



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM

Manoela Brum

**Prevalência de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de  
risco habitual e fatores associados na região Sul do Brasil**

Florianópolis  
2023

Manoela Brum

**Prevalência de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de risco obstétrico habitual e fatores associados na região Sul do Brasil**

Dissertação de mestrado apresentado à banca examinadora ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Dra. Margarete Maria de Lima

Coorientadora: Dra. Manuela Beatriz Velho

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Brum, Manoela

Prevalência de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual e fatores associados na região Sul do Brasil / Manoela Brum ; orientador, Margarete Maria de Lima, coorientador, Manuela Beatriz Velho, 2023.

119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Trabalho de Parto. 3. Obstetrícia. 4. Ocitocina. 5. Prática Clínica Baseada em Evidências. I. Lima, Margarete Maria de . II. Velho, Manuela Beatriz . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Manoela Brum

**Prevalência de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de risco obstétrico habitual e fatores associados na região Sul do Brasil**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 18 de outubro de 2022, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Juliana Pina, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Juliana Jacques da Costa Monguilhott, Dra.

Instituto Federal de Santa Catarina - IFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Profa. Margarete Maria de Lima, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2023.

## AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de me especializar em uma instituição federal com grande qualidade de ensino.

A profa. Dra. Margarete Maria de Lima, por mais uma vez me incentivar e orientar na jornada acadêmica.

A profa. Dra. Manuela Beatriz Velho, pelos estímulos e ensinamentos na prática profissional e me guiar nessa aventura da pesquisa quantitativa.

Aos membros da banca pelo aceite, tenho certeza que as contribuições serão valiosas.

Agradeço a todos os colegas de profissão que passaram pela minha caminhada, cada um me motivou de certa forma.

No fim, foi um processo solitário e desafiador. Agradeço a mim por ter persistido nesta jornada de grande desenvolvimento.

Agradeço e dedico esse trabalho a minha mãe Silvana (*In memorian*), que foi um exemplo de determinação e me incentivou desde o primeiro dia de faculdade, é por ela que batalho para a qualificação do atendimento à saúde de mulheres.

Por último e não menos importante, agradeço ao Felipe que acreditou no meu potencial, aos meus familiares e amigos que estiveram ao meu lado (mesmo distantes), comemorando minhas vitórias.

Gratidão!

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar o uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco obstétrico habitual e fatores associados na região Sul do Brasil. **Método:** Estudo transversal realizado a partir dos dados da pesquisa Nascer no Brasil I. Participaram 1.181 puérperas que entraram em trabalho de parto, em 46 instituições da Região Sul. Os dados foram coletados no ano de 2011 em entrevista com os gestores e puérperas, extraídos dos prontuários e cartões de pré-natal. Foi realizada análise descritiva para cálculo da prevalência das variáveis independentes. Para identificar os fatores associados à variável dependente, foi realizada análise multivariável por meio da Regressão de Poisson com análises brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** Foi identificada prevalência de mulheres atendidas em hospitais do interior (74,2%), mistos (66,2%), com título de Hospital Amigo da Criança (60,0%). O pré-natal apresentou prevalência de atendimento por médicos (92,9%), no serviço público (81,8%), seis ou mais consultas (74,3%), orientação sobre início do trabalho de parto (52,2%) e decisão final pelo parto normal (74,1%). Apresentou baixa prevalência de boas práticas: oferta de dieta (18,3%), métodos não farmacológicos para alívio da dor (35,8%) e presença de acompanhante (53,8%); e elevada prevalência de intervenções: posição de litotomia (95,3%), manobra de *Kristeller* (34,2%) e episiotomia (55,8%). A administração de misoprostol reduziu a chance de utilização da ocitocina (RPaj= 0,5; IC95% 0,4-0,7), o uso de ocitocina aumentou a prescrição de analgésicos (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4), da analgesia de parto (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4) e amniotomia (RPaj= 1,1 IC95% 1,1-1,2). Os resultados também verificaram a prevalência de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (68,7%), brancas (59,3%), com companheiro (85,7%), uso de ocitocina (56,1%), trabalho de parto induzido (15,6%). Nos desfechos maternos houve elevada prevalência de parto vaginal (88,9%), parto com intervenção (97,6%) e episiotomia (55,2%). Nos desfechos neonatais baixa prevalência de contato pele a pele (48,6%), oferta de seio materno em sala de parto (29,8%) e reanimação neonatal (7,5%). Mulheres com cesariana prévia tiveram menos probabilidade de receber ocitocina (RPaj= 0,9 IC 95% 0,8-1,0 p= 0,025). O uso de ocitocina aumentou a chance de parto instrumental (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4) e realização de alguma intervenção (RPaj= 1,3 IC95% 1,1-1,5). **Conclusão:** Na Região Sul há predomínio de uma assistência intervencionista, que associa o uso de ocitocina a outras práticas e baixa prevalência na realização de boas práticas, com uma assistência obstétrica que não abrange as práticas baseadas em evidências.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto. Obstetrícia. Ocitocina. Prática Clínica Baseada em Evidências.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the use of oxytocin in labor and delivery in pregnant women at usual obstetric risk and associated factors in southern Brazil. **Method:** Cross-sectional study based on data from the Born in Brazil I survey. 1,181 postpartum women who went into labor participated in 46 institutions in the South Region. Data were collected in 2011 in interviews with managers and postpartum women, extracted from medical records and prenatal cards. Descriptive analysis was performed to calculate the prevalence of independent variables. To identify the factors associated with the dependent variable, a multivariate analysis was performed using Poisson Regression with crude and adjusted analyzes and a 95% confidence interval (95%CI). **Results:** There was a prevalence of women assisted in hospitals in the interior (74.2%), mixed (66.2%), with the title of Child-Friendly Hospital (60.0%). Prenatal care was attended by physicians (92.9%), in the public service (81.8%), six or more consultations (74.3%), guidance on the onset of labor (52.2%) and final decision for vaginal delivery (74.1%). It showed a low prevalence of good practices: offering a diet (18.3%), non-pharmacological methods for pain relief (35.8%) and presence of a companion (53.8%); and high prevalence of interventions: lithotomy position (95.3%), Kristeller maneuver (34.2%) and episiotomy (55.8%). The administration of misoprostol reduced the chance of using oxytocin (RPaj= 0.5; CI95% 0.4-0.7), the use of oxytocin increased the prescription of analgesics (RPaj= 1.2 CI95% 1.1- 1.4), labor analgesia (RPaj= 1.2 CI95%1.1-1.4) and amniotomy (RPaj= 1.1 CI95% 1.1-1.2). The results also verified the prevalence of women aged between 20 and 34 years (68.7%), white (59.3%), with a partner (85.7%), use of oxytocin (56.1%), induced labor (15.6%). Regarding maternal outcomes, there was a high prevalence of vaginal delivery (88.9%), interventional delivery (97.6%) and episiotomy (55.2%). In neonatal outcomes low prevalence of skin-to-skin contact (48.6%), breastfeeding in the delivery room (29.8%) and neonatal resuscitation (7.5%). Women with a previous cesarean section were less likely to receive oxytocin (RPaj= 0.9 95%CI 0.8-1.0 p= 0.025). The use of oxytocin increased the chance of instrumental delivery (RPaj= 1.2 CI95% 1.1-1.4) and performance of some intervention (RPaj= 1.3 CI95%1.1-1.5). **Conclusion:** In the South Region, there is a predominance of interventionist care, which associates the use of oxytocin with other practices and a low prevalence of good practices, with obstetric care that does not cover evidence-based practices.

**Keywords:** Labor. Obstetric. Oxytocin. Obstetrics. Evidence-Based Practice.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama dos participantes estudados. Região Sul do Brasil. 2011. (N= 1.181).....	38
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características demográficas, socioeconômicas e obstétricas das gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181).....	52
Tabela 2: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as características institucionais. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181) .....	53
Tabela 3: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as informações do pré-natal da gestação atual. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181) .....	54
Tabela 4: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as boas práticas e práticas de monitorização no trabalho de parto. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181).....	55
Tabela 5: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as práticas intervencionistas. Região Sul do Brasil. 2011 .....	56
Tabela 6: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181).....	73
Tabela 7: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo os desfechos maternos. Região Sul do Brasil. 2011 .....	74
Tabela 8: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada do uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo os resultados neonatais. Região Sul do Brasil. 2011 .....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
CDP	Coleta de Dados do Prontuário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ISMP	<i>Institute for Safe Medication Practices</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QEP	Questionário de Estrutura – Processo
QHP	Questionário Hospitalar Puérpera
QLN	Qualitativa Nominal
RNL	Revisão Narrativa da Literatura
QLO	Qualitativa Ordinal
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>18</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
3.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO E AÇÃO DA OCITOCINA.....	19
3.2 OCITOCINA SINTÉTICA NO PERÍODO PARTURITIVO.....	21
3.3 PRÁTICAS INTERVENCIONISTAS NO TRABALHO DE PARTO.....	25
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>30</b>
4.1 PESQUISA NASCER NO BRASIL .....	30
<b>4.1.1 Desenho do estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1.2 Plano Amostral</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1.3 Logística de Campo</b> .....	<b>32</b>
4.1.3.1 <i>Equipe técnica</i> .....	32
4.1.3.2 <i>Estudo Piloto</i> .....	33
4.1.3.3 <i>Treinamento</i> .....	33
<b>4.1.4 Coleta de dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.1.5 Característica dos Questionários</b> .....	<b>34</b>
<b>4.1.6 Controle de qualidade</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1.7 Considerações éticas</b> .....	<b>36</b>
4.2 ESTUDO DA REGIÃO SUL A PARTIR DA PESQUISA NASCER NO BRASIL.....	36
<b>4.2.1 Participantes do Estudo</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2.2 Variáveis</b> .....	<b>38</b>
<b>4.2.3 Análise de dados</b> .....	<b>45</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
5.1 MANUSCRITO 1 – PREVALÊNCIA DA OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO E FATORES ASSOCIADOS COM AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL.....	47
5.2 MANUSCRITO 2 – ASSOCIAÇÃO NO USO DA OCITOCINA DURANTE O TRABALHO DE PARTO COM AS CARACTERÍSTICAS E DESFECHOS MATERNS E NEONATAIS NA REGIÃO SUL DO BRASIL .....	67

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR)</b> <b>.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO D - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR PUÉRPERA (QHP).....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO E - COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO (CDP).....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO F - ENTREVISTA DOMICILIAR POR TELEFONE (EDP).....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ESTRUTURA - PROCESSO</b> <b>(QEP).....</b>	<b>107</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico, faz parte de uma experiência de vida saudável e na maior parte dos casos sucede sem intercorrências. A classificação de risco gestacional auxilia na determinação da necessidade de cuidados que vai do mínimo, quando apresenta poucos riscos, até o máximo para àquelas com alta probabilidade de sofrer agravos à saúde. Nessa perspectiva, as gestantes classificadas como de risco habitual no decorrer do trabalho de parto, necessitam de pouca ou nenhuma intervenção, para a evolução do processo parturitivo de forma fisiológica (BRASIL, 2012).

No passado, o parto era um evento fisiológico e familiar, vivenciado e atendido por mulheres que possuíam experiência no atendimento às parturientes. No Brasil, a partir do século XX ocorreu uma mudança significativa no atendimento obstétrico, com a inclusão de tecnologias advindas do avanço da ciência. Com essas mudanças o nascimento passou a ser considerado um evento potencialmente perigoso, que necessita de observação constante e ajustes do profissional assistente, levando a institucionalização do parto, com a promessa de um atendimento de forma segura para a mãe e seu bebê (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O uso das tecnologias advindas do avanço da ciência, propôs o cuidado qualificado, já que fez decair as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Porém nesse cenário, a parturiente foi submetida ao papel de objeto, sujeita às normas e rotinas hospitalares, a mulher perdeu sua individualidade e autonomia ao ser afastada do ambiente familiar, no qual sentia-se protegida. Esse deslocamento do ambiente doméstico para os hospitais tem grande influência da sociedade patriarcal, dominadora sobre os corpos das mulheres, já que na época apenas os homens eram detentores do acesso à formação científica (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Ainda hoje, na maioria das instituições o atendimento encontra-se focado no modelo biomédico, as mulheres acabam sendo submetidas à privação de seus direitos, com prescrição de intervenções sem embasamento científico e considerados prejudiciais, como exemplos a restrição da movimentação materna, o uso rotineiro de episiotomia, a realização de toques vaginais recorrentes, o uso excessivo de ocitocina, a restrição da ingesta hídrica e alimentar da parturiente, parto vaginal instrumentalizado, puxos dirigidos, entre outras práticas (LEAL *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016). O uso de intervenções de forma indiscriminada é considerado uma

violência obstétrica, esse tipo de prática desconsidera o protagonismo das mulheres e objetifica seus corpos (ANDRADE *et al.*, 2016).

Com os avanços das evidências científicas e diante do atendimento intervencionista proposto nas unidades hospitalares, a preocupação em relação à realização de técnicas desnecessárias na atenção ao parto começa a ser discutida. No ano de 1985, após evento em parceria da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) surge recomendações sobre a tecnologia apropriada para o parto e nascimento, visando um atendimento qualificado e respeitando a fisiologia do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Posteriormente, em 1996, a OMS publicou relatório de recomendações, embasado em evidências científicas atuais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, lançada em 2016 pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), foi outro documento produzido visando a proteção do nascimento, no qual vários pontos ressaltados reiteram o indicado pela OMS (BRASIL, 2016).

Em 2018, a OMS apresentou 56 recomendações, com cuidados gerais, cuidados no primeiro e segundo estágio do parto, além de cuidados com o recém-nascido. Práticas que visam dirigir o protagonismo para a parturiente e direcionar as tecnologias ao diagnosticar alguma distocia, em busca de uma experiência positiva do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nos documentos, um dos pontos discutidos é a utilização da ocitocina sintética de forma indiscriminada, visto que esse hormônio tem ação potencialmente danosa para a saúde da mulher e feto quando usado em excesso (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Na obstetrícia este hormônio em sua forma sintética é utilizado para indução do trabalho de parto e condução das contrações uterinas, visando a evolução para o parto vaginal ao auxiliar na estimulação da dinâmica uterina, também como uterotônico para prevenir atonia uterina e hemorragia no pós-parto, recomendado administração intramuscular após o nascimento, independente da via (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A síntese da molécula de ocitocina foi um grande marco na obstetrícia, contudo em certo momento, a administração desse hormônio foi desvirtuada ao uso rotineiro para aceleração do parto, sem indicação clínica e relevância dos efeitos secundários (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). O *Institute for Safe Medication*

*Practices* (ISMP) classifica a ocitocina como uma droga potencialmente perigosa pelo seu alto risco de danos (CLARK *et al.*, 2009).

Ao utilizar a ocitocina é necessário a avaliação da resposta uterina específica de cada parturiente, pois pode causar hiperestimulação, com efeitos neonatais adversos como a situação fetal não tranquilizadora, que pode resultar em cesariana (CLARK *et al.*, 2009). Ademais, o uso desse hormônio de forma prolongada e indiscriminada no período parturitivo, pode levar à exaustão materna, taquissistolia, comprometimento fetal e a dessensibilização das células uterinas, este último pode resultar na eficácia reduzida da ação uterotônica e até a atonia uterina após o parto (YAMAGUCHI; SIAULY; TORRES, 2016).

A abreviação do parto com a administração de ocitocina pode estar associada à chamada cascata de intervenções, na qual a utilização de uma intervenção desencadeia intervenções subsequentes, como a monitorização constante da parturiente e do feto, realização de toques vaginais periodicamente (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018), partos vaginais instrumentais (BERNITZ *et al.*, 2014), episiotomia (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016) aumento na taxa de cesariana, febre materna durante o parto, realização de analgesia peridural e reanimação neonatal avançada (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

Visando a segurança da paciente, o uso da ocitocina sintética na indução e condução do trabalho de parto necessita de protocolos estruturados, definindo o início da infusão com a dose mínima, para atentar a resposta de cada mulher à droga. Ao utilizá-la deve ser realizada a avaliação materna e fetal para identificar a necessidade de progressão da dosagem, e após instituída dinâmica uterina efetiva, é preferível mais tempo para o nascimento do que o aumento de dosagem (CLARK *et al.*, 2009).

Para que o atendimento no período do trabalho de parto ocorra de forma harmoniosa, é preciso levar em consideração fatores aliados para a tomada de decisões, como a preferência e a individualidade de cada mulher e sua família, a experiência do profissional de saúde assistente e as informações derivadas de estudos científicos de boa procedência. Esses pilares constituem o tripé da prática baseada em evidência, que aborda as particularidades na escolha da melhor conduta para cada caso, promove uma decisão clínica adequada, focada na qualidade da assistência, apoiando-se nos preceitos das boas práticas (BRASIL, 2016).

Nessa ótica, destaca-se a necessidade de seguir as recomendações produzidas pelos órgãos de saúde competentes com base nas práticas baseadas em evidências. Visando assim, a vivência do ciclo gestacional de forma satisfatória para as mulheres, ao utilizar práticas benéficas, conduzindo à compreensão sobre o processo e trabalhando a autonomia em suas decisões. A condução do trabalho de parto embasado nesses preceitos apresenta papel central na qualificação do atendimento obstétrico, gerando um cuidado com menos intervenções e promovendo um olhar humanizado ao considerar à parturiente como um ser único, com suas particularidades (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar da literatura predizer que alguns possíveis efeitos na utilização de ocitocina (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; BALLESTEROS-MESEGUER, *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2016; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018), os demais fatores associados como os desfechos do parto, do recém-nascido, no puerpério, a caracterização das mulheres que são submetidas a utilização da infusão de ocitocina e as especificações das instituições de cuidado, como por exemplo, se públicas, privadas, de grandes centros urbanos ou não, precisam ser mais explorados. Além disso, a realidade da Região Sul do Brasil é pouco traduzida nos estudos que analisaram a utilização da ocitocina nesses aspectos, fazendo-se necessário para relacionar ao uso seguro da ocitocina na obstetrícia, promovendo um cuidado humanizado e de qualidade para as gestantes e recém-nascidos.

A Pesquisa Nascer no Brasil, foi o maior inquérito nacional sobre práticas obstétricas, permitindo conhecer o modelo obstétrico do país (LEAL *et al.*, 2012; 2014). Esse estudo auxilia na interpretação dos dados captados no inquérito nacional analisando dados que se apresentam como uma lacuna de conhecimento na atualidade brasileira, contribuindo com a ciência aberta. Com o objetivo de qualificar o atendimento materno em relação as intervenções comumente utilizadas no atendimento obstétrico, o uso da ocitocina no trabalho de parto emerge como ponto a ser discutido e pesquisado, com exploração da sua administração e consequências a que estão expostos a mulher e o recém-nascido.

A fim de obter melhor clareza da realidade vivenciada na Região Sul do Brasil, foram elencadas as seguintes questões: **Qual a prevalência do uso de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual na região Sul do Brasil? Quais as características institucionais associadas ao uso de**

**ocitocina? O uso de ocitocina está associado com práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto? Quais desfechos maternos e neonatais relacionam-se com a utilização de ocitocina intraparto?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar o uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco obstétrico habitual e fatores associados na região Sul do Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a prevalência no uso de ocitocina durante o trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual, segundo as características institucionais, práticas obstétricas e desfechos maternos e neonatais.

Identificar as características institucionais e os fatores associados ao uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual.

Identificar práticas obstétricas e os fatores associados ao uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual.

Identificar os desfechos maternos e neonatais e fatores associados ao uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta pesquisa foi realizada uma revisão narrativa da literatura (RNL), este tipo de revisão propicia conhecer e analisar o “estado da arte” de determinada temática por meio de busca em diversas fontes de informações, como livros, artigos, sites, manuais ministeriais, políticas públicas e trabalhos acadêmicos. A RNL é um tipo de revisão que auxilia na fundamentação de trabalhos acadêmicos e possibilita reflexão sobre a prática clínica, permitindo apontar lacunas de conhecimentos (BRUM *et al.*, 2015).

A seguir será apresentada a revisão de literatura sobre a temática da ocitocina e sua utilização na obstetrícia, percorrida nos seguintes tópicos temáticos: Breve resgate histórico e ação da ocitocina; Ocitocina sintética no período parturitivo; Práticas intervencionistas no trabalho de parto.

#### 3.1 BREVE RESGATE HISTÓRICO E AÇÃO DA OCITOCINA

Em 1895, pesquisadores ingleses descreveram os efeitos da glândula pituitária, ou hipófise posterior. Posteriormente, em 1906, o farmacologista britânico Henry Dale, ao injetar extrato da glândula pituitária em uma gata grávida, notou que o trabalho de parto iniciou, observando que uma substância do extrato estimulava as contrações uterinas. Dessa forma, seu nome teve origem a partir das palavras gregas *oxys*, que significa “veloz” e *tokos* que significa “parto”. (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Nucci, Nakano e Teixeira (2018) analisaram artigos publicados em periódicos brasileiros renomados na área da obstetrícia nas décadas de 1950 e 1960. Em alguns artigos da época, o extrato da glândula pituitária foi apelidado pelos obstetras de “fórceps líquido”, constituindo um estimulante fisiológico para as contrações uterinas quando bem administrado, porém seu efeito potente e eficaz era conhecido e visto como perigoso ao ser usado de forma indiscriminada, com risco de ruptura uterina e óbito fetal devido à anoxia.

Posteriormente em 1953, o químico Vincent Du Vigneaud, realizou a distinção dos dois hormônios secretados pela hipófise posterior e suas ações específicas, a ocitocina responsável pela contração uterina e a vasopressina, responsável pela elevação da pressão sanguínea e antidiurese. Ele conseguiu isolar e determinar a

composição química da ocitocina, tornando-se o primeiro hormônio polipeptídico a ser sequenciado, possibilitando a sintetização da molécula (DU VIGNEAUD; RESSLER; TIPPET, 1953; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Dois anos mais tarde, pelos seus feitos para o avanço da área, o pesquisador Vincent Du Vigneaud ganhou o prêmio Nobel de química (DU VIGNEAUD, 2022).

Com a sintetização da ocitocina, o uso do extrato da glândula pituitária foi substituído pelo uso da ocitocina em sua forma mais pura, reduzindo os efeitos secundários (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Sua forma sintética é utilizada para indução ou condução do trabalho de parto e é uma das principais medicações utilizadas para evitar a hemorragia no pós-parto, devido seu efeito uterotônico (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A ocitocina é um nonapeptídeo cíclico que apresenta várias funções no organismo, porém é mais conhecida pelo papel de regulação no parto e lactação. Para Zugaib (2018) os níveis de ocitocina produzidos no lobo posterior da hipófise se mantêm em níveis estáveis durante a gestação, no período final da gestação ocorre o aumento dos receptores no miométrio (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2017). A ocitocina não tem papel importante no desencadeamento do trabalho de parto. Já na fase ativa e período expulsivo do parto o estímulo periférico da dilatação cervical estimula a liberação endógena da ocitocina de forma pulsátil. Com elevação dos níveis no plasma materno, quando este polipeptídeo chega ao receptor uterino provoca a liberação do cálcio intracelular, resultando na contração miometrial (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2017; SMITH; MERRILL, 2006; ZUGAIB, 2008, OCITOCINA, 2022).

A administração de ocitocina sintética de forma contínua e em doses adequadas, atinge um estado de equilíbrio na concentração plasmática em cerca de 20 a 40 minutos, com níveis semelhantes aos medidos no primeiro estágio em partos espontâneos. A meia-vida da ocitocina é de 3 a 20 minutos, quando ocorre a diminuição ou interrupção da infusão, a atividade uterina diminui rapidamente. A metabolização e eliminação da concentração de ocitocina no plasma sanguíneo ficam a cargo dos rins e do fígado, sendo excretada na urina, a ocitocinase uma glicoproteína encontrada no plasma durante a gravidez, também tem potencial na degradação a ocitocina circulante (OCITOCINA, 2022).

Como apresenta efeitos antidiuréticos, deve ter cautela ao utilizar concomitantemente com hidratação venosa, a ocitocina pode provocar intoxicação

hídrica associada à hiponatremia, esse efeito adverso ocorre principalmente quando utilizada de forma prolongada e em altas dosagens. A exposição prolongada a este fármaco pode resultar na dessensibilização dos receptores de ocitocina (OCITOCINA, 2022).

### 3.2 OCITOCINA SINTÉTICA NO PERÍODO PARTURITIVO

Segundo o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) a ocitocina é classificada como uma medicação de alto risco pelos efeitos adversos que podem ocorrer quando utilizada sem critérios clínicos consistentes e de forma prolongada. Clark e colaboradores (2009) destacam que a obstetrícia é a única especialidade médica a utilizar uma medicação de potencial alto risco sem a utilização de protocolos pré-definidos. Ressalta que este fármaco é utilizado de forma imprudente e facultativa, sem aguardar a evolução espontânea do trabalho de parto ou diagnosticar adequadamente uma parada de progressão, ao realizar indução eletiva do trabalho de parto ou aumento das contrações de Braxton-Hicks por conveniência médica ou da paciente.

Nos dias atuais, entre as indicações para o uso da ocitocina sintética estão a indução e a estimulação do trabalho de parto. Ao utilizar a ocitocina para indução do trabalho de parto, é necessária uma avaliação da maturação do colo uterino, realizada com a aplicação da escala de *bishop*, na qual se observa características do orifício cervical, como altura da apresentação fetal, dilatação, consistência, apagamento e posição, para avaliar se o mesmo já está em condições propícias para iniciar o uso de ocitocina endovenosa (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2017).

Um estudo realizado na Colômbia que explorou a realização de indução em mulheres que não apresentavam cesariana prévia, identificou que a avaliação adequada das condições do colo uterino não foi realizada na maioria das pacientes induzidas. A utilização da ocitocina para o amadurecimento do colo uterino ocorreu em mais da metade das mulheres, método que não é recomendado para essa função por apresentar alternativas mais eficazes como as prostaglandinas que promovem o amadurecimento do colo uterino desencadeando o início do trabalho de parto por seu efeito uterotônico (ÁLVAREZ-ZAPATA *et al.*, 2019). A indução do trabalho de parto é significativa para a diminuição das taxas de cesarianas, apesar de grande parcela das induções ainda resultarem em cesarianas, com isso podemos questionar de que forma

a indução do trabalho de parto considera a subjetividade de cada mulher (SCAPIN *et al.*, 2018).

Estudo conduzido por Scapin e colaboradores (2018) evidenciou que a indução com ocitocina após o uso de comprimido de misoprostol via vaginal tem uma taxa de sucesso maior para o desfecho de parto vaginal, comparado com a utilização da ocitocina isoladamente, da indução mecânica com sonda *foley* inserida no colo do útero ou da sonda *foley* concomitante à utilização de ocitocina. Ao considerar que para a maior eficácia da ocitocina nas células miometriais é necessário a maturação cervical anteriormente, a administração de prostaglandina conduz ao preparo do colo de útero e promove uma resposta mais eficaz na indução do trabalho de parto, entretanto o uso de misoprostol está restrito a mulheres que não apresentem cesariana anterior (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2017).

Um artigo revisou a utilização de protocolos de baixas e altas doses de infusão de ocitocina, tanto para indução como para estimulação do trabalho de parto, e demonstrou que ambos são seguros. Os protocolos que utilizavam altas doses de ocitocina intravenosa demonstraram diminuir a duração do trabalho de parto, porém nesses casos ocorreu maior incidência de hiperestimulação uterina. Concluiu-se que não há dose máxima de ocitocina a ser realizada, sendo necessário avaliar individualmente a resposta uterina, com a utilização de bombas de infusão para a administração deste fármaco, a fim de evitar efeitos adversos da aplicação de ocitócitos em *bolus* (SMITH; MERRILL, 2006). A utilização de ocitocina intramuscular durante o trabalho de parto é considerada perigosa, pois a dosagem não pode ser adaptada na avaliação da atividade uterina, pode causar uma hiperestimulação, sendo inseguro para o feto e aumentando o risco de uma ruptura uterina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Uma revisão sistemática da Cochrane que avaliou o uso de ocitocina para o tratamento da hipoatividade uterina no primeiro período do parto, evidenciou o encurtamento de duas horas na duração do trabalho de parto. A realização de cesariana e parto instrumental não teve resultados significativos, bem como os desfechos maternos e neonatais. Porém o uso precoce de ocitocina esteve associado ao aumento da hiperestimulação uterina. Visto que o único efeito considerável foi o encurtamento da duração do trabalho de parto, e dado o potencial risco, seu uso deve

ocorrer de forma moderada, considerando a individualidade de cada mulher (BUGG *et al.*, 2013).

Diretrizes de recomendações nacionais e internacionais têm destacado que o uso liberal da ocitocina no trabalho de parto não apresenta benefícios e deve ser utilizado de forma cautelosa, por exemplo, quando apresentar uma indicação clínica consistente de trabalho de parto prolongado. Para isso, é necessário avaliar questões de descida e rotação cefálica, dilatação cervical, mudança de intensidade, duração e frequência das contrações uterinas para considerar suspeita de parada de progressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Ademais, não se justifica o emprego de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto em condições maternas e fetais seguras, como o manejo ativo ou realização de cesariana, antes de iniciar a fase ativa do trabalho de parto, para prevenção de trabalho de parto prolongado. O uso liberal da ocitocina no trabalho de parto não apresenta indícios de ser benéfica, devendo ser utilizada quando apresenta indicação clínica consistente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Após suspeita de parada de progressão, recomenda-se iniciar manejo ativo do trabalho de parto, com realização de amniotomia se as membranas amnióticas estiverem íntegras, após duas horas do procedimento realizar nova avaliação da dilatação cervical, constatando que não houve progressão maior que 1 centímetro, confirma-se a parada de progressão. Dessa forma, poderá iniciar a infusão intravenosa de ocitocina com aumento das dosagens no mínimo a cada 30 minutos, até haver 4-5 contrações em 10 minutos, realizando monitorização fetal mais frequente, recomenda-se nova avaliação após 4 horas do início da ocitocina (BRASIL, 2016).

Após o estabelecimento do trabalho de parto ativo, a ocitocina pode ser utilizada para correção da dinâmica uterina. Estudo conduzido num hospital de grande porte nos Estados Unidos analisou o início da implementação de um protocolo conservador com a realização de uma lista de verificação para identificar alguns fatores, entre eles a frequência cardíaca fetal e a dinâmica uterina ao iniciar a infusão de ocitocina e durante a infusão, em seus resultados encontrou uma redução na dose máxima de infusão de ocitocina, declínio na realização de cesariana, não evidenciou o prolongamento do trabalho de parto e associou-se a possíveis resultados neonatais

favoráveis. Com a rigidez do protocolo, as altas doses de ocitocina foram evitadas, a incidência de hiperestimulação uterina pode ter diminuído, evitando efeitos adversos neonatais, além de menores índices de cesariana (CLARK *et al.*, 2007).

A dosagem de ocitocina no estímulo das contrações pode atuar de diferentes formas em cada mulher, sendo necessário iniciar com dose mínima para verificar a reação produzida pela medicação. O aumento de dosagem deve ser realizado após avaliar a resposta uterina e presumir que uma dose mais baixa é insuficiente para atingir o progresso do trabalho de parto. A utilização da ocitocina de forma indiscriminada pode causar hiperestimulação, causando efeitos neonatais adversos como uma situação fetal não tranquilizadora, que dispõe sobre realização de cesariana (CLARK *et al.*, 2009).

A partir das evidências de que a alta dosagem na administração de ocitocina sintética não possui benefícios, a utilização desta droga deve ocorrer quando possuir indicação clínica, de forma criteriosa e em baixas dosagens, suficiente para manter atividade uterina adequada para a progressão do trabalho de parto, zelando pela segurança materna e fetal (CLARK *et al.*, 2009). Outro princípio importante na administração da ocitocina para a condução das contrações, é seguir as recomendações da enfermeira obstetra que está em contato mais íntimo com a paciente, onde considera a dinâmica uterina e suas subjetividades, avalia de forma adequada e integral a necessidade de infusão de ocitocina e após o início, realiza a avaliação adequada para a progressão do trabalho de parto (CLARK *et al.*, 2009).

A implantação de protocolo específico dentro de normas conservadoras para a utilização de ocitocina se mostra como um método útil para a diminuição do uso desse fármaco potencialmente perigoso e proporciona um desempenho mais uniforme na realização da indução ou condução das contrações uterinas, diagnosticando adequadamente as distocias do trabalho de parto. A instituição de protocolos vem em busca de mudanças de paradigmas dos profissionais da obstetrícia, com a diminuição de intervenção medicamentosa, da qual não apresenta evidências científicas, visando que a assistência ao trabalho de parto seja realizada para o bem-estar materno e fetal (CLARK *et al.*, 2007; 2009).

Como citado anteriormente, a ocitocina apresenta grande eficácia para evitar e tratar a hemorragia pós-parto devido sua ação uterotônica que promove a contração miometrial, diminuindo o sangramento da ferida placentária pela constrição das artérias e prevenindo a atonia uterina, que é a maior causa de hemorragia pós-parto

(BRASIL, 2016; REZENDE, 2017). Organizações de saúde instituíram o uso de ocitocina como a droga de primeira escolha para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, que é a segunda causa de morte materna no Brasil, por ser o uterotônico associado com menos efeitos adversos (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

De forma profilática é indicada a administração de 10UI de ocitocina intramuscular após o nascimento ou esquema de infusão intravenosa, independente da via de nascimento (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Essa conduta no terceiro período do parto tem grande importância para evitar hemorragia pois previne cerca de 50% dos casos de atonia uterina, porém o uso prolongado desse fármaco durante o trabalho de parto pode ocasionar a dessensibilização dos receptores de ocitocina no miométrio, diminuindo a eficácia na ação uterotônica desejada (YAMAGUCHI; SIAULY; TORRES, 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

### 3.3 PRÁTICAS INTERVENCIONISTAS NO TRABALHO DE PARTO

Com o modelo de atenção instituído em torno do período parturitivo, o parto começou a ser considerado um evento potencialmente perigoso, causador de dor e sofrimento para a mulher. Essa nova visão culminou na combinação de intervenções para abreviá-lo e aliviar a dor, trazendo uma outra forma de atendimento ao parto, com diminuição do protagonismo da mulher. Essa mudança de paradigma resultou no aumento da utilização de ocitocina, sendo associada com outras intervenções, visto que, com a aceleração do parto, se faz necessária uma monitorização mais frequente da parturiente e do feto, bem como a avaliação da progressão da dilatação cervical, aumentando o número de toques vaginais e a necessidade de ambiente equipado com materiais de reanimação em caso de efeitos adversos, como exemplo a anoxia fetal durante o trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Estudo de Bernitz e colaboradores (2014) analisou o uso de ocitocina em mulheres com e sem distocia e os desfechos adversos, o estudo identificou que por vezes a utilização de ocitocina não apresentava indicação clínica clara. Das mulheres que compuseram o estudo, 42,5% das primíparas que fizeram uso de ocitocina não preenchiam os critérios diagnósticos de distocia, quando a infusão de ocitocina foi iniciada. O uso de ocitocina sem indicação precisa, apresentou maior incidência na

realização de partos vaginais instrumentais e realização de episiotomia. Outro achado do estudo apontou o Índice de Massa Corporal, peso ao nascer, duração do trabalho de parto e a realização de epidural, como fatores que se relacionam com a utilização de ocitocina, entretanto, a utilização de ocitocina não apresentou relação com o aumento de hemorragias pós-parto ou efeitos adversos na saúde dos recém-nascidos.

Induções do trabalho de parto malconduzidas também podem resultar na indicação de operação cesariana como demonstra estudo de Alvarez-Zapata *et al.* (2019) sobre o cumprimento das recomendações de indução de parto. Neste estudo foi evidenciado que as recomendações adequadas para a progressão do trabalho de parto não foram realizadas, como o incremento da ocitocina, amniotomia e a espera do tempo estipulado para diagnóstico de parada de progressão nas mulheres que foram submetidas à operação cesariana por falha de indução, sobretudo, algumas mulheres não se encontravam na fase ativa do trabalho de parto e apesar de não apresentarem atividade uterina adequada e progressão do trabalho de parto, o incremento de ocitocina não foi realizado até a dose máxima.

Outra pesquisa que analisou a utilização da ocitocina sintética e seus desfechos, realizada em um hospital terciário no Sul da Espanha, apresentou a prevalência do uso de ocitocina em mais da metade das mulheres em trabalho de parto, (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016) ratificando estudos brasileiros (LEAL *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016). A taxa de cesariana, febre materna durante o parto, realização de analgesia peridural e reanimação neonatal avançada, apresentaram associação significativa no grupo de mulheres que foram submetidas à administração de ocitocina intraparto, também, a diminuição da duração na fase de dilatação do parto demonstrou diferença significativa entre primíparas que receberam ocitocina sintética comparada às que não receberam, este dado não apresentou significância ao analisar as múltiparas (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

A aceleração e abreviação do parto, expõe a parturiente à chamada cascata de intervenções, que consiste na realização de uma intervenção que acaba desencadeando outras intervenções prejudiciais subsequentes. Esse fenômeno é observado em um estudo que relaciona a administração de ocitocina de forma significativa com a realização da episiotomia (BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016). A cascata de intervenção também foi evidenciada por outros estudos que analisaram a realização de intervenções obstétricas (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et*

*al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016; HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018; ALVAREZ-ZAPATA *et al.*, 2019).

Outros estudos evidenciam que o uso de ocitocina pode aumentar a utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016), porém organizações de saúde indicam oferecer esses métodos à parturiente quando detectada necessidade de administração de ocitocina por trabalho de parto prolongado (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Apesar de seus efeitos benéficos no controle do desconforto das contrações para a parturiente, o uso de métodos farmacológicos pode ser considerado uma prática intervencionista, pela necessidade de realizar em ambiente hospitalar onde há disposição de intervenções avançadas pelo risco potencial de efeitos adversos como sonolência materna, náuseas, vômitos, depressão neonatal ou sonolência do recém-nascido ao nascer (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em relação à realização de analgesia de parto, não há evidências de que a sua realização interfira na duração final do trabalho de parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). As recomendações nacionais e internacionais reforçam que a utilização de ocitocina intravenosa não deve ser instituída como rotina em mulheres que receberam analgesia peridural, apenas deve ser realizada para tratamento quando confirmado falha de progressão, após considerar todos os aspectos da evolução do trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Andrade e colaboradores (2016), analisaram as intervenções realizadas no trabalho de parto, consideradas prejudiciais, ineficazes ou sem comprovação por evidências científicas, também chamadas de violência obstétrica. Cerca de 87% das pacientes analisadas sofreram algum tipo de violência obstétrica, algumas das práticas citadas foram o incentivo aos puxos voluntários, em segundo lugar o manejo ativo, que consiste na administração de ocitocina, seguida por amniotomia precoce. Comparando o estudo citado com a Pesquisa Nascer no Brasil, estudo nacional realizado em base hospitalar, é perceptível o predomínio do uso do manejo ativo no atendimento ao primeiro período do parto (LEAL *et al.*, 2014).

O estudo Nascer no Brasil, demonstrou que mulheres com baixa escolaridade atendidas em instituições públicas, tiveram maior probabilidade de serem submetidas

ao manejo ativo do parto, bem como obtiveram menores taxas de analgesia de parto (LEAL *et al.*, 2014). Outro estudo evidenciou associação com práticas consideradas violência obstétrica em mulheres com baixo nível escolar e as assistidas por profissionais médicos (ANDRADE *et al.*, 2016).

Esses dados podem estar relacionados com a dificuldade de acesso às informações que proporcionem o conhecimento da gestante sobre o período parturitivo, o que demonstra a falta de subsídio durante o pré-natal (ANDRADE *et al.*, 2016). Esses indicadores podem incidir em partos não satisfatórios para as mulheres, reforçando a crença enraizada na sociedade brasileira do parto vaginal como algo ruim, aumentando a estima pela cesariana, fator que contribui para o país estar entre os primeiros com taxa mais elevada de cesariana no mundo (LEAL *et al.*, 2014).

Ainda observando os fatores sociodemográficos, a Pesquisa Nascer no Brasil, identificou que a utilização de ocitocina nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram estatisticamente menores que as demais regiões do Brasil. Em contraponto, a utilização das boas práticas apresentaram menor prevalência nas regiões Norte e Nordeste, contestando o modelo humanizado de atendimento, pois são regiões mais desfavorecidas economicamente, que apresentam os piores indicadores maternos e perinatais (LEAL *et al.*, 2014).

Apenas 5,6% das gestantes de risco obstétrico habitual, apresentaram o parto vaginal sem nenhuma intervenção durante o trabalho de parto e parto. A realização de intervenções apresentou proporções mais elevadas do que a maioria das boas práticas, reforçando o modelo intervencionista ainda predominante no Brasil (LEAL *et al.*, 2014).

Em relação aos profissionais que prestaram assistência ao parto no ambiente hospitalar, um estudo realizado na região nordeste do Brasil, identificou que 71% são médicos, contrapondo os enfermeiros obstetras que são apenas 28% (ANDRADE *et al.*, 2016). No Brasil, a inserção de enfermeiros obstetras na assistência ao parto, ocorreu posteriormente à atuação dos profissionais médicos. A formação dos enfermeiros obstetras é voltada para a atual problemática, focada nas boas práticas e na assistência humanizada ao parto e nascimento de parturientes de risco habitual (ANDRADE *et al.*, 2016).

Um estudo que avaliou a inserção de enfermeiras obstétricas após a implementação da política Rede Cegonha em maternidades públicas do Brasil, observou que nas instituições que tinham a inserção de enfermeiros na assistência ao

parto, houve maior incidência na realização das boas práticas, assim como o preenchimento do partograma. A realização de práticas intervencionistas como o uso de ocitocina, analgesia de parto, realização de episiotomia, posição de litotomia, manobra de *Kristeller* e operação cesariana, foram menos frequentes. Concluiu que a inserção de enfermeiras no atendimento às parturientes, promove um atendimento focado na fisiologia do parto, com menor realização de intervenções (GAMA *et al.*, 2021).

Um estudo europeu analisou a implementação de um modelo obstétrico de atendimento centrado na mulher com a inserção de profissionais *midwives* - o que no Brasil equivale a enfermeira obstétrica ou obstetritz –, com objetivo de promover um atendimento focado nas particularidades da mulher de uma forma holística, com uma visão ampla das necessidades, compreender a individualidade e questões que permeiam cada mulher. Este estudo concluiu que a implementação do modelo auxilia as *midwives* a identificar o que inibe cada parturiente e aplicar intervenções específicas para progressão do parto, em substituição à administração de ocitocina (LUNDGREN *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática conduzida pela biblioteca Cochrane, mostrou que as mulheres de risco obstétrico habitual que tiveram atendimento ao parto por *midwife*, foram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo, apresentaram menor índice de realização de amniotomia e episiotomia comparado com outros modelos de assistência, ademais as mulheres assistidas por *midwives*, relataram estarem mais satisfeitas com o atendimento recebido (SANDALL *et al.*, 2016). Diante do exposto, a realização de intervenções pode estar associada ao atendimento focado no modelo biomédico e o modo de formação dos profissionais médicos, que no Brasil são maioria no atendimento ao parto e apresentam formação voltada para redução dos índices de morbimortalidade e tratamento de patologia em detrimento à fisiologia do parto e nascimento (ANDRADE *et al.*, 2016).

## 4 MÉTODO

Na condução dessa dissertação foi analisado o banco de dados oriundo do estudo “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”, com foco nos dados da Região Sul do Brasil. Inicialmente foram apresentados os aspectos metodológicos do inquérito Nacional Nascer no Brasil e posteriormente a descrição específica do método desta dissertação.

### 4.1 PESQUISA NASCER NO BRASIL

#### 4.1.1 Desenho do estudo

A Pesquisa Nascer no Brasil caracteriza-se como um estudo seccional nacional de base hospitalar, com acompanhamento de puérperas e seus conceptos, que foi desenvolvida sob a coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e outras instituições de ensino. O estudo teve como objetivo conhecer os determinantes, magnitudes e consequências da cesariana desnecessária sobre a saúde materna e do recém-nascido, a relação com parto prematuro tardio e baixo peso ao nascer (LEAL *et al.*, 2012).

Os estudos transversais, também nominados de estudos seccionais, levantam e analisam dados em um determinado período de tempo, possibilitando inferir a presença ou ausência de doença ou analisar alguma exposição. Por ser classificado em um delineamento observacional é possível realizar a observação e mensuração das variáveis de forma simultânea, possibilitando descrever os padrões de distribuição entre as variáveis de interesse e identificar a prevalência (STEPHEN *et al.*, 2015).

#### 4.1.2 Plano Amostral

Na primeira fase da amostra, para determinação dos estabelecimentos de saúde, foram considerados elegíveis todas as instituições hospitalares que registraram 500 partos/ano no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 2007. A amostra inicial composta por 1.403 estabelecimentos considerados elegíveis foi estratificada com base na diferença das características dos

hospitais por região geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), por localização do município (capital ou interior) e pelo tipo de financiamento dos hospitais (público, privado e misto). Assim foram compostos 30 estratos amostrais, incluindo todos os estados da federação, em cada uma das cinco macrorregiões foram selecionados os estabelecimentos de saúde gerando seis sub-estratos: capital/público, capital/privado, capital/misto, interior/público, interior/privado e interior/misto (LEAL *et al.*, 2012).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa de cesariana no Brasil em 2007 de 46,6%, com 5% de significância buscando detectar diferenças de 14% (diferença entre hospitais públicos, mistos e privados) e poder de teste de 95%. Devido a amostragem ser por conglomerados foi utilizado um efeito de desenho de 1,3 para aumentar o tamanho da amostra, chegando ao tamanho mínimo de 450 puérperas por estrato. O tamanho da amostra apresenta um poder de 80% para detectar desfechos adversos da ordem de 3% e diferenças de pelo menos 1,5% entre as macrorregiões ou tipo de características dos hospitais (LEAL, 2009; LEAL *et al.*, 2012).

O número de estabelecimentos sorteados em cada sub-estrato foi proporcional ao tamanho, sendo definido o limite mínimo sorteado em cada substrato de cinco e máximo de 39 estabelecimentos de saúde, fixando o número final de 266 estabelecimentos amostrados. Dentro de cada sub-estrato os estabelecimentos tiveram uma probabilidade de seleção proporcional ao tamanho, portanto cada estabelecimento dentro de cada estrato teve o mesmo tamanho amostral, igual a 90 puérperas (LEAL *et al.*, 2012).

Em cada estabelecimento de saúde sorteado para composição da amostra, foram selecionados 90 pares de puérperas e seu conceito, variando o período de coleta de acordo com o número de partos por dia, ocorrendo no tempo mínimo de sete dias consecutivos, se estendendo pelos finais de semanas e feriados, incluindo as puérperas elegíveis admitidas no serviço, até completar o tamanho da amostra (LEAL *et al.*, 2012).

Para integrar o estudo foram convidadas todas as puérperas hospitalizadas por ocasião de nascimento, com produto de concepção vivos ou mortos, com peso ao nascer  $\geq 500\text{g}$  e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas. Por questões operacionais, foram excluídas do estudo mulheres que já haviam parido antes de chegar nos hospitais, que possuíam distúrbio de saúde mental grave, moradoras de rua, mulheres

que não entendiam a língua portuguesa, surdas/mudas e mulheres internadas por decisão judicial (LEAL *et al.*, 2012).

Em casos necessários de hospitalização prolongada o estudo acompanhou os recém-nascidos por até 28 dias e as mulheres por até 42 dias no pós-parto incluindo os casos em que as puérperas e os recém-nascidos necessitaram de transferência da maternidade onde ocorreu o nascimento para um hospital de referência. Por fim, o número de pares de puérperas e seus conceptos amostrados foi de 23.894, distribuídos por 196 municípios abrangendo todos os estados do país, sendo 27 nas capitais e 169 no interior (LEAL *et al.*, 2012).

### **4.1.3 Logística de Campo**

#### *4.1.3.1 Equipe técnica*

Para realizar a coleta de dados a equipe executora foi composta por coordenação executiva, coordenadores regionais e estaduais, supervisores de campo e entrevistadores, no qual cada nível ficou responsável por tarefas descritas a seguir. Na coordenação executiva participou o coordenador geral, idealizador do projeto e responsável pela integração da equipe, andamento do projeto, pela relação com os órgãos de fomento e pelo gerenciamento financeiro do projeto, juntamente com os coordenadores centrais, além da elaboração dos questionários e manuais de instrução, a definição de estratégias para o treinamento e padronização dos processos de coletas de dados, dos fluxos de informações e controle de coleta de dados, a organização do trabalho de campo e os contatos institucionais em nível nacional. No nível regional os coordenadores foram responsáveis por: identificar, selecionar, treinar e padronizar os coordenadores estaduais, as equipes de supervisores e entrevistadores; distribuir os questionários e recebê-los preenchidos e encaminhá-los para a equipe central; encaminhar os pedidos de pagamento, passagens e diárias da sua região para a equipe central, em parceria com os coordenadores estaduais (LEAL, 2009).

Os coordenadores estaduais, tiveram como responsabilidade fazer contato com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; informar sobre os objetivos do estudo e o início da pesquisa; contatar os diretores dos estabelecimentos de saúde

selecionados solicitando autorização para realização da pesquisa; organizar a operacionalização do trabalho de campo nos estabelecimentos; a divulgação do estudo na mídia local; controlar o desempenho dos supervisores de campo; solicitar e controlar o pagamento dos entrevistadores, passagens e diárias necessárias para a realização do trabalho de campo à coordenação regional (LEAL, 2009).

Aos supervisores foram designadas as responsabilidades sobre a distribuição e o recebimento diário dos questionários e equipamentos dos entrevistadores; organização do deslocamento da equipe de campo para os municípios; monitoramento do desempenho dos entrevistadores e da qualidade dos dados coletados; revisão dos questionários e reaplicação dos questionários em uma sub-amostra. Os entrevistadores foram estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas e eram responsáveis por aplicar os questionários e revisá-los diariamente, em busca de incoerências e/ou incompletudes de informação. Para a coleta de dados na entrevista telefônica após alta hospitalar, foi contratada uma empresa reconhecida pela sua competência. Foram consideradas perdas de seguimento quando as mulheres afirmavam não ter telefone ou após cinco tentativas de contato em dias e horários alternados (LEAL, 2009).

#### 4.1.3.2 *Estudo Piloto*

Com o intuito de verificar a logística da coleta de dados e a adequação dos questionários, foi realizado um estudo piloto em dois municípios das Regiões Nordeste e Sudeste. Nesta fase, buscou-se identificar todas as respostas possíveis contemplando as diversidades regionais. Ao término do estudo piloto, foram realizados os ajustes necessários nos questionários da pesquisa (LEAL *et al.*, 2012).

#### 4.1.3.3 *Treinamento*

O treinamento ocorreu em um período de cinco dias consecutivos, de forma local, visando garantir a padronização da coleta de dados. Na oportunidade ocorreu a apresentação do estudo e seus objetivos, da logística, dos questionários e manuais de instrução, com realização de dinâmicas demonstrando a aplicação dos questionários e obtenção dos dados. Na oportunidade realizou-se a aplicação prática

dos questionários em hospitais não selecionados e o envio dos dados coletados ao servidor central da FIOCRUZ. Cada entrevistador e supervisor recebeu um *netbook* contendo os questionários digitalizados e, um login e senha, permitindo a identificação dos responsáveis pelo preenchimento dos dados. Cada questionário apresentava uma identificação única com código do estado, código do município, código da instituição, o tipo de questionário e número da puérpera na unidade. A identificação do hospital permitiu associar ao sub-estrato pertencente: região geográfica, localização e característica dos hospitais (LEAL *et al.*, 2012).

#### **4.1.4 Coleta de dados**

Antes de dar início à coleta de dados, o coordenador estadual e supervisor da área foram responsáveis por entregar uma carta da coordenação do projeto acompanhada com uma cópia resumida do projeto e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO A) ao gestor municipal, bem como dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, o supervisor agendou uma visita ao estabelecimento de saúde selecionado para entregar uma cópia do projeto e do parecer do CEP, além de dois TCLE: um para o diretor da instituição (ANEXO B) e outro para ciência do que será entregue para a puérpera (ANEXO C). Nesta ocasião foi aplicado um instrumento padronizado, visando conhecer a forma de organização da assistência ao parto para delinear o desenvolvimento do trabalho de campo. A equipe permaneceu no estabelecimento de saúde o tempo necessário para completar a amostra. A entrevista foi realizada no pós-parto imediato com as puérperas que aceitaram participar, e as informações do prontuário foram colhidas ao final da internação materna e do recém-nascido (LEAL, 2009).

#### **4.1.5 Característica dos Questionários**

Foram elaborados quatro questionários, para atender os objetivos do estudo. O primeiro questionário foi aplicado à puérpera pelo menos seis horas após o parto, denominado Questionário Hospitalar Puérpera (QHP) (ANEXO D), composto por variáveis de identificação materna, níveis de escolaridade e renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações

sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto, parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido. Durante a entrevista, o cartão de pré-natal e exames de ultrassonografia gestacional foram fotografados (LEAL *et al.*, 2012).

O segundo questionário, Coleta de Dados do Prontuário (CDP) (ANEXO E), foi preenchido com dados da puérpera e do recém-nascido disponíveis no prontuário com informações sobre: assistência pré-natal; admissão hospitalar; informações sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto (via de nascimento, dilatação no momento da admissão, trabalho de parto espontâneo ou induzido, métodos para o alívio da dor e analgesia de parto, complicações imediatas da anestesia, uso de partograma, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, cardiocografia na admissão e no trabalho de parto, amniotomia, episiotomia, manobra de *Kristeller*, e morbidade materna); e informações do recém-nascido (apgar, peso ao nascer, idade gestacional, cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato, uso de oxigênio e ventilação mecânica, desconforto respiratório, hipoglicemia, admissão em UTIN ou UCIN, início da amamentação), e condições de alta ou óbito (causa) da mãe e do concepto (LEAL *et al.*, 2012).

Por contato telefônico com a mãe foi aplicado o terceiro questionário (ANEXO F), entre o 45º e 60º dia pós-parto, e novamente 6 a 18 meses após o nascimento. O terceiro questionário foi aplicado para obter informações sobre a evolução da mãe (tempo de permanência no hospital, reinternação, complicações puerperais, desconforto materno, estresse pós-traumático, risco de depressão pós-parto, satisfação com o atendimento recebido, reavaliação do motivo da opção pela cesárea e se a mulher considera que foi vítima de algum tipo de violência por parte dos profissionais) e do recém-nascido (aleitamento materno, morbidade, reinternação e óbito) (LEAL *et al.*, 2012; VASCONCELLOS *et al.*, 2014).

O quarto questionário, Questionário de Estrutura – Processo (QEP) (ANEXO G) foi aplicado ao gestor da instituição para reconhecer as instalações hospitalares, como: certificação hospitalar (ensino, referência para alto risco, Hospital Amigo da Criança, Prêmio Professor Galba de Araújo e outros), Banco de Leite Humano, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, existência de protocolo baseado em evidências e uso adequado de tecnologia para o parto e o nascimento, entre outros dados (LEAL *et al.*, 2012).

#### **4.1.6 Controle de qualidade**

Na coleta de dados, para garantir a qualidade e minimizar erros sistemáticos ou aleatórios, foram adotados procedimentos padronizados com a elaboração de manuais instrutivos, o acompanhamento da coleta de dados e do trabalho de campo. Esses procedimentos tiveram o objetivo de monitorar a evolução do trabalho de campo, assegurar a manutenção das características da representatividade da amostra e monitorar a taxa de participação das puérperas. Os supervisores de campo replicaram os questionários em uma amostra aleatória de 5% das mães entrevistadas (LEAL *et al.*, 2012).

#### **4.1.7 Considerações éticas**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob o protocolo de pesquisa número 92/10. Foram obtidos três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: um para o gestor municipal, outro para os responsáveis pelas instituições hospitalares e um terceiro para as puérperas selecionadas. O Termo de consentimento Livre e Esclarecido foi lido para todas as mulheres ou seu responsável, em caso de menores de 18 anos, antes do início da entrevista. O consentimento foi obtido em meio digital e impresso, a mulher recebeu uma versão impressa contendo a identificação e contatos dos coordenadores da pesquisa. Em caso de recusa da puérpera a entrevistada era convidada a preencher um formulário de recusas e perdas, com informações sobre idade, escolaridade, raça/cor da pele, tipo de parto e se possuíam plano de saúde privado (LEAL *et al.*, 2012).

### **4.2 ESTUDO DA REGIÃO SUL A PARTIR DA PESQUISA NASCER NO BRASIL**

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido a partir dos dados da Região Sul do estudo nacional de base hospitalar “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”.

### 4.2.1 Participantes do Estudo

Para a condução deste estudo, foram utilizados os dados provenientes da Região Sul do Brasil, com uma amostra composta por 4.187 puérperas e seus conceptos provenientes de 46 instituições de saúde, 17 instituições do estado do Paraná, 13 instituições em Santa Catarina e 16 no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados na Região Sul ocorreu entre os meses de março e agosto de 2011.

Os participantes do estudo foram gestantes de risco habitual a partir de características elencadas em análises anteriores da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2014). Para tanto, os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas no nascimento, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. E os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. Os valores do IMC não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual, pelo elevado número de perdas sobre as informações biométricas.

A partir da amostra total de 4.187 puérperas na Região Sul do Brasil, 2.688 foram consideradas gestantes de risco habitual. A amostra final contemplou mulheres que entraram em trabalho de parto, que tiveram um parto vaginal, que participaram da primeira e da segunda entrevista telefônica. A partir do critério de inclusão ter entrado em trabalho de parto, foram identificadas 1.307 participantes, sendo excluídas oito mulheres que não realizaram o pré-natal e 118 participantes que apresentavam missings, permanecendo um total de 1.181 mulheres de risco obstétrico habitual que entraram em trabalho de parto. Na amostra das mulheres com parto vaginal, foram excluídas 112 mulheres submetidas à operação cesariana, com uma amostra de 1.069 participantes, dessas 971 responderam a primeira entrevista telefônica e 678 a segunda entrevista telefônica. Na avaliação das variáveis relacionadas ao recém-nascido, das 1.307 gestantes de risco obstétrico habitual que entraram em trabalho de parto, foram analisados 1.156 participantes.

Figura 1 – Diagrama dos participantes elegíveis. Região Sul do Brasil. 2011. (N= 1.181)



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

#### 4.2.2 Variáveis

As variáveis relacionadas aos fatores investigados foram construídas a partir dos dados coletados com o uso do questionário hospitalar na realização da entrevista com a puérpera, questionário de coleta de dados do prontuário da puérpera, questionário de estrutura e entrevista telefônica, conforme descrito anteriormente. Para a condução desse estudo, as variáveis foram classificadas em: características demográficas, socioeconômicas e obstétricas; características da instituição; características do pré-natal; variáveis de boas práticas e práticas de monitorização no trabalho de parto; variáveis de práticas obstétricas intervencionistas; variáveis de desfechos maternos; variáveis de desfechos neonatais. Será apresentada a descrição da elaboração de cada variável, além da procedência da informação (entrevista com a puérpera na maternidade, prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, cartão de pré-natal, entrevista domiciliar com a puérpera por telefone e informações do questionário de estrutura). Ademais, serão identificadas conforme a sua classificação enquanto variável Qualitativa Nominal (QLN) e Qualitativa Ordinal (QLO).

### Características demográficas, socioeconômicas e obstétricas

**Idade materna (QLO):** número de anos completos maternos após o nascimento, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: de 12 a 19 anos; de 20 a 34 anos; 35 ou mais.

**Cor da pele (QLN):** classificação da raça/cor que a puérpera se considera, variável construída a partir das informações do questionário aplicado à puérpera, agrupada em: branca; parda/morena/mulata/preta; amarela/oriental/indígena.

**Situação conjugal (QLN):** situação conjugal da puérpera, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: com companheiro; sem companheiro.

**Escolaridade (QLO):** nível educacional da puérpera, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo; ensino superior completo.

**Classe econômica (QLO):** escore econômico da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal; criado a partir das questões anos de estudo do chefe da família, número de banheiros, número de rádios, geladeira, freezer, videocassete e/ou DVD, máquina de lavar, número de televisões em cores, número de carros particulares e empregada mensalista, classificada em A; B; C; D; E; agrupada em: A+B; C; D+E.

**Gestação de risco obstétrico habitual (QLN):** mulheres com idade gestacional entre 37-41 semanas, gravidez única, feto em apresentação cefálica, recém-nascido com peso ao nascer entre 2.500 e 4.499g, sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, vírus da imunodeficiência humana negativo. Variável construída a partir de informações em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, questionário aplicado com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: não; sim.

**Paridade (QLO):** número de partos, incluindo cesarianas antecedentes ao nascimento em questão, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupadas em: primípara; múltípara.

**Cesariana prévia (QLN):** história de cesariana anterior à gestação atual, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: não; sim.

**Idade gestacional (QLO):** idade gestacional do nascimento do recém-nascido, construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: 37 a 38 semanas; 39 a 40 semanas; 41 semanas.

**Trabalho de parto (QLN):** gestante em trabalho de parto, espontâneo ou induzido, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

#### Características da instituição

**Localização (QLN):** localização da instituição, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura agrupada em: interior; capital.

**Tipo de hospital (QLN):** classificação dos leitos de atendimento para obstetrícia em públicos, privados ou mistos, neste último foram considerados os hospitais privados com leitos contratados pelo sistema público. Variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, agrupada em: público; privado; misto.

**Hospital Amigo da Criança (QLN):** certificação da instituição como Hospital Amigo da Criança, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, agrupada em: não; sim.

#### Características do pré-natal

**Profissional no pré-natal (QLN):** profissional de saúde que prestou assistência à gestante na maior parte das consultas de pré-natal, variável construída

a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: enfermeiro(a); médico(a); outro profissional/parteira.

**Local do pré-natal (QLN):** local de realização da maioria das consultas de pré-natal, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: serviço particular ou plano de saúde; serviço público e particular; serviço público.

**Início do pré-natal (QLO):** idade gestacional que a gestante iniciou o pré-natal, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupado em: até 12 semanas; após 12 semanas.

**Número de consultas (QLO):** número de consultas que a gestante realizou no pré-natal com médico, enfermeira ou parteira, variável construída a partir das informações da entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: até cinco; seis ou mais.

**Orientação início do trabalho de parto (QLN):** compreensão da mulher a partir das informações fornecidas no pré-natal sobre o início do trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupadas em: não; sim.

**Orientação boas práticas no trabalho de parto (QLN):** compreensão da mulher a partir das informações fornecidas no pré-natal sobre o que poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê e alívio da dor, como movimentação e uso de métodos não farmacológicos, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupadas em: não; sim.

**Decisão final pela via de nascimento (QLN):** tomada de decisão pela via de nascimento ao final da gestação, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupadas em: sem decisão; operação cesariana; parto normal.

Variáveis de boas práticas e práticas de monitorização no trabalho de parto

**Oferta de dieta (QLN):** oferecimento de líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Movimentação (QLN):** movimentação durante o trabalho de parto como permanecer fora da cama e caminhar, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Métodos não farmacológicos para o alívio da dor (QLN):** uso de alguma medida não farmacológica para o alívio da dor durante o trabalho de parto (banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, outro), variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Presença de acompanhante no trabalho de parto (QLN):** presença do acompanhante no momento do trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Realização de cardiocardiografia (QLN):** registro da realização de cardiocardiografia antes de ir para maternidade, na admissão/internação ou durante o trabalho de parto, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Uso de partograma (QLN):** presença de partograma preenchido no prontuário, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Dilatação no início do partograma (QLO):** presença de registro da dilatação na abertura do partograma, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupado em: dilatação de um a três centímetros; dilatação de quatro a 10 centímetros.

**Profissional que acompanhou o trabalho de parto (QLN):** profissional que acompanhou a evolução do trabalho de parto a partir do registro no partograma e da descrição na evolução do trabalho de parto, variável construída a partir de informações do prontuário, agrupada em: médico; médico/enfermeiro; enfermeiro; outros.

Variáveis de práticas obstétricas intervencionistas

**Ocitocina (QLN):** prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto, fases de dilatação e expulsão, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Administração de misoprostol (QLN):** utilização de medicação via vaginal como método para a indução do trabalho de parto, quando a gestante não apresentou

trabalho de parto espontâneo, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Prescrição de analgésicos (QLN):** prescrição de algum analgésico para o alívio da dor durante o trabalho de parto como opioides e outras medicações, variável construída a partir dos dados coletados no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Analgesia de parto (QLN):** bloqueio de condução para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, seja por analgesia epidural, ou analgesia combinada (raquiperidural), variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Amniotomia (QLN):** rompimento artificial das membranas após a chegada da mulher no hospital, variável construída a partir da coleta de dados do prontuário, agrupada em: não, rotura espontânea; sim; sem informação.

**Número de toques vaginais (QLO):** registro de número de toques vaginais realizados, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupado em: até seis toques; de sete a quinze toques.

**Posição de litotomia (QLN):** posição deitada com as pernas elevadas adotada no parto normal, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Manobra de *Kristeller* (QLN):** realização de pressão no fundo do útero, apertar ou subir na barriga para ajudar a saída do bebê no momento do parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Episiotomia (QLN):** realização de incisão na região do períneo para ampliar o canal de parto, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Violência verbal, psicológica ou física (QLN):** opinião da puérpera sobre a realização de alguma forma de violência por parte dos profissionais de saúde como violência verbal (grito ou xingamento), violência psicológica (humilhação, negação de atendimento ou da oferta de algum tipo de alívio da dor) ou violência física (empurrões, machucados ou exame de toque de forma dolorosa), variável construída a partir da entrevista realizada com a puérpera por telefone, agrupado em: não; sim.

#### Variáveis de desfecho materno

**Via de nascimento (QLN):** via pela qual ocorreu o nascimento, variável construída a partir das fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: parto vaginal; parto instrumental; cesariana.

**Complicação no trabalho de parto (QLN):** ocorrência de qualquer complicação no trabalho de parto como distocia de ombro, prolapso de cordão, ruptura uterina, período expulsivo prolongado, variável construída a partir dos dados do prontuário, agrupado em: não; sim.

**Complicação no pós-parto (QLN):** ocorrência de qualquer complicação no pós parto imediato como atonia uterina, placenta retida ou hemorragia pós-parto, variável construída a partir dos dados do prontuário, agrupado em: não; sim.

**Desfechos do períneo (QLN):** integridade, laceração perineal ou realização de episiotomia, variável construída a partir dos dados do prontuário, agrupada em: com episiotomia; períneo íntegro ou laceração de 1º grau; laceração de 2º, 3º ou 4º grau; sem informação.

**Parto sem intervenção (QLN):** a ocorrência de parto vaginal sem a realização ou a utilização de episiotomia, manobra de *Kristeller* e posição de litotomia, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Risco de depressão pós-parto (QLO):** variável construída a partir do escore da escala de depressão pós-parto de Edimburgo, foi considerado risco de depressão materna o escore acima de 10, variável construída a partir da entrevista realizada com a puérpera por telefone, agrupada em: não, sim.

#### Variáveis neonatais

**Reanimação neonatal (QLN):** realização de qualquer manobra de reanimação no recém-nascido em sala de parto como o uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambu e máscara, intubação orotraqueal, massagem cardíaca ou uso de drogas, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Internação do RN (QLN):** necessidade de internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou unidade de cuidados intensivos

neonatal (UCIN), variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

**Contato pele a pele (QLN):** o ato de colocar o bebê para mamar ou ficar com o bebê no colo logo após o nascimento e ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Oferta de seio materno na sala de parto (QLN):** oferta do seio materno após o nascimento ainda na sala de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

**Complicação neonatal (QLN):** ocorrência de qualquer desfecho neonatal desfavorável, como taquipnéia transitória, síndrome de aspiração meconial, desconforto respiratório, asfixia, transferência do recém-nascido, Apgar menor que 7 no quinto minuto ou óbito, variável construída a partir de informações do prontuário, agrupada em: não; sim.

**Alta em aleitamento materno exclusivo (QLN):** aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar, variável construída a partir da entrevista realizada com a puérpera por telefone, agrupada em: não; sim.

#### 4.2.3 Análise de dados

As análises estatísticas foram conduzidas no *software* estatístico SPSS, versão 25. A análise foi realizada em duas etapas, uma descritiva e outra analítica. Na etapa descritiva, primeiramente foi calculada a proporção das variáveis independentes na amostra, as características das instituições hospitalares; as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das mulheres do estudo; as práticas obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e os desfechos maternos e neonatais. Na sequência foram calculadas as proporções da variável dependente, uso da ocitocina durante o trabalho de parto, segundo as variáveis independentes, descritas anteriormente. Nesta etapa descritiva foram calculados os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e aplicado o teste de Qui-Quadrado para identificar possíveis diferenças estatísticas dentro de cada variável.

Na etapa analítica, foi realizada uma análise multivariável, bruta e ajustada, por meio da Regressão de Poisson, a partir da variável dependente, uso de ocitocina no trabalho de parto, para identificar associações com as variáveis independentes, as

mesmas características investigadas na análise descritiva. Na condução da análise ajustada foram considerados fatores de confusão, a idade da mulher, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade, cesariana prévia e indução do trabalho de parto; sendo suas escolhas baseadas na definição conceitual. Para a investigação do desfecho na análise bruta e ajustada, foi calculado o IC95% e aplicado o teste de Wald, para avaliar o nível de significância. Em todas as análises foi levado em conta o respectivo peso amostral de cada bloco, considerando o delineamento complexo de amostragem: estrato, conglomerados e pesos.

## 5 RESULTADOS

Segundo normativa do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC), os resultados da dissertação de mestrado devem ser apresentados em dois manuscritos.

### 5.1 MANUSCRITO 1 – PREVALÊNCIA DA OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO E FATORES ASSOCIADOS COM AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

#### PREVALÊNCIA DA OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO E FATORES ASSOCIADOS COM AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Manoela Brum  
Margarete Maria de Lima  
Manuela Beatriz Velho

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo descrever a prevalência do uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados com as características institucionais, características do pré-natal e as práticas obstétricas na Região Sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, a partir dos dados do ano de 2011, provenientes da Pesquisa Nascer no Brasil. Analisou 1.181 gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto. Utilizou-se análise descritiva para verificar a prevalência e a análise multivariável por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. No pré-natal, 92,2% foram atendidas por médico, 81,8% em serviços públicos, 74,3% realizaram seis ou mais consultas, 59,1% não receberam orientações sobre boas práticas. Das boas práticas no trabalho de parto, 18,3% receberam dieta, 35,8% tiveram acesso aos procedimentos farmacológicos para alívio da dor e 59,5% foram assistidas por médicos. O uso de misoprostol reduziu a administração de ocitocina (RPaj= 0,5; IC95% 0,4-0,7). A administração de ocitocina foi associada com a realização de uso de analgésicos, analgesia de parto, amniotomia, mais de 7 toques vaginais, posição litotômica e episiotomia. Concluiu-se que uso de ocitocina esteve associado com práticas intervencionistas.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto. Obstetrícia. Ocitocina. Prática Clínica Baseada em Evidências.

## INTRODUÇÃO

Com o avanço da ciência, em meados do século XX, tecnologias foram inseridas no atendimento obstétrico, incidindo no decréscimo das taxas de

morbimortalidade maternas e neonatais. Por outro lado, com a inserção da gestante no ambiente hospitalar a mulher e a fisiologia do trabalho de parto perderam o seu protagonismo, instaurando um modelo obstétrico intervencionista, com o uso de medicações, procedimentos invasivos e a utilização de instrumentais pelo profissional assistente. Na época, essa condução pelo uso dessas práticas obstétricas ainda não apresentava comprovação de segurança e efetividade (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Um marco no avanço da obstetrícia foi a descoberta da ocitocina, hormônio endógeno conhecido pelo seu papel na regulação do parto e lactação. Ao ser sequenciada, em 1953 pelo químico Vincent Du Vigneaud, foi possível realizar a síntese da molécula e utilizá-la para indução, condução do trabalho de parto e para evitar a hemorragia pós-parto, devido seu efeito uterotônico (DU VIGNEAUD; RESSLER; TIPPET, 1953; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Visando melhorar o cenário obstétrico com uso racional de práticas intervencionistas, grandes organizações de saúde embasaram-se em evidências substanciais e produziram documentos com recomendações para que o atendimento ao parto ocorra respeitando a subjetividade de cada mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Segundo as recomendações, a utilização de práticas obstétricas mais invasivas deve ser realizada apenas quando identificada alguma distúrcia no trabalho de parto ou parto que não possa ser corrigida com medidas mais conservadoras.

Ainda hoje, mesmo com as recomendações contrárias para o uso de práticas intervencionistas é possível identificar o evento chamado “cascata de intervenções”, no qual a realização de uma prática obstétrica considerada intervencionista acarreta no uso de outras práticas. Em diversas instituições é rotineira a restrição da movimentação materna, o uso de episiotomia, a realização de toques vaginais recorrentes, o uso excessivo de ocitocina, a restrição da ingestão hídrica e alimentar da parturiente, parto vaginal instrumentalizado, puxos dirigidos, entre outras práticas (LEAL *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016).

Por outro lado, as boas práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996, ainda são realizadas de forma discreta. Um estudo nacional demonstrou que em gestantes de risco habitual a realização de intervenções foi mais elevada do que a utilização de boas práticas (LEAL *et al.*, 2014).

Diante disso, torna-se necessário compreender a utilização da ocitocina na realidade brasileira, em que contexto há maior incidência do uso desse fármaco e verificar os fatores associados, tendo em vista que estudos associaram o uso de ocitocina com práticas obstétricas intervencionistas (BERNITZ *et al.*, 2014; BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016; HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do uso de ocitocina no trabalho de parto e parto em gestantes de risco obstétrico habitual e estimar fatores associados com as características institucionais, características do pré-natal e as práticas obstétricas na Região Sul do Brasil.

## MÉTODO

Estudo transversal, que utilizou dados provenientes da pesquisa Nascer no Brasil, de gestantes de risco habitual da Região Sul do Brasil. O estudo original foi realizado nacionalmente em base hospitalar, composto por puérperas e seus recém-nascidos, com coleta de dados entre fevereiro de 2011 a julho de 2012. Para determinar o tamanho amostral, foram selecionados por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). Posteriormente foi instituído coleta mínima de 7 dias em cada hospital e selecionado todas puérperas elegíveis, todas as que tiveram o parto hospitalar com nascimento de seus conceitos vivos, ou nascido morto com peso ao nascer  $\geq 500\text{g}$  e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas (LEAL *et al.*, 2012).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa de cesariana no Brasil em 2007 de 46,6%, com significância de 5% para detectar diferenças de 14% entre os tipos de hospitais (hospitais públicos, mistos e privados), poder de 95% e efeito de desenho de 1,3, chegando em uma amostra mínima de 450 puérperas por estrato. A amostra final foi composta por 266 instituições, com a realização de 90 entrevistas com as mulheres em cada um dos hospitais. Mais informações sobre o desenho amostral estão detalhadas em Vasconcellos *et al.* (2014).

Para a coleta de dados foi realizada entrevista com o gestor do hospital, obtendo as informações institucionais. Para coleta das informações maternas, de

práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais, foram realizadas entrevistas com as puérperas durante a internação hospitalar, a coleta de dados dos prontuários das puérperas e recém-nascidos, e fotografados os cartões de pré-natal. Entrevistas telefônicas de *follow-up* foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto, para obter informações sobre a satisfação com o atendimento, depressão pós-parto e os desfechos maternos e neonatais após a alta hospitalar (LEAL *et al.*, 2012).

A coleta de dados na Região Sul ocorreu entre os meses de março e agosto de 2011. A partir da amostra total de 4.187 puérperas, 2.688 foram consideradas gestantes de risco habitual, conforme características elencadas em análises anteriores da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2014). Para tanto, os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas no nascimento, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. E os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. Os valores do IMC não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual, pelo elevado número de perdas sobre as informações biométricas. Ademais, para esse estudo, foram selecionadas apenas as mulheres que entraram em trabalho de parto, foram excluídas oito mulheres que não fizeram o pré-natal e 118 mulheres que apresentaram *missings* no banco de dados, a amostra final foi composta por 1.181 mulheres.

Como variável dependente, este estudo investigou a utilização de ocitocina no trabalho de parto (período de dilatação e expulsivo). As variáveis independentes estudadas foram as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas; características institucionais; características do pré-natal e práticas obstétricas.

Para as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas, as variáveis analisadas foram: idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), paridade, história de cesariana prévia e idade gestacional. Nas características institucionais foram avaliadas localização, tipo de hospital, e se a instituição possuía título de Hospital Amigo da Criança. Nas características do pré-natal as variáveis investigadas foram o profissional que acompanhou a maior parte das consultas, local de realização do pré-natal, início do pré-natal, número de consultas, orientação sobre início do trabalho de parto, orientação sobre boas práticas e decisão final pela via de nascimento.

As práticas obstétricas foram subdivididas em: boas práticas e monitorização no trabalho de parto (oferta de dieta [líquidos ou alimentos], movimentação, métodos não farmacológicos para o alívio da dor [banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, outro], presença do acompanhante no trabalho de parto, realização de cardiocotografia, uso de partograma, dilatação no início do partograma e profissional que acompanhou o trabalho de parto) e práticas obstétricas intervencionistas (administração de misoprostol, prescrição de analgésicos, analgesia de parto, amniotomia, número de toques vaginais, posição de litotomia, manobra de *Kristeller*, episiotomia e violência verbal, psicológica e física).

As variáveis institucionais foram construídas a partir da entrevista realizada com o gestor do hospital. As variáveis sobre local de realização do pré-natal, oferta de dieta, movimentação, métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhante, posição de litotomia e manobra de *Kristeller* foram obtidas a partir da entrevista com as mulheres, tendo em vista o maior número de respostas e a descrição da experiência vivenciada. Já as variáveis relativas à monitorização do trabalho de parto e as demais práticas obstétricas intervencionistas, foram construídas a partir das variáveis originais presentes nos prontuários. A variável violência verbal, psicológica e física foi construída a partir da entrevista telefônica.

A análise descritiva apresentou a prevalência das variáveis analisadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e o teste de Qui-Quadrado de Pearson. A análise multivariável foi realizada por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. Para a análise ajustada foram consideradas como fatores de confusão as variáveis idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto; por definição conceitual a partir de estudos anteriores (LEAL *et al.*, 2014).

A análise de dados foi realizada no *software* estatístico SPSS, versão 25, foram aplicados os pesos amostrais considerando a característica complexa dos estratos e conglomerados da amostra. O processo de calibração foi usado em cada estrato selecionado, para assegurar que as estimativas dos totais fossem equivalentes ao número de nascimentos em hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2011. Os resultados apresentados são estimativas da população do estudo, baseados na amostra.

A Pesquisa Nascer no Brasil foi realizada segundo a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola

Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer n. 92/2010. Todas as puérperas e gestores das instituições assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (LEAL *et al.*, 2012).

## RESULTADOS

O uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto foi de 56,1% (IC95% 48,6-63,3) (dados não apresentados nas tabelas). Na caracterização da amostra, a maioria das mulheres possuía idade entre 20 e 34 anos (68,7%), se autodeclarou branca (59,3%), possuía relacionamento estável (85,7%), tinha baixa escolaridade apresentando ensino fundamental incompleto ou completo (62,8%) e fazia parte da classe social C (60,3%). Quanto as características obstétricas, a maioria das mulheres eram múltiparas (57,0%) e estavam com idade gestacional entre 39 a 40 semanas (57,6%); apenas 10,8% possuía cesariana prévia (Tabela 1).

Tabela 1: Características demográficas, socioeconômicas e obstétricas das gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181)

	<b>Todos % (IC95%)</b>
<b>Idade materna</b>	
De 12 a 19 anos	24,0 (20,7-27,6)
De 20 a 34 anos	68,7 (64,9-72,2)
35 ou mais	7,4 (5,8-9,4)
<b>Cor de pele</b>	
Branca	59,3 (54,4-64,1)
Parda/Morena/Mulata/Preta	39,6 (35,1-44,3)
Amarela/Oriental/Indígena	1,1 (0,5-2,2)
<b>Situação Conjugal</b>	
Com companheiro	85,7 (82,6-88,4)
Sem companheiro	14,3 (11,6-17,4)
<b>Escolaridade</b>	
EF completo	32,5 (29,9-35,2)
EF incompleto	30,3 (27,0-33,9)
EM completo	32,2 (29,1-35,4)
ES completo	5,0 (3,7-6,7)
<b>Classe econômica</b>	
Classe A+B	26,8 (23,1-30,9)
Classe C	60,3 (56,4-64,1)
Classe D+E	12,9 (10,4-15,8)
<b>Paridade</b>	
Primípara	43,0 (39,0-47,0)
Múltipara	57,0 (53,0-61,0)
<b>Cesariana Prévia</b>	

Não	89,2 (86,2-91,7)
Sim	10,8 (8,3-13,8)
<b>Idade gestacional</b>	
37 a 38 Semanas	32,1 (29,0-35,4)
39 a 40 Semanas	57,6 (54,6-60,5)
41 Semanas	10,3 (8,3-12,8)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Nas características institucionais, a maioria das mulheres foi atendida no interior (74,2%), em hospital misto, ou seja, instituições privadas com leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (66,2%) e 60% foram atendidas em hospitais que possuíam o título de Hospital Amigo da Criança. Não houve diferença estatística quanto à prevalência do uso da ocitocina em relação à localização, tipo de hospital ou certificação de Hospital Amigo da Criança (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as características institucionais. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181)

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	RPaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Localização</b>					
Interior	74,2 (68,6-79,1)	53,4 (45,2-61,5)	Referência	Referência	
Capital	25,8 (20,9-31,4)	64,1 (48,0-77,6)	1,1(0,9-1,3)	1,1(0,9-1,3)	0,266
<b>Tipo de hospital</b>					
Público	30,0 (24,3-36,5)	51,8 (40,3-63,2)	Referência	Referência	
Misto	66,2 (59,8-72,0)	58,4 (48,7-67,4)	1,1(0,9-1,2)	1,1(0,9-1,2)	0,272
Privado	3,8 (2,4-6,0)	52,6 (36,1-68,5)	1,0(0,8-1,2)	1,0(0,8-1,2)	0,959
<b>Hospital Amigo da Criança</b>					
Não	40,0 (25,3-56,8)	54,5 (45,3-63,4)	Referência	Referência	
Sim	60,0 (43,2-74,7)	57,3 (46,5-67,5)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	0,742

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Considerando as informações do pré-natal das gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto, a maior parte das mulheres foi acompanhada por profissional médico (92,2%), no serviço público (81,8%), realizou seis ou mais consultas (74,3%), não recebeu orientações sobre as boas práticas no trabalho de parto (59,1%) e o parto normal foi a decisão final pela via de nascimento (74,1%). A utilização de ocitocina no trabalho de parto não apresentou associação com as informações do pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as informações do pré-natal da gestação atual. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181)

	<b>Todos % (IC95%)</b>	<b>Ocitocina<sup>a</sup> % (IC95%)</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>RPaj<sup>b</sup> (IC95%)</b>	<b>Valor de p<sup>c</sup></b>
<b>Profissional no pré-natal</b>					
Médico(a)	92,9 (90,1-95)	56,4 (48,8-63,7)	Referência	Referência	
Enfermeiro(a)	6,6 (4,6-9,4)	53,1 (37,5-68,0)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,745
Outro profissional/Parteira	0,5 (0,3-0,9)	58,5 (15,2-91,7)	1,0 (0,6-1,6)	0,9 (0,6-1,4)	0,688
<b>Local do pré-natal</b>					
Serviço público	81,8 (78,0-85,0)	54,3 (46,6-61,8)	Referência	Referência	
Serviço particular ou plano de saúde	14,2 (11,4-17,6)	64,2 (54,5-72,8)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,085
Serviço público e particular	4,0 (2,8-5,6)	66,1 (49,9-79,2)	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (1,0-1,3)	0,136
<b>Início do pré-natal</b>					
Após 12 semanas	43,8 (40,0-47,7)	54,2 (45,2-62,8)	Referência	Referência	
Até 12 Semanas	56,2 (52,3-60,0)	57,8 (50,3-64,9)	1,0 (1,0-1,1)	1,0 (1,0-1,1)	0,559
<b>Número de consultas</b>					
Até 5	25,7 (21,5-30,5)	54,1 (43,9-63,9)	Referência	Referência	
6 ou mais	74,3 (69,5-78,5)	56,9 (49,3-64,2)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,932
<b>Orientação início do TP</b>					
Não	47,8 (43,3-52,4)	56,6 (48,0-64,9)	Referência	Referência	
Sim	52,2 (47,6-56,7)	55,8 (48,2-63,2)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,759
<b>Orientação boas práticas no TP</b>					
Não	59,1 (54,0-64,1)	56,6 (47,8-65,0)	Referência	Referência	
Sim	40,9 (35,9-46,0)	55,6 (47,7-63,3)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,720
<b>Decisão final pela via de nascimento</b>					
Operação cesariana	5,0 (3,3-7,3)	47,5 (29,8-65,9)	Referência	Referência	
Parto normal	74,1 (68,9-78,7)	56,8 (49,8-63,4)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,9-1,2)	0,888
Sem decisão	21,0 (16,6-26,1)	56,2 (44,6-67,2)	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,9-1,2)	0,784

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

TP: trabalho de parto

Nota: Destacados em negrito valor de  $p < 0,05$ .

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O relato das mulheres identificou uma baixa prevalência no uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (35,8%), ao mesmo tempo que oito em cada dez mulheres não receberam qualquer tipo de dieta durante o trabalho de parto (81,7%), mas relataram terem tido liberdade para se movimentar (84,1%). Apenas metade das mulheres tiveram a presença de acompanhante no trabalho de parto (53,8%). Três em cada 10 mulheres foram submetidas a cardiotocografia antes, na admissão ou durante o trabalho de parto (29,0%) e a maioria teve o registro da monitoração do trabalho de parto por meio do partograma (69,7%) com sua abertura a partir de 4 cm de dilatação (76,2%). O médico foi o profissional que acompanhou a maioria das mulheres em trabalho de parto (59,5%), seguido do atendimento concomitante por médico e enfermeiro (30,6%) ou apenas por enfermeiro (5,1%). As

mulheres que tiveram a abertura do partograma antes dos quatro centímetros de dilatação, tiveram maior prevalência no uso de ocitocina (63,6%), mas esta diferença não se manteve na análise multivariável. Não foram identificadas outras diferenças na prevalência ou nos fatores associados à utilização de ocitocina com as boas práticas e práticas de monitorização no trabalho de parto (Tabela 4).

Tabela 4: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as boas práticas e práticas de monitorização no trabalho de parto. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181)

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	RPaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Oferta de dieta</b>					
Sim	18,3 (12,6-25,7)	64,1 (52,9-73,9)	Referência	Referência	
Não	81,7 (74,3-87,4)	54,4 (46,5-62,1)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,249
<b>Movimentação</b>					
Não	15,9 (11,3-21,5)	63,0 (49,5-74,7)	Referência	Referência	
Sim	84,1 (78,5-88,5)	55,7 (47,4-63,6)	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)	0,219
<b>Métodos não farmacológicos para alívio da dor</b>					
Não	64,2 (56,2-71,4)	53,4 (44,8-61,9)	Referência	Referência	
Sim	35,8 (28,6-43,8)	61,1 (52,2-69,3)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,237
<b>Presença de acompanhante no TP</b>					
Não	46,2 (34,6-58,2)	56,5 (46,3-66,2)	Referência	Referência	
Sim	53,8 (41,8-65,4)	55,9 (47,4-64,1)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,9)	0,619
<b>Realização de cardiocardiografia</b>					
Não	71,0 (60,6-79,6)	53,9 (46,5-61,2)	Referência	Referência	
Sim	29,0 (20,2-39,4)	61,8 (49,2-72,9)	1,1 (1,0-1,2)	1,0 (0,9- 1,2)	0,469
<b>Uso de Partograma</b>					
Não	30,3 (19,8-43,2)	53,9 (37,9-69,0)	Referência	Referência	
Sim	69,7 (56,8-80,2)	57,2 (49,8-64,3)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	0,779
<b>Dilatação no início do partograma</b>					
De 4 a 10cm	76,2 (68,8-82,3)	<b>54,5 (46,1-62,6)</b>	Referência	Referência	
De 1 a 3cm	23,8 (17,7-31,2)	<b>63,6 (54,6-71,8)</b>	1,1 (1,0-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	0,407
<b>Profissional que acompanhou o TP</b>					
Médico	59,5 (45,4-72,1)	54,5 (44,8-63,9)	Referência	Referência	
Médico+Enfermeiro	30,6 (19,4-44,7)	63,8 (51,8-74,2)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0,239
Enfermeiro	5,1 (2,2-11,3)	47,3 (26,2-69,4)	0,9 (0,7-1,2)	1,0 (0,7-1,2)	0,701
Outros	4,8 (1,4-15,5)	39,0 (27,7-51,6)	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,063

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

TP: trabalho de parto

Nota: Destacados em negrito valor de  $p < 0,05$ .

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Na avaliação das práticas intervencionistas apenas 3,4% das mulheres fizeram uso de misoprostol vaginal para indução do trabalho de parto, a prescrição de algum analgésico ocorreu em 23,4%, a realização da analgesia de parto em 8,1%, a rotura artificial das membranas amnióticas em 27,0% e 34,2% das mulheres foram submetidas à manobra de *Kristeller*. A prevalência de práticas intervencionistas no parto apresentou percentuais elevados na adoção da posição litotômica (95,3%) e na realização de episiotomia (55,8%) (Tabela 5).

Tabela 5: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as práticas intervencionistas. Região Sul do Brasil. 2011

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	RPaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Administração de misoprostol (n=1.181)</b>					
Não	96,6 (94,2-98,0)	<b>56,9 (49,7-63,8)</b>	Referência	Referência	
Sim	3,4 (2,0-5,8)	<b>36,2 (17,7-60,0)</b>	0,8 (0,7-1,0)	0,5 (0,4-0,7)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Prescrição de analgésicos (n=1.181)</b>					
Não	76,6 (67,7-83,7)	<b>51,3 (43,7-58,8)</b>	Referência	Referência	
Sim	23,4 (16,3-32,3)	<b>72,3 (59,7-82,1)</b>	1,2 (1,1-1,4)	1,2 (1,1-1,4)	<b>0,001</b>
<b>Analgesia de parto (n=1.181)</b>					
Não	91,9 (86,9-95,1)	<b>54,4 (46,7-61,9)</b>	Referência	Referência	
Sim	8,1 (4,9-13,1)	<b>76,8 (64,3-85,8)</b>	1,3 (1,1-1,4)	1,2 (1,1-1,4)	<b>0,005</b>
<b>Amniotomia (n=1.181)</b>					
Não ou rotura espontânea	40,1 (35,2-45,2)	55,1 (46,5-63,4)	Referência	Referência	
Sim	27,0 (20,9-34,1)	64,5 (55,3-72,7)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,1-1,2)	<b>0,002</b>
Sem informação	32,9 (26,2-40,5)	50,7 (39,3-62,1)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,750
<b>Número de toques vaginais (n=1.181)</b>					
Até 6 toques	92,1 (85,9-95,7)	<b>57,7 (48,4-66,4)</b>	Referência	Referência	
De 7 a 15 toques	7,9 (4,3-14,1)	<b>77,2 (64,0-86,5)</b>	1,2 (1,1-1,4)	1,2 (1,1-1,4)	<b>0,005</b>
<b>Posição de litotomia (n=1.069)</b>					
Não	4,7 (3,0-7,3)	41,6 (23,6-62,2)	Referência	Referência	
Sim	95,3 (92,7-97)	58,2 (50,6-65,4)	1,2 (1,0-1,4)	1,1(0,9-1,3)	<b>0,019</b>
<b>Manobra de Kristeller (n=1.069)</b>					
Não	65,8 (60,3-70,9)	58,2 (50,0-66,0)	Referência	Referência	
Sim	34,2 (29,1-39,7)	55,8 (46,5-64,7)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,0)	0,273
<b>Episiotomia (n=1.069)</b>					
Não	44,2 (37,2-51,5)	<b>49,4 (40,6-58,3)</b>	Referência	Referência	
Sim	55,8 (48,5-62,8)	<b>63,7 (55,1-71,5)</b>	1,2 (1,0- 1,3)	1,1 (1,0-1,3)	<b>0,017</b>
<b>Violência verbal, psicológica ou física (n=971)</b>					
Não	94,6(92,8-96)	55,5 (47,5-63,1)	Referência	Referência	
Sim	5,4 (4,0-7,2)	54,8 (36,7-71,7)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,866

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

Nota: Destacados em negrito valor de p <0,05.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A prevalência do uso de ocitocina foi mais elevada nas mulheres que não fizeram uso de misoprostol (56,9%), que receberam analgésicos (72,3%), analgesia de parto (76,8%), submetidas à sete ou mais toques vaginais no trabalho de parto (77,2%) e episiotomia no período expulsivo (63,7%). Após ajuste pelas variáveis de confusão, a administração de misoprostol reduziu pela metade a razão de prevalência na utilização da ocitocina (RPaj= 0,5; IC95% 0,4-0,7), aumentou em 20% a prescrição de analgésicos (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4), da analgesia de parto (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4) e de ser submetida à sete ou mais toques vaginais (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4), aumentou em 10% a realização de amniotomia (RPaj= 1,1 IC95% 1,1-1,2), ou a realização de episiotomia (RPaj= 1,1 IC95% 1,0-1,3). A frequência de algumas intervenções que são consideradas inadequadas, como a manobra de *Kristeller* e a

violência verbal, psicológica ou física, não foram associadas estatisticamente à infusão de ocitocina (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Para esse estudo, a seleção de mulheres classificadas como gestante de risco habitual ocorreu devido à baixa complexidade, ausência de riscos obstétricos eminentes que justificassem não realizar as boas práticas e realizar práticas intervencionistas. Os dados analisados neste estudo são provenientes do maior inquérito nacional sobre parto e nascimento e possibilitam estudar a associação com as práticas obstétricas de forma inovadora na realidade brasileira. Foi possível comparar com outros estudos e identificar que apesar de algumas melhorias no atendimento obstétrico, ainda há um longo caminho a percorrer para um atendimento baseado em evidências.

Os resultados das práticas obstétricas na Região Sul do Brasil demonstraram que o atendimento à gestante está concentrado no modelo biomédico, com baixa adesão das recomendações baseadas em evidências, como baixa realização de boas práticas (oferta de dieta e de métodos não farmacológicos para o alívio da dor). Ao analisar a prevalência do uso de ocitocina no trabalho de parto e parto, houve associação com a cascata de intervenções, ao apontar a realização de práticas que não devem ser realizadas de rotina, mas que apresentaram elevados percentuais nessa amostra e que podem ser considerados violência obstétrica (amniotomia, mais de sete toques vaginais, adoção de posição litotômica e realização de episiotomia) quando realizadas sem indicação.

Na prevalência do profissional que acompanhou o pré-natal, nove em cada 10 mulheres realizaram o pré-natal com médico, mesmo a maioria sendo atendida no setor público, onde há políticas nacionais que preconizam que as consultas de acompanhamento de gestante de risco habitual sejam realizadas intercaladas com o enfermeiro (BRASIL, 2012). Ademais, durante o pré-natal, menos da metade das mulheres receberam informações sobre boas práticas no trabalho de parto.

Em estudo que comparou os modelos de atendimento obstétrico em gestantes de risco habitual, identificou que o atendimento pré-natal realizado por médico esteve associado com um modelo intervencionista e a atuação do enfermeiro esteve associada com o modelo delineado para boas práticas (VELHO *et al.*, 2019).

Recomenda-se que durante o pré-natal a mulher receba informações sobre como reconhecer o início de trabalho de parto, medidas de conforto, de alívio da dor, riscos e benefícios de intervenções que podem ser necessárias, visando uma experiência mais prazerosa do processo parturitivo (BRASIL, 2012; 2016).

Nas boas práticas é notável a baixa prevalência nas práticas de fácil aplicação, apenas 18,3% das mulheres referiram que fizeram a ingestão de algum líquido ou alimento durante o trabalho de parto. Este tipo de restrição durante o trabalho de parto ativo ocorre de forma rotineira em várias maternidades, devido o possível risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante a anestesia geral, descrita em um estudo de 1940. Porém a ocorrência deste evento é rara, a restrição alimentar e hídrica não apresenta evidências de malefícios e pode influenciar negativamente na experiência de parto, diante disso, a escolha deverá ficar a critério da parturiente (CIARDULLI *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Uma metanálise identificou que a oferta de dieta pode ainda diminuir o tempo final para o parto (CIARDULLI *et al.*, 2017).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor como hidroterapia, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, entre outras práticas não invasivas, são fortemente recomendadas para auxiliar na promoção de conforto a parturiente, sem efeitos prejudiciais (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Apesar destas práticas serem de baixo custo, pouco foram realizadas nas mulheres estudadas. As técnicas aplicadas à mulher podem promover o relaxamento, diminuição de ansiedade, melhora das queixas álgicas contribuindo para percepção mais favorável sobre o trabalho de parto, além das práticas contribuírem na livre movimentação e permitir posições mais verticalizadas que favorecem o trabalho de parto (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

Estudos recentes ainda apontam a realização discreta de boas práticas (LEAL *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016; GAMA *et al.*, 2021), mesmo já sendo indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), o que leva a pensar que o modelo obstétrico ainda precisa passar por refinamento. Ademais, no Brasil a Rede cegonha foi uma política implementada no ano de 2011 e revogada em 2021, que incentivou a realização de boas práticas, a formação e inserção de enfermeiros obstetras e obstetrites e centros de parto normal para gestantes de baixo habitual, visando a qualificação do atendimento ao período gestacional e parturitivo pela comprovação de benefícios deste modelo de

atendimento (GAMA *et al.*, 2021). Estudos evidenciam que nas maternidades onde há inserção de enfermeiros obstetras, a realização das boas práticas foi mais elevada (SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021).

A cada 10 mulheres, seis tiveram a assistência ao trabalho de parto realizadas profissional médico, outros estudos corroboram com essa assistência voltada ao médico (ANDRADE *et al.*, 2016; VELHO *et al.*, 2019; GAMA *et al.*, 2021). Comparando aos dados desse estudo, Gama e colaboradores (2021) evidenciaram que houve aumento da assistência ao parto realizada por enfermeiros, na região Sul apresentou o percentual de 18,5%, refutando os 5,1% desse estudo. Apesar do aumento notável da inserção do enfermeiro na assistência ao período parturitivo ainda se observa uma baixa aderência nesse modelo de atendimento, mesmo com evidências de que as gestantes de risco habitual atendidas nos serviços de saúde por enfermeiras, obstetras ou *midwives* apresentam maior satisfação com o atendimento (SANDALL *et al.*, 2016), aumento na realização de boas práticas e diminuição de práticas intervencionistas (BRASIL, 2016; GAMA *et al.*, 2021; LUNDGREN *et al.*, 2022).

O uso de prostaglandina para indução do trabalho de parto apresentou-se como efeito protetor após análise multivariável na utilização de ocitocina, ratificando a necessidade de preparação e maturação do colo uterino para desencadear o trabalho de parto, presumindo que o uso de misoprostol foi eficaz para a progressão do trabalho de parto, com pouca necessidade do uso de ocitocina. Em metanálise que estudou os métodos para indução do trabalho de parto, identificou que o uso de misoprostol esteve associado com parto vaginal dentro de 24 horas do início de sua utilização e diminuição de indicação de operação cesariana, provando ser um bom método para indução do trabalho de parto, porém, apresentou associação com hiperestimulação e alterações na frequência cardíaca fetal. Vale ressaltar que o uso de misoprostol via vaginal não é um método recomendado para mulheres com cesariana prévia pelo risco de ruptura uterina (ALFIREVIC *et al.*, 2016).

A prescrição de analgésicos teve maior prevalência nas mulheres que fizeram uso do ocitocina. Podemos pressupor alguns pontos desta associação, como a maior percepção de dor pelo aumento das contrações no uso deste fármaco, a facilidade da administração de ocitocina ao ser estabelecido um acesso venoso para realização de analgésicos parenterais, ou vice-versa, a restrição da mobilidade e a baixa adesão do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor que deveriam ser ofertados anteriormente, como foi evidenciado neste estudo. Com isso emerge o

questionamento se as mulheres estão sendo informadas sobre todas as práticas para alívio da dor e as vantagens e desvantagens de cada método. Ademais, a administração de opioides aumenta a complexidade do parto, sendo necessário maior monitorização e manutenção de acesso venoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nesse estudo a utilização dos métodos farmacológicos para alívio da dor como o uso de analgésicos e analgesia de parto, foram classificadas como práticas intervencionistas pelos riscos maternos e neonatais decorrentes do seu uso no período parturitivo. Outro ponto que sustenta a classificação de métodos farmacológicos como práticas intervencionistas é a necessidade dessas intervenções ocorrerem em ambiente hospitalar, dispondo de suporte avançado de reanimação e outras técnicas mais invasivas para preservar o bem-estar materno e fetal em caso de efeitos adversos. Apesar de não haver contraindicação para a utilização da analgesia e ser recomendada sempre que for solicitado pela parturiente, é necessário que o profissional da saúde informe sobre todas as alternativas disponíveis para alívio da dor e os potenciais efeitos colaterais do uso de métodos farmacológicos, que incluem sonolência materna, náuseas, vômitos e depressão neonatal ou sonolência ao nascer (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A associação na administração de analgésicos e analgesia epidural com a o uso de ocitocina, leva a crer que a percepção da dor das contrações com o uso de ocitócitos é maior. Corroborando com esse resultado, outro estudo também identificou associação entre o uso de ocitocina com realização de analgesia de parto (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016). De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) ao ser identificada a parada de progressão do trabalho de parto com necessidade de administração de ocitocina, é necessário informar à mulher que irá aumentar a intensidade e frequência das contrações e ofertar analgesia peridural, visto que é o método farmacológico que demonstra maior eficácia no controle da dor. A analgesia está associada com uma duração maior do segundo período do trabalho de parto e aumento da realização de parto instrumental, porém a realização de analgesia não é indicativo para a administração de ocitocina de rotina (BRASIL, 2016).

A realização de amniotomia foi outra prática intervencionista que esteve associada com o uso de ocitocina. O do rompimento das membranas amnióticas de forma intencional, com o objetivo de acelerar e aumentar as contrações não é indicada

como prática rotineira no atendimento obstétrico, visto que não apresenta evidências robustas do encurtamento do trabalho de parto ao realizar esta intervenção, bem como pode haver alguns efeitos adversos raros à mulher e ao feto. O manejo ativo, com amniotomia e infusão de ocitocina para prevenção de trabalho de parto prolongado é uma conduta altamente prescritiva que reduz a autonomia da mulher (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Todavia, mesmo a prática não apresentando benefícios, estudos mais recentes não demonstraram diminuição na realização deste procedimento (ANDRADE *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2016; GAMA *et al.*, 2021).

A realização de sete ou mais toques vaginais apresentou baixa prevalência, mas esteve associada ao uso de ocitocina. A realização de toques repetitivos pode ser considerada violência obstétrica (ANDRADE *et al.*, 2016). O intervalo recomendado para realizar exame vaginal em parturientes de risco habitual é de quatro horas, tanto pelo risco de infecção que é maior quando apresenta ruptura das membranas amnióticas e parto prolongado, quanto pelo desconforto do exame para a mulher (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Ademais, quando não há suspeita de distocias no trabalho de parto, a progressão da dilatação cervical e da descida fetal pode ser avaliada de forma não invasiva, como a palpação abdominal, aspecto das secreções vaginais, localização do foco da frequência cardíaca fetal e a percepção da mulher.

Neste estudo a posição litotômica esteve associada com a administração de ocitocina, prática utilizada por muitos profissionais devido ao controle do segundo período do parto pela facilidade no manuseio perineal. O predomínio da posição litotômica no atendimento ao parto, contradiz todas as evidências que visam a fisiologia do parto, o conforto, autonomia e experiência de parto positiva para a mulher, esta prática ainda é amplamente difundida no Brasil mesmo em maternidades com inserção de enfermeiros obstetras (SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021).

Tanto durante o primeiro estágio quanto no segundo estágio do parto, deve-se desencorajar a mulher a adotar posições horizontais, incentivando a adoção de posições mais verticalizadas, lateralizadas ou de quatro apoios que promovam a fisiologia do parto (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Além disso, as evidências sugerem que a adoção de posições verticais no segundo estágio

do trabalho de parto pode reduzir a realização de episiotomia e partos vaginais instrumentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Outra prática que contrapõe as evidências científicas é a realização de episiotomia, neste estudo mais da metade das mulheres foram submetidas a esta intervenção que esteve associada à administração de ocitocina. A episiotomia de rotina foi instituída no atendimento ao parto com intenção de diminuir lacerações graves, porém não há embasamento científico sobre a real prevenção de traumas graves e a realização de episiotomia por si só produz um trauma perineal e exige reparo com sutura, dessa forma seu uso deve ser restrito a casos emergenciais (JIANG *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estudos nacionais demonstraram a diminuição na realização de episiotomia (ANDRADE *et al.*, 2016), incluindo quando o parto foi assistido por enfermeiro obstetra (SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021), apesar de não haver consenso na determinação de uma taxa aceitável, ainda é uma prática realizada em excesso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar de não ter apresentado associação do uso de ocitocina com a realização da manobra de *Kristeller*, que consiste em realização de pressão na porção de fundo de útero com intuito de auxiliar na descida fetal, este estudo demonstrou alta prevalência desta prática, considerada violência obstétrica. A realização desta prática é proscrita pois não possui evidências de sua eficácia para encurtar o período expulsivo e pode gerar possíveis danos maternos e neonatais (BRASIL, 2016; HOFMEYR *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Neste estudo o tempo transcorrido da coleta de dados é anterior às publicações mais recentes de recomendações para a assistência ao trabalho de parto e parto de organizações de saúde de referência, porém a OMS já trazia desde 1996 sugestões de boas práticas e diminuição de intervenções (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Apesar da ampla divulgação de práticas baseadas em evidências por estes documentos, em comparação a estudos mais recentes houve pouca melhora na assistência obstétrica, com realização elevada de práticas que não seguem as melhores evidências (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; ANDRADE *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021).

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que a utilização de ocitocina esteve associada com a prescrição de analgésicos, realização de analgesia de parto, amniotomia, excesso de toques vaginais, adoção de posição litotômica no período expulsivo e realização de episiotomia. O uso de ocitocina apresenta associação com práticas consideradas intervencionistas, apesar de a análise ser de gestantes de risco obstétrico habitual, grupo que não apresenta justificativa para a realização dessas práticas. As características institucionais, informações do pré-natal e práticas de monitorização não apresentaram associação com o uso de ocitocina.

Para qualificação dos serviços de saúde é necessário que as instituições que atendam gestantes revisem seus modelos de atendimento em conjunto com as diretrizes, já que o excesso de práticas prejudiciais vai contra a fisiologia do trabalho de parto, aumenta os custos materiais e pode resultar em agravos para a mulher e recém-nascido. Além de incentivo na formação de profissionais qualificados para assistência respeitosa e que realizem a prática baseada em evidências. Porém por ser uma pesquisa de cunho transversal, que avaliam exposição e desfecho no mesmo momento, os dados devem ser interpretados com cautela.

## REFERÊNCIAS

ALFIREVIC, Z. *et al.* Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. **BJOG**, v. 123, n. 9, p. 1462– 1470, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27001034/>>. Acesso em: 02 jun. 2022.

ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jun. 2022.

BALLESTEROS-MESEGUER, C. *et al.* Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0334.2686. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cg4QVxt4Q5dwz3pHZQQkQcD/?lang=en>>. Acesso em: 23 set. 2020.

BERNITZ, S. *et al.* Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. **Midwifery**, v.30 n. 3, p. 364–370, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.010>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CIARDULLI, A. M. D. *et al.* Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 3, p. 473-480, mar. 2017. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001898. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178059/>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

DU VIGNEAUD, V.; RESSLER, C.; TIPPET, S. The sequence of amino acids in oxytocin with a proposal for the structure of oxytocin. **Journal of Biological Chemistry**. Nova York, v. 205, n. 2, p. 949-57, 1953. Disponível em: M <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13129273/>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FREITAS, J. M. S; NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R.A.Q. Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190112, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M.A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2744, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul. 2022.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, CD006067, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/full>>. Acesso em: 13 set. 2022.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD000081, 2017. Disponível em:

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>>. Acesso em: 14 set. 2022.

LEAL, M. D. C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LEAL, M. D. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LUNDGREN, I. *et al.* Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. **Eur J Midwifery**, v. 6, n. 16, 2022. DOI: 10.18332/ejm/146084. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434536/>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3 p. 350-357, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>>. Acesso em: 15 set. 2022.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>. Acesso em: 28 abr. 2022.

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**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>. Acesso em: 12 set. 2022.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>>. Acesso em: 10 set. 2022.

VASCONCELLOS, M. T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

VELHO, M.B. *et al.* Prevalence of spontaneous, induced labour or planned caesarean section and factors associated with caesarean section in low-risk women in southern Brazil. **Midwifery**, v. 79, dez. 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102530. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302165>>. Acesso em: 06 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2021.

## 5.2 MANUSCRITO 2 – ASSOCIAÇÃO NO USO DA OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO COM OS DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

### ASSOCIAÇÃO NO USO DA OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO COM OS DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Manoela Brum  
Margarete Maria de Lima  
Manuela Beatriz Velho

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência do uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados aos desfechos maternos e neonatais na Região Sul do Brasil. Realizou-se estudo seccional, com dados da Pesquisa Nascer no Brasil, com 1.181 gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto. Foi realizada uma análise descritiva para verificar a prevalência das variáveis e posteriormente análise multivariável por meio da Regressão de Poisson bruta e ajustada. A maioria das mulheres era da faixa etária de 20 a 34 anos (68,7%), brancas (59,3%), viviam com companheiro (85,7%) e apenas 5% tinham ensino superior. As mulheres com cesariana prévia receberam menos ocitocina (RPaj= 0,9; IC95% 0,8-1,0). Nos desfechos maternos a prevalência de parto vaginal foi de 88,9%. O uso de ocitocina esteve associado com o aumento de parto instrumental (RPaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4), realização de episiotomia (RPaj= 1,1 IC95% 1,0-1,3) e alguma intervenção no parto (RPaj= 1,3 IC95% 1,1-1,5). Nos desfechos neonatais, o contato pele a pele foi realizado em 48,6% e oferta de seio materno em sala de parto em 70,2%. Concluiu-se que o uso de ocitocina esteve associado com práticas intervencionistas, evidenciando a necessidade de revisão do modelo obstétrico vigente no Brasil.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto. Obstetrícia. Ocitocina. Prática Clínica Baseada em Evidências.

### INTRODUÇÃO

Os avanços da ciência na área obstétrica com adoção de diversos procedimentos e tecnologias tornou o atendimento à gestante e recém-nascido mais seguro, incidindo na diminuição de indicadores na morbimortalidade materna e neonatal. Porém essas medidas que deveriam ser realizadas ao identificar alguma distocia no trabalho de parto ou parto, ganharam espaço central no atendimento, sendo utilizadas de forma rotineira, deixando de lado a fisiologia do período parturitivo e as subjetividades de cada caso (BRASIL, 2016).

Uma das tecnologias utilizadas no trabalho de parto é o uso da ocitocina de forma sintética, ela promove a indução do trabalho de parto e a condução das

contrações uterinas, com foco na evolução para o parto vaginal, este hormônio também possui efeito uterotônico, prevenindo atonia uterina no pós-parto imediato (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Apesar da grande função do uso da ocitocina para promover o parto vaginal, a utilização de ocitocina no trabalho de parto requer atenção devido seus potenciais efeitos adversos. Quando utilizada de forma prolongada e indiscriminada, pode levar à exaustão materna, taquissistolia, comprometimento fetal e a dessensibilização das células uterinas, que reduz a ação uterotônica e pode incidir na atonia uterina após o parto (BUGG *et al.*, 2013; YAMAGUCHI; SIAULY; TORRES, 2016).

Organizações de saúde advertem o uso liberal da ocitocina no trabalho de parto devido seus efeitos deletérios, recomenda-se a avaliação da progressão do trabalho de parto com a descida e rotação cefálica do feto, maturação e dilatação cervical, mudança de intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. Ao avaliar adequadamente a progressão do trabalho de parto é possível diagnosticar o momento para iniciar a indução com o fármaco ou a parada de progressão, que são indicações clínicas consistentes para utilização da ocitocina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O uso da ocitocina está associado à cascata de intervenções (ÁLVAREZ-ZAPATA *et al.*, 2019), na qual a realização de uma prática intervencionista acarreta em intervenções subsequentes, como a realização de partos vaginais instrumentais (BERNITZ *et al.*, 2014), episiotomia (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016) aumento na taxa de cesariana, a febre materna durante o parto, realização de analgesia peridural e reanimação neonatal avançada (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016). Ainda que haja evidências significativas para o uso restrito deste fármaco quando necessário na indução ou na identificada parada de progressão do trabalho de parto, seu uso ainda apresenta alta prevalência, o que indica o uso rotineiro (BERNITZ *et al.*, 2014; HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; ÁLVAREZ-ZAPATA *et al.*, 2019; GAMA *et al.*, 2021).

Por todo o contexto apresentado, o uso de ocitocina sintética demonstra alguns efeitos indesejados para a mulher e recém-nascido, devendo ser utilizada de forma cautelosa. Dito isso, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência do

uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados aos desfechos maternos e neonatais na Região Sul do Brasil.

## MÉTODO

Estudo transversal conduzido a partir da pesquisa Nascer no Brasil, de base hospitalar, com acompanhamento de puérperas que tiveram parto hospitalar de conceptos vivos ou mortos, com peso ao nascer  $\geq 500\text{g}$  e/ou idade gestacional  $\geq 22$  semanas. A coleta de dados ocorreu no período de 2011 a 2012. Para a determinação da amostra no primeiro estágio foram consideradas elegíveis todas as instituições hospitalares que registraram 500 partos/ano, conforme o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), sendo estratificadas pelas cinco macrorregiões do Brasil, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). No segundo estágio foi realizado um método de amostragem inversa, para selecionar o número máximo de entrevistas diárias para garantir o mínimo de sete dias de coleta de dados em cada instituição hospitalar (LEAL *et al.*, 2012).

A amostra em cada estrato foi calculada com base na taxa de cesariana no Brasil em 2007, estimado em 46,6%, com 5% de significância estatística para detectar diferenças de 14% (diferença entre hospitais públicos, mistos e privados), com poder de teste de 95% e efeito de desenho de 1,3. A amostra mínima por estrato foi de 450 mulheres, com realização de 90 entrevistas em cada instituição, distribuídas em 266 hospitais, compondo uma amostra final de 23.894 mulheres. Informações adicionais sobre o desenho da amostra estão especificados em Vasconcellos *et al.* (2014).

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas nas primeiras 24 horas após o parto, extraídos dados dos prontuários da puérpera e do recém-nascido, e fotografados os cartões de pré-natal e exames de ultrassonografia gestacional. Posteriormente, foram realizadas entrevistas telefônicas de *follow-up*, antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto, para obter informações sobre os desfechos maternos e neonatais (LEAL *et al.*, 2012).

Neste estudo, foram analisados os dados das mulheres provenientes da Região Sul do Brasil, classificadas como gestantes de risco obstétrico habitual. A coleta de dados na região ocorreu entre os meses de março a agosto de 2011, a amostra foi composta por 4.187 mulheres, das quais 2.668 foram consideradas gestantes de risco habitual. Para a identificação dos critérios de inclusão e exclusão

foram considerados fatores obstétricos e neonatais para determinar uma *proxy* do risco habitual, de forma que excluísse gestantes com patologias prévias ou gestacionais não inclusas, a definição partiu de características elencadas anteriormente nos estudos de Dahlen *et al.* (2012) e análise sobre os dados nacionais da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL *et al.*, 2014)

Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas no nascimento, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. E os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. Devido ao elevado número de perdas, os valores do IMC não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual. Para compor esta pesquisa, foram incluídas as mulheres que entraram em trabalho de parto, excluídas oito mulheres que não fizeram o pré-natal e 118 *missings*, *pela opção* de analisar o banco de dados completo, a amostra final foi composta por 1.181 mulheres.

A variável dependente deste estudo foi a utilização de ocitocina durante o trabalho de parto (período de dilatação e expulsão). As variáveis independentes estudadas foram: características demográficas (idade, cor da pele e situação conjugal); socioeconômicas (escolaridade e classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado [ABIPEME]); obstétricas (paridade, história de cesariana prévia e idade gestacional); desfechos maternos (via de nascimento, complicação no trabalho de parto [qualquer complicação no trabalho de parto como distocia de ombro, prolapso de cordão, ruptura uterina, período expulsivo prolongado], complicação no pós-parto [qualquer complicação no pós parto imediato como atonia uterina, placenta retida ou hemorragia pós-parto], desfechos do períneo, parto sem intervenção [parto vaginal sem a realização ou a utilização de episiotomia, *Kristeller* e posição de litotomia] e risco de depressão pós-parto e desfechos neonatais (reanimação neonatal, internação do RN, contato pele a pele, oferta de seio materno em sala de parto, complicação neonatal [qualquer desfecho neonatal desfavorável, como taquipnéia transitória, síndrome de aspiração meconial, desconforto respiratório, asfixia, transferência do recém-nascido, Apgar menor que 7 no quinto minuto ou óbito] e alta em aleitamento materno exclusivo).

As variáveis demográficas, socioeconômicas e obstétricas foram construídas a partir das variáveis originais presentes nos prontuários, no cartão de pré-natal e na

entrevista com a puérpera, excetuando-se a variável cor da pele que foi construída apenas com os dados da entrevista hospitalar. A variável via de nascimento foi proveniente da coleta de dados do prontuário e na entrevista realizada com a puérpera, a fim de qualificar estas informações. As variáveis contato pele a pele e oferta de seio materno na sala de parto foram construídas a partir da entrevista hospitalar com a mulher, risco de depressão pós-parto e alta em aleitamento materno exclusivo resultaram das entrevistas realizadas com a puérpera por telefone. As variáveis restantes, foram coletadas dos prontuários maternos e dos recém-nascidos. Para a análise foi considerado o tamanho amostral de cada variável.

Primeiramente foi realizada análise descritiva para caracterizar a amostra e apresentar a prevalência do uso de ocitocina nas variáveis analisadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e o teste de Qui-Quadrado de Pearson. Na sequência foi realizada uma análise multivariável a partir da Regressão de Poisson, para a análise ajustada foram consideradas fatores de confusão as variáveis idade, escolaridade, classe social (ABIPEME), primiparidade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto. Estas foram determinadas com base em definição conceitual a partir de estudos anteriores (LEAL *et al.*, 2014). Para a análise de dados, cada bloco foi analisado com seus respectivos pesos amostrais pelo comando do *complex samples* do *software* estatístico SPSS, versão 25.

A Pesquisa Nascer no Brasil foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer n. 92/2010. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi lido e assinado pelas puérperas antes de cada entrevista, sendo previamente acordado a realização das entrevistas por telefone (LEAL *et al.*, 2012).

## RESULTADOS

Entre as gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto neste estudo (n = 1.181), predominaram as mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos (68,7%), brancas (59,3%), com companheiro (85,7%), que pertenciam à classe econômica C (60,3%), múltiparas (57,0%), que não apresentavam cesariana prévia (89,2%) e com idade gestacional entre 39 a 40 semanas (57,6%). A escolaridade apresentou distribuição homogênea entre o ensino fundamental (in)completo e médio

completo, com destaque para a baixa frequência de mulheres que concluíram o ensino superior (5,0%) (Tabela 6).

A prevalência no uso da ocitocina foi de 56,1% (IC95% 48,6-63,3) na amostra estudada sendo que 15,6% (IC95% 12,4-19,5) das mulheres tiveram o trabalho de parto induzido (dados não apresentados nas tabelas). Na investigação de associações segundo as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas, observou-se menor prevalência no uso de ocitocina entre as mulheres que tinham histórico de cesariana prévia (57,8% versus 42,5%), associação que se manteve na análise multivariável, com uma redução de 10% na probabilidade de receber ocitocina durante o trabalho de parto (RPaj= 0,9; IC95% 0,8-1,0) (Tabela 6).

Tabela 6: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo as características demográficas, socioeconômicas e obstétricas. Região Sul do Brasil. 2011 (n=1.181)

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	RPaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Idade materna</b>					
De 12 a 19 anos	24,0 (20,7-7,6)	56,0 (44,7-66,7)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,917
De 20 a 34 anos	68,7 (64,9-72,2)	55,5 (47,8-62,9)	Referência	Referência	
35 ou mais	7,4 (5,8-9,4)	63,7 (51,1-74,7)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,128
<b>Cor de pele</b>					
Branca	59,3 (54,4-64,1)	58,4 (50,2-66,1)	Referência	Referência	
Parda/Morena/Mulata/Pr eta	39,6 (35,1-44,3)	53,5 (45,2-61,6)	1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	0,475
Amarela/Oriental/Indígen a	1,1 (0,5-2,2)	34,1 (13,5-63,3)	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,6-1,1)	0,122
<b>Situação Conjugal</b>					
Com companheiro	85,7 (82,6-88,4)	56,3 (48,7-63,7)	Referência	Referência	
Sem companheiro	14,3 (11,6-17,4)	55,4 (45,7-64,7)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,0)	0,370
<b>Escolaridade</b>					
ES completo	5,0 (3,7-6,7)	56,9 (44,9-68,1)	Referência	Referência	
EM completo	32,2 (29,1-35,4)	57,2 (48,5-65,4)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	0,793
EF completo	32,5 (29,9-35,2)	57,1 (49,1-64,9)	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,2)	0,331
EF incompleto	30,3 (27,0-33,9)	53,9 (44,9-62,6)	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,3)	0,371
<b>Classe econômica</b>					
Classe A+B	26,8 (23,1-30,9)	58,0 (48,7-66,8)	Referência	Referência	
Classe C	60,3 (56,4-64,1)	57,5 (49,6-65,0)	1,0 (0,9-1,8)	1,0 (0,9-1,8)	0,704
Classe D+E	12,9 (10,4-15,8)	46,6 (35,4-58,1)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,181
<b>Paridade</b>					
Múltipara	57,0 (53,0-61,0)	52,5 (44,5-60,4)	Referência	Referência	
Primípara	43,0 (39,0-47,0)	61,0 (51,7-69,6)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	0,070
<b>Cesariana Prévia</b>					
Não	89,2 (86,2-91,7)	<b>57,8 (50,3-65,1)</b>	Referência	Referência	
Sim	10,8 (8,3-13,8)	<b>42,5 (34,1-51,4)</b>	0,9 (0,8-0,9)	0,9 (0,8-1,0)	<b>0,025</b>
<b>Idade gestacional</b>					
37 a 38 Semanas	32,1 (29-35,4)	65,5 (48,9-57,4)	Referência	Referência	
39 a 40 Semanas	57,6 (54,6-60,5)	62,0 (46,1-54,2)	1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)	0,313
41 Semanas	10,3 (8,3-12,8)	75,2 (50,7-63,9)	1,1 (0,9- 1,2)	1,0 (0,9-1,1)	0,881

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

Nota: Destacados em negrito valor de p <0,05.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O parto vaginal ocorreu na maioria das mulheres avaliadas (88,9%), contudo foi baixa a prevalência de partos realizados sem intervenção (2,4%), ou seja, parto sem episiotomia, manobra de *Kristeller* ou posição litotômica. Na avaliação do períneo, houve um número elevado de mulheres submetidas à episiotomia (55,2%) na comparação com o períneo íntegro ou laceração de 1º grau (37,0%) e laceração de 2º, 3º ou 4º grau (4,2%). Houve baixa prevalência de complicações no trabalho de parto (1,7%), entre elas distocia de ombro, prolapso de cordão, ruptura uterina e período expulsivo prolongado, ou de complicações no pós-parto (2,0%) como atonia uterina, placenta retida ou hemorragia pós-parto. Mais da metade das mulheres (57,4%) apresentou risco de depressão pós-parto, verificado pela aplicação da escala

de Edimburgo na entrevista telefônica realizada após a alta hospitalar (Tabela 7).

Tabela 7: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada no uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo os desfechos maternos. Região Sul do Brasil. 2011

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	Rpaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Via de nascimento (n=1.181)</b>					
Parto vaginal	88,9 (85,9-91,4)	<b>56,2 (48,5-63,7)</b>	Referência	Referência	
Parto instrumental	3,7 (2,7-5,0)	<b>81,6 (68,4-90,1)</b>	1,3 (1,1-1,4)	1,2 (1,1-1,4)	<b>0,007</b>
Cesariana	7,4 (5,0-10,9)	<b>42,8 (27,3-59,9)</b>	0,9 (0,7-1,0)	0,9 (0,8-1,1)	0,294
<b>Complicação no TP<sup>d</sup> (n=1.069)</b>					
Não	98,3 (96,6-99,2)	57,2 (49,5-64,5)	Referência	Referência	
Sim	1,7 (0,8-3,4)	71,5 (46,7-87,8)	1,2 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,4)	0,228
<b>Complicação no pós-parto<sup>e</sup> (n=1.069)</b>					
Não	98,0 (96,8-98,8)	57,2 (49,6-64,6)	Referência	Referência	
Sim	2,0 (1,2-3,2)	65,9 (44,2-82,5)	1,1(0,9-1,3)	1,1(0,9-1,3)	0,404
<b>Desfechos do períneo (n=1.069)</b>					
Períneo íntegro ou lac. 1 <sup>o</sup> grau	37,0 (30,7-43,7)	<b>49,3 (40,3-58,3)</b>	Referência	Referência	
Lac. De 2 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup> ou 4 <sup>o</sup> grau	4,2 (2,8-6,4)	<b>45,0 (29,8-61,1)</b>	1,0 (0,8-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	0,516
Episiotomia	55,2 (48,2-61,9)	<b>63,7 (55,1-71,5)</b>	1,2 (1,0-1,3)	1,1 (1,0-1,3)	<b>0,017</b>
Sem informação	3,6 (2,5-5,3)	<b>55,8 (39,6-70,8)</b>	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0,245
<b>Parto sem intervenção<sup>f</sup> (n=1.069)</b>					
Sem intervenção	2,4 (1,3-4,5)	<b>32,9 (15,7-56,3)</b>	Referência	Referência	
Com intervenção	97,6 (95,5-98,7)	<b>58,0 (50,4-65,2)</b>	1,3 (1,0-1,6)	1,3 (1,1-1,5)	<b>0,007</b>
<b>Risco de depressão pós-parto (n=678)</b>					
Não	42,6 (37,6-47,8)	54,6 (45,3-63,7)	Referência	Referência	
Sim	57,4 (52,2-62,4)	58,6 (50,3-66,5)	1,0 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)	0,593

<sup>a</sup> Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

<sup>d</sup> Ocorrência de qualquer complicação no trabalho de parto como distocia de ombro, prolapso de cordão, ruptura uterina, período expulsivo prolongado.

<sup>e</sup> Ocorrência de qualquer complicação no pós-parto imediato como atonia uterina, placenta retida ou hemorragia pós-parto.

<sup>f</sup> Ocorrência de parto vaginal sem a realização ou a utilização de episiotomia, *Kristeller* e posição de litotomia.

Nota: Destacados em negrito valor de  $p < 0,05$ .

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Ao analisar os desfechos maternos, a utilização de ocitocina apresentou diferença estatística com maior prevalência no parto vaginal (56,2%) e instrumental (81,6%), na episiotomia (63,7%) e no parto com intervenção (58,0%). Estes resultados mantiveram as associações na análise multivariável, na comparação com o parto vaginal a ocitocina aumentou em 20% a prevalência de parto instrumental (Rpaj= 1,2 IC95% 1,1-1,4), aumentou 10% a prevalência na realização de incisão na região do períneo para ampliar o canal de parto (Rpaj= 1,1 IC95% 1,0-1,3) e 30% a prevalência de ter alguma intervenção no parto (episiotomia, *Kristeller* e posição de litotomia)

(RPaj= 1,3 IC95%1,1-1,5).

Quanto aos desfechos neonatais, mais da metade das gestantes de risco obstétrico habitual não realizaram o contato pele a pele e sete em cada 10 mulheres não colocaram o recém-nascido em seio materno ainda em sala de parto. Houve baixa prevalência na realização de alguma manobra de reanimação no recém-nascido, como uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambú e máscara, intubação orotraqueal, massagem cardíaca ou uso de alguma droga (7,5%), na internação do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal ou unidade de cuidados intensivos neonatal (3,5%) ou alguma complicação neonatal (0,6%) como, taquipneia transitória, síndrome de aspiração meconial, desconforto respiratório, asfixia, transferência do recém-nascido, apgar menor que 7 no quinto minuto ou óbito. A grande maioria dos recém-nascidos foi de alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (97,2%). O uso de ocitocina não apresentou associação significativa com os desfechos neonatais (Tabela 8).

Tabela 8: Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada do uso de ocitocina no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual segundo os resultados neonatais. Região Sul do Brasil. 2011

	Todos % (IC95%)	Ocitocina <sup>a</sup> % (IC95%)	RP (IC95%)	RPaj <sup>b</sup> (IC95%)	Valor de p <sup>c</sup>
<b>Reanimação neonatal<sup>d</sup> (n=1.156)</b>					
Não	92,5 (89,6-94,7)	55,4 (47,5-63,0)	Referência	Referência	
Sim	7,5 (5,3-10,4)	63,9 (53,3-73,4)	1,1(1,0-1,2)	1,1(0,9-1,2)	0,430
<b>Internação do RN<sup>e</sup> (n=1.156)</b>					
Não	96,5 (95,1-97,5)	54 (46,8-61)	Referência	Referência	
Sim	3,5 (2,5-4,9)	68 (52,1-80,6)	1,1(0,9-1,3)	1,1(0,9-1,2)	0,430
<b>Contato pele a pele (n=1.156)</b>					
Não	51,4 (43,1-59,7)	55,7 (46,2-64,9)	Referência	Referência	
Sim	48,6 (40,3-56,9)	56,4(48,4-64,0)	1,0(0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,802
<b>Oferta de seio materno na sala de parto (n=1.156)</b>					
Não	70,2 (60,4-78,5)	58,7 (49,3-67,4)	Referência	Referência	
Sim	29,8 (21,5-39,6)	49,8 (41,7-58)	0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,8-1,0)	0,086
<b>Complicação neonatal<sup>f</sup> (n=1.156)</b>					
Não	99,4 (98,4-99,7)	55,8 (48,2-63,2)	Referência	Referência	
Sim	0,6 (0,3-1,6)	88,2 (43,3-98,7)	1,4 (1,1-1,7)	1,2 (0,9-1,6)	0,197
<b>Alta em AME (n=971)</b>					
Não	2,8(1,8-4,2)	62,1(45,7-76,1)	Referência	Referência	
Sim	97,2(95,8-98,2)	55,2(46,9-63,3)	0,9(0,8-1,1)	0,9(0,8-1,1)	0,425

<sup>a</sup> a Nível de significância do Teste de Qui-Quadrado de Pearson

<sup>b</sup> RP ajustada para idade, escolaridade, classe social (ABIDEME), paridade, cesariana prévia e indução no trabalho de parto.

<sup>c</sup> Nível de significância do Teste de Wald

<sup>d</sup> Realização de qualquer manobra de reanimação no recém-nascido em sala de parto como o uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambú e máscara, intubação orotraqueal, massagem cardíaca ou uso de drogas.

<sup>e</sup> Necessidade de internação do recém-nascido em UTIN ou UCIN.

<sup>f</sup> Ocorrência de qualquer desfecho neonatal desfavorável, como taquipneia transitória, síndrome de aspiração meconial, desconforto respiratório, asfixia, transferência do recém-nascido, apgar menor que 7 no quinto minuto ou óbito.

AME: Alta em aleitamento materno exclusivo

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

## DISCUSSÃO

Neste estudo realizado na Região Sul foi possível identificar que as gestantes de risco habitual foram submetidas a uma assistência obstétrica intervencionista, com alta prevalência de uso de ocitocina e associação com partos instrumentais, episiotomia, manobra de *Kristeller* e posição de litotomia, as quais não se justificam neste grupo sem fatores de risco, bem como a baixa prevalência de contato pele a pele e oferta de seio materno em sala de parto. Nas características obstétricas a mulher apresentar cesariana prévia foi fator de proteção para a utilização de ocitocina.

Das mulheres analisadas neste estudo, 15,6% tiveram o trabalho de parto induzido. A indução do trabalho de parto é uma forma de estimular a realização de partos vaginais e pode ser realizada com vários métodos, entre eles está o uso de ocitocina, porém ao utilizá-la isoladamente o efeito desejado pode não ser atingido. A ocitocina não tem papel central no preparo cervical e no início do trabalho de parto, dessa forma é necessário realizar a maturação do colo uterino para então iniciar a utilização de ocitocina para estabelecer uma dinâmica uterina adequada. Quando a indução é realizada corretamente, identificando a progressão em cada caso individualmente, pode culminar no uso moderado de ocitocina (SCAPIN *et al.*, 2018; ÁLVAREZ-ZAPATA *et al.*, 2019).

A prevalência no uso da ocitocina no trabalho de parto e parto foi de 56,1% na amostra estudada, outros estudos apresentaram prevalência de 37% a 51,5% de mulheres submetidas a infusão de ocitocina (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; GAMA *et al.*, 2021; PONTES *et al.*, 2021). Ao observar os percentuais elevados de infusão de ocitocina, se presume que está ocorrendo de forma rotineira nas maternidades, sem a avaliação adequada de diagnóstico de parada de progressão. Apesar da administração deste fármaco ter o intuito de promover o parto vaginal, por ser uma medicação, tem alguns riscos como hiperestimulação uterina, exaustão materna, comprometimento fetal e dessensibilização dos receptores de ocitocina no miométrio, seu uso deve ser realizado de forma criteriosa (YAMAGUCHI; SIAULY; TORRES, 2016).

Houve baixa prevalência de mulheres que apresentavam cesariana prévia (10,8%) e foi um fator protetor para a utilização de ocitócitos no trabalho de parto e parto. Algumas suposições que podem ser realizadas são pelo fato de que ainda hoje não há consenso dos profissionais na realização de parto vaginal por mulheres que apresentam cesariana e pela cautela dos profissionais assistentes ao utilizar esse

fármaco em mulheres com cicatriz uterina pelo risco de ruptura uterina, apesar de tais associações não terem sido avaliadas neste estudo. Um estudo que analisou a prevalência de parto vaginal em mulheres com cesariana prévia, identificou o uso de ocitocina em 59,1% dessas mulheres e não apresentou casos de ruptura uterina (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Tem destaque entre os desfechos maternos, a grande prevalência de partos vaginais em mulheres de risco obstétrico habitual que desencadearam o trabalho de parto, a prevalência de cesariana foi bem abaixo dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde para a população geral. Em estudo que analisou o início do trabalho de parto no Sul do Brasil, identificou que mulheres com cesariana prévia tiveram maior chance de nova cesariana, mesmo com início espontâneo do trabalho de parto (VELHO, *et al.* 2019). A prevalência de partos instrumentais também foi baixa (3,7%) mas esteve intimamente ligada com a administração de ocitocina. Estudo realizado na Noruega com nulíparas de risco habitual também evidenciou a associação da utilização de ocitocina com partos vaginais instrumentais (BERNITZ *et al.*, 2014), corroborando com os resultados desta amostra. Já em outro estudo que também analisou o uso de ocitócitos, não apresentou associação com parto instrumental, porém identificou maior realização de operação cesariana nas mulheres exposta ao fármaco (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

O parto instrumental pode ser realizado com fórceps ou vácuo extrator, são ferramentas utilizadas para aceleração do parto em casos de desgaste materno ou situação fetal não tranquilizadora, quando o colo uterino se encontra totalmente dilatado (LIABSUETRAKUL *et al.*, 2020). Apesar de ser uma tecnologia eficaz para auxiliar no nascimento, tem possível associação com maiores traumas perineais, traumas neonatais e maior risco de reinternação materna pela possibilidade de infecção pós-parto, ao comparar com parto vaginal espontâneo (LIABSUETRAKUL, *et al.*, 2020; VERMA *et al.*, 2021), e não deve ser utilizado de rotina (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Independente da via de nascimento, é indicada a administração de ocitocina no terceiro período do parto de forma profilática para prevenir casos de atonia uterina, que equivale a grande parte dos casos de hemorragia pós-parto. A ação da ocitocina ocorre quando a molécula se liga aos receptores miométriais, dessa forma o uso prolongado da ocitocina durante o trabalho de parto e parto pode causar a

dessensibilização desses receptores, dificultando a ação uterotônica da medicação no pós-parto (YAMAGUCHI; SIAULY; TORRES, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Nessa amostra não foi evidenciado associação pelo uso de ocitocina com ocorrência de complicação no trabalho de parto (distocia de ombro, prolapso de cordão, ruptura uterina ou período expulsivo prolongado) ou no pós-parto imediato (atonía uterina, placenta retida ou hemorragia pós-parto). Outro estudo também analisou e não apresentou associação com a hemorragia pós-parto (BERNITZ *et al.*, 2014). Estudos anteriores demonstraram algumas complicações não avaliadas neste estudo, como a hiperestimulação uterina (BUGG *et al.*, 2013) e febre materna durante o parto (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

Nos desfechos do períneo, a realização de episiotomia esteve associada com a administração de ocitocina intraparto. A episiotomia ainda é realizada de rotina por alguns profissionais, pois anteriormente era realizada por presumir que ocorreria diminuição de lacerações graves. Com o avanço das práticas baseadas em evidências, é comprovado que esta prática não deve ser realizada de rotina, sendo restrita a situações de emergências obstétricas, como asfixia fetal com necessidade de parto instrumental (JIANG *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Outros estudos também demonstraram associação do uso de ocitocina com a realização de episiotomia (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017), em contraponto um estudo não demonstrou efeito significativo (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016). Todavia, não se justifica a realização de episiotomia, visto que as mulheres que apresentaram períneo íntegro ou laceração de 1º grau, ficaram apenas atrás da realização desta intervenção, com pequena taxa de ocorrência de laceração mais extensas, conforme evidenciado nesse estudo.

A ocorrência de alguma intervenção no parto como episiotomia, manobra de *Kristeller* ou posição de litotomia foi elevada (97,6%). A manobra de *Kristeller*, consiste em realização de pressão na porção de fundo de útero com intuito de auxiliar no segundo período do parto, entretanto, não há evidências da eficácia para encurtar o período expulsivo e indicação para sua realização pelos possíveis danos maternos e neonatais (BRASIL, 2016; HOFMEYR *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Já a adoção da posição litotômica no período expulsivo refuta a fisiologia do parto, evidências apontam que posições verticalizadas levam a possível redução na realização de episiotomia e partos instrumentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), todavia no Brasil é uma prática amplamente utilizada (SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021), mesmo com recomendações contrárias (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Um estudo espanhol que analisou as taxas de episiotomia, identificou a associação da realização de episiotomia nos partos que foram atendidos em posição litotômica (BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*; 2016).

Ao analisar as práticas com o recém-nascido, a realização de boas práticas, como o contato pele a pele e oferta de seio materno em sala de parto, apresentou baixa prevalência. A realização dessas práticas são comprovadamente benéficas para mãe e bebê, fortalecendo o vínculo e a manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estudos identificaram aumento da realização do contato pele a pele e oferta de seio materno em sala de parto em maternidades com a presença de enfermeiro na assistência ao parto (GAMA *et al.*, 2021; GOMES *et al.*, 2021).

Neste estudo os desfechos neonatais não apresentaram associação com o uso de ocitocina. Ratificando com os resultados, outro estudo também não encontrou resultados adversos neonatais pelo uso de ocitocina (BERNITZ *et al.*, 2014). Um estudo espanhol que buscou identificar associação dos resultados maternos e neonatais em mulheres expostas ao uso deste fármaco, demonstrou significância na prática de reanimação neonatal avançada, com realização de intubação endotraqueal, massagem cardíaca ou administração de medicamentos (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

Monteiro e colaboradores (2021) observaram que o uso de ocitocina esteve associado com a não realização de contato pele a pele, porém não foi associada com outros desfechos neonatais desfavoráveis como oxigenoterapia, internação em UTI ou UCIN e apgar menor que 7 no 5º minuto. Outro estudo também não encontrou associação do uso de ocitocina no apgar menor que 7 no 5º minuto (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

Alguns estudos evidenciam que a inserção do enfermeiro na assistência ao parto promove a diminuição de intervenções, aumento das boas práticas e satisfação das mulheres, resultando em desfechos maternos e neonatais mais favoráveis. A

formação do enfermeiro para o atendimento no período parturitivo é realizada de maneira ampla, com olhar holístico, identificando as subjetividades de cada mulher e focado para a fisiologia do processo (SANDALL *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2016; FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019; GAMA *et al.*, 2021 LUNDGREN *et al.*, 2022). Diante do exposto, é necessário que gestores de saúde sigam as políticas públicas nacionais para promover o modelo de assistência com inclusão desses profissionais na assistência das mulheres de risco obstétrico habitual (BRASIL, 2016).

Apesar dos dados analisados serem anteriores às recomendações mais recentes (BRASIL, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), foi possível inferir que os desfechos maternos e neonatais ainda são permeados por práticas intervencionistas e realização discreta de boas práticas ao recém-nascido (BERNITZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016; HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; GAMA *et al.*, 2021; PONTES *et al.*, 2021).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos neste estudo revelam uma assistência obstétrica intervencionista, com elevada prevalência no uso de ocitocina e associação com partos instrumentais, realização de episiotomia e partos com realização de alguma intervenção, se enquadrando na cascata de intervenções. Não evidenciou associação com as características maternas. Entre as características obstétricas, a cesariana prévia foi fator de proteção para a administração deste fármaco. Foi possível observar a baixa prevalência de contato pele a pele e aleitamento materno em sala de parto, práticas comprovadamente benéficas para o recém-nascido. Não foram observadas complicações maternos e neonatais na utilização de ocitocina.

Conclui-se que a revisão do modelo de assistência nos serviços de saúde obstétricos é necessária, especialmente ao atendimento prestado às gestantes de risco habitual, visando a melhoria dos resultados maternos e neonatais. Uma estratégia que se mostrou efetiva para a implementação de boas práticas e proteção dos direitos do binômio, é a inserção de profissionais enfermeiros na atenção ao parto e nascimento. Apesar das evidências observadas nesta análise, mais estudos para avaliar a associação do uso de ocitocina com os desfechos maternos e neonatais

devem ser realizados, para qualificar a assistência prestada às mulheres e neonatos na realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. S. *et al.* Prevalence of vaginal delivery after cesarean in a high-risk maternity / Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 1506–1511, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10250. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10250>>. Acesso em: 21 set. 2022.
- ÁLVAREZ-ZAPATA, E. A. *et al.* Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 70, n. 2, p. 103-114, 23 jul. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342019000200103&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342019000200103&lng=en&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 01 jun. 2022.
- BALLESTEROS-MESEGUER, C. *et al.* Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0334.2686. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cg4QVxt4Q5dwz3pHZQQkQcD/?lang=en>>. Acesso em: 23 set. 2020.
- BERNITZ, S. *et al.* Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. **Midwifery**, v.30 n. 3, p. 364–370, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.010>>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BUGG, G. J., SIDDIQUI, F., THORNTON, J.G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794255/>>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- DAHLEN, H. G. *et al.* Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ Open**, v. 2, n. 5, 2012.
- FREITAS, J. M. S; NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R.A.Q. Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190112, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 859-874, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>>. Acesso em: 13 set. 2022.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD000081, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>>. Acesso em: 14 set. 2022.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M.A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2744, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul. 2022.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, CD006067, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/full>>. Acesso em: 13 set. 2022.

LEAL, M. D. C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LEAL, M. D. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LIABSUETRAKUL, T. *et al.* Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD004455, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD004455.pub5. Disponível em <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004455.pub5/full>>. Acesso em: 15 set. 2022.

LUNDGREN, I. *et al.* Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. **Eur J Midwifery**, v. 6, n. 16, 2022. DOI: 10.18332/ejm/146084. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434536/>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MONTEIRO, P. G. A. *et al.* Desfechos neonatais associados às intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 22, e67921, 2021. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522021000100356&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100356&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2022.

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 o Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2273-2278, fev. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23387/19036>>. Acesso em: 15 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PONTES, G. M. *et al.* Uso de ocitocina e fatores associados em maternidades públicas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 15, n. 1, abr. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244982/38150>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>. Acesso em: 12 set. 2022.

SCAPIN, S. Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2018/r27101p.php>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>>. Acesso em: 10 set. 2022.

VASCONCELLOS, M. T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

VERMA, G. L. *et al.* Instruments for assisted vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD005455, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD005455.pub3. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559884/>>. Acesso em: 14 set. 2022.

VELHO, M.B., *et al.* Prevalence of spontaneous, induced labour or planned caesarean section and factors associated with caesarean section in low-risk women in southern Brazil. **Midwifery**, v. 79, dez. 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102530. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302165>>. Acesso em: 15 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2021.

YAMAGUCHI, E. T.; SIAULYS, M. M.; TORRES, M. L. A. Ocitocina em cesarianas. O que há de novo?. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 66, n. 4, p. 402-407, ago. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942016000400402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942016000400402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2022.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi possível compreender o cenário obstétrico da Região Sul pelos dados extraídos da Pesquisa Nascido no Brasil, da qual foi realizada com rigor metodológico. Essa pesquisa realizada no âmbito nacional possibilitou uma visão geral do atendimento ao ciclo gravídico e puerperal em todas as regiões do país, explicitando as diferenças regionais.

Nas informações do pré-natal das mulheres de risco obstétrico habitual que entraram em trabalho de parto, foi possível observar um modelo centrado no médico, mesmo com a maioria dos atendimentos sendo realizados no serviço público onde há políticas para a inserção do enfermeiro no pré-natal, com consultas intercaladas entre o profissional médico e enfermeiro. Houve um déficit das orientações sobre início do trabalho de parto e orientações de boas práticas no trabalho de parto, mesmo que a maioria das mulheres tivessem a decisão pelo parto normal. A falta de informação no pré-natal não possibilita o empoderamento da mulher, que chegará ao atendimento hospitalar sem orientação adequada das práticas que são benéficas e as práticas intervencionistas, acatando a decisão do profissional assistente.

Houve discreta realização de boas práticas, apesar da maioria das mulheres terem tido livre movimentação durante o trabalho de parto, um número mínimo teve acesso à oferta de dieta e aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de baixa adesão na presença do acompanhante, mesmo com lei que garante sua presença instituída desde o ano de 2005. No atendimento do recém-nascido as boas práticas também foram realizadas de forma discreta, ao identificar baixa prevalência do contato pele a pele e oferta de seio materno em sala de parto, práticas essas que não necessitam de grandes recursos e apresentam grande repercussão na vida da mãe e do bebê ao promover o vínculo e estabelecer o aleitamento materno. Ademais, não há justificativa clínica de não permitir estas práticas, visto que a separação de mãe e recém-nascido devido complicações no pós-parto, necessidade de reanimação neonatal e internação do RN foram baixas.

O alto índice de intervenções realizadas como o uso de ocitocina, posição de litotomia, episiotomia e a associação do uso de ocitocina com práticas intervencionistas, promove uma cascata de intervenções com a sucessão de práticas classificadas como violência obstétrica. No qual acusa um atendimento idealizado como qualificado ao realizar intervenções que propiciam a condução do trabalho de

parto e parto pelo profissional assistente e demonstra uma assistência permeada pelo domínio do corpo feminino.

A realização de intervenções maior que a realização de boas práticas, incita na revisão urgente do modelo obstétrico brasileiro, para qualificar o atendimento as mulheres e recém-nascidos. A baixa adesão das práticas baseadas em evidências permeia o atendimento obstétrico, dessa forma é necessária uma reestruturação da assistência ao período parturitivo, com olhar ampliado às necessidades e individualidades de cada mulher, permitindo uma vivência positiva deste evento de grande repercussão na vida familiar.

A utilização do banco de dados já existente da Pesquisa Nascer no Brasil, conduzida entre os anos de 2011 e 2012, reforça as pesquisas colaborativas que prevê a ciência aberta, ampliando a possibilidade de análises de dados previamente coletados, reforçando a pesquisa nacional. Uma limitação do estudo foi o uso de dados secundários, que impossibilitou a inclusão de novas variáveis, porém foi possível identificar que ainda há um longo caminho a percorrer para a mudança de cenário obstétrico.

Ao comparar os resultados do estudo com estudos mais atuais, foi possível observar que com o passar dos anos houve certa melhora na assistência ao parto no Brasil, mas ainda é evidente a falta de estrutura das instituições de saúde, a desqualificação dos profissionais de saúde, o predomínio do modelo biomédico e a falta de embasamento nas práticas baseadas em evidências. A inserção de enfermeiras na assistência é uma das chaves para a qualificação, visto que o olhar dessas profissionais é voltado para a fisiologia e particularidades da mulher.

## REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ-ZAPATA, E. A. *et al.* Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 70, n. 2, p. 103-114, 23 jul. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342019000200103&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342019000200103&lng=en&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 01 jun. 2022.
- ALFIREVIC, Z. *et al.* Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. **BJOG**, v. 123, n. 9, p. 1462– 1470, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27001034/>>. Acesso em: 02 jun. 2022.
- ALMEIDA, J. S. *et al.* Prevalence of vaginal delivery after cesarean in a high-risk maternity / Prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 1506–1511, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10250. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10250>>. Acesso em: 21 set. 2022.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jun. 2022.
- BALLESTEROS-MESEGUER, C. *et al.* Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0334.2686. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/cg4QVxt4Q5dwz3pHZQQkQcD/?lang=en>>. Acesso em: 23 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 24 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 318p.

BERNITZ, S. *et al.* Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. **Midwifery**, v.30 n. 3, p. 364–370, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.010>>. Acesso em: 30 jan. 2022.

BRUM, C. N. *et al.* Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015. 511 p.

BUGG, G. J., SIDDIQUI, F., THORNTON, J.G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2013.DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23794255/>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CIARDULLI, A. M. D. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 3, p. 473-480, mar. 2017.DOI: 10.1097/AOG.0000000000001898. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178059/>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CLARK, S. L. *et al.* Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and newborn outcomes. **Am J Obstet Gynecol**, v. 197, n. 5, nov. 2007. DOI: 10.1016/j.ajog.2007.08.026. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937807009921>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CLARK, S. L. *et al.* Oxytocin: new perspectives on an old drug. **Am J Obstet Gynecol**, v. 200, n. 35, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18667171/>>. Acesso em: 13 fev. 2022.

DAHLEN, H. G. *et al.* Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ Open**, v. 2, n. 5, 2012.

DU VIGNEAUD, Vincent. **Vincent du Vigneaud**. The Nobel Prize. 2022. Disponível em: <<https://www.nobelprize.org/prizes/chemistry/1955/vigneaud/facts/>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

DU VIGNEAUD, V.; RESSLER, C.; TIPPET, S. The sequence of amino acids in oxytocin with a proposal for the structure of oxytocin. **Journal of Biological Chemistry**. Nova York, v. 205, n. 2, p. 949-57, 1953. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13129273/>>. Acesso em: 23 jan. 2022.

FREITAS, J. M. S.; NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R.A.Q. Obstetric practices performed by nurse-midwives of a hospital natural birth center. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20190112, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>. Acesso em: 15 jun. 2022.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, CD006067, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/full>>. Acesso em: 13 set. 2022.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 859-874, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M.A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2744, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100349&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jul. 2022.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD000081, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>>. Acesso em: 14 set. 2022.

LEAL, M. D. C. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento (projeto). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

LEAL, M. D. C. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LEAL, M. D. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 24 abr. 2022.

LIABSUETRAKUL, T. *et al.* Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD004455, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD004455.pub5. Disponível em <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004455.pub5/full>>. Acesso em: 15 set. 2022.

LUNDGREN, I. *et al.* Implementation of a midwifery model of woman-centered care in practice: Impact on oxytocin use and childbirth experiences. **Eur J Midwifery**, v. 6,

n .16, 2022. DOI: 10.18332/ejm/146084. Disponível em:  
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35434536/>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3 p. 350-357, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>>. Acesso em: 15 set. 2022.

MONTEIRO, P. G. A. *et al.* Desfechos neonatais associados às intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 22, e67921, 2021. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522021000100356&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100356&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE-FILHO, J. **Rezende obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>. Acesso em: 28 abr. 2022.

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 o Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

OCITOCINA. **Blau Farmacêutica S.A.** Solução Injetável 5 U.I./mL [Bula]. Farmacêutica Blau. 2022. Disponível em: <<https://www.blau.com.br/storage/app/media/Bulas%20Novas%20-%2029.08.17/bulapsocitocina.pdf>>. Acesso em 15 de jul. 2022.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2273-2278, fev. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23387/19036>>. Acesso em: 15 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018.

PONTES, G. M. *et al.* Uso de ocitocina e fatores associados em maternidades públicas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 15, n. 1, abr. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244982/38150>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

SISANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>. Acesso em: 12 set. 2022.

SCAPIN, S. Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2018/r27101p.php>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SMITH, J. G. MD; MERRILL, D. C. Oxytocin for Induction of Labor. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 49, n. 3, p 594-608, 2006. DOI: 10.1097/00003081-200609000-00019 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16885666/>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>>. Acesso em: 10 set. 2022.

STEPHEN B. H. *et al.* Delineando estudos transversais e de coorte. In: HULLEY, S. B. *et al.* (Org.). **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

VASCONCELLOS, M. T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

VELHO, M.B. *et al.* Prevalence of spontaneous, induced labour or planned caesarean section and factors associated with caesarean section in low-risk women in southern Brazil. **Midwifery**, v. 79, dez. 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102530. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302165>>. Acesso em: 06 jun. 2022.

VERMA, G. L. *et al.* Instruments for assisted vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD005455, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD005455.pub3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559884/>>. Acesso em: 14 set. 2022.

YAMAGUCHI, E. T.; SIAULYS, M. M.; TORRES, M. L. A. Ocitocina em cesarianas. O que há de novo?. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 66, n. 4, p. 402-407, ago. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942016000400402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942016000400402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 ago. 2022.

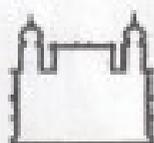
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: World Health Organization; 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673685927503?via%3Dihub>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2021.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2008.

## ANEXO A - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Coordenação-geral  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 16 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos termos da Resolução CNS nº 196/96 e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTÓCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10**  
**CAAE: 0096.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)"

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 26 / 04 / 2010

**Data de apreciação:** 11 / 05 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Resultamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII.1.3.6. da resolução CNS/MS Nº 196/96) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
Roberto FODDE  
Coordenador do Comitê de  
Etiologia em Pesquisa  
Fiocruz

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezado(a) Diretor da(o) Maternidade/Hospital \_\_\_\_\_, esta unidade foi sorteada para compor a amostra da pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento", sob a coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização destes e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém-nascidos. A participação dessa unidade irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Entre os procedimentos utilizados, serão realizadas entrevistas individuais com as puérperas durante o período de internação, preferencialmente no pós-parto imediato. Além disso, será preenchido um questionário com base em dados disponíveis no prontuário médico de cada puérpera e seu conceito, e outro com o(a) Diretor(a) da unidade e outros profissionais, contendo quesitos sobre o perfil da maternidade, recursos humanos, gestão, relação com seus usuários e o processo de trabalho das unidades.

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir. Se houver alguma questão que o(a) entrevistado(a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores.

A pesquisa não é representativa por unidade de saúde, as informações desta unidade servirão para compor um perfil do atendimento no estrato do qual ela faz parte (pública, privada ou mista), bem como na região do país no qual se encontra. Deste modo, não haverá divulgação de informações específicas da unidade de saúde.

Declaro ter sido informado(a) e concordo com a realização da pesquisa nesta unidade de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do gestor(a) da unidade

#### Pesquisadores responsáveis

Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado

Rua Leopoldo Bulhões 1.480, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel: (21) 2598-2620 ou 2598-2621.

E-mail: [nascernobrasil@ensp.fiocruz.br](mailto:nascernobrasil@ensp.fiocruz.br); Site: <http://www.nascernobrasil.ensp.fiocruz.br>

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Éreco Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ / CEP 21041-210.

Tel e Fax: (21) 2598-2863; Horário de atendimento do CEP/ENSP ao público: 14:00 às 17:00 horas.

E-mail: [cen@ensp.fiocruz.br](mailto:cen@ensp.fiocruz.br); Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Puérpera)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada \_\_\_\_\_,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "**Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento**", de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (*passar para o Bloco I da entrevista*)

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa, sendo a participação autorizada por seu responsável (*passar para o Bloco I da entrevista*)

Entrevista realizada com respondente próximo

Não aceitou participar da pesquisa (*solicitar autorização para preenchimento do quadro "Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa"*)

#### **Coordenação geral:** Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Theme.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 808 – Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome e telefone do coordenador estadual: \_\_\_\_\_

#### Consentimento Pós-informação:

Declaro que fui esclarecida sobre a pesquisa e aceito participar desde que respeitadas às condições acima referidas.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa**

1. Motivo da Recusa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Idade da mãe:  anos
3. Escolaridade da mãe:  
 Série do Ensino 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior
4. Raça ou cor (**opinião do entrevistador**):  
1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena
5. Tipo de parto:  
1. Normal 2. Cesariana

**ANEXO D - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR PUÉRPERA (QHP)****“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional  
sobre Parto e Nascimento”****Questionário Hospitalar – Puérpera****2011**

Disponível na íntegra em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/questionarios-eletronicos>.

## ANEXO E - COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO (CDP)



### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados <input type="text" value="___/___/___"/>	2. Horário de início da coleta de dados <input type="text" value="__:__:__"/>
3. Nome da mãe: _____	
4. Nº do prontuário da mãe: <input type="text" value="____"/>	
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	<input type="text" value="___"/>
6. 1º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text" value="___"/>
7. 2º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text" value="___"/>
8. 3º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text" value="___"/>
9. 4º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal <input type="text" value="___"/>
2. Dados da Internação	
10. Data da internação:	<input type="text" value="___/___/___"/>
11. Hora da internação:	<input type="text" value="___"/> h <input type="text" value="___"/> min
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação: 1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação	<input type="text" value="___"/>
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 15) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)	<input type="text" value="___"/>
14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 17 e se óbito, vá para a 16)	<input type="text" value="___/___/___"/>

## ANEXO F - ENTREVISTA DOMICILIAR POR TELEFONE (EDP)

### Entrevista domiciliar por telefone

#### INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 43 A 60 DIAS APÓS O PARTO

*Boa noite, meu nome é **MARIA** e faço parte da equipe de pesquisa Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. Eu gostaria de falar com a sra **CONCEIÇÃO**, ela está?*

*A sra contribuiu para a nossa pesquisa logo após o seu parto na **MATERNIDADE SANTA RITA**. Naquela época a sra foi informada que entraríamos em contato para saber como estão passando a sra e seu bebê. A sra poderia me responder algumas perguntas agora? Demora no máximo 10 minutos.*

#### BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto

Nome:

Idade:

Tipo de Gestação:

Tipo de Parto:

Maternidade:

Data do parto:

Situação da Mãe:

Data da Alta da Mãe:

Nome Bebê 1:

Situação do bebe ao nascimento:

Tipo de alta do Bebê 1:

Data da Alta/Óbito Bebê 1:

**Atenção entrevistador: LEIA SEMPRE TODAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA E MARQUE A OPÇÃO RESPONDIDA PELA ENTREVISTADA. AS PERGUNTAS QUE PERMITEM MAIS DE UMA OPÇÃO DE RESPOSTA ESTÃO ASSINALADAS ENTRE PARÊNTESES.**

### Bloco II - Avaliação do *Near Miss* materno

*As perguntas que iremos fazer agora se referem a problemas de saúde que você possa ter tido durante a gestação, o parto ou até 42 dias depois do parto.*

*(Não perguntar qual foi o problema. Aplicar as perguntas abaixo caso a gestante relate qualquer problema de saúde durante a gestação, parto ou pós-parto)*

1. A Sra. teve algum tipo de problema de saúde durante a gravidez, o parto ou até 42 dias depois do parto? 0. Não ( <i>vá para o bloco III</i> ) 1. Sim	__
2. A Sra. teve algum desmaio por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
3. A Sra. precisou ser internada por causa deste problema de saúde? 0. Não ( <i>vá para a questão 9</i> ) 1. Sim 2. Já estava internada	__
4. Essa internação durou mais de uma semana? 0. Não 1. Sim	__
5. Seu útero foi retirado por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
6. A Sra. teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
7. A Sra. foi internada na UTI, durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
8. A Sra. precisou de aparelhos para respirar durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
9. A Sra. teve aumento da pressão durante a gravidez? 0. Não 1. Sim	__
10. A Sra. teve convulsões durante a gravidez, o parto ou após o parto? 0. Não ( <i>vá para a questão 12</i> ) 1. Sim	__
11. A Sra. já havia apresentado convulsões antes, sem relação com a gravidez? 0. Não 1. Sim	__
12. A Sra. apresentou sangramento vaginal INTENSO (acima do normal) que molhou as suas roupas, a cama ou o chão durante a gravidez ou após o parto? 0. Não ( <i>vá para questão 14</i> ) 1. Sim	__
13. A Sra. recebeu transfusão de sangue por causa desse sangramento? 0. Não 1. Sim	__
14. A Sra. teve febre alta <u>após o parto</u> ? 0. Não ( <i>vá para o bloco III</i> ) 1. Sim	__

15. Esta sua febre veio com calafrios?	0. Não 1. Sim	__
16. Essa febre veio acompanhada de um corrimento muito mal cheiroso?	0. Não 1. Sim	__

### **Bloco III. Satisfação com o atendimento hospitalar**

*Faremos agora algumas perguntas relativas à sua internação para o parto e a sua satisfação com a maneira como ele aconteceu.*

17. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo gasto com o deslocamento da sua casa até a maternidade? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
18. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo de espera desde que chegou na maternidade até ser atendida? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
19. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
20. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?) 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
21. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para a Sra? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
22. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
23. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? 1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
24. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como <b>(pode ter mais de uma resposta)</b> 1.Não 2.Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.) 3. Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)	__   __   __

4. Violência física (algun profesional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)	
25. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
26. Na sua opinião, os cuidados e as orientações que a Sra. recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
27. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__

#### Bloco IV– Morbidade materna e utilização de serviços

*Agora faremos algumas perguntas sobre alguns problemas que a Sra pode ter tido nos primeiros dias após o nascimento do (nome do bebê)*

<b>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto vaginal ou a fórcepe</b>	
28. Nas duas primeiras semanas após o parto, a Sra. teve dor nos pontos que levou no períneo/vagina?  0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável 8. Não levou pontos	__
<b>Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto cesáreo</b>	
29. Nas duas primeiras semanas após a cesariana, a Sra. teve dor nos pontos da cirurgia?  0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	__
30. Nas duas primeiras semanas após o parto a Sra. teve dor nas mamas ou no bico do seio?  0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	__
31. Atualmente a Sra. tem se sentido cansada, sem energia?  0. Não 1. Um Pouco Cansada 2. Cansada 3. Muito Cansada 4. Exausta	__
<b>As perguntas 32 a 35 só devem ser aplicadas para mulheres com alta da maternidade antes de 7 dias após o parto). Caso contrário vá para o Bloco V.</b>	__
32. A sra. foi <b>orientada</b> a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de revisão do parto, num período de 7 a 10 dias após o parto?  U. Não 1. Sim	
33. A sra. <b>procurou</b> algum serviço de saúde para a consulta de revisão do parto?  0. Não ( <b>vá para o bloco V</b> ) 1. Sim	__
34. A sra. <b>conseguiu</b> ser atendida?  0. Não ( <b>vá para o bloco V</b> ) 1. Sim	__
35. Quando foi feito esse atendimento?  1. Nos primeiros quinze dias após o parto 2. Mais de 15 dias após o parto 9. Não lembra	__

**Bloco V- Avaliação do bebê****(No caso de gestação gemelar, aplicar um bloco para cada gemelar)**

Agora iremos fazer algumas perguntas sobre a saúde do(a) (nome do bebê) desde o nascimento até hoje

<p><b>36.</b> O (nome bebê) está morando com a sra.?</p> <p>1. Não, faleceu (<i>passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato</i>)</p> <p>2. Não, está morando com outra pessoa (responder a 37)</p> <p>3. Não, está internado desde o nascimento (<i>encerrar a entrevista</i>)</p> <p>4. Não, foi re-internado (<i>vá para 38</i>)</p> <p>5. Sim (<i>vá para 38</i>)</p>	__
<p><b>37.</b> A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)?</p> <p>0. Não (<i>encerrar a entrevista</i>) 1. Sim</p>	__
<p><b>38.</b> A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade?</p> <p style="text-align: center;"><i>(Não sabe informar 9999)</i></p>	__  __  __  __ g
<p><b>39.</b> O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito?</p> <p>0. Não 1. Sim (<i>vá para questão 41</i>)</p>	__
<p><b>40.</b> Por que não estava só no peito? (<i>Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta</i>)</p> <p>1. Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde</p> <p>2. Porque o bebê apresentou algum problema de saúde</p> <p>3. Porque era rotina do hospital e passaram outro leite</p> <p>4. Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou</p> <p>5. Porque a Sra. não queria amamentar</p> <p>6. Por outro motivo. Qual _____</p>	__   __   __
<p><b>41.</b> De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p><b>42.</b> De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p><b>43.</b> De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p><b>44.</b> Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno?</p> <p>0. Não (<i>vá para a questão 46</i>) 1. Sim</p>	__

<p><b>45. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)?</b></p> <p>1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde</p> <p>Outro profissional – Qual? _____</p>	<p>___</p> <p>___</p>
<p><b>46. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ?</b></p> <p>0. Não (<i>vá para 49</i>) 1. Sim</p>	<p>___</p>
<p><b>47. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)?</b></p> <p>0. Não (<i>vá para questão 49</i>) 1. Sim</p>	<p>___</p>
<p><b>48. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento?</b></p> <p>1. Na 1ª semana de vida      2. Na 2ª semana de vida      3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida      5. Com mais de 1 mês      9. Não sabe informar</p>	<p>___</p>
<p><b>49. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)?</b></p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p>___</p>
<p><b>50. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?</b></p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p>___</p>
<p><b>51. Já foi feito o teste do pezinho?</b></p> <p>0. Não (<i>vá para questão 54</i>) 1. Sim 9. NSI (<i>vá para questão 54</i>)</p>	<p>___</p>
<p><b>52. Quando foi feito o teste do pezinho?</b></p> <p>1. Na 1ª semana de vida      2. Na 2ª semana de vida      3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida      5. Com mais de 1 mês      9. Não sabe informar</p>	<p>___</p>
<p><b>53. A Sra. já recebeu o resultado do teste do pezinho?</b></p> <p>0. Não 1. Sim, na 1ª semana de vida 2. Sim, na 2ª semana de vida</p> <p>3. Sim, na 3ª semana de vida 4. Sim, na 4ª semana de vida</p> <p>5. Sim, com mais de 1 mês</p>	<p>___</p>
<p><b>54. O(a) (nome do bebê) teve algum problema de saúde após a alta? (<i>pode ter mais de uma resposta</i>)</b></p> <p>0. Não</p> <p>1. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>2. Teve infecção</p>	

<p>3. Teve febre (sem ser por causa de vacina)</p> <p>4. Perdeu muito peso</p> <p>5. Teve refluxo</p> <p>6. Teve problema respiratório</p> <p>7. Teve diarreia/desidratação</p> <p>8. Outro problema. Qual? _____</p>	<p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
<p>55. O(a) <b>(nome do bebê)</b> precisou de banho de luz artificial depois da alta da maternidade?</p> <p>0. Não 1. Sim 2. NSI</p>	<p> __ </p>
<p>56. Depois da alta da maternidade, alguma vez o (a) <b>(nome do bebê)</b> foi internado (por 24h ou mais) por algum problema de saúde?</p> <p>0. Não (<b>Encerrar a entrevista</b>) Sim, quantas vezes? _____</p>	<p> __  __ </p>
<p>57. Qual foi o motivo da <u>última internação</u>? (<b>pode ter mais de uma resposta</b>)</p> <p>1. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>2. Teve infecção</p> <p>3. Teve febre (sem ser por causa de vacina)</p> <p>4. Perdeu muito peso</p> <p>5. Teve refluxo</p> <p>6. Teve problema respiratório</p> <p>7. Teve diarreia/desidratação</p> <p>8. Outro problema. Qual? _____</p>	<p> __ </p> <p> __ </p> <p> __ </p>
<p>58. Por quanto tempo o (a) <b>(nome do bebê)</b> permaneceu internado(a) na <u>última internação</u>?</p>	<p> __   __  dias</p> <p> __  semanas</p> <p> __  mês</p>
<p>59. Onde o (a) <b>(nome do bebê)</b> foi internado na <u>última vez</u>?</p> <p>1. Na mesma maternidade onde ocorreu o parto</p> <p>2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)</p> <p>3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público</p> <p>4. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado</p> <p>5. Hospital público do seu município</p> <p>6. Hospital público de outro município</p> <p>7. Hospital privado</p> <p>8. Outro – especifique: _____</p>	<p> __ </p>

**\*Se Q36 ≠ 1 (para todos os filhos – ver a questão dos gêmeos); Encerre**

**Bloco VI – Dados do óbito do bebê***Apenas para os bebês que morreram após alta da maternidade onde ele nasceu (Q36=1)*

60. Quando o bebê faleceu?	___/___/___
61. A que horas ele faleceu?	_ _ h  _ _ min
62. Em que local ocorreu o óbito? 0. Em casa 1. No caminho para o hospital/serviços de saúde 2. No hospital/serviço de saúde – Nome: _____	_
63. A Sra. recebeu o atestado de óbito? 0. Não 1. Sim	_
64. Qual foi a causa da morte do seu bebê? 1. Problemas por ser prematuro 2. Problema na respiração 3. Problema no coração 4. Infecção 5. Malformação congênita 6. Diarréia/Desidratação 7. Problema no sangue 8. Outra causa. Qual? _____	_   _   _   _

***Chegamos ao final da entrevista e gostaríamos de agradecer a sua participação. Suas informações serão muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres durante a gestação, o parto e no pós parto, assim como aos seus bebês. Muito obrigada!***

***Telefones para contato: (21) 2598-2620 ou (21) 2598-2621***

## ANEXO G- QUESTIONÁRIO DE ESTRUTURA - PROCESSO (QEP)

**nascet** )  
no Brasil )  
Inquérito Nacional  
sobre Parto e Nascimento

 Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

**“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional  
sobre Parto e Nascimento”**


ESTRUTURA – PROCESSO

**Questionário Nº**

**2011**



## Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

#### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

#### **PROCEDIMENTOS UTILIZADOS**

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo(a) Diretor(a) da unidade e outros(as) profissionais e contém quesitos sobre o perfil, recursos humanos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades. O(A) entrevistado(a) será estimulado(a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

#### **CONFIDENCIALIDADE**

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir.

As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

#### **DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS**

A aplicação do questionário é longa, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados para a área de saúde pública que serão utilizadas para elaboração de diagnóstico das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir de instrumento para gestão dos recursos do programa e melhoria da atenção à saúde no Brasil.

#### **DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS**

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

*Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado* – Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 808, Manguinhos

Tel: (\*\*21) 2598-2620 ou 2598-2621.

*Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública* – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ/ CEP 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br;

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Horário de atendimento ao público (CEP/ENSP): 14:00h às 17:00h.

**CONSENTIMENTO DO GESTOR DA UNIDADE**

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do gestor: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Especificações**

	<b>Nome do profissional</b>	<b>Função/Cargo no Estabelecimento</b>	<b>Blocos/Questões Respondidas</b>
Entrevistado nº 1			
Entrevistado nº 2			
Entrevistado nº 3			
Entrevistado nº 4			
Entrevistado nº 5			



22. Qual a sua formação? ( <b>Considerar a principal formação</b> ) 1. Médico    2. Enfermeiro    3. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
23. Como é classificada a Unidade? ( <b>ler as alternativas</b> ) 1. Hospital Geral ou de Especialidades    2. Somente Maternidade 3. Hospital Materno-Infantil    4. Maternidade e Serviço de Ginecologia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Os leitos de obstetrícia são? ( <b>ler as alternativas</b> ) 1. Todos públicos    2. Todos privados    3. Mistos	<input type="checkbox"/>
25. O hospital possui UTI Neonatal em funcionamento?    0. Não (vá para 27)    1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. Os leitos de UTI Neonatal são? ( <b>ler as alternativas</b> ) 1. Todos públicos    2. Todos privados    3. Mistos	<input type="checkbox"/>
27. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento? 0. Não (vá para 29)    1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Os leitos de Cuidados Intermediários Neonatal são? ( <b>ler as alternativas</b> ) 1. Todos públicos    2. Todos privados    3. Mistos	<input type="checkbox"/>
29. O hospital/unidade é campo de ensino?    0. Não (vá para 31)    1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. O campo de ensino é credenciado pelo Ministério da Educação (MEC)?    0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. O serviço possui alguma das seguintes certificações? <b>Para cada item, marcar: 0. Não    1. Sim    2. Em processo de habilitação</b>	
a. Hospital Amigo da Criança	<input type="checkbox"/>
b. Prêmio Prof. Galba de Araújo	<input type="checkbox"/>
c. Outros: _____	<input type="checkbox"/>
32. O hospital/unidade possui Casa da Gestante de Alto Risco ou Casa de Apoio à Gestante? 0. Não Possui    1. Sim, própria    2. Utiliza a de outra instituição	<input type="checkbox"/>
33. O hospital/unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UI/UTI? 0. Nunca    1. Sempre    2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
34. O hospital/unidade possui Unidade transfusional ou Banco de Sangue?    0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. O hospital/unidade possui laboratório de patologia e análises clínicas? 0. Não    1. Sim, só para SUS    2. Sim, só para privado    3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
36. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transporte da parturiente? 0. Não    1. Sim, só para SUS    2. Sim, só para privado    3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
37. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transferência da parturiente? ( <b>ler as alternativas</b> ) 0. Não    1. Sim, sempre que precisa    2. Sim, mas com dificuldade	<input type="checkbox"/>
38. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transferência do recém-nascido? 0. Não    1. Sim, só para SUS    2. Sim, só para privado    3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
39. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transporte do recém-nascido? ( <b>ler as alternativas</b> ) 0. Não    1. Sim, sempre que precisa    2. Sim, mas com dificuldade	<input type="checkbox"/>

40. O serviço é referência para o pré-natal de alto risco? ( <b>oferece vagas</b> )	0. Não ( <b>vá para 43</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
41. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência?	0. Não ( <b>vá para 43</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
42. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
43. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o pré-natal de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não	1. Sim, central regulação do SUS	2. Sim, regulação planos de saúde	3. Sim, ambos	<input type="checkbox"/>
44. O serviço é referência para internação e parto de gestante de risco? ( <b>oferece vagas</b> )	0. Não ( <b>vá para 47</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
45. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência?	0. Não ( <b>vá para 47</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
46. Essa referência é via central de regulação de vagas?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
47. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para a internação e o parto de gestante de risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não	1. Sim, central regulação do SUS	2. Sim, regulação planos de saúde	3. Sim, ambos	<input type="checkbox"/>
48. O serviço é referência para o recém-nascido de alto risco?	0. Não ( <b>vá para 51</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
49. Essa referência é formal pelo sistema de referência e contra-referência?	0. Não ( <b>vá para 51</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
50. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
51. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o recém-nascido de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas?	0. Não	1. Sim, central regulação do SUS	2. Sim, regulação planos de saúde	3. Sim, ambos	<input type="checkbox"/>

### III. RECURSOS HUMANOS

52. Com relação à forma de organização do corpo clínico médico da obstetrícia:					
a.	Há equipe médica externa? ( <b>corpo clínico aberto</b> )	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
b.	Há equipe médica de plantonistas?	0. Não ( <b>vá para 54</b> )	1. Sim	<input type="checkbox"/>	
c.	Como é a organização dos plantões? ( <b>ler as alternativas</b> )				
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>	
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>	
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>	
	4. Outra: _____				
53.	Como é a forma de remuneração dos plantonistas da obstetrícia? ( <b>ler as alternativas</b> )				
	1. Salário fixo	2. Produtividade	3. Fixo + produtividade	4. Outros: _____	<input type="checkbox"/>
54.	Qual a proporção de partos atendidos pelos plantonistas?			<input type="text"/> %	

<b>55. Com relação à forma de organização dos pediatras:</b>				
a.	Há equipe médica externa? ( <b>corpo clínico aberto</b> )	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	<b>0. Não (vá para 56)</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? ( <b>ler as alternativas</b> )			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
	4. Outra: _____			
<b>56. Com relação à forma de organização dos médicos especialistas (médico com título de especialista/residência em terapia intensiva neonatal ou residência em terapia intensiva pediátrica e pediatras com 4 anos de experiência em terapia intensiva neonatal):</b>				
a.	Há equipe médica externa? ( <b>corpo clínico aberto</b> )	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	<b>0. Não (vá para 57)</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? ( <b>ler as alternativas</b> )			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
	4. Outra: _____			
<b>57. Com relação à forma de organização dos anestesistas:</b>				
a.	Há equipe médica externa? ( <b>corpo clínico aberto</b> )	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	<b>0. Não (vá para 58)</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? ( <b>ler as alternativas</b> )			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
<b>58.</b>	Existe coordenador médico do serviço de Obstetrícia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>59.</b>	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>60.</b>	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> anos <input type="text"/> meses		
<b>61.</b>	Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>62.</b>	Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>63.</b>	Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> anos <input type="text"/> meses		
<b>64.</b>	Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>65.</b>	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>

66. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	___ ___  anos ___ ___  meses
67. Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
68. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
69. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	___ ___  anos ___ ___  meses

#### IV. ASSISTÊNCIA À GESTANTE, PARTURIENTE, PUÉRPERA E AO RN

*Este bloco relaciona-se aos procedimentos assistenciais relacionados à gestante, parturiente, puérpera e RN*

70. Existe algum tipo de triagem ou classificação de risco da gestante na admissão?	0. Não (vá para 72) 1. Sim <input type="checkbox"/>
71. Essa classificação é realizada por quais profissionais? (pode marcar mais de uma opção) 1. Enfermeiro 2. Enfermeiro obstetra 3. Médico 4. Médico Obstetra 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Funcionário administrativo 7. Vigilante 8. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72. Quais são os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73. Onde as gestantes ficam durante o trabalho de parto? 1. Centro obstétrico/PPP 2. Centro cirúrgico 3. Quarto/Enfermaria 4. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74. Quais são os profissionais que prestam assistência ao parto vaginal? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75. Onde ocorre o parto vaginal? 1. Centro obstétrico /PPP 2. Centro cirúrgico 3. Outros: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76. A Unidade oferece a possibilidade de parto em posições verticalizadas (de pé, sentada, de cócoras)?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
77. São realizadas reuniões rotineiras com a equipe de saúde para discussão das indicações de cesarianas? (explicar as opções caso seja necessário) 0. Não 1. Sim, com todo o corpo clínico (plantonistas + equipe médica externa) 2. Sim, apenas equipe médica plantonista 3. Sim, apenas equipe médica externa (corpo clínico aberto)	<input type="checkbox"/>
78. Existe protocolo para atendimento em casos de pré-eclampsia grave e eclampsia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

79. Existe protocolo para atendimento em casos de hemorragia pós-parto? 0. Não (vá para 82) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>Se o entrevistado responder que NÃO tanto para a questão 78 quanto 79, vá para questão 82.</b>	
80. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica plantonista? 0. Não 1. Sim, toda equipe médica plantonista 2. Sim, por alguns da equipe médica plantonista 8. Não tem equipe médica plantonista	<input type="checkbox"/>
81. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica externa? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, toda equipe médica externa 2. Sim, por alguns da equipe médica externa 8. Não tem equipe médica externa	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre admissão, internação e alta</i>	
82. Quando não existe vaga nesta unidade, o hospital se responsabiliza por conseguir vaga em outra unidade? 0. Não (vá para 84) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
83. Essa transferência para outra unidade é feita por ambulância? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
84. É permitida a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim para todas as mulheres 2. Sim, mas apenas para situações especiais	
a. Admissão	<input type="checkbox"/>
b. Trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
c. Parto	<input type="checkbox"/>
d. Pós-parto imediato	<input type="checkbox"/>
e. Puerpério (enfermaria ou quarto)	<input type="checkbox"/>
85. Como é a privacidade no atendimento da gestante/puérpera/parturiente? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Inexistente 1. Completa (sala individual com porta) 2. Parcial (Box, cortinas, biombos, etc)	
a. Na admissão	<input type="checkbox"/>
b. No pré-parto	<input type="checkbox"/>
c. Na modalidade PPP	<input type="checkbox"/>
d. No parto	<input type="checkbox"/>
e. No pós-parto	<input type="checkbox"/>
86. A mulher sem complicações sai da maternidade com consulta puerperal agendada? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

<b>87.</b> O bebê sem complicações sai da maternidade com consulta de puericultura agendada para a 1ª semana de vida? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre os setores relacionados ao trabalho de parto</i>	
<b>88.</b> Existe espaço para deambulação das mulheres? <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, leitos PPP <b>2.</b> Sim, leitos não PPP <b>3.</b> Sim, todos os leitos	<input type="checkbox"/>
<b>89.</b> Possui poltrona ou cadeira para acompanhante da parturiente? <b>(ler as alternativas)</b> <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim, para alguns leitos <b>2.</b> Sim, para todos os leitos	<input type="checkbox"/>
<b>90.</b> Quantos chuveiros com água quente existem no Centro Obstétrico ou setor de pré-parto/pós parto/leitos PPP para uso da parturiente?	<input type="text"/>
<b>91.</b> Quantas banheiras existem neste setor para uso da parturiente?	<input type="text"/>
<b>92.</b> O setor possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor? <b>Para cada item, marcar: 0. Não    1. Sim</b>	
a. Bola de Bobat (bola para relaxamento perineal)	<input type="checkbox"/>
b. Cavalinho	<input type="checkbox"/>
c. Escada de Ling	<input type="checkbox"/>
d. Barra fixa	<input type="checkbox"/>
e. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
<b>93.</b> Em situações de urgência e emergência materna, o setor de atendimento ao parto tem acesso a: <b>(ler as alternativas)</b> <b>Para cada item, marcar:</b> <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona <b>3.</b> Não, mas de fácil acesso	
a. Respirador/ventilador mecânico	<input type="checkbox"/>
b. Laringoscópio	<input type="checkbox"/>
c. Tubo orotraqueal	<input type="checkbox"/>
d. AMBU	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre o local onde é feito o primeiro atendimento do RN logo após o nascimento</i>	
<b>94.</b> Quais são os equipamentos e materiais existentes na sala de parto/área de procedimentos com o RN? <b>(ler as alternativas)</b> <b>Para cada item, marcar:</b> <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>2.</b> Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona <b>3.</b> Não, mas de fácil acesso	
a. Unidade/Mesa/Berço para reanimação com fonte de calor radiante	<input type="checkbox"/>
b. Máscaras cirúrgicas	<input type="checkbox"/>
c. Estetoscópio clínico infantil	<input type="checkbox"/>

d. Laringoscópio completo		<input type="checkbox"/>
e. Tubo endotraqueal neonatal		<input type="checkbox"/>
f. Sondas traqueais neonatais sem válvula		<input type="checkbox"/>
g. Sondas de aspiração gástrica		<input type="checkbox"/>
h. Dispositivo para aspiração de mecônio		<input type="checkbox"/>
i. Material para ventilação (AMBU ou ressuscitador manual com reservatório de oxigênio)		<input type="checkbox"/>
j. Aspirador com manômetro e oxigênio		<input type="checkbox"/>
<i>Com relação à Unidade Neonatal (só se aplica para instituições com Unidade Neonatal)</i>		
95. A Unidade Neonatal é exclusiva para essa faixa etária? (até 28 dias de vida)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
96. Existe alguma restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
97. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
98. Existe cadeira/poltrona/acomodação para a mãe do recém nascido permanecer ao seu lado na UTI ou Unidade Neonatal? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para cada leito 2. Sim, para alguns leitos		<input type="checkbox"/>
99. Gostaríamos de saber a quantidade de alguns equipamentos disponíveis no Setor de Neonatologia:		
<b>EQUIPAMENTOS</b>	Quantidade disponível	Quantidade em funcionamento
1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Agora vou fazer algumas perguntas sobre a farmácia hospitalar*

100. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido?	
<b>Para cada item, marcar: 0. Não disponível 1. Disponível 8. Não faz parte da rotina</b>	
a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>
c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>
d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>
e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>
f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepax, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbanil; CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatrion, Noam, Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax,	<input type="checkbox"/>

13

j. Número de leitos obstétricos com alojamento conjunto	□□□□
k. Número de leitos obstétricos sem alojamento conjunto	□□□□
l. Número de leitos de pós-abortamento	□□□□
m. Número de leitos de UTI adulto	□□□□
n. Número de leitos de Cuidados Intermediários adulto	□□□□
o. Número de leitos para gestantes com intercorrências/gestação de alto risco	□□□□
p. Número de leitos para mães de RN internados	□□□□
q. Número de leitos de UTI neonatal	□□□□
r. Número de leitos de Cuidados Intermediários Neonatal/UI	□□□□
s. Número de leitos de Método Canguru	□□□□
t. Número de leitos de berçário para RN saudáveis	□□□□
u. Número de leitos de berçário para RN patológicos	□□□□
<b>102.</b> Gostaríamos de ter acesso aos dados abaixo, referentes ao 1º semestre de 2010. (Nota: Preencher com 9 caso o indicador não seja calculado/trabalhado pela unidade e com 7 caso seja calculado, mas ainda não esteja disponível)	
a. Número de partos (partos vaginais + cesáreos) (partos vaginais incluem os fórceps e vácuo-extrator)	□□□□□
b. Número de cesáreas	□□□□□
c. Número de gestantes de alto risco internadas no serviço	□□□□□
d. Número de gestantes com presença de acompanhante no parto	□□□□□
e. Número de partos vaginais assistidos por enfermeiras	□□□□□
f. Número de partos vaginais com episiotomia	□□□□□
g. Número de RN internados em UTI neonatal	□□□□□
h. Número de transferências de recém-nascidos para serviços de referência	□□□□□
i. Número total de nascidos vivos	□□□□□
j. Número de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, abaixo de 2500g	□□□□□
k. Número de prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas	□□□□□
l. Número de natimortos	□□□□□
m. Número de óbitos neonatais total	□□□□□
n. Número de óbitos neonatais precoces	□□□□□
o. Número de óbitos maternos	□□□

