

# Intervenções obstétricas no parto vaginal em maternidade pública de São Luís, Maranhão

## Obstetric interventions in vaginal delivery in a public maternity hospital in São Luís, Maranhão

Larissa Costa Ribeiro<sup>1</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1360-2292>

Sanailson Costa Pereira<sup>2</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7347-8337>

Thaynara Neves Souza<sup>3</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3024-5052>

Vanessa Brasil Silva<sup>4</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0456-4829>

Eduarda Gomes Boguea<sup>5</sup>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2656-8238>

### Resumo

**Introdução:** O parto vaginal é um parto fisiológico e espontâneo. Porém, atualmente, na assistência ao parto normal, vem sendo utilizada rotineiramente métodos invasivos, que aceleram esse processo natural da mulher. **Objetivo:** Avaliar a utilização de intervenções no parto com seus fatores relacionados. **Materiais e métodos:** É um estudo transversal e quantitativo realizado com parturientes de uma maternidade pública de São Luís. A coleta de dados foi realizada através da entrevista e avaliação dos prontuários. O questionário foi estruturado em blocos referente às características sociodemográficas, obstétricas e do parto. As análises estatísticas foram pelo programa STATA®, utilizado o teste de Chi-quadrado de Pearson. **Resultados:** Segundo dados do prontuário, em 14,75% das puérperas foi realizado amniotomia e 37,70% ocitocina. Houve uma diferença significativa entre puérperas analfabeta/fundamental incompleta e a amniotomia; as primíparas foram mais submetidas à episiotomia; a ocitocina foi maior em puérperas sem companheiro. As perguntas sobre analgesia e condições do perineo estavam, em sua maior parte, sem registro no prontuário, 74,86% e 77,60%, respectivamente. **Conclusão:** Portanto, deve ser realizada uma revisão criteriosa da equipe multiprofissional, principalmente médica, sobre as intervenções julgadas necessárias no parto e uma preocupação com o preenchimento completo desses prontuários, para evitar subnotificações dessas intervenções realizadas.

**Palavras-chave:** parto normal; episiotomia; ocitocina; amniotomia.

### Abstract

**Introduction:** Vaginal delivery is a physiological and spontaneous delivery. However, currently, care for normal childbirth has been routinely used invasive methods, which accelerate this natural process of women. **Objective:** To evaluate the use of childbirth interventions and their related factors. **Materials and methods:** This is a cross-sectional and quantitative study carried out with parturients at a public maternity hospital in São Luís. Data collection was carried out through interviews and assessment of medical records. The questionnaire was structured in blocks referring to sociodemographic, obstetric and childbirth characteristics. Statistical analyzes were performed using the STATA® program, using Pearson's Chi-square test. **Results:** According to the medical records, 14.75% of the puerperal women underwent amniotomy and 37.70% oxytocin. There was a significant difference between illiterate/incomplete primary mothers and amniotomy; primiparous women were more often submitted to episiotomy; oxytocin was higher in postpartum women without a partner. The questions about analgesia and conditions of the perineum were mostly unrecorded in the medical records, 74.86% and 77.60%, respectively. **Conclusion:** Therefore, a careful review should be carried out by the multidisciplinary team, mainly medical, on the interventions deemed necessary in childbirth and a concern with the complete filling of these records, to avoid underreporting of these interventions performed.

**Keywords:** normal delivery; episiotomy; oxytocin; amniotomy.)

<sup>1</sup> Faculdade de Venda Nova do Imigrante, Brasil. E-mail: [costalr92@gmail.com](mailto:costalr92@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Maranhão, Brasil. E-mail: [sanailsoncosta@gmail.com](mailto:sanailsoncosta@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal do Maranhão, Brasil. E-mail: [neves.thaynara@hotmail.com](mailto:neves.thaynara@hotmail.com)

<sup>4</sup> Unidiferencial, Brasil. E-mail: [vanessab.silva@outlook.com](mailto:vanessab.silva@outlook.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal do Maranhão, Brasil. E-mail: [eduardabogea@gmail.com](mailto:eduardabogea@gmail.com)

## Introdução

O parto vaginal se define de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como de início espontâneo, em que o bebê nasce em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Consideramos, então, o parto vaginal como um evento fisiológico, natural<sup>1</sup>.

O modelo atual da assistência ao parto normal encontra-se desestabilizado. Essa situação é caracterizada pela transformação de um modelo em que a fisiologia é o principal desafio para cuidar do nascimento, para um modelo focado no uso rotineiro de tecnologias para controlar o trabalho de parto<sup>2</sup>. O uso desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos negativos. Nesse processo, o aumento do nível de complexidade do procedimento está relacionado ao aumento do risco<sup>3</sup>.

Conduzido pelo movimento a favor da humanização do nascimento e do parto e embasado em evidências científicas, a OMS publicou, em 1996, um guia prático para a assistência ao parto vaginal, no qual recomendou o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada parto<sup>4, 5</sup>. Seguindo as mesmas diretrizes, foram publicadas recomendações no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), preconizando uma indicação válida para a interferência no processo natural do parto, devendo o mesmo acontecer com o mínimo de intervenções médicas possíveis<sup>6</sup>.

Esse pensamento evidenciado pelo MS diverge com o pensamento mecanicista da obstetrícia médica atual, ocasionando em um aumento considerável no número de partos cesáreos, menor participação da mulher na escolha do tipo de parto e utilização excessiva de intervenções no parto vaginal<sup>7</sup>. Essas intervenções médicas incluem a analgesia e anestesia durante o parto; a infusão de ocitocina exógena para substituir os hormônios naturais da mulher; a secção do períneo através da episiotomia;

a extração manual forçada da placenta, entre outros procedimentos técnicos invasivos, que transferiam o controle do parto para o profissional médico responsável, sendo atualmente visto como um evento hospitalar e cirúrgico<sup>8</sup>.

O uso inadequado de tecnologias na assistência ao parto tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres, com resultados maternos e perinatais desfavoráveis<sup>9</sup>, além de adicionar maiores custos ao cuidado<sup>3</sup>. A taxa preconizada de episiotomia, por exemplo, fica em torno de 10% dos partos<sup>10</sup>.

Na América Latina, nota-se que a episiotomia tem sido realizada como uma intervenção de rotina nas pacientes primíparas e em parturientes com episiotomia prévia<sup>11</sup>. Já no Brasil, o uso de episiotomia durante o parto foi de 56% nos anos de 2011 e 2012<sup>7</sup>. Outra intervenção muito utilizada na prática obstétrica moderna é a ocitocina, medicação utilizada para a estimulação e aceleração do parto, com a intensificação das contrações e aumento da atividade uterina<sup>12</sup>.

O grau de intervenção obstétrica durante o parto vaginal está intimamente relacionado com o modelo de atenção à saúde e é responsável por interferências e pelo deslocamento da mulher no papel protagonista do parto. A utilização de métodos invasivos no parto vaginal também está relacionada com o nível socioeconômico da parturiente, com maiores índices de analgesia peridural, ocitocina, amniotomia, episiotomia, fórceps e cesárea entre pacientes atendidas no setor privado do que no setor público<sup>6</sup>.

Fundamentando-se na importância de resgate do papel central da mulher durante o parto, este artigo tem por objetivo avaliar a utilização de intervenções obstétricas durante o parto vaginal e seus fatores relacionados em uma maternidade da rede pública de São Luís, Maranhão.

## **Materiais e Métodos**

### **Amostra e tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, com o delineamento transversal e quantitativo. A população amostral foi por conveniência envolvendo parturientes que tiveram parto normal e que estavam internadas na maternidade da rede pública, no momento da coleta.

O estudo foi realizado de acordo com os princípios delineados na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e iniciado após a aprovação do Comitê de Ética por meio do parecer de número 3.321.282.

### **Crítérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídas na pesquisa, as pacientes que realizaram parto vaginal recente, com idade entre 18 e 40 anos e que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas as parturientes de gemelares (2) e com dados inconsistentes (1).

### **Delineamento da pesquisa**

Os dados foram coletados por acadêmicos de enfermagem devidamente treinados. A coleta de dados foi realizada de duas formas: entrevista face a face com a puérpera e avaliação do prontuário. O questionário utilizado foi estruturado em blocos referentes às características sociodemográficas, obstétricas e do trabalho de parto, sendo composto por 31 questões.

### **Procedimentos**

No primeiro momento foram perguntadas às puérperas, sobre suas características sociodemográficas como: idade, escolaridade, raça/cor, situação conjugal e renda familiar, sobre as características obstétricas como: número de consultas pré-natal, paridade, se informadas sobre medicalização no parto, segundo elas, quais intervenções obstétricas foram

realizadas no parto, as características do parto e condições perinatais.

No segundo momento, foram extraídos dados do prontuário da parturiente, a fim de ter acesso aos dados referentes à: idade gestacional, dilatação cervical, dinâmica uterina, estado das membranas, líquido amniótico, patologia associada, rotura de membranas, infusão de ocitocina, analgesia no parto, condições do períneo, mecônio intraparto e índice de Apgar. A extração dos dados do prontuário foi devidamente autorizada pela instituição em que a pesquisa foi coletada.

No terceiro momento, após o armazenamento dos questionários em banco de dados, foram tabulados por meio do Programa Excel do Microsoft Office 2010®. As análises estatísticas foram realizadas no programa STATA®, versão 14.0. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e frequências relativas (%). Para a estatística analítica, foi utilizado o teste de Chi-quadrado de Pearson para avaliar a diferença entre as variáveis independentes com as variáveis desfechos. Foram consideradas significativas as variáveis com valor de  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

A amostra foi composta por 186 parturientes entrevistadas. Foram excluídas três puérperas, levando em consideração os critérios de exclusão, com a amostra final sendo de 183 puérperas. Ao analisar as características socioeconômicas das puérperas, verificou-se que 45,36% tinham idade entre 24 a 32 anos, seguido de 37,70% das mulheres com a faixa etária de 18 a 23 anos. Em relação à cor da pele, 72,68% consideravam-se pardas e 56,83% relataram ter o ensino médio completo. Quanto à situação conjugal, observaram que 79,78% convivem com seus parceiros e 55,19% têm renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das parturientes de uma maternidade pública de São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

Variáveis	N <sup>1</sup>	%
<b>Idade</b>		
18 a 23 anos	69	37,70
24 a 32 anos	83	45,36
Maior que 32 anos	31	16,94
<b>Cor/raça</b>		
Parda	133	72,68
Negra	17	9,29
Branca	17	9,29
Amarela e outros	16	8,74
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta/ Fundamental Incompleto	25	13,66
Fundamental Completo	44	24,04
Médio Completo	104	56,83
Superior Completo	10	5,46
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro	37	20,22
Com companheiro	146	79,78
<b>Renda (salários-mínimos)</b>		
<1	81	44,26
1 a 3	101	55,19
4 a 6	1	0,55
<hr/>		
TOTAL	183	100

<sup>1</sup>N= 183 puérperas

Em relação à admissão na maternidade, a maioria das puérperas foi admitida entre 37 a 41 semanas de gestação (40,98%). O estado das membranas amnióticas das parturientes não estava registrado em 73,22% dos prontuários, porém, nos registros encontrados, percebe-se que 14,21% estavam com a bolsa íntegra. O líquido amniótico em 50,27% das

mulheres foi de coloração clara e 51,37% não apresentaram patologias associadas à gestação. Observou-se uma elevada taxa de dados nos prontuários sem registro: idade gestacional (19,13%), estado das membranas (73,22%), líquido amniótico (45,36%) e patologia associada (24,59%). (Tabela 2).

**Tabela 2.** Condições obstétricas no momento da admissão em gestantes, de uma maternidade pública de São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

Variáveis	N <sup>1</sup>	%
<b>Idade Gestacional</b>		
< 37 semanas	71	38,80
37 a 41 semanas	75	40,98
> 42 semanas	2	1,09
Sem registro	35	19,13
<b>Estado das membranas</b>		
Íntegras	26	14,21
Rotas	23	12,57
Sem registro	134	73,22
<b>Líquido amniótico</b>		
Claro	92	50,27
Meconial	1	0,55
Hemático	2	1,09
Outros	5	2,73
Sem registro	83	45,36
<b>Patologia associada</b>		
Sim	44	24,04
Não	94	51,37
Sem registro	45	24,59
TOTAL		100

<sup>1</sup>N= 183 puérperas

Durante a entrevista, foi perguntado às mães sobre o pré-natal, se foram repassadas informações sobre a medicalização no parto e 85,25% relataram que não. De acordo com as puérperas, 56,83% relataram que receberam a infusão

de ocitocina, em 18,03% foi infundida a analgesia e 10,38% relataram terem sido submetidas à episiotomia. Todas as mulheres informaram que o parto foi realizado sem o uso de instrumental/fórceps (Tabela 3).

**Tabela 3.** Intervenções médicas utilizadas durante o trabalho de parto em puérperas de uma maternidade pública de São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

Parturiente	N <sup>1</sup>	%
<b>Infusão de ocitocina</b>		
Sim	104	56,83
Não	78	42,62
Não sabe	1	0,55
<b>Analgesia no parto</b>		
Sim	33	18,03
Não	149	81,42
Não sabe	1	0,55
<b>Episiotomia</b>		
Sim	19	10,38
Não	163	89,07
Não sabe	1	0,55
Prontuário	N <sup>1</sup>	%
<b>Rotura de membranas</b>		
Espontânea	83	45,36
Artificial	27	14,75
Sem Registro	73	39,89
<b>Infusão de ocitocina</b>		
Sim	69	37,70
Não	33	18,03
S/registro	81	44,26
<b>Analgesia no parto</b>		
Sim	2	1,09
Não	44	24,04
S\registro	137	74,86
<b>Condições do períneo</b>		
Íntegras	28	15,30
Laceração 1º grau	10	5,46
Laceração 2º grau	2	1,09

Laceração 3º grau	1	0,55
S\registro	142	77,60
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> N= 183 puérperas.

Quanto aos dados coletados dos prontuários, a rotura da bolsa amniótica foi espontânea, ocorrendo em 45,36% das puérperas; em 14,75% a rotura de membrana foi artificial e 39,89% estava sem registro. A ocitocina foi utilizada em 37,70% das puérperas, sendo que 44,26% dos casos estavam sem registro. Em relação à analgesia no parto e condições do períneo, percebe-se que a maioria dos prontuários estava sem registro, 74,86% e 77,60%, respectivamente. Dentre os registros da condição do períneo, observa-se que houve laceração de 1º grau em 5,46% das puérperas, de 2º grau em 1,09%, de 3º grau

em 0,55% e em 15,30% não houve laceração (Tabela 3).

Observou-se uma diferença significativa entre o uso da episiotomia relatada pela puérpera com o número de partos ( $p=0,008$ ), onde primíparas tiveram maiores chances de serem submetidas à episiotomia comparado com as múltíparas. Também houve diferença relacionada à ocitocina e a situação conjugal ( $p=0,047$ ), em que as puérperas sem companheiro tiveram maior possibilidade da infusão de ocitocina no trabalho de parto comparado às que tinham o companheiro no momento (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição das puérperas submetidas às intervenções no parto vaginal, São Luís, Maranhão, Brasil, 2019.

Variáveis	OCITOCINA			EPISIOTOMIA			ROTURA DE MEMBRANA		
	Sim (%)	Não (%)	p valor	Sim (%)	Não (%)	p valor	Sim (%)	Não (%)	p valor
<b>Peso do RN</b>			0,476			0,400			0,076
< 2500g	71,88	28,13		7,46	92,54		15,79	84,21	
2500g a 3999g	64,71	35,29		12,73	87,27		28,17	71,83	
>=4000g	100,00	0,00		0,00	100,00		100,00	0,00	
<b>Idade (anos)</b>			0,165			0,975			0,761
<= 23	64,10	35,90		10,14	89,86		21,43	78,57	
24 a 32 anos	75,51	24,49		10,98	89,02		25,00	75,00	
>=33 anos	50,00	50,00		9,68	90,32		30,00	70,00	
<b>Escolaridade</b>			0,256			0,976			0,016*
Analfabeta/ ensino fund. incompleto	73,33	26,67		12,00	88,00		52,94	47,06	
Ensino fund. completo	80,77	19,23		11,63	88,37		22,73	77,27	
Ensino médio completo	59,26	40,74		9,62	90,38		20,31	79,69	



<b>Ensino superior completo</b>	71,43	28,57	10,00	90,00	0,00	100,00
<b>Idade gestacional</b>			0,285		0,875	0,115
<b>&lt; 37 semanas</b>	72,97	27,03	9,86	90,14	18,18	81,82
<b>37 a 41 semanas</b>	68,63	31,37	10,81	89,19	27,45	72,55
<b>&gt; 42 semanas</b>	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00
<b>Nº de partos</b>			0,627		0,008	0,059
<b>Primípara</b>	65,31	34,69	16,48	83,52	16,67	83,33
<b>Múltipara</b>	69,81	30,19	4,40	95,60	32,14	67,86
<b>Cesárea anterior</b>			0,379		0,064	0,866
<b>Sim</b>	66,30	33,70	9,09	90,91	24,75	75,25
<b>Não</b>	80,00	20,00	23,53	76,47	22,22	77,78
<b>Situação Conjugal</b>			0,047		0,934	0,461
<b>Sem companheiro</b>	85,71	14,29	10,81	89,19	30,43	69,57
<b>Com companheiro</b>	62,96	37,04	10,34	89,66	22,99	77,01

Teste Chi-quadrado de Pearson.

## Discussão

Com base nos dados sociodemográficos, o grau de escolaridade das puérperas predominante foi o ensino médio completo e somente 5,46% tinham o ensino superior completo. No estudo de Pereira *et al.*<sup>13</sup> realizado no Rio de Janeiro, as mulheres estudaram de oito a mais anos, que correspondem ao ensino médio, resultado semelhante à pesquisa.

O nível de conhecimento das parturientes reflete em um maior conhecimento sobre seus direitos sexuais, reprodutivos, durante a assistência materna no parto e informações sobre os estabelecimentos de saúde<sup>14</sup>, como também consequentemente sobre os métodos utilizados no trabalho de parto.

Em relação à situação conjugal percebeu-se que a maioria das mulheres

(79,78%) tinham companheiro. É evidente a importância da presença paterna principalmente no parto, em que a mãe necessita do apoio emocional do parceiro, para um processo humanizado<sup>13,14</sup>. Os efeitos do suporte de um acompanhante à parturiente estiveram associados a resultados maternos positivos, como redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento<sup>3,9,15</sup>.

A renda familiar da maioria das parturientes foi de um a três salários mínimos. De acordo com os dados do IBGE, em São Luís no ano de 2018, 33,8% da população total eram ocupados com trabalho formal e tinham o salário médio mensal de 3,2 salários<sup>16</sup>, próximo ao



encontrado no presente estudo. Entre as mulheres entrevistadas, 72,68% se consideraram da cor parda (72,68%), isso é, devido a uma grande miscigenação étnica e racial histórica do nosso país<sup>17</sup>.

Houve na amostra um elevado índice na admissão de gestantes com idade gestacional antecedendo as 37 semanas (38,80%). Visto que a maternidade da pesquisa é de alta complexidade para gestação de alto risco, aumentando assim, a frequência desses partos prematuros. Em uma Casa de parto em Sapopemba na capital de São Paulo, têm um protocolo de assistência ao parto, para acompanhamento de mulheres a partir das 37 semanas de gravidez, com avaliação de riscos clínicos e gestacionais<sup>18</sup>.

Em estudo de Correia, 20% dos nascimentos foram prematuros, fato esse não relacionado à faixa etária das mães, mas apresentaram fatores de risco como a hipertensão gestacional e a baixa escolaridade materna<sup>19</sup>.

A OMS estabelece uma classificação de boas práticas no parto normal, em quatro categorias: A: práticas úteis e que devem ser estimuladas; B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado<sup>10</sup>. A utilização rotineira da ocitocina está classificada pela OMS como prática sem evidências suficientes para apoiar sua recomendação e que deve ser usada com cautela (CATEGORIA C)<sup>30</sup>.

Segundo às respostas dos questionários (56,83%) e o registro dos prontuários (37,70%), a intervenção mais utilizada foi a ocitocina. A administração da ocitocina é realizada a critério da equipe médica e geralmente utilizada em mulheres que apresentam fatores de risco para hemorragia, fetos grandes e trabalho de parto prolongado, entre outras<sup>21</sup>.

Em estudos mostram que a ocitocina conduz a uma progressão no trabalho de parto quando as mulheres têm fatores de risco para hemorragias<sup>24</sup>. Entretanto, além da correção da evolução do parto, tem altos riscos de provocar danos à mãe e ao feto<sup>2</sup>.

A aplicação da ocitocina sintética variou de 27% em estudo na Suécia a 100% durante o terceiro estágio do trabalho de parto, em estudo realizado no Brasil<sup>22, 23</sup>. Em um hospital do Rio de Janeiro, profissionais residentes relataram que a administração da ocitocina ocorreu em 42% dos partos normais, sendo necessário um exame cuidadoso para saber a necessidade ou não da aplicação<sup>23</sup>.

Foram encontrados nos dados coletados que a infusão de ocitocina foi prevalente em mulheres sem companheiro. O uso da ocitocina está intimamente relacionado com a situação conjugal da mulher. A presença do parceiro no momento do parto alivia as tensões, diminui a ansiedade, passa segurança e força a futura mãe, contribuindo também para redução de intervenções, como a ocitocina, assim promovendo um processo de parto mais humanizado<sup>14</sup>.

Outra intervenção utilizada foi a amniotomia, que é a rotura artificial da membrana ovular, classificada pela OMS como prática que deve ser utilizada com cautela<sup>30</sup>. Houve uma relação significativa com a amniotomia nas parturientes e o seu menor grau de escolaridade (analfabeta/ensino fundamental incompleto).

Em relação à analgesia, o registro da sua utilização foi raro, impossibilitando a comparação dos dados com outros estudos. Enfatiza-se que a recomendação de utilização dessa intervenção é de 30% dos partos, quando todos os métodos não farmacológicos para aliviar a dor são esgotados<sup>2</sup>. Nos prontuários, o índice de sem registro dessa informação é alta (74,86%), o que indica um déficit no preenchimento desses dados.

A episiotomia é recomendada pela OMS em torno de 10 a 15% dos partos<sup>20</sup>.

Muitas mulheres relatam dispareunia, dor, alterações na cicatriz perineal após a episiorrafia, estreitamento excessivo do introito, edema, deiscência, infecção<sup>31</sup>. Além dessas complicações, a episiotomia é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por ser realizada em um corpo saudável sem ter benefício estabelecido e, em alguns casos, sem o consentimento da mulher e sem anestesia local prévia<sup>15</sup>.

Segundo o relato das puérperas sobre a episiotomia 10,38% relataram que foram submetidas à episiotomia. Assim, esse resultado referido pelas mães da taxa de episiotomia está dentro dos parâmetros recomendados pela OMS.

Nesse artigo houve altos índices de prontuários sem registro sobre as condições do períneo (77,60%), impedindo de identificar a realidade fidedigna da realização da episiotomia nas puérperas.

As primíparas foram mais submetidas à episiotomia do que as múltiparas. Esse dado se assemelha com o estudo de Serra *et al.*<sup>29</sup>, que aponta que primíparas têm dez vezes mais chances da realização da episiotomia do que as múltiparas. Além disso, o uso da episiotomia nas primigestas aumenta consideravelmente o risco de laceração e episiotomia subsequente<sup>29</sup>. No estudo de Inagaki, realizado em Aracaju, a primiparidade conferiu 2,5 maiores chances das primíparas serem submetidas à episiotomia<sup>20</sup>.

Em uma revisão integrativa realizada com o objetivo de investigar prevenção de lacerações perineais e episiotomia de rotina, viu-se que mulheres primíparas, sem história de parto vaginal anterior e, portanto, com pouca distensibilidade perineal, possuem três vezes mais chances de serem submetidas ao procedimento<sup>14</sup>.

Por muito tempo, a realização da episiotomia esteve envolvida com a promessa de proteção do assoalho pélvico e era realizada de forma rotineira nas mulheres que pariam pela primeira vez,

dentre outras situações. Atualmente, sabe-se que não há evidências científicas suficientes que possam respaldar benefícios de tal indicação rotineiramente, a curto ou longo prazo, e que a episiotomia quando realizada de forma seletiva, diminui a ocorrência de traumas perineais.

No geral, a intervenção obstétrica no parto foi realizada em menores proporções. A analgesia e amniotomia tiveram menores índices, já a ocitocina foi a intervenção com maior frequência de utilização nos partos normais.

Percebeu-se que nenhum dos prontuários avaliados havia a indicação ou justificativa para a realização de intervenções obstétricas no parto. Na maioria dos prontuários do primeiro serviço, onde há espaços livres para anotações, esses não são utilizados ou receberam anotações muito abreviadas e cifradas, cuja leitura é frequentemente prejudicada pela incompreensibilidade das siglas e/ou da escrita. Nessa medida, identificamos que quanto mais direto o formulário, melhor preenchido ele é, o que oferece mais informações registradas sobre as gestantes. Quanto mais abertos, menos anotações<sup>27</sup>.

Na admissão da gestante na maternidade até a alta hospitalar, o preenchimento do prontuário é realizado por profissionais de setores diferentes e são variados os fatores que contribuem para o preenchimento inadequado deste, como alta demanda de pacientes, desfalque de profissional no plantão, a evolução rápida do trabalho de parto, intercorrências no parto, entre outros.

Nessa pesquisa, percebeu-se que todos os dados referentes às intervenções médicas tiveram baixo registro, indicando que o processo de registro precisa ser otimizado. No estudo do autor Praxedes *et al.*<sup>28</sup>, realizado em uma maternidade do Rio Grande do Norte, houve maior taxa de preenchimento do prontuário na admissão com uma queda no decorrer da internação até a alta.

É evidente que, houve limitações corroborando para que diversas informações estivessem más preenchidas nos prontuários, interferindo na realidade do resultado das intervenções no parto. Como também, as puérperas durante a entrevista estavam cansadas fisicamente e mentalmente, direcionadas aos cuidados com o puerpério, preocupadas com a amamentação, entre outras coisas, aumentando a possibilidade de respostas equivocadas ou de não compreensão das perguntas realizadas.

### Conclusão

Evidencia-se a importância do nível de conhecimento das puérperas no pré-

natal, acerca dos processos do parto como intercorrências, procedimentos aceitáveis, para uma participação ativa nas decisões relacionadas ao trabalho de parto. O direito da parturiente de acompanhante durante pré, parto e pós-parto imediato, pela Lei Federal nº11.108, amenizam determinadas condutas excessivas de intervenções obstétricas e melhoram a evolução do parto.

Portanto, deve ser realizada uma revisão criteriosa da equipe multiprofissional, principalmente médica, sobre as intervenções julgadas necessárias no parto e uma preocupação com o preenchimento completo desses prontuários, para evitar subnotificações dessas intervenções realizadas.

### Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal. Brasília MS. 2017; (1): 1-53.
2. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery. 2016; 20 (2): 324-31.
3. Medeiros, MQ. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma Maternidade de referência do Ceará. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
4. Cederfeldt J, Carlsson J, Begley C, Berg M. Quality of intra-partum care at a university hospital in Nepal: A prospective cross-sectional survey. Sex & Reprod Healthcare. 2016; 7:52-7.
5. Escuriet R, Pueyo MJ, Botella MP, Espada X, Salgado I, Gómez A, Biescas H, Espiga I, White J, Fernandez R, Fusté J, Órtun V. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? BMC health services research. 2015; 15 (1):95.
6. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2018; 25 (4): 979-98.
7. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30: 17-32.
8. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Freitas MTA. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde/ Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. Ciência, Cuidado e Saúde. 2016; 15(4): 591-98.
9. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJVD. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. Rev Saúde Públ. 2012; 46:77-86.

10. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Organización Mundial de la Salud.2015. [Acessado 20 Julho 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179906>.
11. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2):329-37.
12. Lopezoza PH, Maestre MH, Borrego MAR. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016; 24. [Acessado 20 Julho 2021], e2744. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>>. Epub 25 Jul 2016. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>.
13. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery [Internet]* 2013 Jan-Mar [cited 2018 Apr 25]; 17-23.
14. Souza NA, Queiroz LLC, Silva RCCQ, Ribeiro TSF, Fonseca MDSS. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. *Rev Cienc Saúde*. 2013; 15(1): 28-38.
15. Lopes GDC, Gonçalves ADC, Gouveia HG, Armellini CJ. Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Rev Lat Am enfermagem*. 2019; 27: e3139.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Salário médio mensal dos trabalhadores formais: Cadastro Central de Empresas. Rio de Janeiro.2018. [Acesso em 20 de jul de 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>.
17. Feitoza SR. Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará-Fortaleza; 2018.
18. Silva FMBD, Paixão TCRD, Oliveira SMJVD, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(5):1031-38.
19. Correia AS. Resultados perinatais na gravidez em adolescentes precoces no município de São Luís-MA. Dissertação [Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil] - Universidade Federal do Maranhão; 2012.
20. Inagaki ADDM, Silva BDA, Andrade T, Ribeiro CJN, Abud ACF. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco. *Rev enferm UFPE*. 2017; 11(9): 3523-32.
21. Melo AA, Diaz CMG, Zamberlan C, Antunes B, Marques CT, Silveira GB, Kruel CS. Perfil de atenção ao parto em maternidade de risco habitual: tipo de parto e intervenções. *Research Society and Development*. 2020; 9(2): e176921905- e176921905.
22. Nystedt A, Hildingsson I. Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1): 233.
23. Almeida BF, Ribeiro JF, Araújo KRDS, Lavôr TBDSL. Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí, 2015. *Rev Enferm Atenção Saúde [online]*. Ago/Dez 2016; 5(2):45-56.
24. SantosAHL, Nicácio MC, Pereira, ALDF, Oliveira TCDMD, Progianti JM. Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(1): 1-9.
25. Nankali A, Keshavarzi F, Fakheri T, Zare S, Rezaei, M, Daeichin S. Effect of intraumbilical vein oxytocin injection on third stage of labor. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2013; 52(1): 57-60.

26. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saude e Soc.* 2010; 19(3): 664-73.
27. Praxedes ADO, Arrais L, Araújo MAAD, Silva EMMD, Gama ZADS, Freitas, MRD. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(10): e00034516.
28. Pitanguí ACR, Carvalho NHMG, Siqueira CV, Castro JFL, Araújo RCD. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. Pernambuco. *Rev Enferm UFPE online.* 2014; 8(2): 257-63.
29. Serra LS. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade escola de São Luís-MA. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem] – Universidade Federal do Maranhão; 2018.
30. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDDC, Bezerra FD, Cipolotti R, Gurgel RQ. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Ass Med Bras.* 2017; 63(12): 1039-48.
31. Rocha BDD, Zamberlan C. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. *Rev enferm UFPE on line.* 2018; 12(2): 489-98.
32. Morato, MGVA. Prática de episiotomia durante a assistência ao parto: tendência e fatores de risco em uma coorte retrospectiva de cinco anos. 2019. 65f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2356>.

---

### Como citar este artigo:

Ribeiro LC, Pereira SC, Souza TN, Silva VB, Boga EG. Intervenções obstétricas no parto vaginal em maternidade pública de São Luís, Maranhão. *Rev. Aten. Saúde.* 2022; 20(72): 175-187.

