

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Lorena Bernardes de Oliveira

**DESFECHOS MATERNS E NEONATAIS NA ADMISSÃO PRECOCE PARA O
PARTO DE RISCO HABITUAL**

Goiânia

2022

Lorena Bernardes de Oliveira

**DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS NA ADMISSÃO PRECOCE PARA O
PARTO DE RISCO HABITUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, métodos e processos de cuidar em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Liégio Matão

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Aparecida S. Vieira

Goiânia

2022

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás
Lana Keren de Mendonça - CRB1/2486

O48d Oliveira, Lorena Bernardes de
Desfechos maternos e neonatais na admissão precoce
para o parto de risco habitual / Lorena Bernardes
de Oliveira. -- 2022.
67 f.; il.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Escola de Ciências Médicas e da
Vida, Goiânia, 2022
Inclui referências: f. 61-65.

1. Trabalho de parto. 2. Assistência centrada no paciente.
3. Pessoal da área médica e pacientes. 4. Triage
neonatal. I. Matão, Maria Eliane Liégio. II. Vieira, Maria
Aparecida da Silva. III. Pontifícia Universidade Católica
de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à
Saúde - 29/03/2022. IV. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 618.4(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lorena Bernardes de Oliveira

DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS NA ADMISSÃO PRECOCE PARA O PARTO DE RISCO HABITUAL

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 29 de Março de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da Banca e Orientadora – PUC Goiás

Prof.^o Dr.^o Diego Vieira de Mattos
Membro Convidado, externo ao Programa- UFG- Regional Jataí

Prof.^a Dr.^a Marina Aleixo Diniz Rezende
Membro Efetivo, interno ao Programa – PUC Goiás

Prof.^o Dr.^o José Rodrigues do Carmo Filho
Membro Suplente, interno ao Programa – PUC-GO

Prof.^a Dr.^a Nilza Alves Marques
Membro Suplente, externo ao Programa – UFG-GO

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro Efetivo, Coorientadora, interno ao Programa – PUC Goiás

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, ao meu marido e às minhas irmãs. Especialmente à minha filha que se encontra em meu ventre, a qual foi o maior motivo da minha força e persistência. Às minhas queridas professoras, orientadora Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão e coorientadora Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida da Silva Vieira.

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa, precisa depender de motivação.” Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir enxergar possibilidades para concretizar este sonho, tantas vezes visto como impossível. Obrigada por me guiar e abençoar em cada etapa desse processo, me dando sabedoria e força em todos os momentos.

Ao meu pai, José Willian que sempre foi meu exemplo de dedicação, caráter, persistência e amor à profissão. Aquele que me ensinou, através das suas ações, que o sucesso é consequência do amor e dedicação naquilo que se propõe a realizar. Obrigada por sempre contribuir pro meu crescimento pessoal e profissional. Você sempre terá meu orgulho e gratidão.

À minha amada mãe, Terezinha, por ter proporcionado sempre o maior amor e carinho. O seu suporte e apoio fazem parte da base pro meu equilíbrio, minha segurança e paz. Obrigada por acreditar e contribuir com mais essa etapa da minha vida. Você sempre terá o meu orgulho e gratidão.

Ao meu esposo, Felipe, por todo carinho e apoio em tantos momentos difíceis deste percurso, por me ouvir e me acalmar nas horas de angústia. Por cada vez que reforçou sobre o quanto acredita no meu potencial e sucesso. Obrigada por sempre permanecer ao meu lado e me incentivar. Devido ao seu companheirismo, parceria, amizade, carinho, amor e paciência este sonho pôde ser realizado. Obrigada por ter feito do meu sonho, o nosso sonho.

À minha filha, o maior presente de Deus dessa vida que veio na metade desse percurso. Em meio aos medos e anseios em não conseguir terminar antes de você chegar, sua presença foi a maior incentivadora para que eu finalizasse. Todos os seus chutes e movimentos durante a escrita dessa pesquisa me fez lembrar o grande objetivo desse sonho. Mesmo pouco tempo antes de te ter em meus braços você já me transforma e faz entender o maior amor e sentido dessa vida. A conquista desse sonho é por você e pra você, minha pequena.

Às minhas irmãs, minhas eternas companheiras de vida. Obrigada por acreditarem em mim e apoiarem nas minhas decisões. O suporte e carinho de vocês fizeram diferença em toda minha vida e neste momento não seria diferente. Obrigada por existirem.

Aos meus cunhados, sobrinhas, amigos e familiares que se fizeram presentes nessa trajetória. Obrigada por todos os momentos de leveza, risos sinceros, paz e amor que me deram nesse percurso.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Eliane, pelos ensinamentos, profissionalismo, dedicação e principalmente paciência em me ensinar, por ter sido tão compreensiva, carinhosa e empática em meio às minhas questões pessoais e compromissos profissionais. Tenho certeza de que não chegaria até aqui sem seu apoio. Meus sinceros e eternos agradecimentos.

À minha querida coorientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Silva, por tantos ensinamentos e contribuições ao longo dessa pesquisa. Obrigada pela paciência, empatia e amor que teve comigo. Minha eterna gratidão.

Agradeço ao Prof.^o Dr.^o Antônio Márcio, estatístico, que pôde me auxiliar na construção do meu conhecimento e contribuir, com tanta ética, profissionalismo e dedicação, a etapa descritiva desta pesquisa.

Aos professores que participaram da minha qualificação e defesa, por todos os ensinamentos e contribuições para este estudo. Obrigada por contribuírem neste momento e por serem referências de profissionais e grandes incentivadores durante toda minha trajetória. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Atenção à Saúde, que em diversos momentos se fez presente através dos professores coordenadores com palavras de carinho que vão além do profissional. Em especial, Amanda, secretária, que sempre se mostrou disposta a ajudar com muito carinho, atenção e dedicação.

Ao campo de pesquisa pela acolhida e parceria durante a coleta de dados e pelas gestantes que contribuíram para este trabalho. O foco deste estudo é buscar a melhoria do cuidado pra vocês e/ou pras próximas gestantes que necessitarem da assistência obstétrica.

Por fim, meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta e indiretamente para que esse sonho se tornasse realidade. Muito Obrigada.

RESUMO

OLIVEIRA, L. B. **Desfechos maternos e neonatais na admissão precoce para o parto de risco habitual.** 2022. 67 p. Dissertação (Mestrado Atenção à Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Existe uma dificuldade dos profissionais em detectar as fases do primeiro período do trabalho de parto (TP), e, conseqüentemente em diagnosticar o momento adequado de internação, já que o início da fase ativa define o momento oportuno de admissão da gestante para o parto. Isso pode ser justificado por existir diferentes conceitos na literatura de pesquisa, o que faz com que haja um maior quantitativo de admissões precoces. O momento da internação hospitalar pode ser um importante preditor de intervenção durante o TP e via de nascimento ao longo da evolução desse processo. O estudo objetivou descrever o perfil sociodemográfico, obstétrico e desfechos maternos e neonatais de gestantes de risco habitual com admissão precoce. Trata-se de estudo transversal descritivo com gestantes de baixo risco admitidas no Centro Obstétrico (CO) no período Janeiro a Maio de 2021 em uma Maternidade localizada na Região Noroeste de Goiânia, Goiás. Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos, registrados manualmente em formulário específico elaborado para fins desta pesquisa. As variáveis foram relativas aos dados socioeconômicos, obstétricos e neonatais, submetidos à estatística descritiva. Foi realizada separação entre gestantes nulíparas e não nulíparas e o agrupamento das condições de internação por dilatação uterina: 0-3 cm (sem recomendações de internação da literatura); 4-5 cm (de acordo com o Ministério da Saúde) e 6-10 cm conforme as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As parturientes eram jovens, com idade entre 20 a 35 anos (74%), maioria da raça não branca (69,6%), com baixa escolaridade (70,7%) e 49,3% sem companheiro. 44,7% nulíparas e 55,3% não nulíparas e 31,1% realizaram menos de seis de pré-natal. A infusão endovenosa de ocitocina ocorreu em 23,1% entre as nulíparas e 10,9% entre as não nulíparas. A amniotomia foi realizada em 16,1% das nulíparas e 10,0% das não nulíparas e entre as que internaram com bolsa íntegra, essa intervenção ocorreu em 74,6%. Das nulíparas 19,1% realizaram cesariana e das não nulíparas 7,9%; 1% das nulíparas e 2,1% das não nulíparas apresentaram complicações maternas. Foram encaminhados à neonatologia, dentre as nulíparas 12,1% dos neonatos e dentre as não nulíparas 10% dos recém-nascidos. Nas intervenções relacionadas ao uso de ocitocina e realização de amniotomia e diante dos desfechos maternos e neonatais desfavoráveis relacionados à via de parto cesárea, Apgar < 7 de 1º minuto e encaminhamentos do RN à neonatologia, os subgrupos com maiores frequências foram os que internaram com menos de 6 cm de dilatação cervical. Observa-se a relevância da recomendação internacional da Organização Mundial da Saúde a cerca dos conceitos de fase ativa e conseqüente critério de internação.

Descritores: Assistência ao Parto; Início do Trabalho de Parto; Admissão do Paciente; Parto.

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. B. **Maternal and neonatal outcomes in early admission for usual risk childbirth.** 2022. 67 p. Dissertation (Master of Health Care) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

There is a difficulty for professionals in detecting the phases of the first period of labor (PT), and, consequently, in diagnosing the appropriate time for hospitalization, since the beginning of the active phase defines the opportune moment for the admission of the pregnant woman for delivery. This can be explained by the existence of different concepts in the research literature, which leads to a greater number of early admissions. The time of hospital admission can be an important predictor of intervention during labor and delivery throughout the evolution of this process. The study aimed to describe the sociodemographic, obstetric and maternal and neonatal outcomes of pregnant women at usual risk with early admission. This is a descriptive cross-sectional study with low-risk pregnant women admitted to the Normal Birth Center (CO) from January to May 2021 in a maternity hospital located in the Northwest Region of Goiânia, Goiás. Data were collected from electronic medical records, manually recorded in a specific form prepared for the purposes of this research. The variables were related to socioeconomic, obstetric and neonatal data, submitted to descriptive statistics. A separation was performed between nulliparous and non-nulliparous pregnant women and the grouping of hospitalization conditions due to uterine dilation: 0-3 cm (without hospitalization recommendations in the literature); 4-5 cm (according to the Ministry of Health) and 6-10 cm according to the recommendations established by the World Health Organization (WHO). The parturients were young, aged between 20 and 35 years (74%), mostly non-white (69.6%), with low education (70.7%) and 49.3% without a partner. 44.7% nulliparous and 55.3% non-nulliparous and 31.1% had less than six prenatal care. Intravenous infusion of oxytocin occurred in 23.1% among nulliparous women and 10.9% among non-nulliparous women. Amniotomy was performed in 16.1% of nulliparous women and 10.0% of non-nulliparous women, and among those hospitalized with an intact bag, this intervention occurred in 74.6%. 19.1% of nulliparous women underwent cesarean section and 7.9% of non-nulliparous women; 1% of nulliparous women and 2.1% of non-nulliparous women had maternal complications. Among the nulliparous, 12.1% of the neonates and among the non-nulliparous 10% of the newborns were referred to neonatology. In interventions related to the use of oxytocin and performance of amniotomy and in view of the unfavorable maternal and neonatal outcomes related to the cesarean delivery, Apgar < 7 in the 1st minute and referrals of the NB to neonatology, the subgroups with the highest frequencies were those hospitalized with less of 6 cm of cervical dilatation. The relevance of the international recommendation of the World Health Organization regarding the concepts of active phase and consequent hospitalization criterion is observed.

Descriptors: Childbirth Assistance; Beginning of Labor; Patient Admission; Childbirth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro

QUADRO 1-	Classificação das variáveis utilizadas no estudo.	29
-----------	---	----

Figuras

FIGURA 1-	Fluxograma do detalhamento da amostragem da pesquisa. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.	32
FIGURA 2-	Fluxograma dos partos realizados no período de Janeiro a Maio de 2021. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.	32
FIGURA 3-	Distribuição das mulheres nulíparas e não nulíparas com base na dilatação cervical da admissão. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.	34

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** Distribuição sociodemográficas e condições obstétricas de **33**
mulheres de baixo risco admitidas no CO da maternidade.
Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.
- TABELA 2** Distribuição das condições da internação por dilatação **35**
cervical na admissão de mulheres nulíparas e não nulíparas
de baixo risco. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.
- TABELA 3** Distribuição das intervenções obstétricas e desfechos **37**
maternos e neonatais por dilatação cervical na admissão de
mulheres nulíparas e não nulíparas de baixo risco. Goiânia,
Goiás, Brasil, 2022.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
Cm	Centímetro
CO	Centro de Parto Normal
DU	Dinâmica Uterina
EO	Enfermeira Obstétrica
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
MS	Ministério da Saúde
Min.	Minuto
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PUC	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
4	MÉTODO	28
4.1	Tipo e Período do Estudo	28
4.2	Local do Estudo	28
4.3	População e Amostra do Estudo	28
4.3.1	Definição de Caso	28
4.4	Critério de Inclusão	29
4.5	Critério de Exclusão	29
4.6	Fonte de Dados	30
4.7	Variáveis do Estudo	30
4.8	Análise do Estudo	32
4.9	Aspectos Éticos do Estudo	32
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	42
7	CONCLUSÃO	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE	62
	Apêndice A – Instrumento para Coleta de Dados	62
	ANEXO	64
	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	64

APRESENTAÇÃO

A saúde da mulher comporta dimensões e domínios de natureza diferentes, com destaque para a área obstétrica, a de minha atuação por excelência. Desde a escolha para curso de graduação, este foi o campo de maior relevância para a decisão. Ao pensar no momento sublime de gestar, parir e maternar me deslumbrava com a possibilidade de maior entendimento para futura atuação. Então, durante o curso, busquei iniciar esse processo de maiores aprendizados nesse cenário, o que fez com que eu me tornasse monitora da disciplina O cuidar da mulher e do recém-nascido e realizasse diversos trabalhos nesse contexto, inclusive o de Trabalho de Conclusão de Curso.

Em 2012 me graduei em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e logo iniciei a Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica. Neste período, ainda indagava por mais experiências e aprendizados. Então, participei do processo seletivo do programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO, chancelada pela PUC-GO, tendo sido aprovada e inserida em 2014.

No ano de 2016 obtive o título de Enfermeira Obstétrica (EO) tanto pela Pós-Graduação quanto pelo programa de Residência. Posso afirmar que estas vivências foram um marco na minha trajetória profissional, pois pude ampliar minha formação e, sobretudo, minha capacidade de estabelecer um olhar crítico e reflexivo sobre a realidade obstétrica atual não só no local por onde atuei, mas em âmbito nacional.

Desde este momento tive diversas oportunidades de vivenciar experiências profissionais enquanto docente em cursos técnicos, de graduação e Pós-graduação na área da obstetrícia, na gestão hospitalar como coordenadora de enfermagem em uma maternidade pública e na assistência enquanto EO. Estes, enquanto membro de uma equipe de atendimentos às gestantes para atendimento pré-hospitalar (acompanhamento domiciliar antes da admissão em maternidade) e assistência em CO (Centro de Parto Normal) de duas maternidades públicas no acompanhamento direto do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Diante dessas vivências pude me tornar uma profissional engajada para conquista do respeito e direitos das mulheres em todo ciclo gravídico puerperal e

consequentemente na humanização do nascimento. Sou apaixonada pela minha profissão, apesar de entender as diversas dificuldades enfrentadas no cenário obstétrico brasileiro atual e o quão desafiador é essa luta por melhorias da qualidade da assistência às gestantes, bem como valorização da Enfermagem Obstétrica.

A presente temática da dissertação de mestrado em questão é fruto desta trajetória profissional, a qual despertou a curiosidade em entender mais profundamente sobre as consequências e desfechos das admissões precoces das gestantes para o trabalho de parto. Visto que ainda é algo comum de se observar a discrepância de critérios utilizados para internação de gestantes de baixo risco a termo para a assistência ao trabalho de parto (TP).

1 INTRODUÇÃO

O processo de preparação para o parto inclui quatro períodos clínicos, sendo os dois primeiros antecedentes ao nascimento. Existe um consenso na literatura que o primeiro, o de dilatação, se caracteriza com as primeiras modificações cervicais e termina com a dilatação completa do colo uterino, e o seguinte, o expulsivo, se inicia com a dilatação completa e se encerra com a saída do feto. Após o nascimento do bebê, ocorre a dequitação, quando existe a expulsão dos anexos fetais, e depois tem início o quarto período denominado período de Greenberg, este a primeira hora após a saída da placenta (BRASIL, 2001; MOTENEGRO; FILHO, 2014).

Durante o primeiro período do TP, por meio de contrações uterinas, o colo do útero atinge o objetivo de encurtar ou apagar e abrir ou dilatar até 10 centímetros (cm) de diâmetro para permitir a passagem do bebê do útero para a vagina. Todo o processo é composto por três fases, a saber, latente (inicial), ativa (final) e de transição, entre a fase ativa e dilatação total (BRASIL, 2016; HANLEY, 2016; MOTENEGRO; FILHO, 2014). Existe uma dificuldade dos profissionais em detectar essas fases citadas anteriormente e, conseqüentemente em diagnosticar o momento adequado de internação, já que o início da fase ativa define o momento oportuno de admissão da gestante em TP (CUNNINGHAM *et al.*, 2012). Isso pode ser justificado por existir diferentes conceitos de TP ativo na literatura de pesquisa, o que faz com que haja um maior quantitativo de admissões precoces (HANLEY *et al.*, 2016; NEAL *et al.*, 2018).

Esta realidade pode acontecer, também, pela falta de informação, preparação no pré-natal e educação sobre o parto, o que certamente aumenta a expectativa das mulheres e o desejo de internação rápida, que, por sua vez, influencia na decisão de admissão (BREMAN, 2018). É possível, também, que haja uma indecisão por parte dos profissionais por falta de protocolo institucional de admissão e internação, o que faz com que admitam parturientes que não apresentam os critérios necessários para o diagnóstico de TP ativo (REIS *et al.*, 2015).

Ainda é possível considerar outros fatores relacionados a esta dificuldade. O estado emocional das gestantes é certamente um importante ponto a ser considerado durante a avaliação pré-admissional. Em geral, apresentam-se muito ansiosas, inseguras ou angustiadas no início do TP. Assim, têm a necessidade de

um apoio e aconselhamento de profissionais de saúde no progresso do trabalho de parto para obter garantia e segurança (KOBAYASHI *et al.*, 2017).

Outras questões que podem influenciar na decisão da admissão da gestante são os fatores relacionados aos profissionais envolvidos na internação. Destaca-se a filosofia deles sobre o nascimento, sua interpretação de um adequado monitoramento fetal e a hora do dia (plantões diurnos ou noturnos). Outras razões estão relacionadas à rede de apoio da gestante, por exemplo, o suporte e amparo exercido pelas pessoas da sua família. Também, a distância do hospital à residência da mulher e as condições climáticas envolvidas influenciam de alguma maneira (BREMAN, 2018).

Observa-se que existe uma parcela de mulheres frequentemente internadas em uma fase precoce do TP. Estudos apontam que na admissão de mulheres em trabalho de parto ativo, o tempo de duração da internação até o nascimento foi de 4 a 5 horas a menos em comparação com as mulheres admitidas no trabalho de parto precoce (NEAL *et al.*, 2018). É possível perceber que há demora da evolução do TP e, conseqüentemente, maior exaustão emocional e percepção negativa sobre a experiência vivenciada.

O momento da admissão para uma gestante com início espontâneo de parto pode afetar sua oportunidade de nascimento fisiológico, influenciando as intervenções durante o parto. O aumento da infusão de ocitocina e as taxas de nascimento de cesariana aumentaram para aquelas admitidas em TP precoce se comparado com a admissão em TP ativo. Isso indica que o momento da internação hospitalar pode ser um importante preditor de intervenção durante o TP e via de nascimento ao longo da evolução desse processo (NEAL *et al.*, 2018).

Em um estudo correlacional na Itália com 1.446 registros de prontuários de mulheres de baixo risco, teve como resultado que 52,7% das mulheres foram admitidas em TP ativo e 47,3% na fase latente. As mulheres da fase latente foram mais propensas a experimentar uma cesariana ou um parto instrumental, artificial ruptura de membranas, aumento do uso de ocitocina e analgesia epidural. A admissão na fase latente foi associada a maiores intervenções intraparto e, como consequência, foram estatisticamente correlacionadas com o aumento da probabilidade de realização de cesariana (ROTA *et al.*, 2018).

Outro estudo transversal observacional com 21.858 nascimentos a termo, todos ocorridos entre nulíparas, foi observado que as mulheres foram duas vezes mais propensas a receber a combinação de amniotomia com analgesia epidural e ocitocina quando admitidas em 0-3 cm (RR 2,83 [IC 95% 2,45-3,27]) e 4-5 cm (2,49 [2,15-2,89]) em comparação com 6-10 cm. A probabilidade ajustada de cesariana foi cinco vezes maior para mulheres admitidas em 0-3 cm (5,26 [4,36-6,34]) e duas vezes maior para mulheres admitidas em 4-5 cm (2,27 [1,86-2,77]) em comparação com 6-10 cm (STACEY *et al.*, 2019).

As mulheres admitidas durante a fase latente do TP, ou seja, uma fase mais precoce, receberam mais interrupções na fase ativa e mais estimulação do TP com uso de ocitocina. Assim, destaca-se que as intervenções realizadas junto às mulheres que se apresentam na fase latente podem ser causa de subseqüentes anormalidades do TP (CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

A adoção de intervenções obstétricas na assistência ao parto pode levar a complicações, que exigem a realização de cesariana para preservar o bem-estar ou a vitalidade materno-fetal. Ressalta-se que o risco de mortalidade associado à via de parto aumenta de duas a três vezes quando realizado a cirurgia cesariana em relação ao parto normal. A utilização criteriosa de intervenções obstétricas é um elemento importante para reduzir as taxas de cesarianas e para a efetividade do modelo de assistência ao parto na redução da morbimortalidade materna e perinatal (LEAL *et al.*, 2014; FOGAÇA, 2007; PEREIRA, 2016).

Diante da relevância desse assunto, passou-se a indagar como o momento da admissão das parturientes influencia na evolução do trabalho de parto e parto? Quais os desfechos maternos e neonatais em razão da admissão precoce para o parto e nascimento?

Este estudo contribuirá com os profissionais de saúde que realizam a admissão hospitalar das gestantes de baixo risco, bem como auxiliará gestores de instituições obstétricas, para que valorizem os critérios objetivos existentes para a admissão de forma padronizada e segura. Além disso, potencialmente contribuirá para a melhoria das informações compartilhadas com as gestantes sobre o momento de internação, o que certamente permitirá a ocorrência de experiências mais positivas dessa vivência. Ainda, é possível atribuir à esta pesquisa se constituir

em ação proativa para as políticas públicas que visam diminuir taxas de morbimortalidade materna e neonatal, conseqüentemente, com reflexo positivo para o alcance das metas internacionais traçadas para o país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Descrever o perfil sociodemográfico, obstétrico e desfechos maternos e neonatais de gestantes de risco habitual com admissão precoce para o parto.

2.2 Objetivos específicos:

- Conhecer as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres admitidas para assistência ao parto.

- Identificar os critérios de diagnóstico para admissão das gestantes de baixo risco no Centro Obstétrico.

- Identificar as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, bem como os desfechos obstétricos e neonatais obtidos em cada um dos grupos classificados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os avanços teóricos e tecnológicos na área obstétrica contribuíram para a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como processos patológicos e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos (RN) a altas taxas de intervenções (BRASIL, 2017). O excesso dessas interferências deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, o que leva ao esquecimento de que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer (BRASIL, 2017).

A fim de determinar a qualidade da assistência obstétrica em um determinado local aponta-se como indicador importante, a mortalidade materna daquela região. Os estudos da temática descrevem que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados se os serviços de saúde pública e privada ampliassem os direitos femininos no âmbito sexual e reprodutivo, além de garantirem uma atenção mais qualificada às gestantes (MARTINS; SILVA, 2018).

Neste contexto, um dos aspectos relevantes é reconhecer os fatores que levam à complicação de uma gravidez, a fim de determinar, em tempo hábil, como gestação de alto risco. É de suma importância determinar a situação limítrofe que pode implicar riscos, tanto para a mãe quanto para o feto. Nesse sentido, há consenso quanto às características particulares que apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2012).

Para o MS, antes da gravidez, deve-se observar fatores de risco preexistentes. Dentre esses, destacam-se as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, assim como as condições clínicas preexistentes. Os outros grupos de fatores de risco referem-se às condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco, quais sejam, a exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, intercorrências clínicas e doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2012).

As gestantes de alto risco, atendidas em diferentes centros de referência, podem trazer informações importantes para desenvolver ações preventivas e

corretivas imediatas. Ressalta-se a verificação das possíveis medidas a serem adotadas para prevenção das complicações e reduções da mortalidade materna durante a assistência às gestantes (COSTA, 2016).

Ainda no cenário de reflexões sobre a redução dos óbitos maternos evitáveis, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, elaboraram a Declaração do Milênio das Nações Unidas conhecida como Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os oito objetivos abrangiam ações específicas de combate à fome e à pobreza, associadas à implementação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente, além de medidas para o estabelecimento de uma parceria global para o desenvolvimento sustentável (ROMA, 2019).

Dos oito objetivos traçados, especifica-se o objetivo de número cinco, o qual previa melhorar a saúde da mulher com a redução em três quartos da mortalidade materna até 2015. Em termos mundiais, houve uma queda de 45% nas taxas globais de mortalidade, de 380 mortes de mães para cada 100 mil nascidos vivos em 1990 para 210 em 2013. No Brasil, a taxa de mortalidade materna caiu 55% de 1990 a 2011, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, esses ainda eram valores distantes dos 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, estipulados como meta para o país (ROMA, 2019).

Os esforços internacionais para a melhoria do processo de parto e nascimento, bem como para o desenvolvimento humano, não cessaram. Desta forma, em Setembro de 2015 foram elaborados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 17 (dezessete) novos objetivos para serem alcançados até 2030. Neste sentido, destaca-se o 3º (terceiro) objetivo que se relaciona com a saúde e bem-estar da população. No detalhamento, o item 3.1 propõe reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. O objetivo específico 3.2, visa acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de 5 anos em todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015).

É necessário incluir ações para garantir que mulheres e crianças atinjam o seu potencial pleno e assegurar que os esforços para melhorar a saúde das mulheres e das crianças estejam firmemente centrados nas pessoas. Durante os

próximos meses e anos essa estratégia global deverá ser adaptada localmente para atingir aquelas e aqueles que mais necessitam dela. São nos locais onde as mulheres e suas famílias buscam por cuidado respeitoso e digno que os esforços para reduzir a mortalidade materna e trazer vidas mais saudáveis e cheias de bem estar para as mulheres, precisam ter mais significado (SOUZA, 2015).

Sabe-se que no Brasil há muito que avançar para concretizar as conquistas das metas mundiais no campo da atenção ao parto e nascimento. Os problemas sistêmicos e crônicos apresentados no país constituem-se em realidade única no mundo com indicadores obstétricos alarmantes (BRASIL, 2016). Com vistas à mudança desse cenário, observa-se políticas públicas implementadas com intuito de diminuir as taxas de mortalidade materna e alcançar as metas dos ODM a partir de 2000 (LIMA *et al.*, 2014; RATTNER, 2009).

A partir de 2000, há esforço nacional para mudar o modelo obstétrico intervencionista vigente. Neste contexto, destacam-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento em 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004; Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em 2004 e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos em 2005. Ainda podem ser destacados o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2005; Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos em 2006; Campanhas pelo Parto Normal, humanizado, com presença de acompanhante, e pela redução das cesáreas desnecessárias em 2006 e 2008 (LIMA *et al.*, 2014; RATTNER, 2009).

Outra iniciativa adotada pelo MS como estratégia para melhoria da saúde da mulher no Brasil foi a criação da Rede Cegonha em 2011. Esta consiste em uma rede de cuidados, com o objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Mesmo com diversas iniciativas o Brasil continua com sérios desafios relacionados à área obstétrica. No período de 2000 a 2014, a taxa de cesárea no país aumentou de 38,02% para 57,07%. A primeira queda na taxa de cesárea ocorreu em 2015, com uma taxa nacional de 55,55% e, em 2016 foi de 55,44% para

o conjunto de todos os serviços públicos e privados (BRASIL, 2020). Foi analisado, também, que enquanto a taxa de cesáreas em hospitais públicos foi de 42% em 2016; em hospitais privados foi de 86% (MAGALHÃES, 2019). Neste mesmo ano, 2016, o Brasil, teve a segunda maior taxa dentre os países com dados disponíveis no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana (BOERMA *et al.*, 2018).

O Brasil é considerado um dos países que mais realiza cesáreas no mundo. Esta realidade está na contramão das evidências científicas, das melhores práticas internacionais e da recomendação da OMS de se ter até 15% de partos cesáreos por serviço (BRASIL, 2016). As altas taxas de cesarianas estão associadas a um maior risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal em comparação com partos vaginais. As causas são complexas e incluem questões relacionadas à organização da rede de atenção à saúde, ao modelo de atenção ao parto e nascimento e fatores socioculturais (OCCHI, 2018).

Sabe-se que um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica é a pressa em provocar o nascimento, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do TP e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, o que torna a assistência ao parto focada na decisão do profissional e não na dinâmica do corpo da mulher (LEAL *et al.*, 2014). Destaca-se, também, a pressão institucional exercida para a redução do tempo de internação relacionada ao menor custo hospitalar, bem como a maior rotatividade de leitos, haja vista que o SUS (Sistema Único de Saúde) apresenta desafios constantes decorrentes da falta de leitos e do sucateamento da saúde pública (RICCETTO, 2017).

No hospital, esse processo tem impacto com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidências científicas e produzem um parto ruim com desfechos maternos e neonatais negativos (LEAL *et al.*, 2014). Então, a adoção indiscriminada dessas intervenções pode levar a complicações, que por vezes exigem a realização de cesariana para preservar a vitalidade materno-fetal. As pesquisas mostram que a adoção de procedimentos desnecessários ou inadequadamente utilizados, como amniotomia precoce, infusão endovenosa de ocitocina e realização de analgesia, altera o curso fisiológico do parto e

desencadeiam uma cascata de eventos, em que uma intervenção condiciona a outra (FOGAÇA, 2007; LEAL *et al.*, 2014; PEREIRA, 2016).

Um dos fatores que pode justificar o aumento de intervenções e maior probabilidade de cesarianas é o diagnóstico incorreto de TP ativo. Esta situação pode levar a uma identificação subsequente de distocia do parto, cujos tratamentos estão associados a riscos para a mãe e o bebê. Evidências científicas apontam o aumento do número de intervenções e de taxas de cesáreas quando a parturiente é admitida precocemente no hospital, ou seja, no início do TP, com maior risco de cesariana, do uso de ocitocina e analgesia peridural e também daquelas que se apresentam mais tardiamente (HOLMES *et al.*, 2001; NEAL *et al.*, 2018).

É importante atentar que ao evitar internações precoces em TP, as mulheres são aconselhadas a ficar em casa o maior tempo possível. Porém, isso pode possibilitar sofrimento emocional materno por aumentar solidão, incerteza, ansiedade, conseqüentemente, afetar negativamente o progresso do TP. É de suma importância a orientação de profissionais de saúde para atender a necessidade de informações sobre a evolução do TP e reafirmar quanto à normalidade do que se vivencia (KOBAYASHI *et al.*, 2017).

Para melhor entendimento sobre a admissão das gestantes para o parto, é importante destacar os fatores avaliados pelos profissionais de saúde para detectar o momento oportuno dessa internação. É recomendada a anamnese, além da observação dos dados no cartão da gestante para verificar o cuidado realizado no pré-natal, assim como o exame clínico, o que inclui aferir os sinais vitais, avaliação das mucosas, edema e varizes nos membros inferiores e a ausculta cardíaca e pulmonar (BRASIL, 2001; CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

Deve-se realizar, também, o exame obstétrico com monitorização da frequência cardíaca fetal (antes, durante e após a contração uterina), a medida da altura do fundo do útero, a palpação obstétrica e avaliação da dinâmica uterina (frequência, duração e intensidade com média de dez minutos). Avaliar também se existe suspeita de ruptura das membranas amnióticas ou sangramento genital, sendo o exame especular de rotina nesses casos, precedendo a decisão pela realização do toque (BRASIL, 2001; CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

Na avaliação do toque vaginal recomenda-se explorar o colo uterino. Deve-se detectar o apagamento (quanto mais próximo de 100% mais fino se encontra); a dilatação cervical (define-se dilatação total quando o diâmetro mede dez cm), posição do colo (posterior, média ou anterior), sua consistência (macia, firme ou intermediária) e a altura da apresentação fetal, a qual se sabe que a medida que a parte fetal desce, passa pelos planos + 1, + 2, + 3, + 4 e + 5 até nascer (BRASIL, 2001; CUNNINGHAM *et al*, 2012).

Com essas avaliações é possível verificar se a gestante se enquadra nos critérios para internação hospitalar, ou seja, na fase ativa do TP. Entretanto, ao longo de décadas, a determinação das fases, principalmente da latente e ativa do primeiro período do TP vem sendo discutidas e conceituadas de modo divergente, o que traz diferentes seguimentos pelos profissionais na prática clínica (NEAL *et al.*, 2018).

É importante especificar os principais entendimentos desses conceitos de forma cronológica, pois novamente reafirma-se que o diagnóstico de fase ativa do TP define o momento da internação da gestante. No ano de 1978, Friedman considerou uma abordagem gráfica em que a progressão da dilatação cervical na fase ativa do TP não deveria ser mais lenta que um (1) cm/hora e que se inicia com três (3) cm de dilatação (FRIEDMAN, 1978; NEAL *et al.*, 2018).

Em 2001, MS definiu a fase ativa do TP com duas a três contrações eficientes em 10 (dez) minutos e dilatação cervical mínima de 3 (três) cm ou, em caso de dúvida, recomendou aguardar 1 (uma) hora e verificar se velocidade de dilatação se encontrava em 1cm/hora, em dois toques sucessivos, de modo a confirmar o diagnóstico de fase ativa do TP (BRASIL, 2001).

Estudo realizado no ano de 2010, confrontou várias recomendações e evidências científicas antigas, observando que o ponto de inflexão entre as fases latente e ativa na curva de parto surge em uma dilatação cervical mais avançada, com 6 (seis) ou 6,5 (seis e meio) cm (ZHANG, 2010). Ainda ressalta que o progresso de 4 (quatro) a 6 (seis) cm foi muito mais lento do que o descrito anteriormente na literatura, reforçando, assim, a importância de reavaliar os conceitos de TP ativo para que se possa reduzir as taxas de cesarianas intraparto (ZHANG, 2010).

Contrário ao anterior, recomendações seguiam divergentes, como, por exemplo, a Diretriz de 2014 que recomendou que a fase ativa do TP estabelecida fosse quando existissem contrações dolorosas regulares e dilatação cervical progressiva a partir de quatro (4) cm (NICE, 2014). No ano de 2017, o MS com a colaboração da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, conceituou trabalho de parto estabelecido, também, quando há contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 (quatro) cm (BRASIL, 2017).

Em 2018, a OMS se pronunciou com fortes recomendações e retoma o conceito em que o primeiro estágio latente é caracterizado por contrações uterinas dolorosas, alterações variáveis do colo do útero com algum grau de apagamento de progressão mais lenta e dilatação de até cinco (5) cm. No que se refere à fase ativa, recomendou-se a caracterização por contrações uterinas dolorosas regulares e dilatação cervical mais de 5 (cinco) cm (OMS, 2018).

Observa-se que os estudos de Zhang e Friedman foram marcos importantes para seguimentos das recomendações atuais dos conceitos de fase ativa. Na fase ativa estipulada por Friedman, que se inicia com 4 cm, a velocidade da dilatação cervical aumenta significativamente, com velocidades de dilatação de 1,3 cm/hora para primigestas e de 1,5 cm/hora nas múltiparas. Entretanto, de acordo com o estudo realizado por Zhang dos 4 aos 6 cm, a velocidade da dilatação cervical é mais lenta que a historicamente descrita e além disso, se estabelece novos limites de duração da fase ativa, superiores aos de Friedman (FRIEDMAN, 1978; ZHANG, 2010).

Existem diversas opiniões a respeito desse contexto, porém destaca-se algumas críticas relacionadas. Desde o estudo de Friedman, ocorreram mudanças desde a admissão da parturiente até o aumento ponderal da primigesta contemporânea. Em relação à conduta, por exemplo, o uso de ocitocina para indução e correção de TP nas análises de Friedman era de aproximadamente 9%, enquanto que nas análises de Zhang, de 50%. Analisando a analgesia de parto, tem-se a sedação epidural em aproximadamente 8% das parturientes em 1950, versus 50% delas entre 1992-1996. Ainda, quando se observa o uso de fórceps e

episiotomia há mais de 50% em Friedman versus 13% em Zhang (MORAIS *et al.*, 2021)

Além disso, não somente a massa corporal e a idade média materna aumentaram nos últimos 50 anos, como também houve uma redução do tabagismo durante a gravidez (favorecendo aumento do tamanho médio fetal) o que contribuiu para maior tempo de TP (quanto maior o tamanho fetal, maior a fase ativa do TP). Isso também pode explicar, em parte, o motivo da posição da cabeça do feto parecer mais alta na primeira etapa do TP nos dados de Zhang do que na série de Friedman (MORAIS *et al.*, 2021).

Nesse contexto, ressalta-se que as recomendações e evidências científicas internacionais vão ao encontro com o estudo mais atual de Zhang, defendendo recomendações de fase ativa do TP a partir de 6 cm de dilatação cervical. Isto ocorre, pelo fato de reforçarem melhores desfechos maternos e neonatais quando seguido este critério de diagnóstico (ZHANG, 2010; OMS, 2018; STACEY *et al.*, 2019; TERTO *et al.*, 2021; ZHANG, 2010).

Diante desses conceitos é importante observar que no Brasil as recomendações atuais sobre o diagnóstico de TP ativo ainda fogem do que é recomendado pela OMS. Desta forma, as definições dos critérios utilizados para escolha do melhor momento da internação da gestante de baixo risco pelos profissionais de saúde ainda continuam sendo um desafio na realidade da assistência obstétrica atual.

4 MÉTODO

4.1 Tipo e período do estudo

Trata-se de estudo transversal descritivo, que será realizado a partir de dados coletados de prontuários de gestantes de baixo risco que foram admitidas em TP, no período de Janeiro a Maio de 2021, na Maternidade de referência para a gestação e parto de baixo risco, localizada na Região Noroeste de Goiânia, Goiás.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi conduzido em Goiânia, capital do estado de Goiás, situado na região central do Brasil. Goiânia possui aproximadamente 1.500.000 habitantes e uma densidade demográfica de 1.776,74 hab/km². A cidade apresenta 777 estabelecimentos de saúde, dentre eles 17 voltados ao atendimento obstétrico, incluindo a maternidade na qual especificamente foi realizada a coleta de dados da pesquisa (IBGE, 2017).

A Região Noroeste da cidade de Goiânia, na qual a maternidade está localizada, foi escolhida pelo critério de relevância e importância dentro do contexto de atendimento materno na região metropolitana (COTRIM, 2019). Esta localidade, na periferia da cidade, possui cerca de 164.283 mil habitantes e inclui o bairro mais populoso, o Curitiba, onde se localiza a maternidade (IBGE, 2021). A região economicamente desfavorecida, na qual seus bairros fazem parte das estatísticas como os mais violentos, o que sugere a vulnerabilidade socioeconômica da população (GOIÁS, 2017).

4.3 População e Amostra do Estudo

A população alvo foi constituída de todas as gestantes de baixo risco admitidas no Centro Obstétrico (CO) no período Janeiro a Maio de 2021.

4.3.1 Definição de Caso

Para o presente estudo, considerou-se como critério de diagnóstico para admissão no CO, bolsa rota e/ou dilatação do colo uterino e/ou presença de contrações uterinas. É recomendado que gestantes com rotura prematura das membranas amnióticas, ou seja, que tem o diagnóstico de bolsa rota antes do início

do TP, permaneçam em regime de internação hospitalar até o parto, com poucas situações de exceção (ZUGAIB, 2016).

A obrigatoriedade de admissão da gestante em caso de bolsa rota, não tem consenso na literatura. A conduta expectante pode ser considerada até 24 horas da rotura precoce das membranas em mulheres com idade gestacional a termo. Isso ocorre, pois o risco de infecção neonatal grave é mínimo, 1% comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas e, ainda, 60% das mulheres com bolsa rota no termo entrará em TP dentro de 24 horas (BRASIL, 2016).

Optou-se por realizar a divisão entre gestantes nulíparas e não nulíparas, pois as evidências sugerem diferença na evolução do trabalho de parto entre os dois seguimentos (FRIEDMAN, 1978; ZHANG, 2010; BRAISL, 2017). Foi realizado, também, o agrupamento das condições de internação por dilatação uterina em três grupos, respectivamente, aquelas admitidas com 0-3 cm, ou seja, que não seguem nenhuma das recomendações de internação da literatura; as que internaram com 4-5 cm, em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017) e as que internaram com 6-10 cm de dilatação, conforme as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018).

Ressalta-se que para a OMS, admissão precoce é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações do colo do útero com progressão mais lenta e dilatação de \leq cinco centímetros (OMS, 2018). Já a admissão precoce de acordo com as recomendações do MS é caracterizada por contrações uterinas não regulares e dilatação cervical progressiva \leq três centímetros (BRASIL, 2017).

4.4 Critérios de Inclusão

Definidos como gestantes com baixo risco obstétrico, idade gestacional entre 37 e 42 semanas, gestação única e início de TP espontâneo, independente da paridade.

4.5 Critérios de Exclusão

Gestantes admitidas com intercorrência obstétrica, como pós-datismo, pico hipertensivo, diabetes gestacional, exames sorológicos alterados (rubéola, hepatite B e C, HIV, HTLV, citomegalovírus, toxoplasmose, sífilis), ausência de pré-natal, usuária de drogas ou etilismo e tabagismo.

4.6 Fonte de Dados

Os dados foram retirados de prontuários eletrônicos com registros da avaliação de gestantes que precedem a admissão no CO, bem como aqueles verificados ao longo do processo parturitivo e desfechos maternos e neonatais. Os dados foram registrados manualmente por equipe de assistentes de pesquisa devidamente treinada com vistas à padronização das informações colhidas.

Usado formulário específico (APÊNDICE A) elaborado para fins desta pesquisa para o registro da coleta de dados. As variáveis de interesse foram as relativas aos dados socioeconômicos, obstétricos e neonatais.

4.7 Variáveis do estudo

Foram agrupadas em dados sociodemográficos; dados obstétricos (gerais, antes da admissão, uma hora após a admissão no CO, TP e parto) e dados pós-parto, maternos e neonatais (Quadro 1).

Quadro 01 – Classificação das variáveis utilizadas no estudo

Avaliação	Variável	Categorias ou unidades de medida	Tipo de variável
Dados sociodemográficos	Idade	Em anos (a partir da data de nascimento)	Quantitativa contínua
	Profissão	Nome da profissão	Qualitativa nominal
	Estado Civil	Solteira / Casada / Viúva / Separada / União Estável / SR	Qualitativa nominal
	Cor	Branca / Preta / Parda / Amarela / Indígena	Qualitativa nominal
	Escolaridade	Sem escolaridade / fundamental I / fundamental II / médio / superior incompleto / superior completo	Qualitativa ordinal
Dados Obstétricos: gerais	Cidade/Bairro de residência	Nome da Cidade e Bairro	Qualitativa nominal
	Número de gestações	Primigesta / Secundigesta / Tercigesta / Multigesta	Qualitativa ordinal
	Paridade	Nulípara / Primípara / Secundípara / Tercípara / Multípara	Qualitativa ordinal
	Número de abortos	Números inteiros	Quantitativa discreta
	Número de consultas de pré-natal	Números inteiros	Quantitativa discreta
	Intercorrências em gestações anteriores	Nomes das intercorrências	Qualitativa nominal
	Idade gestacional	Números de semanas e números de dias	Quantitativa discreta
	Horário	Horas e minutos	Quantitativa discreta
	Apagamento do colo do	30% / 40 a 50% / 60 a	Qualitativa ordinal

Dados Obstétricos: antes da admissão	útero	70% / 80 a 100% / S.R.	
	Altura da apresentação	Alto e móvel / - 3 / -2 / -1 / 0 / +1 / +2 / +3 / +4 / vulva / S.R.	Qualitativa nominal
	Consistência do colo do útero	Firme / intermediário / amolecido / S.R.	Qualitativa nominal
	Dilatação do colo do útero	Em centímetros	Quantitativa discreta
	Posição do colo do útero	Anterior / posterior / centralizado / S.R.	Qualitativa nominal
	Bolsa	Rota / íntegra.	Qualitativa nominal
	Tempo de bolsa rota	Em horas e/ou minutos	Quantitativa discreta
	Contrações uterinas	Quantidade de contrações em 10 minutos e a média dessas contrações em segundos.	Quantitativa discreta
Dados Obstétricos: uma hora após a admissão no CO	Hora da admissão	Horas e minutos	Quantitativa discreta
	Horário desta avaliação	Horas e minutos	Quantitativa discreta
	Apagamento do colo do útero	30% / 40 a 50% / 60 a 70% / 80 a 100% / S.R.	Qualitativa ordinal
	Altura da apresentação	Alto e móvel / - 3 / -2 / -1 / 0 / +1 / +2 / +3 / +4 / vulva / S.R.	Qualitativa nominal
	Consistência do colo do útero	Firme / intermediário / amolecido / S.R.	Qualitativa nominal
	Dilatação do colo do útero	Em centímetros	Quantitativa discreta
	Posição do colo do útero	Anterior / posterior / centralizado / S.R.	Qualitativa nominal
	Tempo de bolsa rota	Em horas e/ou minutos	Quantitativa discreta
Contrações uterinas	Quantidade de contrações em 10 minutos e a média dessas contrações em segundos.	Quantitativa discreta	
Dados Obstétricos: trabalho de parto e parto	Uso de Ocitocina	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Amniotomia	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Analgesia	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Manobra de Kristeller	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Episiotomia	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Laceração	1º grau / 2º grau / 3º grau / 4º grau	Qualitativa nominal
	Fórceps	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Vácuo extrator	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Indicação de cesariana	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Complicações	Nome das complicações	Qualitativa nominal
	Hora do parto	Horas e minutos	Quantitativa discreta
	Tempo da admissão ao parto	Horas e minutos	Quantitativa discreta
Dados pós-parto: neonatais	Apgar	Número de 1 a 10 no primeiro e no quinto minuto de vida do recém-nascido	Quantitativo discreto
	Contato pele a pele (variável em análise)	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Clampeamento oportuno do cordão umbilical (variável em análise)	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Realização de Ventilação por pressão positiva (variável em análise)	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Encaminhado ao Alcon após	Sim / Não	Qualitativa nominal

	o parto (variável em análise).		
	Encaminhado à neonatologia	Sim / Não	Qualitativa nominal
	Complicações (variável em análise)	Nome das complicações	Qualitativa nominal

Legenda: SR: sem registro, CO: centro de parto normal.

Fonte: autoria própria.

4.8 Análise do Estudo

Os dados sociodemográficos, obstétricos e do pós-parto de 485 mulheres foram digitados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*®. Os dados coletados foram submetidos à estatística descritiva. Neste contexto, para as variáveis contínuas, foram calculadas: média (medida de tendência central) e desvio padrão (medida de dispersão); e para as variáveis categóricas: frequência absoluta (n) e relativa percentual [f(%)]. As variáveis foram estratificadas e calculadas para o grupo total (n=485) e separados em grupos de nulíparas (n=217) e não nulíparas (n=268). Os cálculos foram realizados com o auxílio dos softwares: *Microsoft Excel*® e *IBM*® *SPSS*® (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.9 – Aspectos Éticos do Estudo

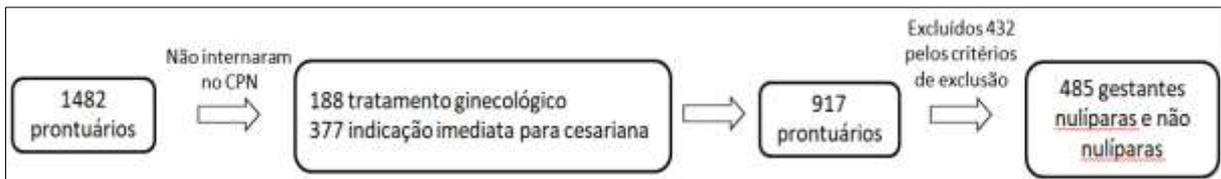
Aprovação pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e do Hospital e Maternidade Dona Íris pelo Parecer de número 4.680.059 (Anexo 1).

5 RESULTADOS

Foram analisados 1482 prontuários de todas as pacientes admitidas no período de Janeiro a Maio de 2021 na maternidade. Desses, foram excluídos os das pacientes que não internaram no CO, sendo 188 por serem admissões para tratamento ginecológico e 377 por apresentarem indicação imediata para cesariana.

Restaram 917 prontuários, dos quais foram excluídos 432 por apresentarem critérios de exclusão desta pesquisa e incluídos um total de 485 gestantes nulíparas e não nulíparas para posterior análise estatística.

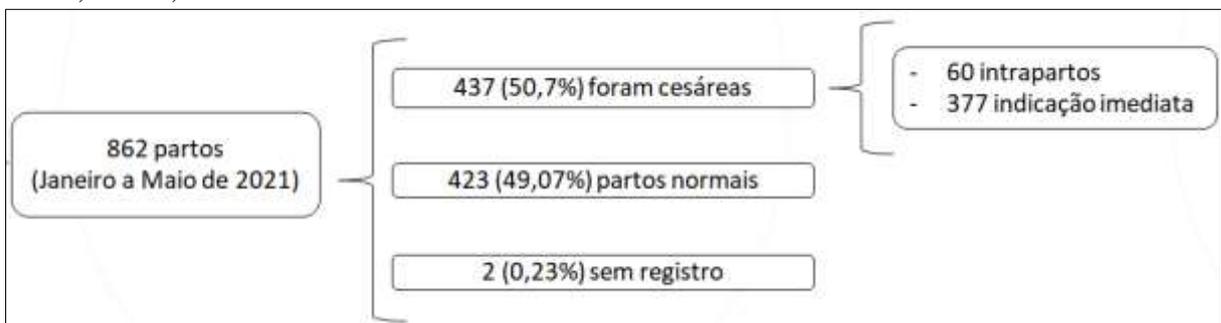
Figura 1: Fluxograma do detalhamento da amostragem da pesquisa. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.



Fonte: própria autoria

Destaca-se que neste período foram realizados 862 partos, destes, 437 (50,7%) foram cesáreas, sendo 60 intrapartos e 377 com indicação imediata à internação; 2 (0,23%) sem registro e 423 (49,07%) partos normais.

Figura 2: Fluxograma dos partos realizados no período de Janeiro a Maio de 2021. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.



Fonte: própria autoria

De início, estão apresentadas as características sociodemográficas e obstétricas das gestantes de baixo risco que foram admitidas no CO da maternidade.

Tabela 1. Distribuição sociodemográficas e condições obstétricas de mulheres de baixo risco admitidas no CO* da maternidade. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Total (n=485)	
	N	f(%)
<u>Características sociodemográficas</u>		
Faixa etária (anos)		
≤ 19	100	20,6
20 a 35	359	74,0
> 35	22	4,5
<i>Sem registro</i>	4	0,8
Raça/cor		
Branca	60	12,4
Não branca	337	69,5
<i>Sem registro</i>	88	18,1
Escolaridade		
≤ Ensino médio	343	70,7
≥ Ensino superior	12	2,5
<i>Sem registro</i>	130	26,8
Com companheiro		
Sim	161	33,2
Não	239	49,3
<i>Sem registro</i>	85	17,5
<u>Condições Obstétricas</u>		
Número de Gestações		
Primigesta	200	41,2
Secundigesta	159	32,8
Tercigesta/multigesta (3 ou +)	126	26,0
Paridade		
0	217	44,7
1 a 2	225	46,4
≥ 3	43	8,9
Abortos		
0	422	87,0
1	55	11,3
2	6	1,2
3	2	0,4
Número de consultas Pré-natal		
< 3	18	3,7
3 a 5	133	27,4
6 a 9	242	49,9
≥ 10	67	13,8
<i>Sem registro</i>	25	5,2
Idade gestacional no início do TP**		
37 a 38 semanas	130	26,8
39 semanas a 40 semanas	331	68,2
41 ou mais semanas	20	4,1
<i>Sem registro</i>	4	0,8
Total	485	100,0

CO* Centro de Parto Normal; TP** Trabalho de Parto

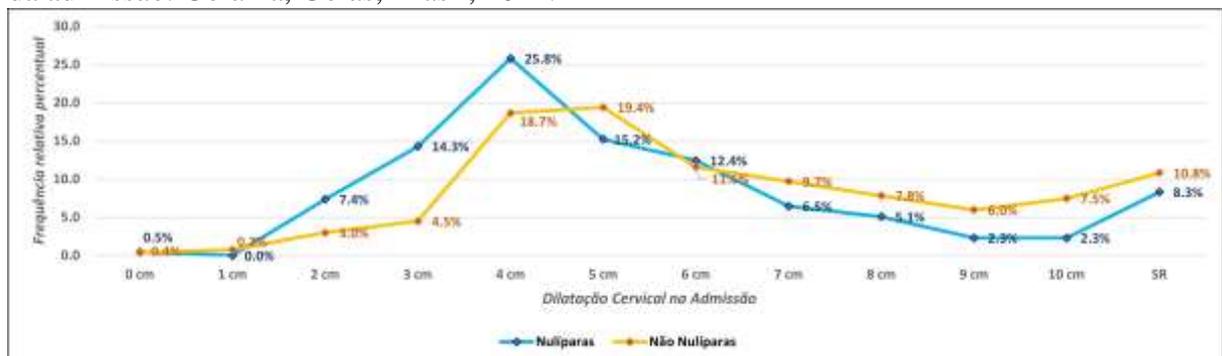
Fonte: própria autoria

As parturientes eram jovens, com idade entre 20 a 35 anos (74%). Importante destacar que as adolescentes somaram 20,6%, estas com idade entre 13 e 19 anos. A maior frequência das mulheres era da raça não branca (69,6%) com escolaridade até o ensino médio (70,7%) e 49,3% sem companheiro (Tabela 1).

Com relação aos dados obstétricos, 41,2% eram primigestas, 58,8% eram não primigestas (soma das secundigestas à tercigestas e multigestas), 44,7% nulíparas e 55,3% não nulíparas (soma das que tiveram um a dois partos e três ou mais), 87,0% não tinham história de aborto, 63,7% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e 31,1% realizaram menos de seis, 68,2% encontravam-se entre 39 e 40 semanas de idade gestacional (Tabela 1).

A seguir, é possível observar a frequência percentual por dilatação cervical de mulheres nulíparas e não nulíparas internadas no CO.

Figura 3 - Distribuição das mulheres nulíparas e não nulíparas com base na dilatação cervical da admissão. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.



Fonte: autoria própria

Do total de 485 mulheres estudadas, 44,7% (n=217) eram nulíparas e 55,3% (n=268) não nulíparas. Das mulheres nulíparas analisadas, 22,2% internaram com dilatação menor que 4 cm e 63,2% foram admitidas com dilatação menor que 6 cm. Das não nulíparas analisadas, 8,6% internaram com dilatação menor que 4 cm e 46,7% foram admitidas com dilatação menor que 6 cm (Figura 3).

As gestantes foram classificadas, por grupos (nulíparas e não nulíparas) que internaram com 0-3 cm, 4-5 cm e 6 a 10 cm de dilatação cervical (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das condições da internação por dilatação cervical na admissão de

mulheres nulíparas e não nulíparas de baixo risco. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Nulíparas (n=199)*								Não Nulíparas (n=239)**							
	Total (n=199*;1 00,0%)		0-3 cm (n=48;24 ,1%)		4-5 cm (n=89;44 ,7%)		6-10 cm (n=62;31, 2%)		Total (n=239*;1 00,0%)		0-3 cm (n=23;9, 6%)		4-5 cm (n=102;4 2,7%)		6-10 cm (n=114;47 ,7%)	
	N	f(%)	N	f(%)	n	f(%)	N	f(%)	N	f(%)	n	f(%)	N	f(%)	N	f(%)
Condição na admissão																
Frequência DU*** 10'																
0	6	3,0	5	10,4	1	1,1	0	0,0	6	2,5	5	21,7	1	1,0	0	0,0
1	20	10,1	4	8,3	8	9,0	8	12,9	23	9,6	1	4,3	13	12,7	9	7,9
2	80	40,2	19	39,6	46	51,7	15	24,2	84	35,1	12	52,2	49	48,0	23	20,2
3 ou mais	78	39,2	15	31,3	28	31,5	35	56,5	104	43,5	3	13,0	29	28,4	72	63,2
<i>Sem registro</i>	15	7,5	5	10,4	6	6,7	4	6,5	22	9,2	2	8,7	10	9,8	10	8,8
Duração DU 10'																
Até 15''	9	4,5	6	12,5	3	3,4	0	0,0	17	7,1	7	30,4	5	4,9	5	4,4
16'' a 29''	47	23,6	15	31,3	23	25,8	9	14,5	43	18,0	3	13,0	23	22,5	17	14,9
≥ 30''	118	59,3	18	37,5	52	58,4	48	77,4	153	64,0	10	43,5	63	61,8	80	70,2
<i>Sem registro</i>	25	12,6	9	18,8	11	12,4	5	8,1	26	10,9	3	13,0	11	10,8	12	10,5
Membranas amnióticas																
Rotas	32	16,1	20	41,7	9	10,1	3	4,8	50	20,9	14	60,9	17	16,7	19	16,7
Íntegras	162	81,4	25	52,1	79	88,8	58	93,5	187	78,2	9	39,1	84	82,4	94	82,5
<i>Sem registro</i>	5	2,5	3	6,3	1	1,1	1	1,6	2	0,8	0	0,0	1	1,0	1	0,9
Avaliação 1h após a admissão																
Dilatação Uterina																
0-3 cm	13	6,5	13	27,1	0	0,0	0	0,0	5	2,1	5	21,7	0	0,0	0	0,0
4-5 cm	55	27,6	14	29,2	41	46,1	0	0,0	32	13,4	7	30,4	23	22,5	2	1,8
6-10 cm	67	33,7	3	6,3	31	34,8	33	53,2	90	37,7	3	13,0	48	47,1	39	34,2
<i>Sem registro</i>	64	32,2	18	37,5	17	19,1	29	46,8	112	46,9	8	34,8	31	30,4	73	64,0
Frequência DU 10'																
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	4,3	0	0,0	0	0,0
1	12	6,0	4	8,3	6	6,7	2	3,2	8	3,3	2	8,7	4	3,9	2	1,8
2	53	26,6	16	33,3	31	34,8	6	9,7	36	15,1	6	26,1	22	21,6	8	7,0
3 ou mais	89	44,7	20	41,7	43	48,3	26	41,9	88	36,8	8	34,8	47	46,1	33	28,9
<i>Sem registro</i>	45	22,6	8	16,7	9	10,1	28	45,2	106	44,4	6	26,1	29	28,4	71	62,3
Duração DU 10'																
Até 15''	3	1,5	2	4,2	1	1,1	0	0,0	2	0,8	1	4,3	1	1,0	0	0,0
16'' a 29''	65	32,7	19	39,6	32	36,0	14	22,6	52	21,8	6	26,1	33	32,4	13	11,4
≥ 30''	84	42,2	19	39,6	46	51,7	19	30,6	78	32,6	10	43,5	39	38,2	29	25,4
<i>Sem registro</i>	47	23,6	8	16,7	10	11,2	29	46,8	107	44,8	6	26,1	29	28,4	72	63,2

18* e 29** participantes foram removidas desta análise por não apresentarem registro de dilatação cervical na admissão. DU*** Dinâmica uterina.

Fonte: autoria própria.

Verificou-se que, no momento da admissão, 24,1% das nulíparas apresentavam dilatação cervical entre 0-3 cm, 44,7% entre 4-5 cm e 31,2% foram admitidas com 6 a 10 cm. Das não nulíparas 9,6% apresentavam entre 0-3 cm, 42,7% entre 4-5 cm e 47,7% entre 6 a 10 cm (Tabela 2).

No que se refere aos dados da avaliação de dinâmica uterina (DU) na admissão, do total das nulíparas, 53,3% tinham a frequência menor que 3 (três) contrações nos 10 (dez) minutos. Dentre os subgrupos, aquelas que internaram com 4-5 cm de dilatação foram as que mais tiveram recorrência (61,8%) da DU com menos de 3 (três) contrações. Entre as não nulíparas, 47,2% tiveram a frequência da DU menor que 3 (três) contrações, com maior participação do subgrupo que internou com 0-3 cm (78,2%) e menor participação (28,1%) do subgrupo de 6-10 cm (Tabela 2).

Acerca da duração das contrações uterinas na admissão, entre as nulíparas, 28,1% apresentaram tempo menor que 30 segundos, sendo 43,8% entre o subgrupo de 0-3 cm e 14,5% entre aquelas admitidas com 6-10 cm. No grupo das não nulíparas 25,1% apresentavam contrações menores que 30 segundos, 43,4% delas incluídas no subgrupo de 0-3 cm e 19,3% do subgrupo de 6-10 cm (Tabela 2).

Em relação às membranas amnióticas na admissão, 81,4% do total das nulíparas apresentavam bolsa íntegra e das que internaram com bolsa rota, 41,7% foi do subgrupo de 0-3 cm. Nas mulheres não nulíparas, 78,2% internaram com bolsa íntegra e das que internaram com bolsa rota, 60,9% foi do subgrupo de 0-3 cm (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, é possível observar os registros da avaliação após uma hora de internação no CO. Em relação à dilatação cervical verificou-se que entre as nulíparas que internaram com 0-3 cm, 27,1% continuaram com 0-3 cm de dilatação e 29,2% evoluíram para 4-5 cm. Do subgrupo de 4-5 cm 46,1% continuaram com 4-5 cm uma hora após. Entre as não nulíparas que internaram com 0-3 cm, 21,7% continuaram nessa dilatação e 30,4% evoluíram para 4-5 cm e das que internaram com 4-5 cm 47,1% evoluíram para 6-10 cm.

Constatou-se que 32,6% das nulíparas e 18,8% das não nulíparas continuavam com a frequência da dinâmica uterina menor que três contrações. No

subgrupo admitido com 0-3 cm, entre as nulíparas, a frequência menor que três contrações foi em 41,6% e 12,9% do subgrupo de 6-10 cm. No grupo de não nulíparas continuavam sendo a maior frequência àquelas com dilatação de 0-3 cm (39,1%) e menor frequência (8,8%) no subgrupo de 6-10 cm (Tabela 2).

No que se refere à duração das contrações uterinas em 10 minutos, 34,2% das nulíparas continuavam com menos de 30 segundos, sendo que a maioria continuava do grupo de 0-3 cm (43,8%). Já nas não nulíparas, 22,6% continuavam com menos de 30 segundos, a maioria (33,4%) integrante do grupo de 4-5 cm e a minoria (11,4%) continuava no subgrupo de 6-10 cm (Tabela 2).

Relativo às intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, parto e desfechos maternos e neonatais, por dilatação cervical, encontram-se contempladas adiante (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das intervenções obstétricas e desfechos maternos e neonatais por dilatação cervical na admissão de mulheres nulíparas e não nulíparas de baixo risco. Goiânia, Goiás, Brasil, 2022.

Variáveis	Nulíparas (n=199)*				Não Nulíparas (n=239)**											
	Total (n=199*;1 00,0%)		0-3 cm (n=48;24 ,1%)		4-5 cm (n=89;44 ,7%)		6-10 cm (n=62;31, 2%)		Total (n=239*;1 00,0%)		0-3 cm (n=23;9,6 %)		4-5 cm (n=102;42 ,7%)		6-10 cm (n=114;47 ,7%)	
	N	f(%)	N	f(%)	N	f(%)	N	f(%)	N	f(%)	N	f(%)	n	f(%)	n	f(%)
<u>Trabalho de parto e parto</u>																
Ocitocina																
Não	152	76,4	38	79,2	62	69,7	52	83,9	212	88,7	22	95,7	84	82,4	106	93,0
Sim	46	23,1	10	20,8	26	29,2	10	16,1	26	10,9	1	4,3	18	17,6	7	6,1
<i>Sem registro</i>	1	0,5	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Amniotomia																
Não	152	76,4	42	87,5	64	71,9	46	74,2	181	75,7	22	95,7	77	75,5	82	71,9
Sim	32	16,1	3	6,3	18	20,2	11	17,7	24	10,0	0	0,0	13	12,7	11	9,6
<i>Sem registro</i>	15	7,5	3	6,3	7	7,9	5	8,1	34	14,2	1	4,3	12	11,8	21	18,4
Realização de episiotomia																
Não	184	92,5	45	93,8	80	89,9	59	95,2	225	94,1	23	100,0	93	91,2	109	95,6
Sim	4	2,0	0	0,0	1	1,1	3	4,8	2	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0
<i>Sem registro</i>	11	5,5	3	6,3	8	9,0	0	0,0	12	5,0	0	0,0	7	6,9	5	4,4
Laceração perineal																
Sem laceração	76	38,2	15	31,3	37	41,6	24	38,7	137	57,3	18	78,3	52	51,0	67	58,8
Primeiro grau	83	41,7	25	52,1	31	34,8	27	43,5	78	32,6	1	4,3	36	35,3	41	36,0
Segundo grau	23	11,6	5	10,4	10	11,2	8	12,9	20	8,4	4	17,4	12	11,8	4	3,5
Terceiro e quarto grau	4	2,0	0	0,0	3	3,4	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Sem registro</i>	13	6,5	3	6,3	8	9,0	2	3,2	4	1,7	0	0,0	2	2,0	2	1,8
<u>Desfechos</u>																

maternos e neonatais**Via de parto**

Vaginal	161	80,9	37	77,1	63	70,8	61	98,4	217	90,8	14	60,9	94	92,2	109	95,6
Cesárea	38	19,1	11	22,9	26	29,2	1	1,6	19	7,9	9	39,1	6	5,9	4	3,5
Instrumental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	1,0	0	0,0
<i>Sem registro</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	1	1,0	1	0,9

Duração do trabalho de parto (h)

0 a 4 h	93	46,7	15	31,3	30	33,7	48	77,4	190	79,5	16	69,6	71	69,6	103	90,4
5 a 7 h	47	23,6	12	25,0	25	28,1	10	16,1	29	12,1	3	13,0	19	18,6	7	6,1
8 a 10h	25	12,6	6	12,5	17	19,1	2	3,2	9	3,8	2	8,7	5	4,9	2	1,8
11 a 17 h	29	14,6	13	27,1	15	16,9	1	1,6	7	2,9	2	8,7	5	4,9	0	0,0
≥18 h	3	1,5	2	4,2	1	1,1	0	0,0	2	0,8	0	0,0	2	2,0	0	0,0
<i>Sem registro</i>	2	1,0	0	0,0	1	1,1	1	1,6	2	0,8	0	0,0	0	0,0	2	1,8

Complicações maternas

Não	195	98,0	46	95,8	87	97,8	62	100	229	95,8	23	100,0	99	97,1	107	93,9
Sim	2	1,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0	5	2,1	0	0,0	0	0,0	5	4,4
<i>Sem registro</i>	2	1,0	2	4,2	0	0,0	0	0,0	5	2,1	0	0,0	3	2,9	2	1,8

Apgar no 1º minuto

≥7	190	95,5	45	93,8	86	96,6	59	95,2	233	97,5	23	100,0	98	96,1	112	98,2
<7	9	4,5	3	6,3	3	3,4	3	4,8	6	2,5	0	0,0	4	3,9	2	1,8

Apgar no 5º minuto

≥7	199	100	48	100	89	100	62	100	239	100	23	100,0	102	100	114	100
----	-----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----	----	-------	-----	-----	-----	-----

Encaminhamento à neonatologia

Não	175	87,9	42	87,5	77	86,5	56	90,3	215	90,0	22	95,7	86	84,3	107	93,9
Sim	24	12,1	6	12,5	12	13,5	6	9,7	24	10,0	1	4,3	16	15,7	7	6,1

18* e 29** participantes foram removidas desta análise por não apresentarem registro de dilatação cervical na admissão.

Fonte: autoria própria.

Referente às intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto foi constatado a ocorrência de infusão endovenosa de ocitocina em 23,1% entre as nulíparas e 10,9% entre as não nulíparas. A maior recorrência do uso dessa substância foi no subgrupo de 4-5 cm, independente se nulíparas ou não nulíparas, respectivamente, 29,2% e 17,6% (Tabela 3).

Acerca da intervenção amniotomia, qual seja, a rotura artificial das membranas amnióticas, entre as nulíparas foi de 16,1% e no grupo de não nulíparas correspondente a 10%. Também com maior frequência no subgrupo de 4-5 cm seja nulíparas (20,2%) e não nulíparas (12,7%) (Tabela 3). Entre as mulheres que internaram com bolsa íntegra (n=350), essa intervenção ocorreu em 74,6% (Tabela 3).

Tiveram realização de episiotomia, 2% das nulíparas e 0,8% das não nulíparas, cujo detalhamento apontou a maioria das nulíparas no subgrupo que internou entre 6-10 cm (4,8%) e a maioria das não nulíparas foi do subgrupo de 4-5 cm com 2,0% (Tabela 3).

Relacionado às condições do períneo, 55,3% das nulíparas apresentaram trauma, dos quais 41,7% laceração de primeiro grau, 11,6% segundo grau e 2% somados o terceiro e quarto grau. O subgrupo com maior frequência de mulheres sem laceração foi do de 4-5, com 41,6%. Das não nulíparas 41% apresentaram trauma, especificamente 32,6% laceração de primeiro grau, 8,4% segundo grau e nenhuma com terceiro e quarto grau. O subgrupo com maior frequência de mulheres sem laceração foi o de 0-3 cm com 78,3% (Tabela 3).

Relacionado aos desfechos maternos e neonatais, evidencia-se o tipo de parto. Das nulíparas, 19,1% realizaram cesariana, com mais indicação entre as que internaram com dilatação do colo entre 4-5 cm (29,2%). Mulheres não nulíparas que foram submetidas à cesariana intraparto totalizaram 7,9%, sendo o subgrupo de 0-3 cm aquele com mais indicação do parto cirúrgico, com 39,1% (Tabela 3).

No que se refere à duração do trabalho de parto, 14,6% das nulíparas foi de 11 a 17 horas, 27,1% do subgrupo de 0-3 cm, 16,9% do de 4-5 cm e 1,6% do de 6-10 cm. Entre as não nulíparas 2,9% permaneceram em TP após a internação de 11 a 17 horas, 8,7% integrante do subgrupo de 0-3 cm. Em todos os subgrupos, tanto de nulíparas quanto de não nulíparas tiveram a maior frequência da duração do trabalho de parto de 0 a 4 horas (Tabela 3).

Observou-se que 1% das nulíparas apresentaram complicações maternas, sendo todas do subgrupo de 4-5 cm. Em relação as não nulíparas 2,1% apresentaram complicações maternas, todas do subgrupo de 6-10 cm (Tabela 3).

Relacionado aos desfechos neonatais, entre as nulíparas, a maioria dos neonatos apresentaram boa vitalidade ao nascer, ou seja, pontuação maior ou igual a sete, com 91,0% de Apgar de primeiro minuto e 100,0% no quinto minuto. O subgrupo com maior frequência de Apgar menor que sete (7) no primeiro minuto foi daquelas que internaram com 0-3 cm (6,3%). Os cuidados na unidade de

neonatologia foram prestados junto a 12,1% dos RN, a maioria (13,5%) do subgrupo de 4-5 cm (Tabela 3).

Entre as não nulíparas, os neonatos também apresentaram boa vitalidade ao nascer, com 96,2% de Apgar de primeiro minuto e 99,6% de quinto minuto. O subgrupo com maior frequência de Apgar menor que sete no primeiro minuto foi daquelas que internaram com 4-5 cm (3,9%). Foram encaminhados à neonatologia 10% dos recém-nascidos, sendo a maioria (15,7%) do subgrupo de 4-5 cm (Tabela 3).

6 DISCUSSÃO

Sugere-se que a idade ideal para engravidar seja entre 20 aos 35 anos, portanto, a maior parte da população do estudo engravidou no período mais recomendado (ROCHA, 2019). É possível observar um quantitativo considerável de gestantes adolescentes, o que pode implicar em maiores riscos para a ocorrência de eclâmpsia, endometrite puerperal, infecções sistêmicas, baixo peso ao nascer, parto prematuro e condições neonatais graves (GANCHIMEG *et al.*, 2014).

De acordo com o MS, a adolescência, especificamente, não é fator de risco para a gestação. Todavia, há a possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. É importante atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional e a necessidade de acompanhamento psicológico quando parecer indicado (BRASIL, 2012).

É notória a importância do trabalho com atividades educativas para levar informações, inclusive relacionadas ao planejamento reprodutivo. A oferta de conhecimentos necessários para a escolha e a utilização de medidas contraceptivas adequadas e proporcionar questionamentos e reflexões sobre temas relacionados com a prática da anticoncepção, podem minimizar taxas de gestação entre adolescentes (VIELLAS *et al.*, 2021).

A maior recorrência de mulheres da raça não branca e, no máximo, com ensino médio, de algum modo, pode ser justificado pelo contexto populacional onde ocorreu o estudo. A incidência da raça não branca encontra-se majoritariamente concentrada nas densas periferias das cidades, com os piores indicadores de habitação, emprego, renda, escolaridade e submetidos a toda sorte de violência (MENEGAT; DUARTE; FERREIRA, 2020).

Ainda relacionado ao perfil sociodemográfico, foi possível observar uma taxa relevante de mulheres sem companheiro. Não possuir vínculo afetivo com companheiro gera a não divisão de saberes e tarefas, o que, conseqüentemente, pode influenciar negativamente para o desenvolvimento de uma gravidez saudável e segura (NETO *et al.*, 2020).

Os sentimentos vivenciados por gestantes que assumem a responsabilidade de ter um filho sem o apoio do parceiro, em geral, incluem tristeza, nervosismo e instabilidade emocional. A literatura reforça a influência desta instabilidade da gestante sem companheiro com a ocorrência de complicações durante o processo gestacional e o desenvolvimento infantil, com destaque que o apoio familiar e do parceiro constituem fatores que trazem influência na redução de complicações para a saúde da criança e da mulher (MARANHÃO; GOMES; SILVA, 2014; MARIN *et al.*, 2012; PARCERO *et al.*, 2017).

É possível observar que a taxa de nulíparas no estudo é pouco maior do que das primigestas. Isso acontece, pois, algumas mulheres, vivenciaram abortos, assim, nem sempre as primigestas são nulíparas. Destaca-se, também, que as taxas de primigestas e de nulíparas eram menores que as não primigestas e não nulíparas. Com a verificação de que a maioria das mulheres era jovem, novamente, é possível refletir sobre a importância do planejamento reprodutivo (VIELLAS *et al.*, 2021).

Almeja-se uma assistência ao planejamento reprodutivo com vistas à promoção dos direitos, incluídas ações de aconselhamento, atividade educativa e clínica como, também, um processo de cuidado que garanta a decisão de quando e quantos filhos mulheres e homens querem ter (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

A maioria das mulheres da população estudada realizou a quantidade mínima de seis consultas de pré-natal recomendada pelo MS (BRASIL, 2012). Entretanto, ressalta-se um quantitativo considerável de mulheres que realizaram menos de 6 consultas, dado importante, visto que está distante do recomendado pelo MS e mais ainda pela OMS, de no mínimo 8 consultas (BRASIL, 2012; OMS, 2018).

Integrante da atenção à saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para importantes funções ao longo do processo saúde-doença de um casal grávido, quais sejam, promoção da saúde, rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, a assistência pré-natal pode, além de salvar vidas, melhorar a qualidade das mesmas. As experiências positivas de mulheres durante o pré-natal podem constituir a base de uma maternidade saudável (OMS, 2018).

No estudo Nascer no Brasil analisou a assistência pré-natal oferecida às gestantes no país. Nele verificou que 73,1% compareceram a seis ou mais consultas. Porém, o estudo chama a atenção para falhas, como, início tardio, dificuldades na realização e registro de exames, baixa proporção de orientações para preparação do parto e amamentação, além de dificuldades de integração com os demais serviços da rede (VIELLAS *et al.*, 2014). Na presente pesquisa, não foi possível a verificação desses dados por não serem registrados no prontuário das gestantes admitidas na maternidade.

Mesmo com cobertura da assistência ao pré-natal junto à maior parte das mulheres, os desafios persistem. Todavia, para a melhoria da qualidade dessa assistência, com a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis, como a do componente de óbitos evitáveis da mortalidade materna, da proporção elevada de cesariana e a prevenção de agravos não serão alcançados sem a superação dessas barreiras (VIELLAS *et al.*, 2014).

No estudo, a maior parte das mulheres, tanto nulíparas quanto não nulíparas, internaram sem seguir o critério de recomendação da OMS, a qual define fase ativa com a dilatação do colo a partir de seis (6) cm, sendo este o momento oportuno para internação (OMS, 2018). Com relação ao recomendado pelo MS quanto a fase ativa, dilatação cervical a partir de quatro (4) cm, percebe-se que teve um quantitativo considerável de nulíparas que não entraram nesse critério para admissão (BRASIL, 2017).

Algumas condições maternas aumentam a possibilidade de internação precoce. São causas relativamente frequentes, a distância do hospital à residência da mulher, condições climáticas, ansiedade, ausência de rede de apoio, questões socioeconômicas, dentre outras (BREMAN, 2018; KOBAYASHI *et al.*, 2017). Porém, no presente estudo não foi detectado nenhum registro nos prontuários analisados que justificassem admissões que não atendem nenhuma das recomendações citadas anteriormente.

De acordo com as condições de admissão das gestantes analisadas, percebe-se taxa considerável de nulíparas que internaram com dilatação do colo uterino de 0-3 cm. Nessa dilatação, a gestante está em fase considerada pródromos

(falso trabalho de parto), quando são verificados sinais de aproximação do evento, ou mesmo em fase de latência do trabalho de parto (MONTENEGRO; FILHO, 2014). Nenhuma dessas condições clínicas segue as recomendações de internação, seja do MS ou da OMS (BRASIL, 2012; OMS, 2018).

Um ensaio clínico randomizado simples-cego foi realizado em um hospital público no Irã, em 2017. Para a admissão das mulheres participantes no grupo de intervenção foi utilizado protocolo de internação com os seguintes critérios, presença de contrações regulares e dolorosas, colo do útero dilatado pelo menos quatro centímetros e um sinal de apagamento do colo ou ruptura espontânea de membranas. A utilização deste protocolo de admissão de nulíparas de baixo risco em trabalho de parto ativo contribuiu para a redução de cesariana e intervenções durante o parto (KASEGARI *et al.*, 2019).

No presente estudo, em relação às nulíparas e não nulíparas que internaram entre 6-10 cm, percebe-se que ainda apresentam taxas relativamente baixas, visto que é a recomendação mais atualizada e com melhores desfechos maternos e neonatais entre as evidências científicas (OMS, 2018; STACEY *et al.*, 2019; TERTO *et al.*, 2021; ZHANG, 2010;). Semelhante ao que a literatura aponta, as não nulíparas foram as que mais internaram com dilatação cervical entre 6-10 cm. Este grupo de mulheres, em geral, tem evolução mais rápida do TP, o que pode fazer com que cheguem com dilatações mais avançadas no momento da avaliação da admissão (BRASIL, 2017; ZHANG, 2010).

É importante ressaltar que as não nulíparas, as quais já possuem experiências prévias de partos tiveram menos internações precoces do que as nulíparas. Destaca-se que o período de acompanhamento pré-natal é o momento propício para o profissional de saúde exercer importante influência sobre a mulher com papel relevante de educador em saúde. Um estudo transversal observou que a maioria das gestantes (61%) referiram não ter recebido nenhum tipo de informação sobre os sinais de trabalho de parto durante o pré-natal, o que reafirma a responsabilidade dos profissionais da atenção básica na redução de internações precoces das gestantes (FÉLIX *et al.*, 2019).

Foi observada uma taxa considerável de nulíparas e não nulíparas com frequência da DU menor que três (3) contrações e, da mesma forma, relevante

parcela dessas mulheres foram internadas com a duração da contração na DU abaixo de 30 segundos. Importante ressaltar que as duas recomendações de fase ativa para o momento oportuno da admissão consideram, além da dilatação, a contração uterina (BRASIL, 2017; OMS 2018). No presente estudo, com base nos resultados obtidos, pode-se considerar que a DU está sendo desvalorizada para critério de diagnóstico de internação na instituição.

Em uma revisão sistemática em que foram incluídos 62 estudos, observou que mais da metade (60%) definiram início do trabalho de parto ativo quando estão presentes contrações dolorosas regulares. Dois estudos indicaram que as contrações deveriam ter cinco minutos de intervalo e dois afirmaram que deveria haver pelo menos três contrações em dez minutos. Um dos estudos indicou que o início do trabalho de parto ativo é caracterizado por contrações de 20 a 25 segundos de duração, enquanto dois estudos afirmaram que as contrações precisam ter duração maior que 40 segundos (HANLEY *et al.*, 2016).

A maioria das gestantes internou com bolsa íntegra. Destaca-se que tanto nas nulíparas quanto nas não nulíparas que internaram com bolsa rota foi em maior frequência no subgrupo de 0-3 cm. A integridade ou não da bolsa não é fator decisivo, isoladamente, para critério de admissão da gestante. Existem autores que defendem a internação da gestante quando tem o diagnóstico de bolsa rota antes do início do trabalho de parto e outros que recomendam conduta expectante até 24 horas da rotura precoce das membranas com idade gestacional a termo (BRASIL, 2016; ZUGAIB, 2016).

Foi possível observar um quantitativo considerável de gestantes, principalmente nulíparas, que não tiveram evolução da dinâmica uterina uma hora após a internação, estas com frequência menor que três e duração menor que 30 segundos. Isso aconteceu, principalmente, naquelas com admissão precoce do subgrupo de 0-3 cm. Neste contexto, as contrações uterinas não apresentavam eficazes durante a admissão, continuando sem regularidade de frequência e intensidade uma hora após. Assim, contrário ao critério de diagnóstico de fase ativa relacionado às contrações uterinas, recomendado tanto pelo MS quanto pela OMS (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Quanto aos dados relacionados à dinâmica uterina uma hora após a admissão, não foi possível observar, entre as nulíparas, uma evolução da dilatação do colo uterino. Pode ser considerada uma consequência, já que, sem contrações eficazes a possibilidade de evolução da DU é mínima. Isto se justifica porque o progresso da dilatação cervical depende, diretamente, da contratilidade uterina propagada e coordenada (MONTENEGRO; FILHO, 2014).

A OMS alerta que intervenções para acelerar o trabalho de parto pode causar danos como, hiperestimulação uterina e consequente asfixia fetal e ruptura uterina. Recomenda-se, portanto, evitar o uso sistemático de um pacote de intervenções (gestão ativa do trabalho de parto) para prevenir o possível atraso no trabalho de parto, porque é altamente prescritivo e pode afetar negativamente as escolhas das mulheres e a sua autonomia durante o atendimento (OMS, 2015).

Desta forma, deve-se evitar a administração rotineira e precoce de amniotomia e de ocitocina para acelerar o trabalho de parto quando é detectado seu progresso lento. Embora isso possa encurtar a primeira fase do trabalho de parto, não existe diferença demonstrada em outros resultados clínicos importantes (OMS, 2015).

O subgrupo com maior recorrência de intervenções relacionadas ao uso de ocitocina e realização de amniotomia, foi o que internou com 4-5 cm. Isto, vai de encontro com o que Zhang (2010) defende sobre a evolução ainda lenta do trabalho de parto até 5 cm e divergente de Friedman (1978) que defende progressão lenta até 3 cm. Esta situação, qual seja, o conflito do conhecimento entre os autores, pode acarretar confusão no profissional, de modo a despertá-lo para acelerar o trabalho de parto com a realização de intervenções como o uso de ocitocina sintética e amniotomia, muitas vezes sem necessidade.

Sobre a realização de episiotomia, observa-se que a realização foi restrita. Esse resultado atende a recomendação da OMS, que sugere taxa de aproximadamente 10% (OMS, 1996). Em publicação mais recente, a OMS alerta sobre a ausência de evidências científicas que diz respeito à eficácia da realização de episiotomia em geral, e, conseqüentemente, reforça que, até o momento, não há justificativas que corroborem quanto à necessidade de qualquer episiotomia em

cuidados de rotina, sendo, portanto, difícil determinar uma taxa aceitável de episiotomia (OMS, 2018).

É possível observar taxas reduzidas relacionadas às lacerações perineais, principalmente as mais graves (terceiro e quarto grau). Evidências apontam que a prática restrita de episiotomia, a qual foi observada também no estudo, reduz traumas perineais, complicações em cicatrização e suturas (OSÓRIO; JUNIOR; NICOLAU, 2014; JIANG *et al.*, 2017).

Na mesma direção, uma revisão sistemática da Cochrane com ensaios clínicos randomizados que comparou o uso seletivo versus rotineiro de episiotomia, mostrou que o uso restrito diminui a quantidade de mulheres com trauma perineal grave, ou seja, com lacerações de terceiro e quarto graus. Desta forma, a justificativa para a realização de episiotomias de rotina para prevenir trauma perineal grave não se justifica pelas evidências atuais, ou seja, não há descrito nenhum benefício da episiotomia de rotina para o bebê ou para a mãe (JIANG *et al.*, 2017).

No estudo, também foi possível perceber, a ocorrência em maior proporção das lacerações perineais espontâneas de primeiro grau. Estas envolvem mucosa vaginal e pele perineal e são consideradas menos traumáticas, relacionadas a um menor número de complicações e muitas vezes sem necessidade de reparo com sutura (SMITH *et al.*, 2013; GRECCA *et al.*, 2020).

No que se relaciona à realização de episiotomia e ocorrência de lacerações perineais pode-se considerar pontos positivos na assistência. Este fato pode estar relacionado à política de humanização, a qual segue a maternidade de pesquisa. Dentre as recomendações a serem adotadas para o trabalho humanizado, existem várias. Possivelmente exista a equipe de multiprofissionais, a qual conta com a assistência de enfermeiros obstetras. Sabe-se que a atuação da enfermagem obstétrica no cenário de assistência ao parto e nascimento de risco habitual, além do cuidado menos intervencionista, inerente a sua formação, mostra-se mais instigada a promover o uso de práticas baseadas em evidências e sensibilizada para o resgate do protagonismo da mulher no processo de parturição (REIS *et al.*, 2015).

Quanto à via de parto, é possível observar que os subgrupos, tanto de nulíparas quanto de não nulíparas, que mais tiveram indicação de cesárea intraparto

foram os que internaram precocemente de acordo com a recomendação da OMS, ou seja, com menos de seis (6) cm de dilatação cervical (OMS, 2018). Outro ponto importante é que ao considerar a quantidade de partos gerais realizados durante o período analisado, incluindo as pacientes não admitidas no CO, estranhamente, percebe-se um quantitativo alarmante de cesáreas (50,7%), o que foge das recomendações da OMS, principalmente se tratando de uma maternidade com assistência de baixo risco (BRASIL, 2016).

Sobre a duração do trabalho de parto, especificamente desde a admissão até o nascimento, os subgrupos que ficaram maior tempo em trabalho de parto (11 a 17h) foi o de 0-3 cm, já esperado pela internação precoce e consequente evolução mais lenta do trabalho de parto, visto a maior demora de superação da fase latente. De acordo com o MS, a duração do trabalho de parto ativo nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; nas múltíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas. Curiosamente, esta média referida pelo MS não vai ao encontro com os resultados do estudo, já que a maior parte das gestantes teve duração de 0-4 horas (BRASIL, 2017).

Os desfechos maternos desfavoráveis deste estudo foram reduzidos. Porém, ao se observar os desfechos neonatais, é possível perceber significativas taxas de encaminhamento à neonatologia, principalmente por se tratar de gestantes de risco habitual. Ainda, quando se observa os subgrupos em que foram mais detectados Apgar de primeiro minuto menor que sete, com encaminhamentos de RN à neonatologia e as complicações maternas das nulíparas, percebe-se que estavam entre as gestantes que internaram com 4-5 cm. Isso, novamente, possibilita a reflexão sobre as consequências positivas do momento oportuno de internação, conforme a recomendação da OMS, a partir de seis (6) cm de dilatação (OMS, 2018).

Ainda, é possível verificar, que assim como os desfechos neonatais desfavoráveis, as intervenções relacionadas ao uso de ocitocina para acelerar o TP, também foram taxas consideráveis. Ressalta-se que uma das consequências do uso de ocitocina é a incidência da taquissístolia uterina, prejudicial ao feto. Isto pode ocorrer devido à hipoxemia resultante das contrações, pois durante as mesmas a pressão do miométrio se eleva acima da pressão na artéria uterina, resultando na

interrupção do carreamento de oxigênio para a placenta e para o feto (KUNZ; LOFTUS; NICHOLS, 2013).

Registra-se como uma das limitações do estudo foi a implantação recente do prontuário eletrônico na instituição de pesquisa. Foi observado dados sem registros, o que dificultou a descrição de todas as variáveis almejadas no instrumento de dados e ainda reduziu o quantitativo das variáveis apresentadas. Este fator pode ser justificado pelo prontuário eletrônico ter sido estabelecido em 2020 e os dados coletados deste estudo no início de 2021, ainda em possível fase de adaptação dos profissionais e instituição. Outra limitação foi quanto ao método utilizado, por se tratar de estudo com desenho descritivo e transversal, não sendo possível realizar análises estatística para comprovação ou não de algumas hipóteses analíticas relacionadas à temática.

Por fim, a despeito destas limitações, os resultados do presente estudo poderão contribuir para a redução das admissões precoces e consequentes intervenções obstétricas desnecessárias, contribuindo assim, para uma assistência ao parto e nascimento com melhores desfechos maternos e neonatais.

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sobre as gestantes de baixo risco que foram admitidas no CO da maternidade permitiram concluir que:

Características sociodemográficas e obstétricas:

- A maioria das parturientes era jovem com idade entre 20 a 35 anos (74,0%);
- 20,6 % eram adolescentes (idade entre 13 e 19 anos);
- A maioria da raça não branca (69,6%) e de baixa escolaridade (70,7%);
- 49,3% não tinham companheiro;
- 41,2% eram primigestas;
- 58,8% eram não primigestas
- 44,7% eram nulíparas e 55,3% não nulíparas
- 87,0% não tinham história de aborto
- 31,1% realizaram menos de seis consultas no pré-natal;
- 68,2% encontravam-se entre 39 e 40 semanas de idade gestacional;
- 50,7% de todos os partos realizados no período foram cesáreas.

Condição na Admissão:

- Dilatação cervical das nulíparas: 22,2% internaram com dilatação menor que 4 cm e 63,2% foram admitidas com dilatação menor que 6 cm;
- Dilatação cervical das não nulíparas: 8,6% internaram com dilatação menor que 4 cm e 46,7% foram admitidas com dilatação menor que 6 cm;
- Dinâmica Uterina das nulíparas: 53,3% tinham frequência menor que três e 28,1% apresentaram duração menor que 30 segundos;
- Dinâmica Uterina das não nulíparas: 47,2% tinham frequência menor que três e 25,1% apresentaram duração menor que 30 segundos;
- Membranas amnióticas das nulíparas: 81,4% apresentaram bolsa íntegra;
- Bolsa amniótica das não nulíparas: 78,2% internaram com bolsa íntegra.

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto:

- Infusão endovenosa de ocitocina: 23,1% entre as nulíparas e 10,9% entre as não nulíparas com maior recorrência no subgrupo de 4-5 cm, respectivamente, 29,2% e 17,6%.

- Amniotomia: realizada em 16,1% das nulíparas e 10,0% das não nulíparas, com maior frequência no subgrupo de 4-5, respectivamente 20,2% 12,7%. Entre as mulheres que internaram com bolsa íntegra (n=350), essa intervenção ocorreu em 74,6%;
- Episiotomia: realizada em 2% das nulíparas e 0,8% das não nulíparas;
- Condições do períneo: das nulíparas 2% apresentaram laceração de terceiro e quarto grau e das não nulíparas nenhuma com terceiro e quarto grau.

Desfechos maternos e neonatais:

- Via de parto: das nulíparas 19,1% realizaram cesariana, com maior frequência no subgrupo de 4-5 cm (29,2%) e das não nulíparas 7,9% foram submetidas à cesariana intraparto; sendo o subgrupo de 0-3 cm aquele com maior frequência (39,1%);
- Duração do trabalho de parto: 14,6% das nulíparas foi de 11 a 17 horas, sendo 27,1% do subgrupo de 0-3 cm e entre as não nulíparas 2,9% com a mesma duração, a maioria (8,7%) do subgrupo de 0-3 cm;
- Complicação materna: apresentaram em 1% das nulíparas e 2,1% das não nulíparas;
- Apgar ≥ 7 (boa vitalidade ao nascer): nulíparas em 91% do Apgar de 1º min. e 100,0% no de 5º min. e das não nulíparas 96,2% do Apgar de 1º min e 99,6% no de 5º min.;
- Apgar < 7 : das nulíparas o subgrupo com maior frequência no Apgar de 1º min. foi do de 0-3 cm (6,3%) e das não nulíparas o subgrupo com maior frequência no Apgar de 1º min. foi no de 4-5 cm (3,9%);
- Encaminhamento à neonatologia: das nulíparas 12,1% dos RN, a maioria (13,5%) do subgrupo de 4-5 cm e das não nulíparas 10% dos recém-nascidos, sendo a maioria (15,7%) do subgrupo de 4-5 cm.

Nas intervenções relacionadas ao uso de ocitocina e realização de amniotomia, os subgrupos com maiores frequências foram de 4-5 cm. E diante dos desfechos maternos e neonatais desfavoráveis relacionados à via de parto cesárea, Apgar < 7 de 1º minuto e encaminhamentos do RN à neonatologia, os subgrupos com maiores frequências foram os que internaram com menos de 6 cm de dilatação

cervical. Observa-se, assim, a relevância da recomendação internacional a cerca dos conceitos de fase ativa e consequente critério de internação (OMS, 2018).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar a importância da necessidade de concretização das políticas públicas brasileiras já existentes relacionadas ao ciclo gravídico puerperal para garantir melhorias na assistência à saúde da mulher. Apesar de reconhecer que, ainda de forma rudimentar, algumas políticas têm sido formuladas, observa-se ainda de forma ineficaz, distante dos ideais necessários. Essa realidade ocorre seja por dificuldades relacionadas à gestão, implementação, falta de financiamento ou pré-requisitos para que políticas inspiradas em outros países sejam adequadas à realidade brasileira.

Entretanto, algumas estratégias são relevantes para melhorias a curto prazo. Como exemplificação, a padronização das abordagens para a admissão de gestantes nulíparas e não nulíparas de baixo risco que resulta a diminuição de internações precoces. Desta forma, sugere-se a realização de um protocolo institucional com critérios específicos de diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto para definição do momento oportuno de internação das gestantes. Assim, impossibilitará dúvidas dos profissionais de saúde, com o conceito bem estabelecido de TP ativo. Recomenda-se, de acordo com os resultados deste estudo, um protocolo com seguimento dos critérios de internação da OMS.

Além disso, sugere-se, também, a realização de outros estudos com delineamentos diferentes desta mesma temática para testes analíticos e verificação das hipóteses levantadas.

REFERÊNCIAS

- BOERMA, Ties *et al.* Epidemiologia global do uso e disparidades em cesarianas. *The Lancet*. Editor: Elsevier. Volume 392, issue 10155, p1341-1348, 13 de Outubro de 2018. Disponível em < [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)>. Acesso em: 30 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher – Brasília, 2001. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 11 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. MS/SVS/DASIS. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> . Acesso em: 29 out. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 29 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em 12 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 11, De 7 De Janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro Obstétrico (CO) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html> Acesso em 12 fev. 2022.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Health careImprovement. Cartilha Nova Organização do Cuidado ao Parto e Nascimento para Melhores Resultados de Saúde: Projeto Parto Adequado - Fase 1. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf> Acesso em 11 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> Acesso em 18 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] – Brasília, 2017. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em 22 mar. 2020.

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. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Janeiro, 2016. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-partoNormal_CP.pdf> Acesso em 22 Fev. 2022.

BREMAN, R. B. Promover a admissão em trabalho de parto ativo para o parto: dinâmica de triagem e uso precoce da sala de trabalho de parto. Dissertação (Doutorado) submetida na Faculty of the Graduate School of the University of Maryland, Baltimore. 99 páginas. 2018. Disponível em <https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/8030/Breman_umaryland_0373D_10966.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 22 de out. de 2020.

COSTA, Lediana Dalla *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm.* 2016. 21(2):01-08. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>> Acesso em 29 set. 2020.

COTRIM, N. A. A. Proposta de Método para Análise de Qualidade Ambiental e Humanização em Maternidades. Estudo de caso: Maternidade Nascer Cidadão - Goiânia - Brasil. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2019.

CUNNINGHAM, Gary *et al.* Obstetrícia de Williams. Tradução: Adernar Valadares Fonseca. Revisão técnica: Renato Sá, Fernanda Campos. - 23. ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: AMGH, 2012.

FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues *et al.* Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 19 (2): 343-349 abr-jun., 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3Mk45ZSNH3Z9zWV8QxStyHw/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 21 mar. 2022.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK C. A.; RIESCO M. L. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas à cesareana. *Cogitare Enferm* 2007 Jul/Set; 12(3):296-305. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i3.10023>> . Acesso em 23 mar. 2020.

FRIEDMAN, E. A. Classic pages in Obstetrics and Gynecology. The graphic analysis of labor. Emanuel A. Friedman. *Am J Obstet Gynecol.* 1978 Dec 1;132(7):822-3. PubMed PMID: 362927. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/362927/>> Acesso em 23 mar. 2020.

GANCHIMEG, T *et al.* Resultados da gravidez e do parto entre mães adolescentes: um estudo multipaís da Organização Mundial da Saúde. BJOG 2014 ; 121 (Suplemento 1): 40 – 48. Disponível em <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12630>> Acesso em 12 fev. 2022.

GOIÁS. Análise dos Aspectos Socioeconômicos da Região Metropolitana de Goiânia. In: Região Metropolitana de Goiânia- Plano de Desenvolvimento Integrado. Goiânia: SECIMA- Secretaria de Estado de Meio Ambiente, Recursos Hídricos, Infraestrutura, Cidades e Assuntos Metropolitanos, 2017. p. 1–199.

GRECCA, Georgia *et al.* Frequência de lacerações perineais e episiotomia em um hospital universitário na região serrana no Rio de Janeiro. Research, Society and Development, v. 9, n.8, e640985613, 2020. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5613>> Acesso em 12 fev. 2022.

HANLEY, Gillian *et al.* Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC pregnancy and childbirth. 2016, 71. Disponível em <<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>> Acesso em: 27 mar. 2020.

HOLMES, P.; OPPENHEIMER, L. W.; WU, W. S. A relação entre dilatação cervical na apresentação inicial no trabalho de parto e intervenção subsequente. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology, 108: 1120-1124. 2001. Disponível em <10.1111 / j.1471-0528.2003.00265.x. > Acesso em 27 mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. v4.4.18. 2017. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/goiania/panorama>>. Acesso em: 20 jan 2021.

JIANG, Hong *et al.* Uso seletivo versus rotineiro de episiotomia para parto vaginal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Edição 2. Art. Nº: CD000081. Disponível em <10.1002/14651858.CD000081.pub3> Acesso em 16 de fev. 2022.

KASEGARI, Freshteh Abasian *et al.* Admitting women in active labour: A randomised controlled trial about the effects of protocol use on childbirth method and interventions. Women Birth. 2020 Nov;33(6):e543-e548. Disponível em <10.1016/j.wombi.2019.12.002> Acesso em 16 Fev. 2022.

KOBAYASHI, Shinobu *et al.* Avaliação e apoio durante o parto precoce para melhorar os resultados do parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. Nº: CD011516. Disponível em <10.1002 / 14651858.CD011516.pub2. > Acesso em 06 out. 2020.

KUNZ, M. K.; LOFTUS, R. J.; NICHOLS, A. A. Incidência de Taquissistolia Uterina em Mulheres Induzidas com Ocitocina. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. Volume 42, Issue 1. 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01428.x>> Acesso em 22 mar. 2022.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>> Acesso em 13 abr. 2020.

LIMA, Christiane Teixeira *et al.* Análise das políticas públicas em saúde da mulher: uma revisão da literatura. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 19, Nº 197, Outubro de 2014. Disponível em

<<https://www.efdeportes.com/efd197/politicas-publicas-em-saude-da-mulher.htm>>

Acesso em 30 out. 2020.

LUIZ, M. S. L.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. Rio De Janeiro, V. 39, N. 106, P. 671-682, JUL-SET 2015. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ygknVv863KP8X9gq6hqy67M/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em 12 Fev. 2022.

MAGALHÃES, Manuela Mesquita *et al.* Os Determinantes da Realização de Cesárias no Brasil. Insper Centro de Políticas Públicas. Policy Paper, nº 41. Julho, 2019. Disponível em <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Policy-Paper-41-Ces%C3%A1reas.pdf>> Acesso em 01 Nov. 2020.

MARANHÃO, T. A.; GOMES, K. R. O.; SILVA, J. M. N. Fatores que influenciam as relações familiares e sociais de jovens após a gestação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(5):998-1008, mai, 2014. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/jyXqVfvH8wmcJc3pmmM4NJz/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em 12 Fev. 2022.

MARIN, Angela Helena *et al.* A não aceitação da gravidez e o desenvolvimento de crianças com quatro anos de idade no bairro Vila Jardim, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev bras med fam comunidade. 7(25):240-6. Florianópolis, 2012.

Disponível em <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/533>> Acesso em 12 Fev. 2022.

MARTINS, A. C. S.; SILVA, L. S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 1, n. 1, p. 725-31, 2018. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0677.pdf.> Acesso

em 06 abr. 2020.

MENDONÇA, S. Maternidade Nascer Cidadão comemora 19º aniversário. Prefeitura de Goiânia, 2019. Disponível em <<https://www.goiania.go.gov.br/maternidade-nascer-cidadao-comemora-19-aniversario/#:~:text=Fundada%20em%2028%20de%20setembro,desde%20o%20in%C3%ADcio%20dos%20atendimentos>>

Acesso em 20 de jan. de 2021.

MENEGAT, E. M.; DUARTE, M. J. O.; FERREIRA, V. F. Os novos manicômios a céu aberto: cidade, racismo e loucura. Rev. Em Pauta. Rio de Janeiro. 2020 - n. 45, v. 18, p. 100 – 115. Disponível em <<https://doi.org/10.12957/rep.2020.47217>> Acesso

em 12 Fev. 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. Rezende obstetrícia fundamental. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAIS, Bianca Serena de *et al.* O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo. Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2021. Disponível em

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/223007/001127649.pdf?sequenc e=1>> Acesso em 21 mar. 2022.

- NEAL, Jeremy *et al.* Probabilidade de parto cesáreo entre mulheres parosas após a aplicação das principais diretrizes de diagnóstico ativo do trabalho de parto Obstetrícia. 2018 Dez; 67: 64-69. Disponível em <10.1016 / j.midw.2018.09.007.> Acesso em 22 mar. 2020.
- NETO, Luiz Henrique Teixeira de Siqueira *et al.* Perfil socioeconômico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 10, p.82253-82269, oct. 2020. ISSN 2525-8761. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18912>> Acesso em 12 Fev. 2022.
- NICE. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados. Cuidados intra-parto: cuidados com mulheres saudáveis e seus bebês durante o parto . Diretriz clínica NICE 190. 2014. Disponível em <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>> Acesso em 27 mar. 2020.
- OCCHI, Gilberto Magalhães *et al.* Medidas estratégicas para reduzir a taxa de cesárea no Brasil. The lancet. Volume 392, issue 10155, p1290-1291,13 de outubro de 2018. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32407-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32407-3)> Acesso em 01 nov. 2020.
- ONU. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasil, 2015. Disponível em <<http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>> Acesso em 01 jun. 2020
- ONU. 17 Objetivos para Transformar Nosso Mundo. Brasil, 2015. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/pos2015>> Acesso em 01 jun. 2020.
- OSÓRIO, S. M. B.; JUNIOR, L. G. S.; NICOLAU, A. I. O. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. Rev Rene. 2014 Jan-Feb; 15(1):174-84. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/31113/2387>> Acesso em 12 Fev. 2022.
- PARCERO, Sonia Maria de Jesus *et al.* Características do Relacionamento entre a Mulher e seu Parceiro na Ocorrência de Gravidez não Planejada. Rev. baiana enferm. 31(2):e17332. 2017. Disponível em <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17332/14621>> Acesso em 12 Fev. 2022.
- PEREIRA, Ana Paula Esteves *et al.* Parto Cesariano e Mortalidade Materna Pós-Parto: Um Estudo de Controle de Caso de Base Populacional no Brasil. PLoS One. 13 de abril de 2016; 11 (4): e0153396. Disponível em <10.1371 / journal.pone.0153396> Acesso em 20 mai. 2020.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu) vol.13 supl.1 Botucatu 2009. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>> Acesso em 30 de out. 2020.
- REIS, Thamiza da Rosa *et al.* Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):94-101. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>> Acesso em 28 out. 2020.

RICCETTO, C. P. V. Estudo randomizado do uso da sonda de Foley para preparo de colo uterino na indução do trabalho de parto em regime ambulatorial versus Internação. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina Botucatu. 2017. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/151485/riccetto_cpv_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y> Acesso em 14 mar. 2022.

ROCHA, A. B. P. C.; CIRUEIRA, R. P.; CÂMARA, A. M. Trombofilia Gestacional: Revisão de Literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.13, N. 43, p. 398-406, ISSN: 1981-1179, 2019. Disponível em <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>> Acesso em 12 fev 2022.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Cienc. Cult.* vol.71 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2019. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.21800/2317-666020190000100011>> Acesso em 25 out. 2020.

ROTA, A. *et al.* Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women Birth.* Volume 31, Edição 4, agosto de 2018. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519217302792?via%3Dihub>> Acesso em 20 mar. 2022.

RODRIGUES, T. F. Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. *Revista Cantareira* - Edição 22 / Jan-Jul, 2015. Disponível em <<https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794/16201>> Acesso em 24 Mar. 2022.

SILVA, I. A. Percepções e Resistências sobre Desigualdade de Gênero e Raça na Trajetória Laboral e Escolar das Mulheres Jovens da Periferia do Distrito Federal. Editora: Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO, Argentina. Buenos Aires, Argentina, 2020. Disponível em <<https://www.prigcepp.org/media/documentos/sinergias/Sinergias%20Vol7%20Digital.pdf#page=28>> Acesso em 12 Fev. 2022.

SMITH, Lesley *et al.* Incidência e fatores de risco para trauma perineal: um estudo observacional prospectivo. *BMC Gravidez Parto.* 2013; 13: 59. Março de 2013. . Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599825/>> Acesso em 22 Fev. 2022.

SOUZA, P. J. A. mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37(12):549-51. Disponível em <10.1590/SO100-720320150005526> Acesso em 02 mai. 2020.

STACEY, Lobst *et al.* Associações entre dilatação cervical na admissão, cuidados intraparto e modo de parto em mulheres nulíparas de baixo risco. *Nascimento.* 2019; 46: 253 – 261. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/birt.12417>> Acesso em 12 Fev. 2022.

TERTO, Tamara Lopes *et al.* Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(4):e20200397. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0397>> Acesso em 12 fev 2022.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3):847-858, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vNvVPPNXWNxRTscRRysSm9J/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 12 fev 2022.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 30 (Suppl 1). Ago 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>> Acesso em 12 fev 2022.

WHO - World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018. Disponível em <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/who-recommendations-intrapartum-care-for-a-positive-childbirth-experience/>> Acesso em 25 mar. 2020

WHO - World Health. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneve: WHO; 1996.

ZUGAIB, M.; ROSSANA, F. P. V.; CANÇADO, S. J. B. Zugaib obstetrícia [3ed.]. BARUERI: Manole, 2016. 1329p.

ZHANG, Jun *et al.* Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics and gynecology*. 2010; 116(6):1281-1287. Disponível em <[10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e)> Acesso em 25 mar. 2020

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

<p>Dados sociodemográficos:</p> <p>1- Idade: _____</p> <p>2- Profissão: _____</p> <p>3- Estado civil: () solteira () casada () viúva () separada () união estável () S.R.</p> <p>4- Cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena</p> <p>5- Escolaridade: () sem escolaridade () fundamental I (1ª a 4ª série) () fundamental II (5ª a 8ª série) () médio () superior incompleto () superior completo</p> <p>6- Cidade/Bairro da residência: _____.</p>
<p>Dados Obstétricos</p> <p>• Gerais</p> <p>1- Paridade: G__P__ (__c__n) A__</p> <p>2- Número de consultas de pré-natal: _____ Intercorrências em gestações anteriores: () não () sim Quais? _____</p> <p>3- Idade gestacional: ____ sem ____ dias pela DUM (__ / __ / __) Ou ____ sem ____ dias pela USG do dia __ / __ / __ com ____ sem ____ dias.</p>
<p>• Antes da admissão:</p> <p>1- Horário: __: __h</p> <p>2- Características do colo do útero:</p> <p>- apagamento: () 30% () 40 a 50% () 60 a 70% () 80 a 100% () S.R.</p> <p>- altura da apresentação: () alto e móvel () - 3 () -2 () -1 a 0 () +1 ou mais () S.R.</p> <p>- consistência: () firme () intermediário () amolecido () S.R.</p> <p>- dilatação: _____cm</p> <p>- posição: () anterior () posterior () centralizado () S.R.</p> <p>3- Bolsa: () rota () íntegra. Há quanto tempo? _____.</p> <p>4- Contrações uterinas: __10'__''.</p>
<p>• Uma hora após a admissão no CO:</p> <p>1- Hora da admissão: __: __h</p> <p>2- Horário desta avaliação: __: __h</p> <p>3- Características do colo do útero:</p> <p>- apagamento: () 30% () 40 a 50% () 60 a 70% () 80 a 100% () S.R.</p> <p>- altura da apresentação: () alto e móvel () - 3 () -2 () -1 a 0 () +1 ou mais () S.R.</p> <p>- consistência: () firme () intermediário () amolecido () S.R.</p> <p>- dilatação: _____cm</p> <p>- posição: () anterior () posterior () centralizado () S.R.</p> <p>4- Contrações uterinas: __10'__''.</p>
<p>• Trabalho de Parto e Parto</p>

<p>1- Ocitocina: () não () sim Cm de dilatação? _____ Horário: ___:___h</p> <p>2- Amniotomia: () não () sim Cm de dilatação? _____ Altura da apresentação: _____ Horário: ___:___h</p> <p>3- Analgesia: () não () sim Cm de dilatação? _____ Horário: ___:___h Qual _____.</p> <p>4- Manobra de Kristeller: () não () sim</p> <p>5- Realização de episiotomia: () não () sim</p> <p>6- Laceração: () não () sim () 1º grau () 2º grau () 3º grau () 4º grau</p> <p>7- Fórceps: () não () sim</p> <p>8- Vácuo extrator: () não () sim</p> <p>9- Indicação de cesariana: () não () sim Motivo: _____.</p> <p>10- Complicações: _____.</p> <p>11- Hora do parto: ___:___h</p> <p>12- Tempo da admissão ao parto: _____.</p>
Dados pós-parto:
<ul style="list-style-type: none"> • Maternos <p>1- Complicações: () não () sim.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Neonatais: <p>1- Apgar: ___ e ___</p> <p>2- Contato pele a pele: () sim () não</p> <p>3- Clampeamento oportuno do cordão umbilical: () sim () não</p> <p>4- Realização de Ventilação por pressão positiva () sim () não</p> <p>5- Encaminhado ao Alcon após o parto: () sim () não</p> <p>6- Encaminhado à neonatologia: () não () sim</p> <p>7- Outras complicações: () não () sim Quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À ADMISSÃO PRECOCE DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL

Pesquisador: Lorena Bernardes de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45753720.9.0000.0037

Instituição Proponente: SOCIEDADE GOIANA DE CULTURA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.059

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal analítico, que será realizado a partir de dados coletados de prontuários referentes à assistência ao trabalho de parto de mulheres de baixo risco atendidas no período de Janeiro a Junho de 2020 na Maternidade Nascer Cidadão. A análise dos dados será iniciada pelo agrupamento das condições de internação em três grupos distintos, respectivamente em conformidade com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) e aqueles que não seguem nenhuma das anteriormente citadas. Também serão registrados os desfechos maternos e neonatais obtidos em cada um dos atendimentos. Observa-se a importância em realizar este estudo para confirmar a hipótese de pesquisa de que a internação precoce, ou seja, antes do trabalho de parto ativo recomendado pela OMS, leva ao aumento de intervenções obstétricas durante a evolução do trabalho de parto e parto. Em tais contextos há maior instabilidade no bem-estar materno-fetal, condição que propicia o aumento da ocorrência de cesárea de urgência, bem como dos riscos inerentes à esta via de parto e, conseqüentemente, aos desfechos maternos e neonatais negativos.

Objetivo da Pesquisa:

Lê-se nos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1671193.pdf" e "PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.docx":

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 4.680.059

Objetivo Primário (Objetivo Geral): "Analisar os fatores associados à admissão precoce de gestantes de risco habitual".

Objetivo Secundário (Objetivos Específicos):

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres admitidas para assistência ao parto.
- Identificar os critérios de diagnóstico para necessidade da admissão das gestantes de baixo risco.
- Classificar as gestantes conforme o grau de dilatação do colo do útero no ato da admissão.
- Registrar as contrações uterinas apresentadas pela gestante no ato da admissão.
- Descrever as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto, bem como os desfechos obstétricos e neonatais obtidos em cada um dos grupos classificados".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Para a realização do estudo se utilizará dados secundários obtidos a partir de registros em prontuários de uma maternidade municipal de Goiânia-GO. Assim, acredita-se que serão mínimos os riscos decorrentes de sua realização. O principal risco consiste na perda do anonimato das participantes. Entretanto, acredita-se minimizá-lo pelo registro das iniciais do nome da usuária, assim como confidencialidade e sigilo no tratamento das informações colhidas. Os dados serão manipulados somente pelo responsável do estudo e equipe de pesquisa, garantindo que nenhum dado que permita a identificação do participante do estudo seja divulgado. Acrescenta-se que os prontuários serão manipulados na instituição e em ambiente privativo. Destaca-se que o comprometimento em assumir todas as diretrizes e normas no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados é de responsabilidade do pesquisador desta pesquisa. Além disso, os dados coletados serão armazenados com guarda responsável pelo pesquisador por cinco anos com o mesmo comprometimento da não exposição".

Benefícios:

"Os benefícios para as mulheres detentoras dos dados coletados serão indiretos, e poderão se estender à população que necessita do atendimento obstétrico, uma vez que, potencialmente, os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria da qualidade da assistência oferecida. Por outro lado, os resultados do estudo poderão ser utilizados em ações de educação em saúde

Endereço: Av. Universitária, 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 4.680.059

destinadas para gestantes, especificamente para tratar acerca do momento de internação, o que certamente permitirá a ocorrência de experiências mais positivas dessa vivência. Acredita-se, também, que o fato da sistematização de dados realizados em serviço oferecido, bem como tratamento estatístico, reflexivo, descrito e divulgado também no âmbito da unidade participante por si só se revela positivo. Tais resultados, poderão ser utilizados, em ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde que realizam a admissão hospitalar das gestantes de baixo risco, bem como auxiliará gestores das instituições obstétricas, para que valorizem os critérios objetivos existentes para a admissão de forma padronizada e segura. Ainda, é possível atribuir à esta pesquisa o fato de se constituir em ação proativa para as políticas públicas que visam diminuir taxas de morbimortalidade materna e neonatal, consequentemente, com reflexo positivo para o alcance das metas internacionais traçadas para o país".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado do Programa de Atenção em Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente apresentados e estão em conformidade com a legislação ética vigente, em especial, a resolução CNS 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

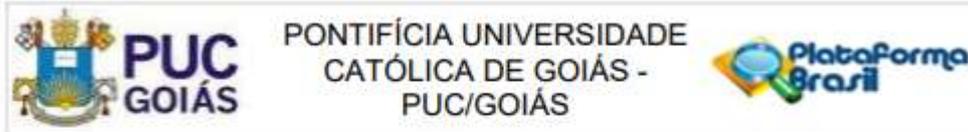
Projeto não apresenta óbices éticos. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Endereço: Av. Universitária, 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.805-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 4.680.059

destinadas para gestantes, especificamente para tratar acerca do momento de internação, o que certamente permitirá a ocorrência de experiências mais positivas dessa vivência. Acredita-se, também, que o fato da sistematização de dados realizados em serviço oferecido, bem como tratamento estatístico, reflexivo, descrito e divulgado também no âmbito da unidade participante por si só se revela positivo. Tais resultados, poderão ser utilizados, em ações de educação permanente junto aos profissionais de saúde que realizam a admissão hospitalar das gestantes de baixo risco, bem como auxiliará gestores das instituições obstétricas, para que valorizem os critérios objetivos existentes para a admissão de forma padronizada e segura. Ainda, é possível atribuir à esta pesquisa o fato de se constituir em ação proativa para as políticas públicas que visam diminuir taxas de morbimortalidade materna e neonatal, consequentemente, com reflexo positivo para o alcance das metas internacionais traçadas para o país".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado do Programa de Atenção em Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram devidamente apresentados e estão em conformidade com a legislação ética vigente, em especial, a resolução CNS 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto não apresenta óbices éticos. Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Endereço: Av. Universitária, 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.805-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br