA, M; TORRES, J. A; GAMA, S. G. N; DOMINGUES, R. M. S. M; VILELA, M. E. A. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública.** v. 35, n.7, 2019.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGOS, R. M. S. M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública.**, v. 30, Supl:S17-47, 2014.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 30, Supl. S5-S7, 2014.

LEISTER, N; RIESCO, MLG. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

LEITE, V.C; GASQUEZ, A.S; BERTONCIM, K.R.I. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM GESTANTES NO PRÉ-NATAL. **REVISTA UNINGÁ**, [S.l.], v. 56, n. S2, p. 184-193, mar. 2019.

LE MOS, A.; AMORIM, M. M. R.; DORNELAS, A. A. et al. Pusing/bearing down methods for second stage of labour. **Cochrane Dabase Systematic Reviews.**, v. 26, n. 3, CD009124, Mar., 2017.

LE RAY, C; PIZZAGALLI, F. Recommandations pour la pratique clinique
Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC
Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF Which interventions during labour
to decrease the risk of perineal tears? CNGOF Perineal Prevention and Protection in
Obstetrics Guidelines. **Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.** ,
v. 46, n. 12, p. 928-936, Dec., 2018.

LEWIS, L.S; PAN, HO-YU; HEINE, R.; PHILLIP, M; BROWN, H. L; BRANCAZIO, L. R;
GROTEGUT, C. A. Labor and Pregnancy Outcomes After Adoption of a More Conservative
Oxytocin Labor Protocol. **Obstetrics & Gynecology**: May 2014. doi:
10.1097/01.AOG.0000447374.37308.4c. Monday, April 28, 2014.

LIMA, W. M; NASCIMENTO, H. S; LIMA, S. E. A; FIGUEIREDO, I. G A.
A experiência do parto a partir do olhar de mães adolescentes.
Educação, Psicologia e Interfaces, v. 2, n. 1, p. 121- 134, Jan/Abril, 2018

LINS, V. M. L.; KATZ, L.; VASCONCELOS, F. B. L; et al. Factors associated with spontaneous perineal lacerations in deliveries without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. **J. Maternal Fetal Neonatal Med.**, v. 18, p. 1-6, Apr., 2018.

MCDONALD, G. Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. **British Journal of Midwifery.**, v. 18, n. 10, p. 630-637, Oct., 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E, M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8º. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MATTOS, D. V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 8, n.4, p. 951-959, Abr., 2014.

MEAC. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Assistência ao parto e nascimento. 2017. **Protocolo Clínico**. Disponível em: <http://www.meac.ufc.br>. Acesso em: 10/02/2019.

MEAC. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Relatório institucional assistencial, 2017**. Disponível em: <http://www.meac.ufc.br>. Acesso em: 10/02/2019.

MELO, G.P; et al. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Vitória de Santo Antão, v.16, p.1-17, set/dez.2016

MEDEIROS, M. Q. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma maternidade de referência do Ceará**, 2016.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MELO, B. M; GOMES, L. F. S; HENRIQUES, A. C. P. T; LIMA, S. K. M; DAMASCENO, A. K. C. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev Rene**. maio-jun; v. 18, n. 3, p. 376-82, 2017.

MIELKE, K.C ; GOUVEIA, H. G; GONÇALVES, A. C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Av Enferm.** v. 37, n. 1, p.47-55, 2019.

MIKOLAJCZYK, R. T.; ZHANG, J.; GREWAL, J; et al. Early versus Late Admission to Labor Affects Labor Progression and Risk of Cesarean Section in Nulliparous Women. **Front Med (Lausanne)**., v. 3, n. 26, p. 1-7, Jun., 2016.

MOORE, E. R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G. C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**., Issue 11. Art. n. CD003519, 2016.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa et al . Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, 1, 2018 .

MORAES, L. M. V; SIMÕES, V. M. F; CARVALHO, C. A; BATISTA, R. F. L ALVES, M. T. S. S. B. THOMAZ, E. A. F, BARBIERI, M. A. ALVES, C. M. C. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n. 11, 2018.

NARCHI, NZ; CRUZ, E; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**., v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. 2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies. **Clinical Guideline 190**. London: NICE; 2019. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Acesso em: 04 de abril de 2019.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. **Clinical Guideline 190**. London: NICE; 2017. Disponível em: <https://http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

NUCCI, M; NAKANO, A. R; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998

OFFERHAUS, P. M.; DE JONGE, A.; VAN DER PAL-DE BRUIN, K. M. et al. Change in primary midwife-led care in the Netherlands in 2000-2008: A descriptive study of caesarean sections and other interventions among 807,437 low risk births. **Midwifery.**, v. 31, n. 6, p. 648-54, Jun., 2015.

PAIVA, E. F; STHAL, H. C; PAULINO, V. C. P; LEITE, G. R. POSIÇÕES ASSUMIDAS DURANTE O PARTO NORMAL: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. **Dossiê de Enfermagem e Educação.** v. 14 n. 4, 2018.

PETERSEN, A; POETTER, U; MICHELSEN, C; GROSS, MM. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 288,n. 2, p. 245-54, Aug., 2013.

PIGOSSO, YG; SILVA, CM; PEDER, LD. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. **Acta Biomédica Brasiliensia.**, v. 7, n. 1, p. 64-74, Jul., 2016.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia.**, v. 37, p. 212-27, Jan./Abr., 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. Ed. (edição digital). Porto Alegre: Artmed, 2019. 456p.

PORTO, A. N. F.; AMORIM, M. M. R.; SAOUZA, A. S. R. Períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina.**, v. 38, n. 10, p. 527-37, Oct., 2010.

RASOULI, M.; KERAMAT, A. ; KHOSRAVI, A. et al. Prevalence and factors associated with episiotomia na cidade de Shahroud, nordeste do Irã. **Revista Internacional de Ciências da Saúde e Reprodução Feminina.**, v. 4, n. 3, p. 125-129, Jun., 2016.

REZAEI, R; SAATSAZ, S; CHAN, YH; NIA, HS. A comparison of the "hands-off" and "hands-on" methods to reduce perineal lacerations: a randomised clinical trial. **J Obstet Gynaecol India.**; v. 64, n. 6, p. 425-9, Dec., 2014.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2017.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RIETHMULLER, D; RAMANAH, R; MOTTET, N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales? RPC prevention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [fetal expulsion: which interventions for perineal prevention? CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines] **Gynecol Obstet Fertil Senol**, 2018.

ROCHA, J. A; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina.**, v.38, n. 3, p. 119-26, 2010.

ROTA, A; ANTOLINI, L; COLCIAGO, E; NESPOLI, A; BORRELLI, SE; FUMAGALLI, S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. **Women and Birth.**, v. 31, n. 4, p. 313-318, Aug., 2018.

SAADIA, Z. Rates and indicators for amniotomy during labor-a descriptive cross sectional study between primigravidas and gravida 2 and above. **Med Arch.**, v. 68, n. 2, p. 110-2, 2014.

SANTANA, N. **Perfil de saúde de gestantes brasileiras: uma análise do VIGITEL, 2009-2013**, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora-Minas Gerais, 2016.

SANTOS, E. C. P; LIMA, M. R; Conceição, R. R; Tavares, C. S; Guimarães, A. M. A. N. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. **Enferm. Foco** 2016; v. 7, n.3, p. 61-65, 2016.

SANTOS, L. M; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis Revista de Saúde Coletiva.**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G.; BONADIO, I. C., et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. Saúde Pública.**, v. 46, n. 1, p. 77-86, Feb., 2012.

Secretaria de Saúde do Estado do Pará-SESA. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, infantil e neonatal (2017)**. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_mortalidade_06_04_2017.pdf. Acesso em: 05/02/2019.

Secretaria de Saúde do Estado do Pará-SESA. Brasília (DF): MS; 2005. **Monitoramento de índices de cesariana 2013**. Fortaleza, 2014.

SHORTEN, A; DONSANTE, J; SHORTEN, B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. **Birth.**, v. 29, n. 1, p. 18-27, Mar., 2002.

SILVA, D. A. O.; RAMOS, M.; JORDÃO, V. R. V; et al. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: integrative review. **J Nurs UFPE on Line.**, v. 7, p. 4161-70, Maio., 2013.

SILVA, G. F; PELLOSO, S. M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em hospital-escola do noroeste do estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 1, p. 95-102, 2009.

SINGH, SKSC; YAHYA, N; MISIRAN, K; MASDAR, A; NOR, NM; YEE, LC. Analgesia combinada raquiperidural em trabalho de parto: seus efeitos sobre o desfecho do parto. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 66, n. 3, p. 259-264, 2016.

SMYTH, R. D. M.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane database Syst. Rev.**, v. 18, n. 6: CD006167. Jun., 2013.

SOUSA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery.**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SPERLING, J. D.; DAHLKE, J. D.; SIBAI, B. M.. Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? **Am J Obstet Gynecol.**, v. 214, n. 5, p. 592-6, May., 2016.

STARK, M. A.; REMYNSE, H.; ZWELLING, E. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 45, n. 2, p. 285-94, Mar/Apr., 2016.

TAHERI, M.; TAKIAN, A.; TAGHIZADEH, Z. et al. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. **Reprod Health.**, v. 15, n. 1, p. 73, May., 2018.

TAKAHASHI, Y.; TAMAKOSHI, K. The Positive Association between Duration of Skin-to-Skin Contact and Blood Glucose Level in Full-Term Infants(Article). **Journal of Perinatal and Neonatal Nursing.**, v. 32, n. 4, p. 351-357, Oct., 2018.

VADNAIS, M. A.; HACKER, M. R.; SHAH, N. T. et al. Quality Improvement Initiatives Lead to Reduction in Nulliparous Term Singleton Vertex Cesarean Delivery Rate. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, v. 43, n. 2, p. 53-61, Feb., 2017.

VAN BAVEL, J.; HUKKELHOVEN, C. W. P. M.; PAPATSONIS D. N. M. et al. A eficácia da episiotomia mediolateral na prevenção de lesões obstétricas do esfíncter anal durante o parto vaginal operatório: uma análise de dez anos de um registro nacional. **Int Urogynecol J.**, v. 29, n. 3, p. 407-413, Mar., 2018.

VANGOMPEL, E. W.; MAIN, E. K.; TANCREDI, D. et al. Do provider birth attitudes influence cesarean delivery rate: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v. 18, n. 184, p. 2-9, May., 2018.

VELHO, M. B; SANTOS, E. K. A; BRÜGGEMANN, O. M; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 458-466, Abril, 2012.

WEEKS, F.; PANTOJA, L.; ORTIZ, J.; et al. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. **J Midwifery Womens Health.**, v. 62, n. 2, p. 196-203, Mar, 2017.

WHO. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/ Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

WHO. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990-2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

WHO. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

WHO. World Health Organization. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Disponível em <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

WHO. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva; 2015(WHO/RHR/15.02). Disponível em https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

WHO. World Health Organization. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief. (2016). World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/250274> Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

ZHANG, J.; LANDY, H. J.; WARE BRANCH, D. et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. **Obstet Gynecol.**, v.116, n. 6, p. 1281-7, May., 2010.

ZHANG, J; TROENDLE, J; MIKOLAJCZYK, R. et al. The natural history of the normal first stage of labor. **Obstet Gynecol.**, v. 115, n. 4, p. 705-710, Apr., 2010.

ZHANG, H; HUANG, S; GUO, X; ZHAO, N; LU, Y; CHEN, M; LI, Y; WU, J; HUANG, L; MA, F; YANG, Y; ZHANG, X; ZHOU, X; GUO, R; CAI, W. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. **Midwifery**. Jul;50:117-124, 2017.

ZIPORI, Y.; GRUNWALD, O.; GINSBERG, Y. et. al. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology.**, v. 220, n. 2, p. 191.e1-191.e7, Feb., 2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
RedCap acesso via **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC**

TATIANE DA SILVA COELHO

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO DE
NULÍPARAS DE BAIXO RISCO: ESTUDO OBSERVACIONAL**

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Cara participante, estamos convidando você a participar de uma pesquisa intitulada **“ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO DE NULÍPARAS DE BAIXO RISCO: ESTUDO OBSERVACIONAL”**, que tem como objetivo principal: Analisar os resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco, aquelas que estão parindo pela primeira vez; bem como, os desfechos maternos e neonatais, ou seja, o bem-estar da mãe e RN após o parto. O estudo será observacional, a pesquisadora não realizará nenhuma intervenção no momento do parto. O estudo se baseia na coleta de dados acerca das intervenções realizadas pelo profissional que prestar assistência ao parto. O questionário será preenchido pela pesquisadora após o parto. As intervenções a serem observadas serão: episiotomia, amniotomia, uso de ocitocina sintética, posição da mulher no momento do parto, a utilização fórceps, o incentivo para a mulher colocar força, a realização de “empurrão na barriga”, conhecido como kristeller, a ocorrência de laceração do períneo, que condições a mãe e o seu RN se encontram após o parto, dentre outras informações coletadas por meio da observação da pesquisadora, no momento do parto pela. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

- Estou ciente de que o benefício deste estudo está na possibilidade de produção de novos conhecimentos sobre a assistência ao parto em mulheres nulíparas e que para isso, a pesquisadora somente observará o segundo período clínico do parto, preenchendo um formulário e colhendo informações no prontuário, se necessário.
- Estou ciente de que o formulário será preenchido de forma privativa e sigilosa. Foi-me esclarecido que este estudo ajudará os profissionais de saúde a promoverem um cuidado mais adequado às mulheres nos assuntos que envolvem a assistência obstétrica.
- Estou ciente de que a qualquer momento poderei recusar a continuar participando e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora também me esclareceu que sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que para isso não haverá qualquer custo, gastos e também não receberei qualquer tipo de pagamento.

- Também me foi esclarecido que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão qualquer tipo de identificação da minha pessoa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Responsável pela pesquisa: Ana Kelve de Castro Damasceno

Endereço: Rua Alexandre Braúna 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE

Telefone: (85) 985628563

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo, Fortaleza/CE. Telefone: (85) 33668569

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

<hr/> Assinatura da participante	<hr/> Responsável pelo estudo
<hr/> Assinatura do responsável legal (Se Necessário)	<hr/> Nome do profissional que aplicou o TCLE

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Nós, pesquisadores do projeto intitulado **ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO DE NULÍPARAS DE BAIXO RISCO: ESTUDO OBSERVACIONAL**, que tem como objetivo geral: analisar os resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC e concordamos em participar do mesmo.

Fortaleza, 09 de novembro de 2017.

PESQUISADORES

Ana Kelve de Castro Damasceno

Tatiane da Silva Coelho

**APÊNDICE D –TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE
PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO DE
NULÍPARAS DE BAIXO RISCO: ESTUDO OBSERVACIONAL**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, 09 de novembro de 2017.

PESQUISADORES

Ana Kelve de Castro Damasceno

Tatiane da Silva Coelho

APÊNDICE E

Protocolo Operacional Padrão-POP para coleta de dados

NOME: Protocolo para coleta de dados do instrumento de pesquisa intitulado **Análise da assistência ao trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco:** estudo observacional. Objetivo do estudo: Analisar os resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto de nulíparas de baixo risco.

OBJETIVO DO POP:

O objetivo desse Protocolo Operacional Padrão-POP é permitir a compreensão acerca da coleta homogênea dos dados desse estudo, entre os diferentes participantes dessa coleta, com vistas a minimizar erros e possíveis vieses de coleta.

O POP permite a checagem de cada uma das etapas da coleta de dados e que a coleta seja feita sempre de forma padrão.

TREINAMENTO DOS COLABORADORES PARA REALIZAR COLETA DOS DADOS:

A equipe de colaboradores foi composta por doze residentes de enfermagem obstétrica que se voluntariaram para a coleta de dados, além da própria pesquisadora.

Inicialmente será realizado um treinamento com cada colaborador que participará da coleta dos dados da pesquisa.

Os colaboradores participarão de duas etapas, uma teórica para que seja explicado todo o POP e o instrumento de coleta, para haver compreensão padrão dos termos obstétricos e suas particularidades e, uma prática, com o preenchimento do instrumento com caso clínico simulando características semelhantes da população em estudo.

Os instrumentos preenchidos serão utilizados como piloto, aplicados em população com características semelhantes às da pesquisa.

DESCRIÇÃO DA COLETA:

- 1) Para realizar a coleta dos dados deve-se certificar de que a mulher em trabalho de parto seja nulípara, ou seja, nunca tenha experienciado o parto vaginal.
- 2) Explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE para se certificar de que a parturiente aceita participar do estudo. Explicar que ela poderá sair da pesquisa

quando desejar, que seus dados serão mantidos em sigilo, obedecendo aos preceitos éticos e legais contidos na Resolução 466/12 que trata das pesquisas com seres humanos. Explicar que a pesquisa acarretará apenas o desconforto de um pesquisador estar presente na hora do parto para observar sua evolução e desfecho.

- 3) Após o aceite e assinatura do TCLE, proceder a coleta de dados no prontuário, para coletar dados como número de consultas de pré-natal, mês que iniciou o pré-natal, presença de comorbidades pregressas e na gestação, intercorrência na gestação.
 - 4) Proceder a identificação do instrumento com numeração segundo a ordem de preenchimento;
 - 5) Coletar todos os dados da parturiente no prontuário e cartão de pré-natal;
 - 6) Observar o momento do parto, se possível, ou recorrer aos indicadores de assistência ao parto presentes no prontuário da parturiente.
 - 7) Preencher o instrumento de coleta de dados de acordo com a evolução da parturiente, assinalando com “X”, há casos de mais de uma alternativa a ser assinalada.
- Variáveis Sociodemográficas:
 - idade (coletar anos completos)
 - raça/cor (perguntar para a parturiente como ela se declara)
 - negra
 - branca
 - parda
 - escolaridade (perguntar para parturiente quantos anos completos de estudo ela possui)
 - Antecedentes obstétricos:
 - Nº de gestações (se a parturiente apresenta histórico de abortos ou partos por via abdominal, cirurgia cesariana)
 - Tempo da última gestação (em casos de abortos ou cesarianas anteriores perguntar tempo em anos e meses)
 - Duração da gestação (IG= idade gestacional em semanas)
 - IG no início do Pré-natal (IG= idade gestacional em semanas)
 - Nº de consultas de Pré-natal (anotar conforme consta no cartão de pré-natal)
 - Intercorrências na gestação (anotar conforme consta no cartão de pré-natal, evolução clínica anotada em prontuário e perguntar para a parturiente, em momento oportuno, ou seja, fora do momento expulsivo e fora da contração)
 - Hiperêmese gravídica (quadro de êmese gravídica excessiva)

- ITU (infecção do trato urinário)
- RPMO (quando a bolsa rompe antes do início do trabalho de parto)
- Sangramento do 1º trimestre (que ocorre entre a 1ª e a 13ª semana de gestação)
- Sangramento do 2º trimestre (que ocorre entre a 14ª e a 26ª semana de gestação)
- Sangramento do 3º trimestre (que ocorre entre a 27ª e a 40ª semana de gestação)
- DPP (descolamento prematuro de placenta, quando ocorre antes do parto)
- PP (quando a implantação da placenta ocorre na porção mais baixa da cavidade uterina)
- Ameaça de TPP (quando o trabalho de parto se inicia antes de 37ª semana de gestação)
- PEG (pré-eclâmpsia grave, elevação da pressão arterial após 20ª semana de gestação, associada à proteinúria)
- Fator (es) de risco correlacionado (anotar conforme consta no cartão de pré-natal, evolução clínica anotada em prontuário e perguntar para a parturiente, em momento oportuno, ou seja, fora do momento expulsivo e fora da contração)
 - HAS (hipertensão arterial sistêmica, diagnosticada antes da 20ª semana de gestação)
 - DMG (diabetes diagnosticado na gestação)
 - DM (diabetes diagnosticado antes da gestação)
 - Cardiopatia Materna
 - Distúrbio de coagulação
- Trabalho de parto:
 - Tempo de duração (anotar tempo em horas completas, conforme horário de admissão que consta no prontuário)
 - Trabalho de parto induzido? (checar no prontuário se houve indução do trabalho de parto)
 - Não
 - Sim
 - Motivo da escolha pela indução (checar no prontuário motivo descrito pelo médico para conduta de indução, por exemplo, falta de motor, bolsa rota sem

trabalho de parto)

- (HOFMEYR et al., 2017).Tipo de indução? (checar que tipo de indução fora utilizada misoprostol ou ocitocina)
 - Misoprostol (em caso de misoprostol checar no prontuário quantas doses foram administradas)
 - Ocitocina (em caso de indução por ocitocina checar no prontuário vazão (BIC) máxima até o desfecho do parto)
 - Tempo de indução (checar no prontuário em horas completas o tempo de indução)
- Amniotomia (checar no prontuário ou perguntar à parturiente se houve rompimento da bolsa das águas pelo profissional que a acompanha)

Não

Sim

- Dilatação na amniotomia (cm) (checar no prontuário qual a dilatação do colo do útero no momento da realização da amniotomia)
- Apresentação Fetal (como o feto insinuou, encaixou na pelve materna)
- Cefálico (checar na evolução do parto se a apresentação do feto cefálica, de cabeça)
 - Pélvico (checar na evolução do parto se a apresentação do feto era pélvica, de nádegas)
- Variedade de Posição (chegar no partograma que se encontra na primeira página do prontuário ou na nota de evolução em que variedade de posição o feto se encontrava no momento do início do período expulsivo, entende-se por expulsivo, o período clínico do parto que vai desde a dilatação completa do feto até a sua saída pela vagina)
 - OP (ocipto púbico, quando o ocipto do feto está voltado para o púbis da mãe)
 - OS (ocipto sacro, quando o ocipto do feto está voltado para o sacro da mãe)
 - OEA (ocipto esquerdo anterior, quando o ocipto do feto está voltado para o lado esquerdo da mãe de forma anterior)
 - OEP (ocipto esquerdo posterior, quando o ocipto do feto está voltado para o lado esquerdo da mãe de forma posterior)
 - OET (ocipto esquerdo transversal, quando o ocipto do feto está voltado para o lado esquerdo da mãe de forma transversal)

- ODA (ocipto direito anterior, quando o ocipto do feto está voltado para o lado direito da mãe de forma anterior)
- ODP (ocipto direito posterior, quando o ocipto do feto está voltado para o lado direito da mãe de forma posterior)
- ODT (ocipto direito transversal, quando o ocipto do feto está voltado para o lado direito da mãe de forma transversal)
- Utilização de Métodos não farmacológicos (chegar no prontuário e perguntar para a parturiente se ela realizou ou está realizando algum método para alívio da dor)
 - Não
 - Sim
- Quais:
 - Bola (realizar exercícios em bola suíça, disponível na sala de parto)
 - Cavalinho (realizar exercícios em cavalinho, disponível na sala de parto)
 - Escada de Ling (realizar exercícios em escada de Ling, disponível na sala de parto)
 - Deambulação (andar, se movimentar pela sala de parto)
 - Agachamento (realizar exercícios de agachamento durante o trabalho de parto)
 - Massagem (se a parturiente recebeu massagens para alívio da dor seja pelo acompanhante ou pelo profissional que a acompanha)
 - Respiração consciente (se a parturiente recebeu orientações de como respirar adequadamente para relaxar e auxiliar no alívio da dor)
 - Banho de aspersão (se a parturiente for orientada e auxiliada ao banho de chuveiro para alívio da dor)
 - Musicoterapia (se for disponibilizado para a parturiente músicas de relaxamento)
 - Aromaterapia (se for disponibilizado para a parturiente a utilização de aroma e óleos essenciais para alívio da dor)
 - Penumbra (se for proporcionado ambiente com pouca iluminação para proporcionar relaxamento)
 - Apoio contínuo (se for ofertado à parturiente a presença ininterrupta de um acompanhante de escolha dela e/ou um profissional ao seu lado durante o pré-parto, trabalho de parto e parto)
- Período expulsivo (fase clínica do trabalho de parto que compreende desde a dilatação

completa até a saída completa do feto) checar no partograma

- tempo de expulsão (tempo transcorrido desde a dilatação completa até a saída do feto)

- Instrumentado? (se houve a utilização de fórceps para a retirada do feto)

Não

Sim

- Redução manual de colo? (se o profissional empurrou com os dedos o colo do útero com a finalidade de completar a dilatação do colo mais rápido) Atenção processo bastante doloroso para a parturiente

Não

Sim

- Incentivo a Manobra de Valsalva? (se a parturiente foi incentivada a prender a respiração e colocar força no momento da expulsão do feto)

Não

Sim

- Episiotomia? (se houve um corte na região do períneo com o objetivo de aumentar o diâmetro de saída do canal de parto)

Não

Sim:

Mediana (no sentido longitudinal, da vagina para o ânus)

Médio-lateral (lateralmente, no sentido da vagina para uma das coxas da mãe)

- Manobra de Kristeller? (checar se o profissional fez força para “empurrar” a barriga da mãe no momento da saída do feto)

Não

Sim

- Posição assumida pela mulher no período expulsivo? (checar no prontuário e/ou perguntar para a parturiente em que posição ela estava no momento da saída do feto)

- Supina (deitada na cama)
- Semi vertical (deitada com cabeceira elevada 90°)
- Vertical
 - Cócoras
 - De pé
 - Sentada na banqueta de parto
- DLE (deitada para o lado esquerdo)

- DLD (deitada para o lado direito)
- Gaskin (posição de quatro apoios, apoiando joelhos e mãos na cama)
- Distócias de ombros? (se o ombro do feto ficou preso após a saída da cabeça, sendo necessárias manobras para retirada do feto do canal de parto)

Não

Sim

- Manobras de retirada do feto se ocorrer distócia de ombros
 - McRoberts (elevar as coxas da parturiente no sentido do abdome, para ampliar o a diâmetro da pelve)
 - Rubin I (fazer pressão supra púbica para desprender o acrómio da púbis)
 - Rubin II (alcançar o braço posterior, aquele que se encontra próximo a região sacral materna, e trazê-lo para fora com a finalidade de reduzir o diâmetro biacromial e assim desprender o ombro do feto)
 - Woods (manobra de parafuso, girar os ombros do feto para desprender os ombros, tendo como base o ombro anterior, aquele que está mais próximo da sínfise púbica materna)
 - Woods reversa (manobra de parafuso, girar os ombros do feto para desprender os ombros, tendo como base o ombro posterior)

- Desfecho do parto

- Hemorragia pós-parto (se houve perda sanguínea superior à 500ml de sangue após o parto, observar perda sanguínea ou verificar em prontuário a anotação de hemorragia puerperal ou verificar indicadores de parto no prontuário)

Não

Sim:

- Rotura uterina (verificar indicadores de parto no prontuário)
- Atonia uterina (verificar indicadores de parto no prontuário, verificar prescrição de ocitocina no prontuário)
- Restos ovulares (verificar indicadores de parto e evolução no prontuário)
- Trauma (verificar indicadores de parto e evolução no prontuário)
- Coagulopatia (verificar indicadores de parto e evolução no prontuário)
- Períneo íntegro? (quando não há lacerações, sem necessidade de sutura)

Não

Sim

- Laceração do períneo? (quanto ocorre trauma e necessita de sutura)

Não

Sim

- 1º Grau (o trauma perineal atinge pele e tecido celular subcutâneo do períneo, epitélio vagina)
 - 2º Grau (o trauma perineal atinge a fáscia e músculos do períneo)
 - 3º Grau (o trauma perineal atinge o esfíncter anal)
 - 4º Grau (o trauma perineal atinge a mucosa retal)
- Local da laceração:
 - Carúnculas himenais
 - Pequenos lábios
 - Grandes lábios
 - Mucosa vaginal
 - Colo do útero
 - Região para uretral (área próximo à uretra)
- Condições neonatais
 - Índice de APGAR (consiste na avaliação de 5 sinais objetivos do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação, no mínimo zero e no máximo dez, resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia se Apgar 8 a 10, com asfixia leve se Apgar 5 a 7, com asfixia moderada se Apgar 3 a 4 e com asfixia grave se Apgar 0 a 2.
 - 1º min 8-10
 - 1º min 5-7
 - 1º min 3-4
 - 1º min 0-2
 - 5º min 8-10
 - 5º min 5-7
 - 5º min 3-4
 - 5º min 0-2
 - FC (120 bpm FC normal, abaixo de 100 BPM necessita de manobras de reanimação neonatal)
 - > 100
 - < 100
 - VPP (ventilação por pressão positiva, ventilação com ambu-válvula-máscara)
 - Uso de O₂:

Inalatório (por hood, CPAP)

TOT (tubo orotraqueal)

- Necessidade de manobras de reanimação neonatal (manobras e intervenções para reduzir a morbidade e a mortalidade neonatal associadas à asfixia perinatal)
- Peso do RN?
 - 1000g-2000g
 - 2000g-2500g
 - 2500g-3000g
 - 3500g-4000g
 - > 4000g

APÊNDICE F – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DO SEGUNDO PERÍODO CLÍNICO DO PARTO EM NULÍPARAS: ASPECTOS RELACIONADOS ÀS INTERVENÇÕES

Pesquisador: Tatiane da Silva Coelho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82266317.0.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.510.987

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Como ocorre a assistência às mulheres nulíparas de baixo risco no segundo período clínico do parto em uma maternidade de ensino de referência terciária

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o segundo período clínico do parto em nulíparas.

Identificar as intervenções realizadas no segundo período clínico do parto;

Verificar associação entre o tempo de período expulsivo com as intervenções realizadas;

Associar as intervenções realizadas com suas respectivas indicações;

Verificar associação entre as intervenções realizadas com as condições materna e neonatal após o parto;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que a pesquisa apresentará será apenas o desconforto em ser observada para coleta de dados durante o período expulsivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, trazendo benefícios a nulíparas, trazendo novos enfoques as intervenções

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (08)3365-8969 Fax: (08)3365-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

ANEXO A - RECOMENDAÇÕES DA OMS NA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL

Referência - WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

Traduzido por Míriam Rêgo de Castro – Enfermeira Obstetra – Equipe Bom Parto

Cuidados gerais na atenção ao parto

Recomendação 01 - Cuidados de maternidade respeitosos - que se referem a cuidados organizados e oferecidos a todas as mulheres de modo que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade - garante a ausência de danos e maus tratos e possibilita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto - recomendado.

Recomendação 02 - Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos adequados para cada cultura – recomendado.

Recomendação 03 - Um companheiro de escolha é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto - recomendado.

Recomendação 04 - Modelos de continuidade do cuidado da parteira - em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher ao longo do pré-natal, durante o trabalho de parto e o pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em locais com programas de obstetrícia que funcionam bem. Esta recomendação foi integrada das recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez - Contexto específico de recomendação (requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis)

Cuidados no primeiro estágio do parto

Recomendação 05 - Recomenda-se o uso das seguintes definições dos primeiros estágios latente e ativo do trabalho de parto:

- Primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou multíparas.

- Primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação mais rápida de 05 cm até dilatação completa para trabalhos iniciais e subseqüentes.

Recomendação 06 - As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas multíparas – recomendado.

Recomendação 07 - Para as mulheres grávidas com início do trabalho espontâneo, o limiar da taxa de dilatação cervical de 01 cm / hora durante o primeiro estágio ativo (conforme descrito na linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos de parto e, portanto, não é recomendada para esse fim – não recomendado.

Recomendação 08 - Uma taxa mínima de dilatação cervical de 01 cm / hora ao longo do primeiro estágio de trabalho ativo é extremamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendado para identificação da progressão laboral normal. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta que 01 cm/ hora por si só não deve ser uma indicação para intervenção obstétrica – não recomendado.

Recomendação 09 – Não se deve esperar que o trabalho de parto acelere naturalmente antes que a dilatação cervical de 05 cm seja atingida. Assim sendo, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto (como o uso de ocitocina sintética ou a cesárea) antes desse limiar, não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam seguras – não recomendado.

Recomendação 10 - Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho espontâneo, uma política de atraso na admissão na enfermaria de trabalho de parto até a fase ativa é recomendada apenas no contexto de pesquisas. (Os estudos atuais que recomendam

admissão apenas na fase ativa foram realizados considerando o limite de 04 cm de dilatação para fase ativa e não 05 cm de dilatação, como esta diretriz. Os profissionais devem atender as necessidades e preferências da mulher e avaliar o bem-estar materno e fetal) – recomendação em contexto de pesquisa.

Recomendação 11 – Pelvimetria clínica de rotina - avaliação da adequação da forma e tamanho da pélvis materna através do exame pélvico - na admissão em trabalho de parto de gestantes saudáveis não é recomendada. As mulheres devem ser avaliadas quanto à progressão do parto por meio do exame cervical, estado das membranas amnióticas e altura da apresentação fetal. Não há evidências suficientes para recomendar a pelvimetria, ou avaliação da pelve – não recomendado.

Recomendação 12 - A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 13 - Ausculta utilizando um aparelho de ultra-som doppler ou um estetoscópio fetal Pinard é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 14 – A tricotomia ou depilação da região púbica e perineal antes do parto vaginal não é recomendada. Em situações em que uma mulher escolhe depilar antes do nascimento, ela deve ser aconselhada a fazer em qualquer lugar e por quem ela se sinta confortável - não recomendado.

Recomendação 15 - A administração de um enema para acelerar o trabalho de parto não é recomendada. As evidências científicas não demonstram que o uso rotineiro de enema reduz a duração do trabalho de parto e conferem quaisquer outros benefícios clínicos. É considerado invasivo e associado a desconforto para as mulheres - não recomendado.

Recomendação 16 - O exame vaginal digital de rotina em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Prioridade deve ser dada para restringir a frequência e o número total de exames vaginais. Isto é particularmente importante em situações em que há outros fatores de risco para infecção

(por exemplo, rotura de membranas amnióticas e longa duração do trabalho de parto). Exames vaginais da mesma mulher por múltiplos cuidadores também deve ser evitado – recomendado.

Recomendação 17 - Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 18 – A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultra-som doppler ou com um estetoscópio fetal de Pinard é recomendada para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto. Ressalta-se que a ausculta fetal intermitente durante o trabalho de parto é essencial para o cuidado intraparto. Deve ser realizada por no mínimo 01 minuto e a cada 15 a 30 minutos durante a fase ativa do trabalho de parto (1º estágio) e a cada 5 minutos durante a fase expulsiva (2º estágio). Diante de alguma anormalidade, deve-se realizar ausculta prolongada, ou seja, durante a contração e 30 segundos após a contração, por 03 contrações consecutivas – recomendado.

Recomendação 19 - A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências. A dose deve ser administrada com vistas a evitar complicações e preservar o máximo a função motora – recomendado.

Recomendação 20 - Opióides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências, apesar de alguns efeitos colaterais indesejáveis, como sonolência, náusea, vômito na mãe e depressão respiratória no neonato - recomendado.

Recomendação 21 - Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado.

Recomendação 22 - Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para mulheres grávidas que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado.

Observações referentes às recomendações 19 a 22 - O contexto do cuidado, o tipo de cuidado prestado e o prestador de cuidado pode ter um forte efeito sobre a necessidade de alívio da dor no parto, e sobre as escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade. Os profissionais devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais.

Recomendação 23 - O alívio da dor para prevenir evolução lenta e reduzir o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto não é recomendado. Não há evidências claras que sugiram que qualquer forma de alívio da dor esteja associada com redução na duração do trabalho - não recomendado.

Recomendação 24 - Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto é recomendada – recomendado.

Recomendação 25 – Para mulheres de baixo risco, a livre movimentação e uma postura ereta durante o trabalho de parto é recomendada. Os profissionais devem apoiar as escolhas das mulheres sobre qual posição adotar durante o primeiro estágio do trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 26 - A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada. Esta não recomendação baseou-se na falta de benefícios clínicos para o recém-nascido – não recomendado.

Recomendação 27 – O manejo ativo do trabalho de parto (cuidado contínuo de um para um, ocitocina sintética e amniotomia precoce – rotura artificial das membranas amnióticas) não é recomendado para prevenção do trabalho de parto prolongado. O cuidado contínuo de um para um é o único componente do manejo ativo que demonstrou ser benéfico e é provavelmente o componente responsável pelos benefícios atribuídos a este manejo – não recomendado.

Recomendação 28 - Amniotomia precoce isoladamente para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. Não há evidências claras de que os benefícios potenciais superam os danos potenciais - não recomendado.

Recomendação 29 - Amniotomia precoce associada ao uso de ocitocina sintética para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. A redução variável na duração do primeiro estágio do trabalho de parto não justifica essa intervenção - não recomendado.

Recomendação 30 - O uso de ocitocina sintética para prevenir trabalho de parto prolongado em mulheres que recebem analgesia peridural não é recomendado. O uso de ocitocina sintética deve ser realizado quando indicado para tratamento do progresso lento ou trabalho de parto prolongado confirmado, em mulheres que receberam analgesia peridural - não recomendado.

Recomendação 31 - O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado - não recomendado.

Recomendação 32 - O uso de fluidos intravenosos de forma rotineira com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado. Mulheres de baixo risco devem ser incentivadas a ingerir líquidos durante o trabalho de parto – não recomendado.

Cuidados no segundo estágio do parto

Recomendação 33 – Recomenda-se o uso da seguinte definição para o segundo estágio do parto: período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, como resultado das contrações uterinas de expulsão – recomendado.

- As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Entre as primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 03 horas, enquanto nas múltiparas, o parto geralmente é concluído em 02 horas – recomendado.

Observações referentes à recomendação 33: o início do segundo estágio do trabalho de parto na prática clínica muitas vezes não é precisamente conhecido. Uma mulher pode sentir o desejo de empurrar antes de completar a dilatação ou ela pode ainda não sentir esse desejo no

momento em que a dilatação completa é diagnosticada. Se a dilatação completa é encontrada no exame vaginal, permanece incerto por quanto tempo este estado cervical esteve presente. Quando a condição da mulher é satisfatória, o feto está em boas condições, e há evidências de progresso na descida da cabeça fetal, não há motivos para intervenção. No entanto, quando o segundo estágio se estende para além da duração mencionada nesta recomendação, a chance de nascimento espontâneo dentro de um tempo razoável diminui, e a intervenção para agilizar o parto deve ser considerada.

Recomendação 34 - Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais – recomendado.

Recomendação 35 - Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais. A maioria das analgesias epidurais oferecidas atualmente são de “baixa dose” e permitem a livre escolha de posições no parto.

Observações referentes à recomendações 34 e 35 - O profissional de saúde deve garantir que o bem-estar do bebê seja adequadamente monitorado na posição escolhida pela mulher. Se uma mudança de posição for necessária para garantir a monitoração fetal adequada, isso deve ser efetivamente comunicado à mulher. É importante que qualquer posição em particular não seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada para adotar a posição que ela achar mais confortável. As posições semi-reclinada e de ‘quatro apoios’ facilitam a realização de técnicas de proteção perineal para evitar lacerações e contribuem para reduzir a perda sanguínea.

Recomendação 36 – Recomenda-se que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto. Evidências qualitativas sobre o que é importante para as mulheres durante o parto mostram que as mulheres querem sentir-se no controle de seu processo de nascimento, com o apoio de uma equipe gentil e tranquilizadora, sensível às suas necessidades. Os prestadores de cuidados de saúde devem evitar impor puxos direcionados às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com esta técnica – recomendado.

Recomendação 37 - Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do parto, os puxos podem iniciar até 02 horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o

desejo sensorial de empurrar. Os profissionais de saúde devem evitar a imposição imediata de puxos às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com estímulo imediato e a prática pode levar a mais intervenção médica – recomendado no contexto onde os recursos estão disponíveis para tempos mais longos do segundo estágio e a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e gerenciada - recomendação específica do contexto.

Recomendação 38 - Técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas perineais e proteção de mãos no períneo são recomendadas, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis. Evidências sugerem que a massagem perineal pode aumentar a chance de manter o períneo íntegro e reduzir lacerações perineais graves, que as compressas mornas reduzem as lacerações de quarto grau, e que a proteção com as mãos provavelmente reduz lacerações de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita essas técnicas preventivas perineais de baixo custo e valoriza seus resultados benéficos – recomendado.

Recomendação 39 - O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais. A técnica preferida é uma incisão médio-lateral, com técnica contínua de sutura - não recomendado.

Recomendação 40 - A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo estágio não é recomendado. Há preocupações com os danos potenciais à mãe e ao bebê que esse procedimento pode causar - não recomendado.

Observação referente à recomendação 40 - Estudo denominado Gentle Assisted Pushing (GAP) poderá ajudar a fornecer evidências importantes sobre os efeitos da aplicação de pressão do fundo de acordo com um protocolo específico

Recomendação 41 - O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós- parto (HPP) durante o terceiro estágio é recomendado em todos os partos – recomendado.

Recomendação 42 - A ocitocina (10 UI - IM ou IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP – recomendado

Recomendação 43 - Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina / metilergometrina, ou a combinação de ocitocina e ergometrina) ou o misoprostol oral (600 µg) é recomendado - recomendado.

Observações referentes à recomendação 43 – O uso de ergometrina / metilergometrina (derivados do ergot) é contra-indicado em mulheres com distúrbios hipertensivos. A eficácia de diferentes doses de misoprostol para prevenção da HPP não foi avaliada suficientemente.

Recomendação 44 - Recomenda-se retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil. O clampeamento tardio é recomendado mesmo entre as mulheres vivendo com HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido – recomendado.

Recomendação 45 - Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão (TCC) é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do trabalho de parto como importante. O prestador de cuidados deve discutir essa decisão com a mulher, associada ao uso de uma droga uterotônica profilática. Se a droga uterotônica utilizada for ergometrina/metilergometrina, a TCC é essencial para evitar a retenção placentária – recomendado.

Recomendação 46 - A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. Há uma falta de evidências sobre o papel da massagem uterina na prevenção da HPP quando drogas uterotônicas não são utilizadas, ou se uma droga uterotônica diferente da ocitocina é utilizada. Já a avaliação do tônus uterino continua a ser uma parte crucial dos cuidados imediatos pós-parto, particularmente, para a otimização do diagnóstico precoce da HPP.

Observações referente às recomendações 41 a 46 - A compreensão sobre a contribuição de cada componente do manejo ativo do terceiro estágio do parto, segundo as evidências científicas recentes aponta que: a intervenção primária é o uso de um uterotônico. No contexto do uso de ocitocina, a TCC pode adicionar um pequeno benefício, enquanto a massagem uterina parece não acrescentar benefício para a prevenção da HPP. O clampeamento precoce de cordão não é indicado.

Cuidados com o recém-nascido

Recomendação 47 – Não se deve aspirar boca e nariz de neonatos que tem líquido amniótico claro e que começam a respirar espontaneamente após o nascimento - não recomendado.

Recomendação 48 – Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação – recomendado.

Recomendação 49 - Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estão prontos – recomendado.

Recomendação 50 - Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele). O contato com a mãe e a amamentação devem ser iniciados o mais breve possível - recomendado

Recomendação 51 - O banho do recém-nascido deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas. Roupas apropriadas para a temperatura ambiente são recomendadas. Isso significa de uma a duas camadas de roupas no bebê a mais do que os adultos, e o uso de chapéus / bonés. A mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia - recomendado

Recomendação 52 - A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina é recomendado para todas as mulheres – recomendado.

Recomendado 53 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado – não recomendado.

Recomendação 54 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia. Antibióticos só devem ser administrados quando houver sinais clínicos de infecção de uma episiorrafia. Em uma situação de lesão perineal de terceiro ou quarto grau, os antibióticos profiláticos devem ser administrados conforme recomendação específica – não recomendado.

Recomendação 55 - pós-parto - Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. E se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas. A presença de micção deve ser documentada dentro de seis horas – recomendado.

Recomendação 56 - Após um parto vaginal descomplicado em uma Unidade de Saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o nascimento. Antes da alta, o sangramento da mãe deve estar controlado, a mãe e o bebê não devem ter sinais de infecção e o bebê deve estar amamentando bem - recomendado.