

ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UM HOSPITAL DA BAIXADA LITORÂNEA DO RIO DE JANEIRO: DESAFIOS PARA UM PARTO RESPEITOSO

Childbirth care in a *Rio de Janeiro* coastal lowlands hospital: challenges for respectful birth

Asistencia al parto en un hospital de una región específica del Rio de Janeiro: desafíos para un parto respetuoso

Julianne de Lima Sales¹, Jane Baptista Quitete², Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp³, Marcilene Andrade Ribeiro Martins⁴

Como citar este artigo:

Sales JL, Quitete JB, Knupp VMAO, Martins MAR. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:108-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7092>.

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência ao parto das mulheres assistidas em um hospital público da baixada litorânea do Rio de Janeiro. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, de delineamento transversal, que utilizou a técnica documental retrospectiva. Os dados da pesquisa são relativos aos partos que ocorrem na instituição durante o período de janeiro a junho de 2015. **Resultados:** dos 796 partos, 352 (44,22%) ocorreram por via vaginal e 444 (55,77%) por via abdominal. Constatou-se que as primíparas e as mulheres com mais de 35 anos foram submetidas com maior frequência a cesárea. Das 352 parturientes que tiveram parto vaginal, 164 (46,59%) tiveram a episiotomia realizada. **Conclusão:** a instituição apresenta alto índice de partos cirúrgicos e realização de intervenções obstétricas, tais como a episiotomia, sendo realizada de forma rotineira e sem indicação adequada. A assistência encontra-se desumanizada e em desacordo com as atuais recomendações e evidências científicas.

Descritores: Parto; Episiotomia; Saúde da mulher.

1 Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense - UFF/Campus Rio das Ostras. Monitora bolsista do Consultório de Enfermagem da UFF/Campus Rio das Ostras. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras.

2 Enfermeira Obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutor em Enfermagem pela UERJ. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFF/Campus Rio das Ostras. Coordenadora do Consultório de Enfermagem da UFF/Campus Rio das Ostras. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras.

3 Enfermeira Especialista em Avaliação de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz). Doutora em Ciências da Saúde e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense/Campus Rio das Ostras. Pesquisadora dos Grupos de Pesquisa Laboratório sobre Enfermagem, Cuidado, Inovação e Organização da Assistência ao Adulto ou ao Idoso (LECIONAI, Estudos sobre Vivências e Integralidade dedicadas à Enfermagem, Criança, Infância, Adolescentes e Recém-nascidos (EVIDENCIAR), e Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME).

4 Enfermeira Obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Enfermeira do Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança da Secretária Municipal de Macaé/RJ. Enfermeira da equipe de parto domiciliar da Madria/RJ. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/UFF/Campus Rio das Ostras.

ABSTRACT

Objective: the study's purpose has been to analyze the childbirth care of women assisted at a public hospital in the coastal lowland of *Rio de Janeiro* State. **Method:** this is a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach that applied the retrospective documentary technique. The research data are related to the births that occurred in the institution during the period from January to June 2015. **Results:** a total of 796 births were recorded, 352 (44.22%) occurred by the vaginal route and 444 (55.77%) via abdominal. It was found that primiparous and women over 35 years old were more frequently submitted to cesarean section. Among 352 parturients who had a vaginal delivery, 164 (46.59%) had the episiotomy performed. **Conclusion:** the institution has a high rate of surgical deliveries and obstetric interventions, such as episiotomy, performed routinely and without adequate indication. The assistance is dehumanized and in disagreement with current recommendations and scientific evidence.

Descriptors: Childbirth; Episiotomy; Women's health.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la asistencia de parto de las mujeres asistidas en un hospital público de la baixada litorânea del Rio de Janeiro. **Método:** trata de un estudio descriptivo, de naturaleza cuantitativa, de delineamiento transversal, que utiliza la técnica documental retrospectiva. Dado los resultados de la investigación los partos ocurren en instituciones en Enero a Junio de 2015. **Resultados:** de los 796 partos, 352 (44,22%) ocurren por vía vaginal, el 444 (55,77%) por vía abdominal. Constantemente las mujeres primerizas con más de 35 años son sometidas con mayor frecuencia a cesárea. Dadas las 352 pacientes que tuvieron parto vaginal, 164 (46,59%) tuvieron una episiotomía. **Conclusión:** la institución representa un alto índice de partos cirúrgicos y realización de intervenciones obstétricas, tales como una episiotomía, siendo realizada de forma rutinaria y sin indicación adecuada. La asistencia se encuentra desumanizada en desacuerdo con las actuales recomendaciones y evidencias científicas.

Descriptorios: Parto; Episiotomía; Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e ao nascimento sofreram transformações profundas nas últimas décadas, passando do ambiente domiciliar para um parto institucionalizado. Desenhou-se então um modelo tecnocrático, centrado numa perspectiva que o parto é um evento patológico. No entanto, a arte de partear deve considerar a mulher como protagonista, a qual deve ocorrer de forma mais natural possível, evitando a utilização de tecnologias desnecessárias.¹

Neste sentido, as políticas públicas do Brasil, na área da saúde da mulher, transmutaram-se no decorrer das últimas duas décadas impulsionadas pelas transformações históricas, políticas, sociais e econômicas. Até o século passado, a parturiente foi afastada de seus familiares no processo de parturição, retirando-lhe o seu domínio durante esse processo, no qual o parto passa a ser um procedimento cirúrgico a ser realizado em ambiente hospitalar, asséptico e repleto de intervenções.²⁻³

A partir da década de 1980, o movimento da humanização do parto começa a ganhar força e visibilidade. Em 2000 é lançado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que busca restituir o protagonismo da mulher, a visão integral do parto, considerando os aspectos

fisiológicos, emocionais, sociais, culturais e uma assistência acolhedora, respeitosa, e baseada em evidências científicas.³⁻⁴

No Brasil, durante os anos de 2010 a 2015, ocorreram cerca de 17 milhões de nascimentos, deles 55,23% foram por via cesariana.⁵ Embora tenha ocorrido um aumento na cobertura da assistência pré-natal, ainda se mantém elevadas a razão de mortalidade materna e da mortalidade perinatal, além do uso excessivo de intervenções durante o parto, como episiotomia, Manobra de Kristeller e administração de ocitocina endovenosa.⁶⁻⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos. Além disso, as altas taxas de parto cirúrgico estão relacionadas a eventos indesejáveis, como o nascimento de prematuros, de baixo peso, com transtornos respiratórios e neurológicos, e também infecções puerperais.⁸

O avanço da obstetrícia moderna contribui de forma significativa para a redução da morbimortalidade materna e perinatais, no entanto, a adoção de tecnologias e procedimentos de forma demasiada, e com a perspectiva patológica do período gravídico puerperal, expõem a mulher e o recém-nascido a intervenções desnecessárias, desvalorizando a singularidade do binômio mãe-bebê.⁹

O modelo tecnológico da assistência obstétrica brasileira reflete no cuidado a mulher, utilizando-se de tecnologias intervencionistas durante o trabalho de parto e parto. O uso dessas tecnologias quando empregadas de forma desnecessária podem ser consideradas violência obstétrica, pois violam a integridade e a autonomia da mulher, a título de exemplo, podemos citar a episiotomia.

Além da mulher estar sujeita as alterações físicas e hormonais do processo gravídico-puerperal, a prática da episiotomia de forma rotineira, impacta e ocasiona repercussões na vida da mulher, sendo submetida a implicações de autoestima, sexualidade e maior risco de infecção, incontinência urinária fecal e limitações no puerpério.¹⁰

A OMS relata que humanizar o parto é adotar um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural e evitando condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o feto.¹¹ Devido a isso é de suma importância, empoderar as mulheres, a partir do acesso a informações e também qualificar a equipe de saúde para prestar cuidados baseados em evidências científicas.⁷

Para implementação do cuidado humanizado, a equipe de saúde é de suma importância, prestando uma assistência acolhedora, respeitosa e baseada em evidências científicas. Os profissionais de saúde devem encorajar a parturiente a práticas que venham beneficiar no trabalho de parto e parto, e desestimular procedimentos que ocasionam malefícios ao processo fisiológico da parturição.¹²

O parto adequado é aquele que assegure o bem-estar da mãe e do recém-nascido, seja ele vaginal ou cesárea. Ademais, que a escolha da via de parto seja realizada de acordo com as preferências da mulher, desde que possível e que a mesma tenha condições de definir de forma isenta, livre e informada.¹³

Ao realizar uma análise empírica da assistência às parturientes dentro da instituição pesquisada, questiona-se

se as parturientes estão sendo assistidas adequadamente e em conformidade com as atuais recomendações nacionais e internacionais e a luz das evidências científicas.

Dessa forma, o estudo justifica-se enquanto contribuição para a melhoria da assistência obstétrica na instituição, fomentar a importância da assistência humanizada, acolhedora e respeitosa, com destaque na construção do empoderamento da mulher acerca da autonomia e do direito de escolha, bem como propiciar material que possa ser útil para novos estudos na área uma vez que, é necessário investigar e estimular mudanças de atitudes na realidade da assistência obstétrica brasileira. O objetivo da pesquisa consiste em analisar a assistência ao parto das mulheres assistidas em um hospital público da baixada litorânea do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, de delineamento transversal, que utilizou a técnica documental retrospectiva. A pesquisa foi realizada em um hospital público da baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro.

Os dados da pesquisa são relativos aos 796 partos que ocorreram na instituição no período de janeiro a junho de 2015. Tendo como fonte primária os dados do livro de registros dos partos do hospital, e posteriormente dos prontuários das parturientes de parto vaginal, visto que algumas variáveis de interesse não estavam incluídas no livro. Adotou-se como critérios de exclusão as parturientes de gêmeos e natimortos.

O método utilizado foi a pesquisa de campo, utilizando um instrumento de coleta de dados, do tipo *checklist* preenchido pelas próprias pesquisadoras. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2017.

As variáveis analisadas foram: idade materna, idade gestacional, número de gestações, via de nascimento, índice de APGAR durante o primeiro e o quinto minuto, episiotomia e anestesia locorregional do nervo pudendo.

O APGAR foi categorizado em 0 a 3, de 4 a 6 e de 7 a 10, que representam as diferentes condições clínicas observadas ao nascimento. Os escores totais de 0 a 3 representam sofrimento grave, escores de 4 a 6 significam dificuldade moderada, e escores de 7 a 10 indicam ausência de dificuldades de adaptação.¹⁴

O processamento dos dados foi realizado por meio do programa de domínio público R (*R Foundation for Statistical Computing*) com cálculo da frequência relativa e as medidas de tendência central. Os resultados quantitativos foram comparados aos produzidos por outras instituições de saúde brasileiras e internacionais, e analisados a luz das orientações da Organização Mundial de Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), sob CAAE nº 52649615.2.0000.5243, respeitando os princípios éticos e

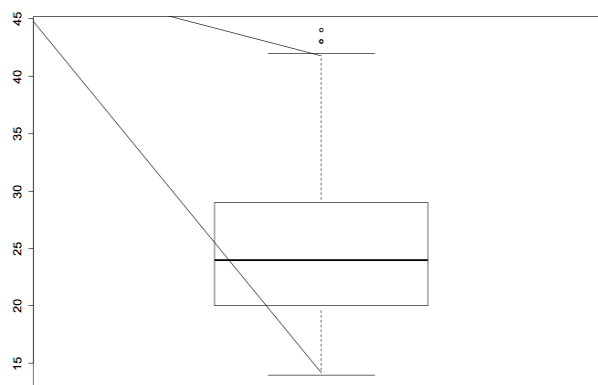
legais que envolvem as pesquisas realizadas com ser humanos, segundo a resolução nº 466/2012.¹⁵ No entanto, por se tratar de estudo retrospectivo com análise de prontuários, no qual não houve abordagem das usuárias do serviço de saúde, participantes de pesquisa, foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta produção acadêmica está inserida na linha de pesquisa intitulada: “Direitos sexuais e reprodutivos na atenção ao parto e nascimento”, do Grupo de pesquisa denominado Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/REN/Campus Rio das Ostras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 796 prontuários dos partos ocorridos na instituição estudada durante o período de janeiro a junho de 2015. Em relação ao perfil das parturientes assistidas na instituição, observou-se que a faixa etária durante o período do estudo foi de 14 a 44 anos, destas 180 (22,59%) na faixa etária dos 14 aos 19 anos, 547 (68,66%) tinham entre 20 a 34 anos e 69 (8,63%) entre 35 a 44 anos. A média de idade encontrada foi de 24,8 anos e mediana de 24 anos (Figura 1).

Figura 1 - Boxplot da idade das parturientes.

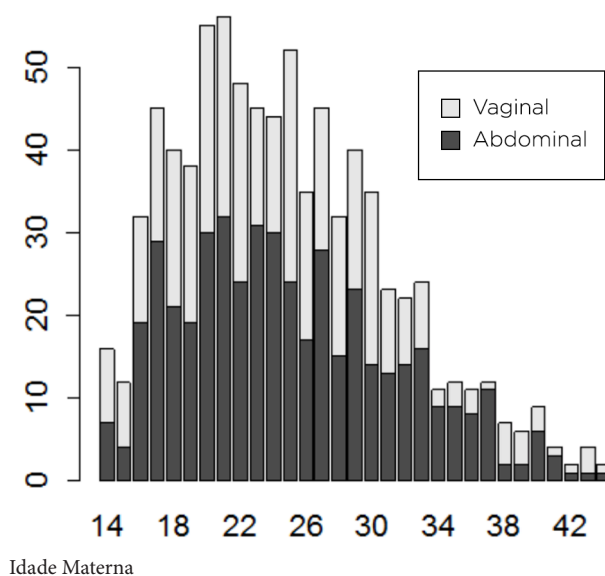


Idade Materna

Quanto ao número de gestações, 295 (37%) eram primigestas, 238 (29,8%) eram secundigestas e 232 (29,1%) estavam entre a terceira e a quinta gestação, e 24 (3,01%) já estavam na sexta gestação ou mais. Do total de prontuários analisados, 14 (1,75%) não apresentavam registros de antecedentes obstétricos.

No que diz respeito a via de parto, dos 796 partos, 352 (44,22%) ocorreram por via vaginal e 444 (55,77%) ocorreram por via abdominal. Dentre os partos assistidos, constatou-se que as primíparas apresentaram maior frequência do parto cirúrgico, ou seja, das 295 primíparas, 168 (56,94%) tiveram o parto via abdominal e 127 (43,05%) por via vaginal. As mulheres acima de 35 anos também são submetidas com maior frequência a cesárea, pois das 69 parturientes acima de 35 anos, 44 (63,76%) tiveram como via de parto a cesariana (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição da via de parto, segundo a idade materna (2015)



Com relação a idade gestacional das parturientes, a média encontrada foi de 38,67, segundo o tempo de amenorreia. Ocorreram 76 (9,54%) nascimentos pré-termos (menos de 37 semanas completas), 699 (87,8%) a termos (de 37 semanas até 41 semanas e 6 dias) e apenas 1 (0,12%) pós termo (42 semanas completas ou mais). Vale destacar, que em 20 (2,51%) prontuários não havia registros de idade gestacional.

Na análise da via de parto relacionada com a idade gestacional das parturientes, observou-se que dos 444 partos por via abdominal, 151 (34%) ocorreram antes da 39ª semana de gestação, sendo que 34 (7,65%) deles foram pré-termos.

Em relação ao índice de APGAR no primeiro minuto, os recém-nascidos por via abdominal (7,65%) apresentam o escore entre 4 e 6 em maior proporção que os nascidos por via vaginal (5,68%). Quanto ao Índice de APGAR no 5º minuto, também se constatou que enquanto no parto vaginal o percentual de APGAR de 4 a 6 é de 0,56%, no parto abdominal é de 1,56%. Em 12 (1,50%) prontuários não foram encontrados registros do índice de APGAR.

Tabela 1 - O Índice de APGAR no 1º minuto, relacionado com a via de parto (2015).

Via de Parto	Índice de APGAR					
	0-3		4-6		7-10	
	n	%	N	%	n	%
Vaginal	4	1,13	20	5,58	320	90,90
Abdominal	7	1,57	34	7,65	399	89,86

Tabela 2 - O Índice de APGAR no 5º minuto, relacionado com a via de parto (2015).

Via de Parto	Índice de APGAR					
	0-3		4-6		7-10	
	n	%	N	%	n	%
Vaginal	0	0	2	0,56	342	97,1
Abdominal	1	0,22	7	1,57	432	97,29

Das 352 parturientes que tiveram parto vaginal, 164 (46,59%) foram submetidas ao procedimento da episiotomia. Ressalta-se que 33 (9,37%) prontuários não possuíam registro sobre a realização deste procedimento, e 26 (7,38%) prontuários não foram encontrados no setor de arquivo da instituição.

Além disso, quando analisado a proporção de episiotomia de acordo com a paridade, observou-se que das 127 primíparas que tiveram parto vaginal, 84 (66,14%) foram submetidas a prática da episiotomia, considerando que 12 (9,44%) prontuários não foram encontrados ou não possuíam informação sobre o procedimento. Enquanto, das 225 múltiparas que tiveram o parto vaginal, apenas 80 (35,55%) foram submetidas a episiotomia. Em 47 (20,88%) prontuários não foram encontrados registros sobre este procedimento.

Tabela 3 - Distribuição numérica e proporcional da realização de episiotomia segundo a paridade, 2015.

Episiotomia (N=164)	Primípara (n=127)				Múltipara (n=225)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	84	66,14	31	24,40	80	35,55	98	43,55

Quando investigado o procedimento da episiotomia realizado com o bloqueio anestésico do nervo pudendo prévio, constatou-se falha nos registros dos prontuários neste tipo de registro, pois a informação sobre o procedimento anestésico foi inexistente em grande parte dos prontuários analisados. Deste modo, tornou-se inviável a análise desta variável.

A faixa etária das parturientes do estudo está em consonância com o cenário brasileiro, pois observa-se um número considerável de mulheres menores de 20 anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde, a proporção de nascidos vivos por idade materna no Brasil entre 10 a 19 anos está em declínio, em 1996 era de 22,9%, e em 2007 houve uma queda para 21,1%. No estado do Rio de Janeiro, no ano de 2015, a idade materna encontrada foi cerca de 17%, um pouco menor do que a realidade na instituição estudada.¹⁶

Ressaltamos que a atividade sexual quando iniciada precocemente pode acarretar gestações indesejadas, aumento da frequência de infecções sexualmente transmissíveis, bem como, a gravidez na adolescência pode ocasionar complicações maternas e fetais. Em função disso, o papel da atenção primária deve ser destacado diante desse desafio, com vistas a promoção das ações de educação sexual e reprodutiva, estabelecimento de vínculo e confiança dos adolescentes e incentivo ao sexo seguro, considerando os aspectos socioculturais e econômicos.¹⁷

O elevado número de partos cirúrgicos da instituição reflete o cenário atual da assistência obstétrica brasileira. No Brasil, a taxa de cesarianas na rede pública é de aproximadamente 52% dos nascimentos. No entanto, a Organização Mundial da Saúde preconiza que a taxa ideal para a cesariana é entre 10% a 15% do total de partos, taxas maiores que 10% não estão associadas com a redução da morbimortalidade materna e neonatal.¹⁸⁻¹⁹

A cesariana é fundamental para salvar vidas, desde que seja realmente necessária e tenha uma indicação baseada em evidência científica. Todavia, o quantitativo elevado de partos via abdominal evidencia inexistência de protocolos e monitoramento das indicações de cesariana na instituição.⁹ O Ministério da Saúde preconiza que: em nascimentos pré-termos e fetos pequenos para a idade gestacional, a cesariana de rotina não seja realizada. Ademais, o parto cirúrgico programado não deve ser realizado antes das 39 semanas de gestação.

A morbimortalidade materna é aumentada nas mulheres submetidas a cesariana, e quando realizada precocemente eleva os riscos de internação em terapia intensiva neonatal/atendimento neonatal especializado e a morbidade. As complicações mais comuns da cesariana são a hemorragia pós-parto, tromboembolismo venoso e a infecção puerperal. Quando não há indicação materna ou fetal recomenda-se o parto vaginal, pois ele é mais apropriado e seguro para a mulher.^{9,20}

Neste estudo, também se constatou que a idade materna (acima de 35 anos) e a primiparidade estão relacionadas diretamente com a taxa de cesariana mais elevada. Esses dados estão semelhantes a outros estudos, e justifica-se pelo fato de que as mulheres com idade materna avançada estão mais suscetíveis à maior incidência de intercorrências clínicas e obstétricas, comprometimento fetal desfavorável e ansiedade da equipe médica, aumentando deste modo o número de partos cirúrgicos sem uma indicação adequada.²¹⁻²²

A realização de cesarianas em primíparas pode causar prejuízo, haja vista a alta incidência de indicação de parto cirúrgico devido a cesariana anterior. Diversos estudos indicam

o risco de morbidade maior na cesariana do que no parto vaginal, e também uma frequência maior de complicações em cesarianas subsequentes. Esses riscos devem ser considerados pela equipe de saúde e informados para a mulher.²³⁻²⁴

A escolha da via de parto deve ser realizada pela gestante, baseando-se nos riscos, benefícios, possíveis complicações futuras e desfechos maternos e neonatais, no entanto, ainda há uma deficiência no diálogo e na transmissão de informações entre o profissional de saúde e a mulher. Ainda, segundo Feitosa (2017) observa-se nos discursos das mulheres padrões transmitidos coletivamente sobre a escolha do parto, na qual, o parto normal é sinônimo de dor.²⁵

Em contraste a esta realidade, estudos demonstram que as mulheres preferem a via de parto vaginal, no entanto, a perpetuação de padrões culturais para a escolha da via de parto aliados com a falta de conhecimento, poder de intervenção dos profissionais de saúde, mercantilização do parto e o desinteresse dos médicos pelo parto normal são fatores que influenciam na escolha pela cesariana e colaboram com os altos índices de partos cirúrgicos no cenário da rede pública e privada de saúde no Brasil.²⁶

Esse poder de intervenção dos profissionais de saúde e medicalização do corpo feminino, trouxe alguns procedimentos intervencionistas para a mulher no momento do parto e um deles é a episiotomia, que deveria ser indicada para reduzir ou impedir o trauma dos tecidos do canal do parto, prolapso e evitar lesões do polo cefálico fetal submetido à pressão sofrida de encontro ao perineo. Entretanto a sua prática se tornou rotina dentro das instituições hospitalares, sem evidências científicas.²⁷⁻²⁸

Os dados analisados nesse estudo relacionados a variável revelam que a episiotomia ocorre de forma rotineira e sem indicações reais para a sua realização. A episiotomia de forma rotineira é considerada pela Organização Mundial da Saúde, desde 1996, como uma prática frequentemente utilizada de forma inadequada. A pesquisa Nascer no Brasil (2014), que entrevistou 23.894 mulheres, constatou-se que em 56% dos partos foi realizada episiotomia e, quase 75% das primíparas foram submetidas a este procedimento.⁷

Vale ressaltar as repercussões causadas pela realização da episiotomia, visto que a dor perineal é uma causa comum de morbidade no puerpério, dificultando o autocuidado e também a prestação de cuidados ao recém-nascido.²⁹ A prática da episiotomia de forma rotineira, impacta e ocasiona repercussões na vida da mulher, com implicações na autoestima e na sexualidade, elevando o risco de infecção e incontinência urinária fecal, dentre outras limitações no puerpério.¹⁰

Segundo Francisco (2014), as primíparas estão mais sujeitas a traumas perineais, sobretudo a episiotomia.³⁰ Além disso, múltiparas têm três vezes mais chances de se manterem sem traumas perineais do que primíparas.³¹ E mesmo quando a assistência é prestada por enfermeiras obstétricas também há uma predominância na realização de episiotomia em primíparas.³² Esses resultados coincidem com os resultados encontrados no estudo, e incitam a reflexão para mudança da atual assistência obstétrica brasileira.

Transformar o modelo da atual assistência obstétrica brasileira ainda persiste como desafio para os gestores e

profissionais de saúde. É imprescindível promover e resgatar o empoderamento e a fisiologia da mulher, reduzir intervenções desnecessárias e utilizar práticas de assistências baseadas em evidências científicas.^{9,33}

Em relação à analgesia utilizada para alívio da dor durante a realização da episiotomia, existem poucos estudos sobre o grau da dor durante a realização da incisão cirúrgica e da sutura perineal. No entanto, por ser um ato cirúrgico, faz-se necessário que a mulher seja informada sobre os benefícios e malefícios do procedimento e autorize o mesmo, entretanto, a supremacia da equipe prevalece, e a maioria das mulheres desconhece tal prática. A realização de tais procedimentos sem autorização fere os direitos humanos e a autonomia das mulheres e constitui-se uma violência obstétrica.³⁴

Durante o estudo observou-se falhas de registro nos prontuários das parturientes, dados sobre a anestesia locorregional no parto em grande parte dos prontuários não estavam preenchidas, dificultando a análise deste procedimento dentro da instituição. Os registros nos prontuários retratam o tipo de assistência prestada pelos profissionais, além de ser um documento legal, quando o mesmo se mostra falho e incompleto, impossibilita determinar o processo assistencial prestado pela equipe de saúde.³⁵

O Índice de APGAR é um método para avaliar a vitalidade do recém-nascido no primeiro e quinto minuto, por meio de cinco variáveis: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. A aferição longitudinal do boletim de APGAR possibilita avaliar a resposta do recém-nascido aos procedimentos realizados, destacando que o mesmo não deve ser utilizado como critério para iniciar a reanimação neonatal. Diante do resultado dos escores totais permite-se analisar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.^{14,20,36}

Quando analisada a influência da via de nascimento no boletim de APGAR, alguns estudos demonstram que há uma diferença significativa entre o parto vaginal e o cirúrgico. Nossos achados ratificam essa diferença do APGAR relacionado com a via de nascimento (no primeiro e no quinto minuto).^{37,38}

Outrossim, transformar o processo assistencial durante o trabalho de parto, parto e a recepção desse novo ser ao mundo, apresentam benefícios maternos e neonatais. E devem ser incentivados pela equipe de saúde, reduzindo-se as tecnologias invasivas e as cesáreas eletivas, visto que estes procedimentos aumentam o risco de morbimortalidade neonatal.^{14,20}

CONCLUSÃO

O estudo revela que a instituição apresenta alto índice de partos cirúrgicos em detrimento dos partos vaginais. Nota-se também a realização de intervenções obstétricas, tais como a episiotomia, sendo realizada de forma rotineira e sem indicação adequada. Tendo como base estes resultados, e respondendo ao objetivo deste manuscrito, consideramos que assistência ao parto das mulheres assistidas na instituição investigada não atende as diretrizes da Política de Humanização do Parto e Nascimento e não está de acordo com as recomendações internacionais sobre atenção ao parto e nascimento.

Deste modo, os resultados reiteram a importância de transformar o atual modelo da assistência obstétrica brasileira, com vistas a superar os desafios existentes dentro do modelo biomédico hegemônico e auxiliar na proposição de intervenções que possam qualificar a atenção ao parto e nascimento baseados na premissa de que parir e nascer são eventos fisiológicos e familiares.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para novas pesquisas dentro da temática, e que auxilie nas proposições de estratégias e estimule mudanças de atitudes nos profissionais que assistem aos partos.

As limitações deste estudo estão relacionadas a dificuldade de acesso aos prontuários devido à escassez de funcionários no setor de arquivo, e a baixa qualidade no preenchimento dos prontuários por parte dos profissionais da equipe médica.

REFERÊNCIAS

1. Wolff LR, Moura MAV. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2004 ago [citado em 2017 nov 21];8(2):279-85. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>
2. Reis CSC, Souza DOM, Progiante JM, Vargens OMC. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. *Enfermagem Obstétrica [Internet]*. 2014 jan-abr [citado em 2017 out 20];1(1):7-11. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/3/1>
3. Matos GC, Escobal AP, Soares MC, Härter J, Gonzales RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online [Internet]*. 2013 mar [citado em 2017 nov 19];7(esp):870-8. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741>
4. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
5. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde, 2015
6. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 out [citado em 2017 nov 21];47(5):1031-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en.
7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura PM et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2014 [acesso em 2017 nov 21];30(Suppl1): 17-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300005&lng=en.
8. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesáreo nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2016 [citado em 2017 out 10];50(5):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
10. Lopes DM, Bonfim AS, Sousa A, Reis L, Santos L. Episiotomy: feelings and consequences experienced by mothers. *Rev pesqui cuid fundam Online [Internet]*. 2012 jan 3; [citado em 2017 nov 21];4(1):2623-35. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1532>
11. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev Enferm UNISA [periódico na Internet]*. 2012 [citado em 2017 out 5];13(1): 64-8. Disponível em: http://www.academia.edu/23294814/Assist%C3%Aancia_de_enfermagem_ao_parto_humanizado

12. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Jun [citado em 2017 nov 21];20(2): 324-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000200324&lng=en.
13. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 fev [citado em 2017 out 21]; 45(1): 185-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en.
14. Honckenberry MJ, Wilson D. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
16. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). 2015 [acesso em 2017 nov 21]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
17. Almeida TM, Rocha LS. Gravidez na adolescência: reconhecimento do problema para atuação do enfermeiro na sua prevenção. In: *Anais VII Simpósio de Produção Acadêmica*; 2015 jan-dez; 7(1). Minas Gerais (MG): Univçosa; 2015. p 222-27.
18. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health* [Internet]. 2012 Aug [acesso em 2017 nov 01]; 9(15). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913663>.
19. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2(8452):436-7.
20. Montenegro CAB, Rezende Filho JR. Rezende obstetrícia. 13ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2017.
21. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2004 out [citado em 2017 nov 27]; 26(9): 697-701. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900004&lng=en.
22. Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral Júnior SF. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2003 dez [citado em 2017 Nov 27];25(10):739-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000007&lng=en.
23. Liu S, ListonRM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2007 Feb 13 [citado em em 2017 Nov 2017]; 176(4): 455-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1800583/>
24. Miller ES, Hahn K, Grobman WA. Consequences of Primary Elective Cesarean. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2013 Apr [citado em 2017 Oct 20]; 121(4): 789-97. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/04000/Consequences_of_a_Primary_Elective_Cesarean.14.aspx
25. Feitosa RMM, Pereira RD, Souza TJCP, Freitas RJM, Cabral SAR, Souza LFF. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017 jul 1 [citado em 2017 nov 29]; 9(3):717-26. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5502>
26. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Petters VR, Gregório, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 abr-jun [citado em 2017 out 20]; 24(2): 336-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf
27. Oliveira APG, Machado DS, Silva JM, Chevitaress L. Episiotomia: discussão sobre o trauma psicológico e físico nas puérperas -uma revisão bibliográfica. *Revista Rede de Cuidado em Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 2017 nov 29]; 10(1): 1-13. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/3311/1512>
28. Bolsoni AC, Coelho JA. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. *Revista De Saúde Pública Do Paraná* [Internet]. 2016 dez [citado em 2017 out 10]; 17(2): 199-205. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/26749/pdf20>
29. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 mar-abr [citado em 2017 out 20]; 65(2):264-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a10.pdf>
30. Francisco AM, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado em 2017 out 12]; 48(Esp):40-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48nspe/pt_0080-6234-reusp-48-esp-040.pdf
31. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of the risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 [citado em 2017 out 12];13(59): 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599825/pdf/1471-2393-13-59.pdf>
32. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progiantsi JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2011 abr-jun [citado em 2017 out 11]; 19(2):181-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>
33. 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* [Internet]. 2016 [citado em 2017 out 29];20(2):324-331. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>
34. Costa NM, Oliveira LC, Solano LC, Martins PHMC, Borges IF. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. *Facene/Famene* [Internet]. 2011 [citado em 2017 nov 20]; 9(2):45-50. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>
35. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta paul enferm* [Internet]. 2009 jun [citado em 2017 nov 29];22(3):313-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en.
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
37. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 ago [citado em 2017 nov 28];23(8):1886-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800015&lng=en.
38. Franceschini DTB. Comparação da vitalidade entre recém-nascidos de parto normal e de cesárea [monografia] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS; 2006.

Recebido em: 10/12/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 09/04/2018

Publicado em: 10/01/2020

Autora correspondente

Julianne de Lima Sales

Endereço: Rua Dr. Batista, 20, Bairro Fazendinha

Rio de Janeiro, Brasil

CEP: 28.970-000

E-mail: j.salees@gmail.com

Número de telefone: +55 (22) 97401-1591

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.