



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**NATÁLIA DE FREITAS COSTA**

**DESFECHOS MATERNOS PERINATAIS DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM**  
**OBSTÉTRICA COM A CONDUTA HANDS OFF: UM ESTUDO DE CORTE**  
**TRANSVERSAL**

**Juiz de Fora**  
**2018**

**NATÁLIA DE FREITAS COSTA**

**DESFECHOS MATERNOS PERINATAIS DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM  
OBSTÉTRICA COM A CONDUTA HANDS OFF: UM ESTUDO DE CORTE  
TRANSVERSAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Zuleyce Maria Lessa Pacheco

**Juiz de Fora**

**2018**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado de acordo com o Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Costa, Natália de Freitas.

Desfechos maternos perinatais da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off: um estudo de corte transversal / Natália de Freitas Costa. -- 2018.

84 f.

Orientadora: Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
Coorientadora:  
Delmar Teixeira Gomes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Parto Normal. 2. Parto Humanizado. 3. Enfermagem Obstétrica. 4. Períneo. I. Pacheco, Zuleyce Maria Lessa, orient. II.

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que me  
possibilitaram apreciar o milagre da vida  
acontecendo sob meus olhos e permitiram que eu  
fizesse parte do momento único da vida de suas  
famílias!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por oferecer essa oportunidade, guiar meu caminho e me fortalecer a cada dia para vencer todos os obstáculos dessa trajetória e possibilitar esta conquista

Agradeço imensamente aos meus pais, José Geraldo e Maria Tereza, por sempre proverem ensinamentos e exemplos de vida, amor incondicional, dedicação e confiança em todos os momentos. Vocês são fundamentais para meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço aos meus irmãos Patrícia e Rodnei pela amizade, amor e carinho

Agradeço ao meu esposo Raphael, pelo amor, dedicação, companheirismo, incentivo, apoio, compreensão nas minhas ausências, por me ajudar a ser sempre uma pessoa melhor e a enxergar as dificuldades com mais leveza. Sem você eu não conseguiria.

Agradeço aos demais familiares que, embora saudosos, souberam entender a importância deste momento de trabalho, o qual justificou, por diversas vezes, minha ausência.

Com muito carinho, agradeço às minhas orientadoras Betânia e Zuleyce por todo aprendizado compartilhado neste processo, ao apoio acadêmico e emocional necessários em cada etapa. O meu sincero agradecimento a todos aos demais professores da disciplina Saúde da mulher Delmar, Dora e Inês, por me acolherem com todo carinho e me ensinar a ser melhor como pessoa e docente. Sou eternamente grata a todos vocês, pois hoje estou colhendo o que vocês plantaram há sete anos, durante minha graduação.

Agradeço a todos os meus amigos, aos de longa data, que mesmo de longe torceram e acreditaram em mim e aos amigos adquiridos durante o mestrado, pelas trocas de conhecimento e apoio sempre.

Agradeço aos professores do mestrado por todo ensinamento e dedicação, à equipe do hospital da mulher Mariska Ribeiro por me receberem e possibilitarem a execução deste trabalho.

Enfim agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente nestes dois anos de mestrado e na elaboração deste trabalho.

Muito Obrigada, Amo vocês!!!

“Para mudar o mundo é preciso antes, mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

## RESUMO

COSTA, N.F. **Desfechos maternos perinatais da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off: um estudo de corte transversal.** [Dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. 2018, p.85.

O processo de institucionalização do parto e nascimento trouxe importantes avanços e melhorias para a atenção à mulher e ao neonato, porém veio acompanhado de um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, utilizadas de forma rotineira caracterizando o modelo tecnicista. Durante a evolução e desenvolvimento da assistência obstétrica, o períneo feminino ganhou visibilidade, tornando-se com frequência, um local de intervenção cirúrgica. A partir da década de 1980, em resposta aos resultados desfavoráveis desse modelo, surgiu o movimento de humanização do parto, que além da assistência respeitosa e acolhedora, propôs uma atenção baseada em evidências científicas sendo destacado pela OMS e MS a enfermeira obstétrica como componente da humanização. Diante da função do corpo perineal, sua importância para as estruturas adjacentes e a consciência da morbidade após o trauma, a manutenção da integridade anatômica é fundamental para o funcionamento adequado e para a qualidade de vida da mulher e por isso diferentes técnicas e intervenções perineais estão sendo utilizadas e estudadas objetivando a manutenção da integridade local e minimizando lacerações de maior gravidade. O objetivo deste estudo foi analisar o desfecho materno perinatal da assistência às mulheres pelas enfermeiras obstétricas com a utilização da conduta hands off. Conduziu-se um estudo de corte transversal, incluindo 608 mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas com a utilização de hands off como conduta de proteção perineal. Foram avaliadas as características sociodemográficas e clínicas obstétricas. Os dados foram coletados a partir de prontuário eletrônico e livros de registros da equipe de enfermagem. A análise estatística foi realizada através do teste  $\chi^2$  de Pearson e do modelo de regressão logística. Foi observado que houve uma prevalência de desfechos perineais de baixa gravidade, em 96,5% foram de acometimentos de baixa gravidade (1º grau ou períneo íntegro), mostrando-se com aumento de chance de correção perineal em mulheres primíparas e quando peso foi maior ou igual a 3500g. Contudo, considerando os resultados desta investigação, acredita-se que a conduta expectante para proteção perineal, hands off, pode ser considerada dentro das boas práticas para assistência à mulher no processo de parturição, tendo em vista que esta conduta promove benefícios relacionados aos desfechos maternos perineais sem comprometer os resultados perinatais.

**DESCRITORES:** Parto Normal. Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica. Períneo

## ABSTRACT

COSTA, N.F. **Perinatal maternal outcomes of obstetric nursing care with hands-off behavior: a cross-sectional study.** [Dissertation] Juiz de Fora: Faculty of Nursing. Stricto Sensu Postgraduate Program. Master in Nursing. 2018, p.85.

The process of institutionalization of childbirth and birth brought important advances and improvements for the care of women and the newborn, but it was accompanied by a set of standardized and interventionist obstetric practices routinely used to characterize the technical model. During the evolution and development of obstetric care, the female perineum gained visibility, often becoming a surgical site. From the 1980s onwards, in response to the unfavorable results of this model, the humanization movement of childbirth emerged, which, in addition to the respectful and welcoming assistance, proposed an attention based on scientific evidence, being highlighted by WHO and MS obstetric nurse as a component of Humanization. In view of the function of the perineal body, its importance for adjacent structures and the awareness of morbidity after trauma, the maintenance of anatomical integrity is fundamental for the proper functioning and quality of life of the woman and therefore different perineal techniques and interventions are being used and studied aiming the maintenance of the local integrity and minimizing lacerations of greater gravity. The objective of this study was to analyze the perinatal maternal outcome of care for women by obstetric nurses with the use of the hands off procedure. A cross-sectional study was conducted, including 608 women who had their deliveries attended by obstetric nurses with the use of hands off as perineal protection conduit. Sociodemographic and obstetric clinical characteristics were evaluated. The data were collected from electronic medical records and records books of the nursing team. Statistical analysis was performed using the Pearson  $\chi^2$  test and the logistic regression model. It was observed that there was a prevalence of low-severity perineal outcomes in 96.5% of cases of low-severity (1st degree or integral perineum), showing an increased chance of perineal correction in primiparous women and when weight was greater than or equal to 3500g. However, considering the results of this investigation, it is believed that expectant management for perineal protection, hands off, can be considered within the good practices to assist women in the process of parturition, considering that this conduct promotes benefits related to maternal outcomes without compromising perinatal outcomes.

**DESCRIPTORS:** Natural Childbirth. Humanizing Delivery. Obstetric Nursing. Perineum

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos nascimentos de acordo com a via de nascimento e a conduta de proteção perineal realizada, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	45
Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	46
Tabela 3 - Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas na admissão hospitalar, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	47
Tabela 4 - Distribuições dos desfechos maternos de acordo com as práticas obstétricas, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	49
Tabela 5 - Distribuições dos desfechos perinatais de acordo com as práticas obstétricas, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	50
Tabela 6 - Distribuições das condições perineais em relação às mulheres primípara e não primíparas, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	51
Tabela 7 - Distribuições dos desfechos perineais em mulheres primípara, em relação as variáveis independentes para trauma perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018.....	53
Tabela 8 - Distribuições dos desfechos perineais em mulheres não primíparas, em relação as variáveis independentes para trauma perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018.....	54
Tabela 9 - Distribuições dos desfechos perineais em mulheres primíparas e primíparas, em relação cor de pele autodeclarada, Rio de Janeiro – RJ – 2018.....	55
Tabela 10 - Análise múltipla dos fatores associados à realização de correção perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018.....	56
Tabela 11 - Modelo final da análise múltipla dos fatores relacionados à realização correção perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018.....	57
Tabela 12 - Distribuições dos desfechos perinatais, em relação ao Ápgar no primeiro e quinto minutos de vida com tempo de expulsivo e presença de circular de cordão, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018.....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado para Idade Gestacional
CGSM	Coordenação Geral da Saúde da Mulher
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CPN	Centro de Parto Normal
DLE	Decúbito Lateral Esquerdo
EO	Enfermeira Obstetra
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FREBASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IFF	Instituto Fernandes Figueira
GIG	Grande para Idade Gestacional
IG	Idade Gestacional
MEB	Medicina Baseada em Evidências
MFE	Monitorização Fetal Eletrônica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
SIA/SUS	Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH/SUS	Tabela do Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Semi-sentada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	GERAIS .....	20
2.2	ESPECÍFICOS .....	20
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
3.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	21
3.2	PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	25
3.2.1	<b>Assistência ao parto baseada em evidências</b> .....	27
3.2.2	<b>Enfermagem obstétrica na assistência ao parto</b> .....	30
3.3	TRAUMATISMO PERINEAL: A DEMANDA PARA MUDANÇA DE PARADIGMA.....	33
3.4	ASSISTÊNCIA AO PARTO E AS REPERCUSSÕES PERINATAIS.....	35
4	<b>DELINEAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	38
4.1	DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO .....	38
4.2	CENÁRIO .....	38
4.3	POPULAÇÃO .....	40
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	41
4.5	PROCESSO DE COLETA DO DADOS .....	41
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	42
5	<b>RESULTADOS</b> .....	43
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA.....	43
5.1.1	<b>Características sociodemográficas</b> .....	44
5.1.2	<b>Dados clínicos e obstétricos</b> .....	45
5.1.3	<b>Variáveis de desfecho materno</b> .....	46
5.1.4	<b>Variáveis de desfecho perinatal</b> .....	47
5.1.5	<b>Índice de laceração perineal em mulheres que foram assistidas com a conduta “hands off”</b> .....	49
5.2	VARIÁVEIS CORRELACIONADAS.....	51
5.2.1	<b>Frequência e severidade das lacerações perineais associadas às variáveis de desfecho materno</b> .....	51

5.2.2	<b>Variáveis de desfecho perinatais e associação com índice de Apgar no primeiro e quinto minuto .....</b>	56
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	58
6.1	ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA NO MOMENTO DO PARTO E DESFECHO PERINEAL.....	60
6.2	COR DA PELE AUTODECLARADA E DESFECHO PERINEAL.....	61
6.3	IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO.....	62
6.4	UTILIZAÇÃO DE OCITOCINA INTRAPARTO.....	62
6.5	POSIÇÃO MATERNA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO .....	63
6.6	DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO .....	64
6.7	PRESENÇA DE CIRCULAR DE CORDÃO .....	65
6.8	PESO DO RECÉM NASCIDO .....	65
6.9	PUXOS ESPONTÂNEOS E DESFECHOS PERINEAIS.....	66
6.10	DESFECHO PERINATAL .....	68
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	73
	<b>ANEXOS .....</b>	80
	<b>APÊNDICE.....</b>	84

## 1 INTRODUÇÃO

O parto e nascimento era considerado um evento natural de caráter privado e pessoal que tinha como cenário o ambiente domiciliar com a presença de familiares e de uma parteira de confiança da família ou de experiência reconhecida na comunidade (FERREIRA et al., 2014; SILVA et al, 2015).

Em meados do século XIX, com o argumento dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal, iniciou a hospitalização do parto e a criação de maternidades (SILVA et al., 2015). A partir do século XX, na década de 40, foi intensificada esta institucionalização, permitindo a medicalização e o controle total do ciclo gravídico puerperal, tornando o parto um evento vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores desconhecidos conduzindo este período. (GOMES et al., 2014).

É indiscutível que o processo de modernização e o desenvolvimento tecnológico trouxe avanços importantes para a assistência no decorrer dos anos, reduzindo os índices de mortalidade materna e perinatal. No entanto este modelo hospitalar dominante, na segunda metade do século XX, principalmente nos países industrializados, foi intensificado de forma que as mulheres passaram a vivenciar o parto com a utilização excessiva de condutas intervencionistas e medicalizadas, muitas das vezes desnecessárias como, por exemplo, a imobilização no leito, posição ginecológica, cesárea agendada, a monitorização fetal eletrônica (MFE), a ocitocina para aceleração do parto, a prática da episiotomia, enema, tricotomia, revisão do útero após o parto, toque retal, tração controlada do cordão, dentre outras (VIANA, 2016).

O uso abusivo das intervenções no processo de parturição caracterizam a medicalização e a instrumentalização da atenção obstétrica, sustentando o modelo tecnocrático, que considera o parto um evento médico e patológico que precisa ser tratado. Além disso, a mulher deixa de ser protagonista do parto, perdendo a privacidade e autonomia, sendo afastada da família, submetida às rotinas e normas institucionais e às práticas intervencionistas sem ser orientada ou esclarecida sobre elas e sem ao menos o seu consentimento prévio (PREVIATTI E SOUZA, 2007; BARBOSA, 2013; FERREIRA et al., 2014; GOMES et al., 2014).

Este tipo de assistência imposto às mulheres, resultou em um excesso de intervenções e imposições durante o trabalho de parto e parto fazendo com que um processo natural e fisiológico se transformasse em doloroso, “anormal” e traumático. O uso irracional de tecnologias, desde o momento em que são admitidas nas unidades hospitalares para terem seus bebês, provoca mais danos que benefícios, e é justamente o que impede muitos países de reduzir

a morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, cada procedimento desnecessário adiciona mais custo no atendimento ao parto, além de potencializar efeitos adversos à saúde do binômio mãe-filho (SILVA et al., 2015).

Em resposta aos resultados desfavoráveis do modelo de atenção tecnocrático, a partir da década de 1980, vários movimentos internacionais surgiram na tentativa de melhorar as práticas obstétricas na assistência ao parto, como por exemplo, priorizar o uso das tecnologias apropriadas e baseadas em evidências científicas, qualificar a interação entre parturiente e seus cuidadores, desincorporar a utilização de tecnologia danosa, entre outros. Este movimento no Brasil, implica na retomada do parto como um processo natural e feminino, engajando profissionais e o movimento feminista a lutarem para recuperação da autonomia da mulher e, ainda, a adequação do nascimento de forma individualizada a cada mãe e família envolvidas no processo. (PREVIATTI E SOUZA, 2007; MENDONÇA, 2015).

A qualidade da assistência às mulheres durante o processo de parturição passa a ser um dos principais focos de debate e culminou com a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, que aconteceu em Fortaleza no ano de 1985, o qual teve como documento final recomendações de revisão das práticas adotadas na assistência ao parto, negando as intervenções desnecessárias e o excesso de hospitalização, assim como incentivar a criação de estratégias que fortaleçam a autonomia feminina no momento de parto e nascimento (SILVA et al., 2015).

São diversas as práticas consideradas “humanizadoras” e recomendadas como Diretrizes de Assistência ao Parto e Nascimento pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre elas temos que durante o trabalho de parto, devem-se oferecer conforto e segurança à parturiente, ter uma ingestão hídrica e nutricional adequada, dar suporte emocional, informar sobre os procedimentos realizados, encorajar a mulher a assumir posições verticalizadas, oferecer a liberdade de posição e movimento à parturiente. O controle da dor deve ser realizado através de métodos não invasivos e com a utilização de tecnologias não farmacológicas, tais como técnicas de relaxamento, massagens, respiração controlada, presença de um acompanhante de confiança, entre outros (FERREIRA et al., 2014; GOMES et al., 2014).

O atendimento à mulher em trabalho de parto deve garantir privacidade, segurança e conforto e isso implica que nenhuma intervenção de rotina deve ser realizada. Porém ainda existem diversos serviços de saúde no país que adotam condutas intervencionistas desencadeando o que denomina-se “cascata de intervenções”, ou seja, a realização de sucessivos procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados como, por exemplo,

toques vaginais repetidos, imobilização na cama, instalação de ocitocina de rotina, realização de episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros (GRILO DINIZ et al., 2016).

A manobra de Kristeller é uma técnica que consiste na aplicação de pressão manual no fundo uterino dirigindo-se para o canal do parto, na tentativa de encurtar o período expulsivo e favorecer o parto vaginal, entretanto esta prática é desencorajada pelo OMS e MS devido os grandes riscos de complicação materno-perinatal. Dentre os riscos maternos podemos citar: hemorragias graves, contusões, rotura e inversão uterina, aumento do risco de lacerações, prolapso urogenital, dequitação prematura, fratura de costela, lesão de fígado, entre outros. Em relação aos riscos perinatais, podemos mencionar o risco aumentado de distócias, fratura de clavícula, lesão de plexo braquial, trauma cefálico, hematomas, hipóxia, lesão de órgãos internos, entre outros. Este procedimento faz com que o parto seja mais doloroso, arriscado e frequentemente deixa sequelas físicas e/ou emocionais (SOUSA, 2013).

Outra técnica comumente utilizada na assistência ao parto é a episiotomia de rotina, que trata-se da realização de uma incisão ampliadora do orifício vulvar, durante a última fase do segundo estágio do trabalho de parto, momentos antes do desprendimento da cabeça fetal (NIY, 2012; SILVA et al., 2015). Este é um procedimento danoso quando realizado de forma não seletiva e que até hoje acontece de forma rotineira apesar de toda a evidência contrária (SILVA et al., 2013).

A primeira menção à episiotomia, em 1741, propunha a prevenção de lacerações severas e seu uso excepcional, porém passou a ser recomendada sistematicamente, na primeira metade do século passado, com o início da hospitalização da assistência ao parto, e foi tornando-se cada vez mais frequente (SOUSA, 2013). Os defensores dessa intervenção acreditam que esta prática tem a capacidade de prevenir lesões dos tecidos e complicações na cicatrização, favorecer a descida, facilitando o nascimento (SILVA et al., 2015). Outras justificativas para esta prática é que se trata de um corte retilíneo que acreditam ser mais favorável à mulher que os desorganizados provocados pelas lacerações espontâneas, além do parto “deixar a musculatura vaginal flácida” (TESSER et al., 2015).

As evidências científicas apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia e que esta conduta traz consequências negativas maiores, tanto físicas quanto psicológicas, quando comparamos com as associadas às lacerações espontâneas. A episiotomia predispõe a mulher aos efeitos imediatos como, por exemplo, o risco aumentado de perda sanguínea, infecção, dor e edema; e aos riscos tardios como disfunção sexual, a dispareunia, incontinência urinária, prolapso do colo do útero, entre outros. Neste contexto, ela é classificada pelo MS como claramente prejudicial e que deve ser utilizada de forma seletiva

na assistência ao parto e nascimento (PREVIATTI E SOUZA, 2007; CARVALHO et al., 2010; SILVA et al., 2013; COSTA et al., 2015; SILVA et al., 2015)

As mudanças na assistência, com práticas baseadas em evidências de modo a facilitar o processo fisiológico do parto, respeitar o ritmo do corpo feminino e os aspectos psicológicos e sociais do nascimento, ainda encontram grandes obstáculos, principalmente pelo fato da organização dos serviços de saúde ser baseada no modelo da intervenção de rotina, desde sua arquitetura aos mecanismos de financiamento (VERCH, 2013).

A maioria dos profissionais de saúde, formou sob o modelo intervencionista, e diversas instituições têm sido vagarosas na incorporação de mudanças. Em virtude da falta de experiência com o novo modelo, por vezes os profissionais apresentam-se inseguros em arriscar uma postura baseada em evidências, acreditando que a intervenção seja mais eficaz (BARBOSA, 2013; VERCH, 2013; VIANA, 2016).

No modelo tradicional considera-se o corpo feminino frágil, potencialmente perigoso para o bebê e sempre dependente da tecnologia. Isso é o que muitos pesquisadores denominam viés de gênero, um olhar preconcebido sobre o corpo da mulher, em que é por definição imperfeito e ameaçador, e não potencialmente adequado e saudável (VIANA, 2016).

O parto é um evento natural e feminino, e a OMS reafirma a necessidade de uma maior participação da enfermagem obstétrica na atenção ao parto, pois sua formação é voltada para o cuidado e não para intervenções (ROSA, 2016). A enfermagem obstétrica tem em sua formação, o envolvimento de habilidades e competências que possibilitam a prestação de cuidado às mulheres com gestação de baixo risco, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno-infantil (GOMES et al., 2014; SILVA et al., 2015). Este profissional tem sua atuação regulamentada na assistência ao trabalho de parto, na execução do parto sem distócia, na assistência à gestante e à puérpera desde 1986, por meio da Lei nº 7.498 (COFEN, 1986; FERREIRA et al., 2014; VIANA, 2016).

Enfermeiros obstétricos estimulam e resgatam a valorização da fisiologia do parto, incentivam a relação harmônica entre os avanços da tecnologia e a qualidade das relações humanas, além do respeito à mulher e aos direitos à cidadania. A OMS reforça que, 70 a 80% de todas as gestações podem ser consideradas de baixo risco, no início do trabalho de parto e, caracteriza o enfermeiro obstetra como o profissional mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações (NARCHI et al., 2013).

Existem evidências científicas de que uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e parto podem ser reduzidas por cuidados obstétricos apropriados, com o uso de tecnologia adequada (HEJAZI, 2016; ROSA, 2016).

O corpo perineal possui grande importância para as estruturas adjacentes, e proteger esta região, favorecendo sua integridade, é fundamental para a qualidade de vida da mulher. Considerando este aspecto, a lesão perineal é um tipo de intercorrência no processo de parturição que merece destaque e por isso, a busca por estudos que possibilitem o levantamento de evidências científicas, para a realização de condutas baseadas em tecnologia apropriada na assistência ao parto, que minimizem complicações e danos relacionadas às lacerações perineais, vem se tornando essenciais para a qualificação da assistência (DE OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005).

A frequência das lesões perineais varia consideravelmente e pode ser atribuída a fatores que incluem condições maternas, fetais e as características da assistência obstétrica. Entre primíparas, o peso do recém-nascido, o uso de ocitocina e a posição materna semi-sentada durante o período expulsivo foram apontados como os fatores de risco para traumatismo perineal (FRANCISCO et al., 2014; ROSA, 2016).

O trauma perineal é definido como aquele proveniente da prática da episiotomia ou por lacerações, e pode ser classificado em primeiro, segundo, terceiro e quarto grau. As lacerações são consideradas de primeiro grau quando compromete apenas pele e mucosas; de segundo grau quando acomete músculos perineais sem atingir o esfíncter anal; de terceiro grau quando a lesão do períneo envolve o complexo do esfíncter anal; e de quarto grau quando a lesão atinge o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal (GEMMA, 2016).

Nos partos sem episiotomia observam-se a predominância de períneos íntegros e lacerações de menor grau. As lacerações de 1º e 2º grau são menos dolorosas, provocam menor perda sanguínea, menor possibilidade de dispareunia e melhor cicatrização. No entanto, no Brasil, a maioria dos serviços continua adotando a episiotomia de rotina na atenção ao parto (HEJAZI, 2016).

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil, divulgada em 2014 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a realização de episiotomia acontece em 53,5% dos partos normais e a OMS orienta que esse número seja em torno de 10% (FREBASGO, 2016).

A busca por um modelo de atenção que devolva à mulher seu papel de protagonista no parto, respeitando a fisiologia do trabalho de parto e fornecendo suporte clínico e emocional

adequado, é o caminho para a assistência de qualidade que terá melhores resultados perinatais e maior satisfação das mulheres e dos profissionais de saúde (VERCH, 2013).

Diversas condutas de proteção perineal têm sido estudadas e propostas na assistência ao parto, como por exemplo, incentivar a mulher a assumir decúbito lateral no período expulsivo, permitir que a parturiente tenha puxos espontâneos, não realizar episiotomia de rotina, restringir o uso da ocitocina, evitar a adoção da posição horizontal, estimular a verticalização, realizar a lubrificação perineal, evitar manobrar e tracionar o feto durante o desprendimento cefálico e as denominadas condutas “Hands on” e “Hands off” (FRANCISCO et al., 2014; MACHADO, 2015; HEJAZI, 2016).

Condutas “Hands on” consiste em adotar práticas ativas de proteção do períneo como, por exemplo, as práticas relacionadas à contenção perineal durante o desprendimento cefálico, proteção/contenção do períneo com compressas mornas, massagem perineal, abaixar o períneo, aproximar a fúrcula durante o coroamento do feto, entre outras. A prática de “Hands off” compreende à conduta expectante até à saída espontânea dos ombros, ou seja são condutas observacionais em que o profissional não toca o períneo feminino sem que exista necessidade de intervenção (FRANCISCO et al., 2014; MACHADO, 2015; HEJAZI, 2016).

A assistência realizada durante o período gestacional, não levando em consideração somente ao número mínimo de seis consultas como preconizado, mas também visando a qualidade de assistência, favorece a detecção precoce de agravos e a tomada de condutas oportunas para evitar agravamento de problemas, o que reduziria drasticamente a incidência de agravos e óbitos maternos e perinatais, que são em maior parte evitáveis. Das taxas de mortalidade infantil, de crianças menores de um ano, 69,28% ocorrem no período neonatal, sendo a maioria relacionada ao pré-natal, parto e ao puerpério (FRANÇA, et al., 2009; BRASIL, 2012).

Dentre as principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil, destaca-se as afecções perinatais, visto que a maioria dos óbitos ocorrem nos primeiros dias de vida sendo relacionados principalmente à asfixia ao nascer, infecção, e complicações da prematuridade. Além disso cerca de um quarto dos óbitos ocorrem no primeiro dia de vida o que evidencia a relação entre mortalidade perinatal e assistência ao parto e nascimento (BRITO, 2014).

Foi publicado um relatório que aponta os dez países com maiores taxas de mortalidade infantil e reafirma que as principais causas de óbito, estão associadas à prematuridade, complicações no parto ou infecções, em que em sua maioria podem ser evitadas, porém evidenciou que o maior obstáculo é a falta de profissionais qualificados na assistência. Nos países em desenvolvimento a mortalidade neonatal é cerca de 27 mortes por cada mil

nascimentos, enquanto que nos países desenvolvidos, este valor é de apenas 03 a cada mil. (UNICEF, 2018).

Diante do exposto, diversas inquietações surgiram, dentre as quais se destacam: Qual o índice de lacerações perineais em partos assistidos por enfermeiras obstétricas que utilizam a conduta “Hands off”? Quais são os desfechos maternos e perinatais deste tipo de assistência?

Os aspectos motivadores para a realização desta investigação estão associados à proximidade com a disciplina de Saúde da mulher desde o período da graduação, a vivência como residente em Obstetrícia na assistência ao parto normal em uma maternidade que adotava a conduta “Hands off” e a observação empírica que esta conduta favorece à predominância de períneos íntegros e lacerações sem necessidade de reparo perineal.

A partir de uma revisão de literatura foi possível identificar uma escassez de publicações científicas acerca das condutas de proteção perineal nas bases de dados pesquisadas, intensificando a motivação sobre o presente estudo. Considerando a gravidade de possíveis complicações, ressalta-se a necessidade de identificar evidências científicas na assistência à parturiente, relacionadas à prevenção das lacerações perineais graves.

Portanto, o objeto desta investigação consiste no “desfecho materno perinatal da assistência à mulher por enfermeiras obstétricas com a utilização da conduta “hands off”. As justificativas que alicerçam esta pesquisa são: 1) a necessidade de estudos que visam à qualificação da assistência à mulher no processo de parturição; 2) subsidiar a enfermagem obstétrica quanto à utilização de boas práticas para assistência ao parto e suas possíveis consequências nos desfechos maternos e perinatais.

Diante do exposto foi elaborada as seguintes hipóteses para os desfechos maternos e perinatais: HA: Existe associação entre ao menos uma variável independente e os graus de laceração. HB: Existe ao menos uma variável independente para desfecho perineal que aumenta a chance de correção perineal. HC: Existe associação entre a presença de circular de cordão e/ou tempo de período expulsivo com desfechos perinatais

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAIS**

Analisar o desfecho materno-perinatal da assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas com a utilização da conduta “hands off”.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar a prevalência de laceração perineal em mulheres que foram assistidas com a conduta “hands off”, em relação aos desfechos;
- Descrever os desfechos perinatais alcançados em partos assistidos por enfermeiras obstétricas com a conduta “hands off”;
- Analisar as variáveis de desfechos maternos e perinatais, quando utilizada a conduta “hands off”.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E SEUS MODELOS ASSISTENCIAIS

A evolução da ciência trouxe avanços importantes para a sociedade, possibilitando a compreensão, por razões científicas, do corpo e da mente humana. A medicina desenvolveu meios para a prevenção de doenças, poupando vidas e diminuindo o sofrimento humano decorrente do adoecimento, resultando na promoção da saúde de forma a contribuir no crescimento e desenvolvimento populacional. Entretanto, criou o que se denomina autoridade profissional, a qual se expandiu gradativamente favorecendo o domínio médico sobre eventos cotidianos caracterizando a medicalização da assistência. Na área da filosofia, acredita-se que a medicalização faz com que os indivíduos, tenham menor capacidade de lidar com os processos naturais da vida como a sexualidade, parturição, envelhecimento, morte, entre outros. Esta autoridade pode significar uma ameaça à saúde e a produção de iatrogenias (GEMMA, 2016).

No século XX a medicina foi construída a partir da demanda da população, ou seja, baseada na doença, no sofrimento, sinais e sintomas o que determinou a atividade de atendimento sob domínio das doenças e sob a intervenção médica. Neste modelo de assistência à saúde, os avanços científicos, além de atenderem a demanda do doente, também iniciou uma imposição médica sobre o indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade fundamentado mais no contexto cultural que na assistência, onde a experiência humana acontece, normalmente através do emprego de tecnologias desnecessárias que acabam por medicalizar o corpo, e a tecnologia sobressai na vida da população (FOUCAULT, 2010).

No contexto da assistência ao parto, até o início do século XX, o cuidado era realizado por mulheres, parteiras, em domicílio, sendo a participação do homem, médico, na maioria das vezes inexistente ou restrita a casos específicos. A assistência ao parto era responsabilidade das parteiras e a experiência reprodutiva feminina era de domínio das mulheres. Ao longo deste século, a assistência à gestante em todo período gravídico-puerperal aproximaram-se da instituição e a obstetrícia ganhou maior reconhecimento (SILVA et al., 2015; GEMMA, 2016).

O modelo inicial da assistência médica ao parto, defendido pela Igreja Católica, descrevia a dor e o sofrimento como obra divina e penalização pelo pecado original. Dessa forma qualquer apoio que aliviasse riscos e dores no parto era dificultado ou proibido. Iniciava-se então uma tentativa de modificar tal situação pela reivindicação do papel exercido pela

obstetrícia em resgatar as mulheres deste “problema” da parturição dolorosa. Com isso a mulher passa a ser descrita como vítima por sua natureza e não mais como aquela que deve ser penalizada por pecados, e neste contexto é papel do obstetra intervir, antecipando condutas a fim de combater os “perigos” da parturição (MENDONÇA, 2015).

Nas primeiras décadas do século XX, há uma intensificação da utilização de instrumentais cirúrgico-obstétrico, já que o parto passa a ser compreendido como um fenômeno “fisiologicamente patogênico” e uma forma de “violência intrínseca” que resultaria sempre em danos, riscos e sofrimentos. Este modelo de assistência define a maternidade como “violência física e sexual da saída do bebê através das genitais da mulher” e deste modo, o evento do parto, sendo descrito de forma assustadora, a obstetrícia cirúrgica oferece a solidariedade humana e científica com a utilização de algumas tecnologias a fim de “amenizar o sofrimento feminino”, o que por consequência favorece a superioridade médica sobre a capacidade feminina de parir. (VERCH, 2013).

Durante várias décadas deste século, mulheres do mundo industrializado tiveram seus filhos de forma inconsciente, ou seja, sob sedação total. Esta prática iniciou na Europa e nos Estados Unidos trazendo uma aceitação positiva entre profissionais e parturientes das elites. O parto sob sedação envolvia a administração de morfina no início do trabalho de parto e, uma dose de escopolamina, responsável por provocar amnésia, e deste modo a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança do que havia acontecido. Como esse fármaco era também um alucinógeno, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto presas na cama, pois se debatiam intensamente e muitas vezes chegavam ao final processo com hematomas pelo corpo. Nestas situações havia indução do parto com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentais e o bebê retirado a fórceps (MENDONÇA, 2015; GEMMA, 2016).

O modelo da assistência sob sedação, associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, pois houve uma alta na morbimortalidade materna e perinatal e este fato passou a ser considerado inaceitável. Neste período formas seguras da utilização da anestesia foram desenvolvidas e como consequência, sua utilização passou a acontecer de forma rotineira o que favoreceu a manutenção do modelo de assistência tecnocrática (ROSA, 2016). Apesar de não haver evidências científicas consistentes de que o modelo hospitalar de assistência fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto, ele se expandiu como padrão da assistência nas áreas urbanas e na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países (GEMMA, 2016).

A Revolução Industrial foi um marco histórico com íntima influência no cenário obstétrico, pois neste período houve a valorização da utilização de tecnologia e da visão

mecanicista do corpo humano, principalmente o corpo feminino, e deste modo havia a priorização do nascimento de um bebê saudável à satisfação da mulher. Esta situação caracterizou a assistência ao parto como uma “linha de produção”, podendo ser manipulada e adequada para atender as demandas dos serviços de saúde (RATTNER, 2009).

Para Davis-Floyd, coexistem três modelos de atendimento obstétrico, o tecnocrático, humanizado e o holístico, em que todos apresentam-se com características específicas. O modelo tecnocrático é caracterizado pela separação mente-corpo, o corpo considerado como máquina, o paciente como objeto, o profissional é alienado em relação ao paciente, o diagnóstico e o tratamento acontecem de fora para dentro, onde não acredita-se na capacidade natural do corpo; organização hierárquica e padronização dos cuidados nas instituições; autoridade profissional sobre o paciente; valorização excessiva da ciência e da tecnologia; intervenções agressivas com ênfases em resultados imediatos, excesso de controle do processo saúde-doença e a morte como fracasso deste; um sistema guiado pelo lucro e com isso a intolerância para com outras modalidades não capitalistas (FLOYD, 2000).

A medicalização, a mecanização do corpo, a valorização da tecnologia e a padronização dos processos de trabalho caracterizam este modelo, e tornam os pacientes “objetos”, um ser sem história, conferindo aos profissionais da saúde e às instituições hospitalares a autoridade e a responsabilidade pelo processo de tomada de decisão. A ausência de personalização do atendimento e o cuidado não individualizado fazem com que a anamnese e o exame físico se tornem secundários e pouco importantes na formulação de diagnósticos. Podemos caracterizar a despersonalização da mulher, no âmbito de assistência ao parto, logo na admissão hospitalar com a imposição de vestimentas da instituição e excessos de práticas rotineiras e intervencionistas como os toques vaginais, enemas, episiotomia, ocitocina, fórceps entre outros (RATTNER, 2009; MENDONÇA, 2015; GEMMA, 2016 ).

Existe um pensamento tendencioso em relacionar os melhores desfechos maternos-fetais ao uso de tecnologias, pois não são considerados os riscos e efeitos potenciais das intervenções. O excesso de utilização das técnicas podem desencadear intervenções inapropriadas e produzir danos iatrogênicos (RIESCO, 2014). Esta situação caracteriza o paradoxo perinatal, em que se observa o adoecimento e/ou morte de mulheres e recém-nascidos tanto pela ausência quanto pelo uso inadequado da tecnologia (SOUZA e PILEGGI-CASTRO, 2014; VIANA, 2016).

O paradigma da humanização surge em reação ao excesso de tecnocracia na assistência, e inicia nas últimas décadas do século XX na tentativa dos profissionais reconstruir o modelo assistencial dominante, tornando-o individualizado, relacional, recíproco e empático.

Este, caracteriza-se pelo reconhecimento da interconexão entre mente e corpo e que este é um organismo que reage às manifestações da mente e possui capacidade de cura; a importância da relação entre o profissional e a paciente, e este como sujeito do cuidado; diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora de modo a possibilitar equilíbrio na utilização de ciência e tecnologia em detrimento do funcionamento natural do corpo; harmonia entre as necessidades do indivíduo e das da instituição; corresponsabilidade entre profissional e paciente na tomada de decisão; cuidados movidos pela empatia, e enfoque na prevenção (FLOYD, 2000).

O modelo holístico foi introduzido para indicar a influência entre corpo, mente, emoções, espírito e ambiente no processo de cura do paciente. Esta abordagem na assistência ao parto, incentiva a participação ativa da mulher em todo processo de parturição; dedica a atenção aos seus componentes psicológicos, pois estes influenciam na gravidez ou no trabalho de parto; acredita no corpo como um sistema de energia conectado a outros sistemas, ou seja se abre para utilização de técnicas médicas que utilizam energia como: acupuntura, diagnoses intuitiva, Reiki, homeopatia; imposição de mãos, toque terapêutico, entre outros; a cura acontece de dentro para fora; o cuidado deve ser individualizado, em que cada corpo é visto como único; autoridade e responsabilidade é inerente ao indivíduo; e a ciência e tecnologia é colocada à disposição da paciente (FLOYD, 2000).

A assistência humanizada consiste na atenção voltada para a mulher e família, com enfoque no protagonismo feminino em todo ciclo gravídico puerperal, oferecendo liberdade de escolha, favorecendo um ambiente acolhedor, oportunizando a presença do acompanhante de escolha da mulher e promovendo suporte técnico, físico e emocional. O modelo holístico de cuidado favorece o emponderamento da mulher, ao percebê-la conectada com a mente e o ambiente (NARCHI et al., 2013).

A crítica ao modelo tecnocrático se acelera e intensifica com a criação do Comitê Europeu que objetivava investigar as intervenções na assistência ao parto para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Havia um aumento de custos sem que houvesse melhoria nos resultados da assistência; existia a ausência de um consenso sobre os procedimentos mais adequados, e a diversidade de opiniões sobre determinada conduta apresentavam-se como uma problemática (RIESCO, 2014; MENDONÇA, 2015). Este Comitê era apoiado pela OMS e constituído por profissionais de saúde e epidemiologistas na sua criação e posteriormente, por sociólogos, parteira e usuárias. Assim alguns grupos se organizaram visando a sistematização dos estudos de eficácia e segurança na assistência à gestação e ao parto (FONSECA et al., 2012).

Neste período inicia-se a colaboração internacional, que desenvolveu um método de revisão sistemática, mais tarde denominado MBE (Medicina Baseada em Evidências), que foi um movimento internacional criado na década de 1980 que nasceu do reconhecimento de que grande parte da assistência à saúde não tem respaldo científico, ou seja, não são baseados em estudos de qualidade sobre eficácia e segurança. Com isso foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico “menos tendencioso” a respeito de cada procedimento (CARVALHO et al., 2010; CÔRTEZ et al., 2015).

### 3.2 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

As práticas baseadas em evidências surgiram do trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, em que a partir das necessidades de responder e organizar sistematicamente os resultados de pesquisas, além de auxiliar nas tomadas de decisões dos profissionais da área médica, surgiu a Colaboração Cochrane, uma organização sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais, a qual possui o grupo diretor (Steering Group), com sede em Oxford e Reino Unido (PORTO et al., 2010).

A MBE pode ser definida pela prática da medicina em que a experiência clínica sofre uma análise crítica e aplicam-se racionalmente as informações científicas, ou seja, a experiência é integrada à ciência a fim de trazer a melhoria e qualidade à assistência. Na MBE, a busca de atualização dos conhecimentos surge sob os questionamentos relacionados à resolução de problemas do paciente, favorecendo aquisição de conhecimentos de epidemiologia clínica, humanização da profissão, e contribuindo para a qualificação do serviço (MASETTI et al., 2016).

Dentre as competências necessárias para a prática da MBE o profissional deve ser prioritariamente capaz de identificar os problemas do paciente, converter os problemas em questões para a busca das respostas necessárias, pesquisar nas fontes de informação através de uma revisão sistemática da temática, avaliar a informação adquirida e a qualidade da evidência de modo a compreender se o resultado favorece ou nega o valor de uma determinada conduta, concluir corretamente quanto o significado das informações e aplicar as conclusões da avaliação na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes (PORTO et al., 2010).

Para CÔRTEZ et al (2015) o cuidado à saúde baseado em evidências está relacionado às necessidades de saúde e se originam de questões clínicas da sociedade, e a partir de pesquisas surgem o conhecimento e as evidências. O primeiro componente para a realização desse processo de cuidado relaciona-se com a avaliação e a síntese de evidências geradas pela

pesquisa; em seguida há necessidade de transferência e o uso das evidências na prática e por fim avalia-se o impacto da utilização das evidências na melhoria da saúde. Todas as etapas são indispensáveis para o alcance do objetivo final, que é a melhoria da assistência, porém os dois últimos componentes do processo constitui um grande desafio tendo em vista as dificuldades de transferência das evidências para a prática e sua avaliação final, além de entender que se trata de um processo dinâmico e complexo (GALVÃO et al., 2009; CÔRTEZ et al., 2015).

O movimento da prática baseada em evidências vem sendo discutido em vários países, principalmente Reino Unido, Canadá e Estados Unidos. No Brasil a Medicina Baseada em Evidências foi introduzida por Álvaro Nagib Atallah, professor da Universidade Federal de São Paulo, sendo responsável pela fundação do Centro Cochrane do Brasil, em outubro de 1996, um dos 14 centros da Colaboração Cochrane do mundo. A Cochrane do Brasil é a principal organização sem fins lucrativos e não governamental que oferece ensino, pesquisa e extensão em prática baseada em evidências, MBE, e saúde baseada em evidências no país. Além disso, é parceira da Universidade Federal de São Paulo e do Ministério da Saúde (FONSECA et al., 2012).

A enfermagem baseada em evidências originou-se do movimento da medicina baseada em evidências, que no Brasil, teve início predominantemente na área médica e nas universidades, estando a enfermagem ainda iniciando este movimento. Esta prática na enfermagem refere-se à utilização consciente, explícita e criteriosa de informações provenientes de evidências científicas ou teorias, para a tomada de decisão no cuidado do paciente, tendo como princípio as necessidades individuais, e para isso é necessário a realização de estudos que suscitem práticas inovadoras que sustentem as ações e as relações do profissional enfermeiro no sistema de saúde, assim como modificar a assistência com evidências encontradas ou através das boas práticas de cuidado ( GALVÃO et al., 2009, OLIVEIRA et al., 2014).

As Práticas Baseadas em Evidências (PBE) possuem enfoque na solução de problemas fundamentado nas melhores evidências científicas, ou seja, existe a busca de uma avaliação crítica das evidências encontradas para a realização da melhor conduta singular da avaliação do profissional compartilhada com a mulher para resolução de um problema, implementação das ações, e avaliação dos resultados obtidos. Portanto esta prática é oriunda da pesquisa clínica focada no paciente, para aperfeiçoamento das medidas de diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção de doenças e agravos (PEDROSA et al., 2015).

A revisão sistemática é um importante recurso utilizado pela prática baseada em evidências, em que os resultados das pesquisas são coletados, categorizados, avaliados e sintetizados. Este método facilita o processo de obtenção dos resultados das pesquisas, tendo

em vista a existência de sobrecarga e complexidade de informações na área da saúde e a ausência de tempo associado ao excesso de serviço no campo da profissão (GALVÃO et al., 2009).

A prática de enfermagem baseada na evidência emerge como um eixo de estruturação da sistematização do conhecimento produzido, em que objetiva planejar e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica para maior eficácia e efetividade no cuidado ao paciente. Esta definição para a assistência sistematizada engloba o conhecimento das questões psicossociais, fisiopatológicas, valores e preferências do cliente quanto às condutas terapêuticas (GALVÃO et al., 2009; FONSECA et al., 2012).

A utilização de revisões integrativas como método para a PBE tem sido bastante utilizada embora se considere o método de revisão sistemática de ensaios clínicos controlados e aleatórios como sendo o melhor método de análise e síntese de pesquisas clínicas. A revisão integrativa contribui para o aprofundamento do tema investigado, de modo a favorecer a qualidade dos serviços de saúde, bem como a redução dos custos operacionais (PEDROSA et al., 2015).

As crescentes mudanças oriundas das práticas da enfermagem baseada em evidências são relevantes para um maior desenvolvimento profissional, porém são poucos os enfermeiros que atuam em ambientes que tem suas ações pautadas em evidências científicas, porém são pautados dentro das boas práticas de cuidado. Verifica-se a importância da organização e desenvolvimento de estudos científicos com maior rigor metodológico para a garantia de uma PBE na área da enfermagem, assim como, a capacitação do mesmo para buscar e utilizar de evidências na prática profissional, tendo em vista a transposição da dicotomia entre o cuidar e os estudos científicos (OLIVEIRA et al., 2014; PEDROSA et al., 2015).

O conhecimento da enfermagem é relevante para articular a realização de ações de educação em saúde, contribuir para a redução da morbimortalidade e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, bem como a qualidade de vida de pacientes e profissionais (OLIVEIRA et al., 2014).

### **3.2.1 Assistência ao parto baseada em evidências**

Em busca de melhorias na assistência ao parto e nascimento, no ano 1985, houve uma conferência, em colaboração com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa e Américas, a respeito da utilização de tecnologias apropriadas no parto, e algumas recomendações foram

realizadas: a participação das mulheres no planejamento e avaliação dos programas de assistência; a presença de acompanhantes em todo período de internação hospitalar; a liberdade de posições no trabalho de parto e parto propriamente dito; a não realização de enema, tricotomia e amniotomia; abolição do uso da episiotomia de rotina e da indução do parto. Argumentam que os países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% são os que possuem menores taxas de mortalidade materna e perinatal e afirma que não há justificativas para taxas de cesariana maiores de 15% (MENDONÇA, 2015).

As organizações de saúde, juntamente com os profissionais engajados, mulheres e ativistas da humanização do parto, vêm ampliando as mudanças e legitimando as práticas de cuidado reescrevendo a assistência ao parto baseado em evidências científicas, com cuidado de qualidade, individualizado e favorecendo à experiências positiva (MASETTI et al., 2016).

O enfermeiro obstétrico é apontado como profissional qualificado e comprometido, que tem em sua formação a assistência à mulher baseado em um modelo humanístico de cuidar, resgata o parto normal como evento fisiológico e proporciona dignidade, segurança e autonomia, reconhecendo os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, não realizando intervenções desnecessárias e garantindo os direitos de cidadania da mulher e sua família (NARCHI et al., 2013).

Em 1993 foi publicada uma revisão sistemática de aproximadamente 40.000 estudos sobre assistência ao parto, desde 1950, a qual incluía 275 práticas de assistência, as quais foram classificadas quanto à sua segurança e efetividade. Uma síntese desta revisão foi anunciada pela primeira vez em 1996, em que a OMS publicou um guia sobre cuidado na assistência ao parto normal estabelecendo recomendações baseadas nas evidências científicas, advindo da epidemiologia clínica, buscando condutas em saúde mais eficientes (SILVA et al., 2015; VIANA, 2016).

No ano de 2000 recomendações da OMS foram publicadas no Brasil pelo MS, sob o título “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático” e enviado a cada profissional da área. O livro evidencia que o cuidado prestado às mulheres durante o momento do parto no Brasil tem muito a superar, uma vez que existe uma distância significativa entre a prática e as evidências científicas (TESSER et al., 2015).

Em 28 de Março de 2011 foi implantada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha que trata-se de uma rede de serviços que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, assim como à criança, o direito ao nascimento seguro, ao desenvolvimento e crescimento saudável. O Programa é composto de três módulos: pré-natal, acolhimento e transporte. O primeiro módulo favorece a vinculação

entre pré-natal e a maternidade de referência para o atendimento ao parto. No segundo, a mulher é acolhida na maternidade e seu risco é estratificado para atendimento; já o terceiro e último módulo, lançado em 2012, disponibiliza serviços de atendimento móvel às usuárias (SÉ, 2016).

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que modifica a Lei nº 8.080 de 1990 dispondo sobre a incorporação de tecnologias em saúde e assistência no âmbito do SUS, que define que o MS, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC são responsáveis pela incorporação, modificação ou exclusão de procedimentos, medicamentos novos ou produtos, assim como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes se referem a documentos que visam garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016).

Em Maio de 2016 foram elaboradas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do MS para a qualificação da assistência ao parto no país. Este documento foi elaborado por um grupo multidisciplinar: médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela CONITEC e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) do MS e visa orientar as mulheres, os profissionais de saúde e os gestores sobre importantes questões relacionadas à assistência ao parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2016).

Existe uma redefinição da assistência ao parto pelo movimento feminista e apoiado pela medicina baseada em evidências em que o corpo feminino foi reescrito como perfeito e apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções. O nascimento, antes considerado um perigo eminente para o bebê, é redefinido como processo fisiológico importante e necessário à transição para a vida extrauterina (respiratória, endócrina, imunológica). O parto, antes desenhado como um evento médico cirúrgico e de risco passa a ser considerado como um momento que deve ser tratado com respeito, como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar”, em que os familiares são convidados à cena do nascimento, em especial os pais (MASETTI et al., 2016).

Em 2018 foi publicado a “Intrapartum care for a positive childbirth experience,” em que trata-se de uma diretriz da OMS, que traz um consolidado de recomendações e práticas assistenciais que devem ser oferecidas a todo binômio mãe-filho, durante o trabalho de parto e parto. Fornece um conjunto de condutas fundamentais que garantem que o parto não seja apenas seguro, mas que promova uma experiência positiva para as mulheres e seus familiares, com o cuidado centrado na mulher, baseado em uma abordagem holística e respaldado por evidências

científicas, de forma a reduzir as intervenções desnecessárias e de rotina no processo de parturição, garantir os direitos humanos e otimizar a qualidade do serviço. Deste modo, ao delinear um novo modelo de assistência intraparto, elaborou um cuidado que seja adaptável aos contextos individuais dos países e que permite a redução substancial dos custos (WHO, 2018).

Dentre as principais recomendações da diretriz de cuidados intraparto para uma experiência positiva para o parto podemos citar: realização de cuidado respeitoso com a manutenção da privacidade, dignidade e confidencialidade; comunicação eficaz entre os profissionais e parturientes; direito a um acompanhante de escolha da mulher; continuidade de cuidados do pré-natal ao pós parto; orientações quanto a definições de fase latente e ativa de trabalho de parto e suas intervenções; exame de toque a cada 4 horas para as mulheres de baixo risco; ausculta fetal intermitente durante o trabalho de parto e parto; direito à analgesia epidural e opióides para gestante saudáveis que solicitam; utilização de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor; incentivo à mobilidade, liberdade de posição e alimentação durante o trabalho de parto e parto; incentivo aos puxos espontâneos; utilização de condutas de proteção perineal e utilização de rotina de ocitocina 10UI após o parto (WHO, 2018).

Não recomenda-se pelvimetria de rotina, exames de cardiotocografias em parturientes saudáveis, enemas, tricotomia; amniotomias, episiotomia e uso ocitocinas precoce e de rotina na assistência ao parto. Em relação aos cuidados com os recém nascidos, recomenda-se clampeamento tardio do cordão, a aspiração nasal e oral, nos bebês que nasceram em líquido claro e iniciaram a respiração espontânea, não deve ser realizada; contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida; administração profilática de vitamina k e adiamento do primeiro banho por 24h (WHO, 2018).

### **3.2.2 Enfermagem Obstétrica na Assistência ao Parto**

A atuação da enfermagem obstétrica possui respaldo na Lei n° 7.498 desde 1986, a qual define como atribuição do enfermeiro obstétrico assistir à mulher em todo ciclo gravídico e puerperal, prestando assistência ao parto normal sem distócias com autonomia. As práticas obstétricas no modelo humanizado, teve as enfermeiras sob estímulo e respaldo com a regulamentação da assistência por meio de duas portarias, a n° 2.815 de 29 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, e a Portaria GM n° 163 do mesmo ano (ROSA, 2016).

A assistência e o papel da enfermagem obstétrica teve grande destaque durante a década de 90, com o início do movimento de humanização do parto e do nascimento. Este modelo acredita que, a redução da morbimortalidade materna está intimamente relacionada com

a minimização das taxas de cesarianas e o incentivo ao parto normal. Traçando como estratégia a redução das taxas de cesarianas, a inserção da enfermeira obstetra acontece de modo a incentivar o parto normal e implantar práticas baseadas em evidências (ATALLAH E CASTRO, 1998; FERREIRA et al., 2014; ROSA, 2016).

Atualmente existem três tipos de serviço de maternidade: modelo tecnocrático, humanizado e intermediário. O primeiro caracteriza grande parte do modelo obstétrico do país, altamente mecanizado e tecnicista, centrado no profissional médico, o qual possui a maioria da assistência sem incorporação de práticas baseadas em evidências científicas; o segundo modelo, possui forte atuação de enfermeiras obstétricas e obstetizas, sendo estes realizadas em CPNs, (centro de parto normais), com baixas taxas de intervenções e a valorização da fisiologia da gestação e do parto; o terceiro e último modelo mescla ambas as abordagens (GEMMA, 2016).

O enfermeiro obstetra é apontado como profissional qualificado e comprometido, tendo em vista uma formação que valoriza a fisiologia da gestação e do parto, resgata o parto normal como evento natural, não realizando intervenções desnecessárias de forma a garantir a cidadania da mulher e sua família (NARCHI et al., 2013).

Uma revisão sistemática da Cochrane sugere que modelos de assistência ao parto, para mulheres de risco habitual ou baixo risco, envolvendo enfermeiros obstétricas, obstetizas e parteiras associam-se a menores taxas de intervenções. Foi realizado um estudo comparativo entre os modelos de assistência e identificou-se 11 ensaios, envolvendo 12.276 mulheres. Dentre os benefícios associados à prática da enfermagem obstétrica, foi observado maior chance de parto espontâneo, menor risco de episiotomia e parto instrumental, e maior sensação de controle pela parturiente do processo de parturição e nascimento. Além disso, observou-se maior chance de iniciar aleitamento precoce e menor duração da hospitalização neonatal. Não houve diferenças na mortalidade perinatal (HATEM et al., 2009; GEMMA, 2016).

Outra revisão sistemática semelhante da base de Dados da Cochrane, reafirma o estudo anterior, o qual incluiu 15 ensaios envolvendo 17.674 mulheres, e sugere que, aquelas que receberam assistência pelos modelos de cuidado contínuos conduzidos por midwives (parteiras), tiveram maior satisfação no parto, maior possibilidade de partos espontâneos, menor risco de utilização de instrumentais e intervenções desnecessárias, e integridade perineais (SANDALL, J. et al, 2016).

A implementação da humanização do parto, é compreendido por um processo contínuo e dinâmico, pois a maioria dos serviços de saúde têm resistência em incorporar as práticas baseadas em evidências científicas, tendo em vista que estas ações ainda não foram

capazes de superar o modelo tradicional de assistência de modo a produzir modificações substanciais na assistência obstétrica do país (DA SILVA et al., 2011).

A tecnologia em saúde, geralmente está associada aos modelos biomédicos, como por exemplo, os equipamentos e instrumentais utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, entretanto este significado de tecnologia é mais amplo, e pode ser compreendido por conhecimentos que podem ser utilizados na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação do paciente (FERREIRA et al., 2014). As tecnologias em saúde podem ser classificadas em tecnologia dura, ou seja, equipamentos tecnológicos; leve, que estão relacionadas às tecnologias de relações, de acolhimento e vínculo; e as leve-dura, quando relacionamos aos saberes estruturados do processo de saúde; (SANTOS et al., 2017).

No contexto da Enfermagem Obstétrica, as tecnologias de cuidado correspondem a um conjunto de conhecimentos, procedimentos e técnicas que são empregados no processo de parturição e se fundamentam na perspectiva de que a gestação, o parto e o nascimento são eventos naturais da vida humana e sua aplicação busca evitar intervenções desnecessárias nos processos fisiológicos envolvidos (DA SILVA et al., 2011).

Tais tecnologias visam promover conforto e relaxamento, reduzir riscos e instituir cuidados eficazes e benéficos empregados de forma individualizada como, por exemplo, a utilização da água morna, aromaterapia, musicoterapia, massagens relaxantes, incentivo à respiração controlada, estímulo à deambulação, exercícios posturais, movimentos pélvicos; utilização de recursos como bola suíça, banqueta, cadeira de balanço obstétrica ou “cavalinho”; as tecnologias de cuidado que utilizam os princípios da água e da gravidade, como o parto na água, verticalizado e de cócoras; e as tecnologias de preservação da integridade corporal como as condutas de proteção perineal que evitam intervenções desnecessárias, como a episiotomia de rotina (DA SILVA et al., 2011).

A invasão do períneo feminino no decorrer dos anos pela prática rotineira da episiotomia, representa um modelo de assistência intervencionista predominante em todo o mundo, reduzindo os processos da parturição aos aspectos biológicos. Este procedimento exemplifica como as intervenções e tecnologias são incorporadas às rotinas assistenciais e mesmo sem evidências científicas, suas recomendações são legitimadas nas práticas dos profissionais da obstetrícia (DAHLEN et al., 2011).

Tal situação revela a importância da reflexão sobre o modelo da assistência atual à mulher durante o ciclo gravídico puerperal, visando práticas baseadas em evidências científicas de modo a proporcionar à mulher um atendimento de qualidade, de forma a minimizar os riscos

e complicações, bem como a valorização do parto e nascimento como um evento natural, emocional e familiar (GEMMA, 2016).

### 3.3 TRAUMATISMO PERINEAL: DEMANDA PARA MUDANÇA DE PARADIGMA

O períneo, também nomeado de assoalho pélvico, pode ser caracterizado como uma região que se estende da vulva ao ânus, composta por músculos, fibras musculares e fâscias e circunscrita pelas estruturas pélvicas: sínfise púbica, o cóccix e os ramos isquiopúbicos e tuberosidades isquiáticas. O corpo perineal proporciona suporte ao canal vaginal e ao segmento anorretal, funciona como barreira física entre a vagina e o reto, promove a prevenção da expansão do hiato urogenital, auxilia na manutenção da continência urinária e fecal (CUNNINGHAM et al., 2016; GEMMA, 2016).

No período gestacional o corpo da mulher sofre diversas transformações fisiológicas que preparam a região do assoalho pélvico para o processo de parturição, entretanto, eventualmente podem ocorrer traumas perineais decorrentes de lacerações espontâneas ou por episiotomia, que podem ser únicas ou múltiplas (CUNNINGHAM et al., 2016; GEMMA, 2016)

O trauma perineal, pode apresentar profundidade e localização variáveis. Em relação à localização, as lacerações podem acometer a região perineal anterior e posterior sendo a primeira na região do clitóris, lábios e região vestibular e a segunda na parede vaginal, fúrcula e musculatura perineal e anal. Quanto à profundidade, os traumas podem ser classificados como lacerações de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau, envolvendo respectivamente: pele e mucosa vaginal; pele, mucosa e feixes musculares; esfíncter anal; e a mucosa retal. Existe uma classificação internacional na qual a rotura de terceiro grau é subdividida de acordo com o grau de acometimento do esfíncter anal, sendo **3a** para acometimento de menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo; **3b** quando há laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo; e **3c** quando acomete todo esfíncter anal interno (HEALTH, 2014).

As lesões perineais decorrente dos traumas estão associadas aos fatores maternos, fetais e da assistência ao trabalho de parto e parto. Em relação a estes fatores podemos mencionar a relação de paridade da mulher, dimensões do períneo, existência de cicatriz perineal anterior, local de parto, profissional responsável pela assistência, duração do período expulsivo, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, posição materna, parto instrumental, estimular puxos dirigidos, uso de manobra de proteção perineal, peso do recém-nascido, entre outros (GEMMA, 2016).

Os efeitos clínicos e morbidades associadas ao trauma perineal estão diretamente relacionados à profundidade e localização das lesões, e estão relacionados à problemas de curto e longo prazo para a mulher, especialmente as lacerações de terceiro e quarto grau. Dentre as complicações imediatas tem-se o risco de maior perda sanguínea, cicatrização prejudicada, infecção, dor perineal e maior necessidade de sutura. A longo prazo, além de alterações estéticas tem-se queixas comuns de disfunções urinárias, intestinais e sexuais (ROSA, 2016).

Durante a evolução e desenvolvimento da assistência obstétrica, o períneo feminino ganhou visibilidade, tornando-se com frequência, um local de intervenção cirúrgica, pois acreditava-se que este apresentava uma potencial ameaça ao feto, e por consequência à mãe, decorrente da resistência que o mesmo exercia durante o desprendimento cefálico (DAHLEN et al., 2011; GEMMA, 2016).

Em relação à utilização de tecnologias no cuidado perineal, dentro do contexto histórico, observa-se dois modelos dicotômicos: o primeiro, modelo social geralmente realizado por parteiras em que a preservação do períneo e o conforto à mulher eram o principal objetivo; o segundo, modelo cirúrgico prestado por médicos, o qual era visto como uma intervenção necessária para garantia da segurança materna e antecipação de qualquer tipo de complicação que poderia vir a ocorrer (GEMMA, 2016).

A utilização da episiotomia como proteção perineal foi visualizada durante anos e até os dias atuais, por diversos profissionais, como uma prática de proteção perineal e redução de resultados perinatais não favoráveis. Entretanto com a prática da obstetrícia baseada em evidências, existe a preocupação em reduzir a utilização indiscriminada desta intervenção, tendo em vista que se trata de uma técnica que pode favorecer a ocorrência de complicações mais sérias quando comparadas com sua utilização seletiva (ROSA, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização criteriosa da episiotomia, e que essa prática seja em torno de 10%, sendo esta uma realidade de alguns países europeus. Há recomendações que a utilização da episiotomia deve ser restrita e os profissionais são encorajados a julgarem clinicamente e decidirem sobre a necessidade real deste procedimento. Até o momento, não existem evidências clínicas que corroboram para qualquer indicação de episiotomia, ou seja não é conhecida qualquer evidência que comprova se existe a necessidade de sua realização em algum contexto da prática obstétrica (AMORIM, 2014).

Diante da função do corpo perineal, sua importância para as estruturas adjacentes, e a consciência da morbidade após o trauma, a manutenção da integridade anatômica é fundamental para o funcionamento adequado e para a qualidade de vida da mulher. Deste modo, diferentes condutas e intervenções perineais estão sendo utilizadas e estudadas objetivando a

manutenção da integridade local e minimizando lacerações de terceiro e quarto grau. O principal objetivo das condutas de proteção perineal menos invasivas é desacelerar o segundo estágio do parto e permitir que o períneo tenha sua elasticidade preservada e gradual de modo a prevenir as lacerações graves. Dentre as principais condutas atuais, tem-se a massagem perineal, utilização de compressas mornas, “hands off” ou mãos livres, e o manejo ativo do períneo, em que todas são executadas no segundo estágio do trabalho de parto (AASHEIM, et al., 2017).

As condutas de manejo perineal são práticas em que há orientação ou apoio desta região objetivando reduzir o trauma diminuindo o diâmetro da apresentação cefálica através do orifício vaginal. Variadas técnicas tem sido utilizadas, entre elas a técnica de flexão e a manobra de Ritgen. A primeira refere à manutenção da flexão da cabeça fetal com uma das mãos, exercendo pressão sobre o occipital que se direciona ao períneo, impedindo a extensão do mesmo até o coroamento, com a outra mão realiza-se o apoio perineal. A segunda consiste na proteção perineal por meio da preensão com uma das mãos com auxílio de uma compressa, a outra mão deve ser utilizada para sustentar o occipito do bebê de forma a controlar a velocidade de desprendimento e a manutenção da flexão do polo cefálico, objetivando o alongamento lento e gradual do períneo e por consequência reduzindo o trauma perineal (AASHEIM, et al., 2011).

Embora muitos autores considerem hands off como uma técnica de proteção perineal, neste estudo esta é considerada como uma conduta profissional, em que o mesmo adota uma postura em que não visa apenas a proteção perineal, mas um cuidado que abrange a mulher e ao bebê.

O número variado de técnicas de proteção perineal coloca a questão sobre qual o melhor apoio ou quais técnicas oferecem maior benefício para prevenir trauma perineal. Deste modo, a necessidade de estudos para subsidiar os profissionais na utilização de práticas boas práticas ou condutas baseadas em evidências científicas que minimizem os danos e complicações referentes às lacerações perineais, tornam-se essenciais para a atenção ao parto, tendo em vista um cuidado de qualidade e a utilização de tecnologias apropriadas para o cuidado à mulher em seu momento de parturição.

### 3.4 ASSISTÊNCIA AO PARTO E AS REPERCUSSÕES PERINATAIS

Os fatores determinantes da mortalidade materna e perinatal estão relacionados à qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido. Apesar da ampliação da cobertura e acesso ao pré-natal, ainda existe um importante comprometimento na qualidade

do serviço, além de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento conseguem realizar o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Em 2009 a taxa de mortalidade neonatal no mundo foi de 24 por mil nascidos vivos, no Brasil foi de 11,5, em 2011 este valor apresentou-se como 10,6 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade neonatal precoce (zero a 6 dias) foi de 8,1 para cada mil nascidos vivos, já em relação à mortalidade perinatal (óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação até o sétimo dia de vida) no Rio de Janeiro em 2011 foi de 18 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2012).

Com relação a assistência ao parto, destaca-se que no período entre 1915 e 1925 foi adotada como prática rotineira, a utilização da episiotomia, pois além dos motivos maternos já mencionados acreditava-se que era uma forma de expandir o trajeto de parto para reduzir a morbimortalidade infantil. Diversos profissionais acreditam que as indicações perinatais para realização de episiotomia são: expulsivo prolongado, risco de sofrimento fetal, variedade de posição, macrosomia, prematuridade, entre outros. Entretanto além de não haver evidências confiáveis de melhorar os desfechos maternos ou perinatais com emprego desta prática, existem evidências claras de que sua utilização proporciona riscos importantes (RIESCO, 2014).

Neste contexto, a conduta hands off, respeita o segundo estágio do parto, tempo de período expulsivo, de cada mulher e bebê de modo a unificar todas as boas práticas recomendadas, com objetivo, além dos desfechos maternos favoráveis, permitir que os desfechos perinatais sejam satisfatórios e que a hora de ouro aconteça de forma adequada.

A “Hora de Ouro” ou “Hora Dourada”, corresponde a primeira hora de vida do bebê ou de pós parto, momento em que deve-se incentivar a realização de contato pele a pele do recém-nascido no ventre materno. Neste momento o bebê se encontra ativo e reativo, em alerta e com bons instintos para sugar, e por isso esta prática favorece o aleitamento materno na primeira hora, liberação de ocitocina que facilita a ejeção de leite materno e contrações uterinas que reduzem o risco de hemorragias graves; ocorre estabilização da frequência cardíaca e respiratória do bebê; controle da temperatura corporal; criação de vínculo afetivo entre mulher/família; entre outros (MARTINS, 2016).

Deve-se, contudo evitar qualquer procedimento desnecessário neste momento, como por exemplo, medidas antropométricas, vacinais, e outros tipos de procedimento rotineiros das instituições. Deste modo, os desfechos perineais possuem relação direta com a primeira hora de vida do bebê, e as repercussões da não realização desta prática, uma vez que a correção dos traumas podem gerar desconfortos que dificultam este momento importante na vida do binômio.

Os desfechos perinatais são indicadores sensíveis da adequada assistência materna e neonatal em todo ciclo gravídico puerperal, e a redução de indicadores não favoráveis implica na necessidade de qualificação da assistência em todo período, garantindo a universalidade, equidade nos serviços, ampliação do planejamento reprodutivo e da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido, tendo em vista que parcela importante dos óbitos fetais ocorrem no período perinatal, o que permite o entendimento da íntima associação com a qualidade de assistência materno-infantil é prestada. (BRITO, 2014).

## 4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo intitulado “Desfechos maternos perinatais da assistência da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off: um estudo de corte transversal”, foi desenvolvido através de um estudo observacional, descritivo e analítico, de corte transversal, realizado em um centro de parto normal de uma maternidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro.

As pesquisas descritivas podem ser definidas como aquelas cujo objetivo fundamental é a descrição das características de determinado fenômeno ou população ou, a descoberta da existência de associações entre variáveis (GIL, 2010).

A pesquisa transversal é um estudo epidemiológico não-experimental ou observacional de uma população, na qual os grupos de indivíduos são observados uma única vez, com o objetivo de estudar a situação naquele momento. Este tipo de estudo pode utilizar a população ou uma amostra dos sujeitos (MEDRONHO, 2011).

### 4.2 CENÁRIO

Esta investigação foi realizada em uma instituição pública, situada na zona Oeste do Rio de Janeiro que integra 100% a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Este serviço de saúde voltado exclusivamente para o atendimento à mulher, foi inaugurado no dia 28 de Junho de 2012, e nomeado Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, em homenagem à professora tijuca que se dedicou à luta pelas mulheres, por um acesso gratuito à saúde (ALMEIDA, 2012).

A unidade tem como previsão atender cerca de 700 mil moradoras da região, apresentando capacidade de realizar aproximadamente 500 consultas, 400 partos e 100 cirurgias ginecológicas, mensais. É uma referência hospitalar da casa de parto David Capistrano Filho, e tem por objetivo aumentar a oferta de assistência ao parto, favorecendo o acesso à população e redistribuindo a demanda entre as instituições da cidade (CUNHA, 2012).

Considerando o contexto de peregrinação anteparto e a morbimortalidade materna e perinatal no país, formalizar o serviço de referência e contra referência da gestante no momento do parto já estava sendo apresentado como uma das prioridades governamentais, desde 2004. No ano de 2009 o município do Rio de Janeiro apresentava-se com um grave problema de peregrinação das gestantes, e neste período, um caso de desfecho fetal negativo,

decorrente deste problema, impactou diretamente na política local de saúde da mulher. Considerando este contexto e a alta mortalidade materna no país, em 28 de março de 2011 foram implantados alguns programas, na área de saúde da mulher, dentre eles: A Rede Cegonha, a nível nacional e o Programa Cegonha Carioca, no município do Rio de Janeiro (SÉ, 2016).

O Programa Cegonha Carioca está inserido na Rede Cegonha e visa a qualificação e a ampliação do atendimento às gestantes nas maternidades do Rio de Janeiro na perspectiva de: humanizar e qualificar o atendimento das urgências e emergências; realizar classificação de riscos das pacientes, sob protocolo local; favorecer o atendimento efetivo e oportuno; aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal; fortalecer a rede de referência e contra referência, de modo a articular os serviços de atenção primária e terciária responsável pelo atendimento à gestação, parto e nascimento. O hospital da mulher Mariska Ribeiro está inserido neste programa e busca garantir o melhor cuidado ao binômio mãe-filho, oferecendo incentivos ao pré-natal, transporte em ambulância e atendimentos 24h às demandas espontâneas (ALMEIDA, 2012; SÉ, 2016).

O Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, conta com 100 leitos de internação e 39 leitos de Unidade de Terapia Intensiva neonatal, um centro de parto normal (CPN) composto de sete salas PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato) e quatro leitos de observação; e um centro cirúrgico com quatro salas para procedimentos operatórios. São oferecidos também serviços ambulatoriais de pré-natal e ginecologia, sala de exames e pequenos procedimentos em ginecologia e obstetrícia, exame diagnóstico de câncer cérvico-uterino, ultrassonografia, mamografia, raio-X entre outros (CUNHA, 2012).

A enfermagem obstétrica compõe a equipe de assistência ao parto no CPN, onde atuam com autonomia na assistência à gestante, parturiente e puérpera, principalmente quando comparamos à outros serviços hospitalares. Em relação às práticas recomendadas na assistência à parturiente, a instituição conta com quartos individuais com banheiro, o que favorece à privacidade da parturiente e seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Além disso dispõe de condutas que favorecem a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor como, por exemplo, a liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto, bola suíça, cavalinho, banqueta de parto, musicoterapia, aromaterapia, água quente para banho de aspersão, massagem, promoção de ambiente acolhedor, entre outros.

Esta é considerada uma instituição de ensino, pois recebe pós-graduandos de três programas de residências, sendo dois de enfermagem obstétrica, do Instituto Fernandes Figueiras (IFF), e da Universidade Federal Fluminense (UFF), e uma residência obstétrica médica do IFF. Os programas de residência de enfermagem apresentam para esta maternidade um total de 18 alunos.

Normalmente para iniciar o processo de coleta de dados faz-se necessário a realização de uma ambiência no cenário da pesquisa como estratégia de aproximação com o local da investigação e com os profissionais que ali trabalham. Tendo em vista que a pesquisadora esteve no cenário como residente em enfermagem obstétrica no período de março de 2014 a fevereiro de 2016, este processo foi facilitado.

Os funcionários de toda maternidade, trabalham em uma escala de doze horas trabalhadas por 60 de descanso, sendo que no setor do CPN, faz-se um rodízio entre três equipes diurnas e três noturnas. Cada equipe é composta por três enfermeiras obstétricas e quatro técnicos de enfermagem, além das residentes de enfermagem que são distribuídas entre as equipes. Deste modo, este setor conta com 18 enfermeiras obstétricas na assistência direta ao parto.

#### 4.3 POPULAÇÃO

A população desta investigação constituiu de mulheres que tiveram seus partos no cenário do estudo, sendo realizada através de uma análise documental de livros de registros e prontuários eletrônicos da instituição. Foram considerados como critérios de inclusão: mulheres que foram atendidas por enfermeiras obstétricas e que utilizaram “hands off” como conduta para proteção perineal; e como critérios de exclusão os registros que não estavam devidamente preenchidos. Cabe ressaltar que a prática de “hands off” foi implantada na instituição desde 2014, porém registradas em livros e prontuários eletrônicos a partir de 15 de Novembro de 2015.

A amostra foi por conveniência, ou seja, todos os prontuários que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, foram analisados e não porque foram selecionados através de um critério estatístico (MEDRONHO, 2011). Os registros foram adquiridos a partir dos prontuários das gestantes atendidas no cenário do estudo no período de 15 de novembro de 2015 a 15 de maio de 2016, constituindo uma amostra completa dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Deste modo optou-se por avaliar os resultados com todas as mulheres assistidas nos primeiros seis meses da data de início do registro da prática de “hands off” como conduta de proteção perineal.

Foi observado que no período de tempo delimitado, novembro de 2015 a maio de 2016, houveram 2479 nascimentos, destes 61,92% (1535) teve como via de nascimento o parto vaginal e 62,61% (961) assistidos por Enfermeiros obstétricas. No período estipulado para a investigação de seis meses, 15 de novembro de 2015 a 15 de maio de 2016, 802 partos foram

assistidos por enfermeiras obstétricas, dos quais 75.81% (608) utilizou como conduta de proteção perineal “hands off”, correspondendo a população deste estudo.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis dependentes da pesquisa foram os desfechos perineais e os resultados perinatais quando se adota a conduta “hands off” nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas. As variáveis independentes avaliadas estão relacionadas aos dados sociodemográficos e clínicos da assistência ao parto: faixa etária, estado civil, ocupação, número total de consultas de pré-natal, idade gestacional no parto, histórico obstétrico (paridade), ocorrência de infecção urinária na gestação, se houve presença de acompanhante, tempo de período expulsivo, circular de cordão, distócia, posição de parto, utilização de ocitocina intraparto, peso do recém-nascido, contato pele a pele, aleitamento na primeira hora de vida, índice de Ápgar no primeiro e quinto minuto, se houve internação em UTI neonatal e quanto tempo de internação.

#### 4.5 PROCESSO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados a partir do prontuário eletrônico e dos livros de registros da equipe de enfermagem através de um instrumento elaborado, com a identificação das características sociodemográficas, informações relativas ao parto, condições do períneo no pós-parto imediato e ao recém-nascido (APÊNDICE).

Os dados foram obtidos através do Open Data Kit (ODK), que consiste na utilização de um dispositivo móvel com sistema operacional Android para coletar e enviar os dados para um servidor on-line. Este pacote utiliza formulários eletrônicos, substituindo os tradicionais em papeis, que permitem o upload de texto, dados numéricos e outros para um servidor on-line. Os dados são armazenados em uma plataforma para posteriormente serem captados e utilizados (BRUNETTE et al, 2013).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da amostra selecionada, realizou-se uma análise retrospectiva dos prontuários, todas as informações coletadas compuseram um banco de dados, no programa

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22, foram tabulados e posteriormente analisados.

O SPSS é um software estatístico de manipulação simples, produzido para realizar análises estatísticas, possibilitar a geração de relatórios tabulados, dispersões de distribuições e gráficos utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis da investigação (MUNDSTOCK et al., 2006).

A análise foi realizada utilizando a estatística descritiva, através de percentuais e frequências absolutas de todas as variáveis do estudo, e posteriormente os dados foram tabulados de forma a descrever a realidade da população estudada. Em um segundo momento desta etapa, realizou-se uma análise bivariada utilizando o teste  $\chi^2$  de Pearson, de modo a identificar a associação entre os graus de laceração e as variáveis independentes deste estudo.

Posteriormente foi aplicado o modelo de regressão logística de forma a estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento, neste caso a correção perineal com fio de sutura, em face de um conjunto de variáveis independentes, adotando um nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ), determinando assim a razão de chance deste evento acontecer.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu a todos os preceitos éticos e legais em conformidade com a legislação em vigor. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início do processo de coleta de dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro, referente à instituição coparticipante, sob os pareceres da CAAE 72799417.3.0000.5147 e 72799417.3.3001.5279, respectivamente (ANEXO A e B). Os riscos para a realização da presente pesquisa são considerados mínimos. Foi solicitado a dispensa do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por ser uma pesquisa retrospectiva com a utilização de dados provenientes de registros em prontuários e livros de registros dos enfermeiros obstétricos.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados da investigação, delineada pelo método de corte transversal, foi organizada e subdividida em dois subitens, sendo o primeiro o de análise descritiva da pesquisa, no qual foi apresentado as características sociodemográficas da população, dados clínicos e obstétricos, variáveis de desfechos maternos, variáveis de desfechos perinatais, assim como o do índice de laceração perineal em mulheres que foram assistidas com a conduta “hands off” e a necessidade de sutura. No segundo subitem foi apresentada os resultados analíticos de associação entre as variáveis de desfechos maternos e perinatais quando utilizada a conduta “hands off”.

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Em 2017, foram realizados 2,7 milhões de partos no país. Considerando apenas os nascimentos nos serviços de saúde pública, o número de partos normais é superior, sendo 58,1% e 41,9% de cesarianas (BRASIL, 2018).

Desde 1998, no intuito de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal foi instituído a Portaria GM nº 2.815 o MS, que inclui na SIA/SUS (Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais), e na SIH/SUS (Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) os procedimentos e a assistência ao parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra (COFEN, 2015). Revogada pela Resolução nº 0516/2016 o Conselho Federal de Enfermagem (2016, p. 1) normatiza que:

[...] a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências.

### 5.1.1 Características sociodemográficas

**Tabela 1** – Distribuição dos nascimentos de acordo com a via de nascimento e a conduta de proteção perineal realizada, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Estatística Institucional (N=2479)</b>	
<b>Via de Nascimento</b>	
<b>Cesárea(N=944)</b>	<b>Parto Normal (n=1535)</b>
38,10%	61,90%
	<b>Enfer. Obstetra (n=961)</b>
	62,60%
	<b>Méd. Obstetra (n=574)</b>
	37,40%
<b>Período da Pesquisa: 15 Nov a 15 Mai (N=802)</b>	
<b>Hands Off (n=608)</b>	<b>Hands On (194)</b>
75,8%	24,20%

Fonte: Dados estatísticos da instituição

É possível identificar que a enfermagem obstétrica, apresenta-se em mais de 60% sobre o número de partos assistidos neste período, e esta instituição conta com profissionais que realizam atenção ao parto e que possuem a utilização da conduta “hands off” com predominância em relação às outras técnicas de proteção perineal, apresentando uma taxa de 75,8% (608) dos partos (Tabela 1). Além disso observa-se que a realização de episiotomia não aparece entre as condutas de assistência ao parto pelas enfermeiras obstétricas neste centro de parto normal (CPN).

Observou-se que a faixa etária predominante foi de mulheres de 18 a 24 anos de idade, 49,8% (303), praticamente metade das mulheres da investigação. Foi característica da população estudada a cor de pele autodeclarada parda, representando 47,7% (289), bem como o estado civil formal, em que 54,2% (326) informaram serem solteiras (Tabela 2).

Quanto à ocupação, os registros mostraram que 25,7% (128) exerciam atividades remuneradas e 74,3% (371), desempenhavam suas funções em ambiente doméstico ou eram estudantes. Referente à procedência, 100% das participantes da pesquisa eram residentes do município de Rio de Janeiro.

**Tabela 2** – Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Caracterização da População (N=608)</b>		
<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
≤ 15 anos	6	1
16 a 18 anos	53	8,7
19 a 24 anos	303	49,8
25 a 29 anos	112	18,4
> 29 anos	134	22
<b>Estado civil</b>		
Solteira	326	54,2
Casada	251	41,7
União Estável	24	4,0
Viúva	1	0,2
<b>Ocupação</b>		
Atividade remunerada	128	25,7
Atividade não remunerada	371	74,3
<b>Cor da Pele (autodeclarada)</b>		
Branca	134	22,1
Negra	182	30,0
Parda	289	47,7
Amarela	1	0,2

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.1.2 Dados clínicos e obstétricos

Ao avaliar a história gestacional atual, 39,8% (242) das parturientes eram primigestas. Em relação ao acompanhamento pré-natal 78,2% (467) realizaram seis ou mais consultas, 20,9% (125) realizaram menos de seis consultas e 0,8% (5) não realizaram pré-natal. Em 1,8% dos dados não havia informação sobre assistência gestacional.

Em relação às condições clínico-obstétricas, observou-se que 47,4% (288) eram primíparas, sendo a maioria não primípara 52,6% (320); a idade gestacional (IG) de início do trabalho de parto predominante foram nos períodos de 39 semanas a 39 semanas e 6dias e 40 semanas a 40 semanas e 6dias, correspondendo à 27,5% (167) e 29,4% (179), respectivamente. Dentre as 320 mulheres com antecedentes de partos, somente 12,2% (39) haviam sido submetidas a uma cesárea. Considerado a presença de infecção no trato urinário (ITU) na gestação, 62,2% (378) dos registros estavam faltantes no sistema, e dos 230 dados registrados 60,4% (139) apresentaram pelo menos um episódios de ITU, representando uma frequência

elevada considerando que é uma situação comum neste período mas ao mesmo tempo com riscos elevados para os desfechos perinatais (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas na admissão hospitalar, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Condições clínico-obstétricas (n=608)</b>			
<b>Nº de Gestações</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
1		242	39,8
2		165	27,1
3		103	16,9
4 ou mais		98	16,1
<b>Paridade</b>			
Primípara	Sim	288	47,4
	Não	320	52,6
<b>Cesárea anterior</b>	Sim	39	12,2
	Não	281	87,8
<b>IG no início do trabalho de parto</b>			
< 37 semanas		12	2,0
37 semanas a 37 semanas e 6 dias		59	9,7
38 semanas a 38 semanas e 6 dias		125	20,6
39 semanas a 39 semanas e 6 dias		167	27,5
40 semanas a 40 semanas e 6 dias		179	29,4
> 41 semanas		66	10,8
<b>Nº de consultas pré-natais</b>			
Não realizou		5	0,8
< 6 consultas		125	20,9
> ou = a 6consultas		467	78,2
<b>Infecção urinária na Gestação</b>	Sim	139	60,4
	Não	91	39,6

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.1.3 Variáveis desfecho materno

De acordo com as variáveis de desfecho materno, ou seja, as variáveis que interferem no trauma perineal, verificou-se que a maioria dos partos e nascimentos ocorreu em posição semi-vertical 53,1% (323) ou lateralizada 26,1% (159), sendo as demais na posição litotômica 1,5% (9), vertical 12,3% (75) e quatro apoios 6,9% (42).

Em relação à presença do acompanhante de livre escolha durante o processo de parturição, 95,7% das mulheres teve este direito garantido, predominando o companheiro em 47,6 % (277) e a mãe em 25,9 % (151), as demais mulheres foram acompanhadas por amigas ou outros.

Referente à intervenção obstétricas foi constatado que 12,7% (77) das parturientes receberam infusão endovenosa de ocitocina durante trabalho de parto e parto, e que 87,3% (529) apresentou evolução espontânea deste processo, dois dados se encontraram faltantes.

De acordo com o segundo o estágio do trabalho de parto houve uma predominância de expulsivos menores de 60 minutos, sendo que 75,82% (461) ocorreram no período menor que 30 minutos e 18,25% (111) apresentaram-se no intervalo entre 30 a 60 minutos. 49,2% (299) dos bebês nasceram com peso entre 3000g a 3500g, 23,2% (141) entre 2500g a 3000g e 24,7% (150) apresentaram peso superior a 3500g (Tabela 4).

#### **5.1.4 Variáveis de desfecho perinatais**

Alguns registros dos índices de Ápgar estavam faltantes nos prontuários, sendo quatro, para os índices no primeiro minuto e dois no quinto minuto. A grande maioria dos bebês apresentou boa vitalidade ao nascer 98,3% (594) tiveram Ápgar maior ou igual a sete no primeiro minuto de vida e 99,8% (606) apresentaram índice maior ou igual a sete no quinto minuto (Tabela 5).

Dos registros de RN avaliados cinco eram dados ausentes, e dos encontrados, 98,8% (597) foram para o alojamento conjunto junto a mãe e acompanhante. Em relação à internação em UTI neonatal 1% (6) necessitou de cuidados intensivos, e destes um deles foi por sepse e permaneceu 9 meses na unidade intensiva, o segundo internado por pneumonia permaneceu no setor por 4 dias, o terceiro por esforço respiratório, manteve-se na UTI por 2 dias, um dos bebê precisou de cuidados na enfermaria canguru devido ao peso de 1800g, o qual permaneceu por 10 dias neste setor; os demais (2) não possuíam registros sobre os reais motivos de internação e tiveram um tempo de internação de 7 e 13 dias (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuições dos desfechos maternos de acordo com as práticas obstétricas, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Desfechos maternos</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Posição de parto</b>			
	Litotômica	9	1,5
	Lateralizada	159	26,1
	Semi-vertical	323	53,1
	Vertical	75	12,3
	Quatro apoios	42	6,9
<b>Presença de acompanhante</b>			
	Sim	582	95,7
	Não	26	4,3
<b>Sim</b>			
	Companheiro	277	47,6
	Mãe	151	25,9
	Amiga	40	6,9
	Outros	114	19,6
<b>Utilização de ocitocina<sup>1</sup></b>			
	Sim	77	12,7
	Não	529	87,3
<b>Duração período expulsivo</b>			
	Abrupto	5	0,82
	< 30 minutos	461	75,82
	30 a 60 minutos	111	18,25
	61 a 90 minutos	24	3,95
	91 a 120 minutos	3	0,50
	> 120 minutos	4	0,66
<b>Peso do RN</b>			
	<2000g	2	0,3
	2000g a 2500g	16	2,6
	2501g a 3000g	141	23,2
	3001g a 3500g	299	49,2
	>3500g	150	24,7

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1</sup>dois dados ausentes no sistema

Quanto a presença de circular de cordão, 30,3% (180) apresentaram alguma circular. Todos os recém-nascidos realizaram contato pele a pele logo após o nascimento e 77,8% (469) tiveram incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Não foi

encontrado nos prontuários, as justificativas para os demais bebês não terem contato com os seios maternos na primeira hora.

**Tabela 5** – Distribuições dos desfechos perinatais de acordo com as práticas obstétricas, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Desfechos perinatais</b>			
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Índice de Apgar 1º minuto</b>	≥ 7	594	98,3
	< 7	10	1,7
<b>Índice de Apgar 5º minuto</b>	≥ 7	606	99,8
	< 7	1	0,2
<b>Contato pele a pele</b>	Sim	608	100
	Não	0	0
<b>Aleitamento na 1º hora<sup>1</sup></b>	Sim	469	77,8
	Não	134	22,2
<b>Internação uti<sup>2</sup></b>	Sim	6	1
	Não	597	98,8
<b>Circular de cordão<sup>3</sup></b>	Sim	180	30,3
	Não	415	69,7

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1,2</sup>cinco dados ausentes no sistema

<sup>3</sup> treze dados faltantes no sistema

### **5.1.5 Índice de laceração perineal em mulheres que foram assistidas com a conduta “hands off”**

Foi possível observar que a maioria das mulheres apresentaram desfechos perineais favoráveis, ou seja, períneos íntegros ou lacerações de primeiro grau, tendo em vista que este tipo de desfecho acomete apenas pele e mucosa e na maioria das vezes não apresenta necessidade de correção perineal. Na população de primíparas (288), houve uma prevalência de 94,1% (271) deste desfecho ou seja, 23,3% (67) apresentaram períneo íntegro e 70,8% (204) apresentaram lacerações de primeiro grau. Dentre as demais primíparas, apenas 5,9% (17) mostrou-se com lacerações de 2º e 3º grau. Em relação às mulheres não primíparas (320),

98,4% apresentaram desfechos perineais de menor gravidade, sendo que 54,9% (175) apresentaram lacerações de primeiro grau e 43,9% (140) períneo íntegro. Nestas mulheres 1,2% (4) apresentou lacerações de 2º grau (Tabela 6).

Em relação ao total de 400 mulheres que apresentaram qualquer tipo de laceração perineal, de primeiro, segundo ou terceiro grau, foram necessárias correção com rafia em 59,75% (239) das mulheres. Do total de 379 mulheres que apresentaram lacerações de primeiro grau, não foi necessária a correção com rafia em 42,5% (161) das mulheres.

**Tabela 6** – Distribuições das condições perineais em relação às mulheres primípara e não primíparas, Rio de Janeiro – RJ – 2018

<b>Condições perineais (N=608)</b>			
<b>Períneo Primípara</b>			
Íntegro		67	23,3
Laceração 1º grau		204	70,8
Laceração 2º grau		16	5,6
Laceração 3º grau		1	0,3
Laceração 4º grau		0	0
<b>Períneo não primípara<sup>1</sup></b>			
Íntegro		140	43,9
Laceração 1º grau		175	54,9
Laceração 2º grau		4	1,2
Laceração 3º grau		0	0
Laceração 4º grau		0	0
<b>Correções perineais (N=607)</b>			
<b>Sutura</b>	<b>Sim</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Laceração 1º grau		218	91,2
Laceração 2º grau		20	8,4
Laceração 3º grau		1	0,4
<b>Total</b>		239	100
	<b>Não</b>		
Íntegro		207	56,3
Laceração 1º grau		161	43,7
Laceração 2º grau		0	0
Laceração 3º grau		0	0
<b>Total</b>		368	100

Fonte: Dados da pesquisa

<sup>1</sup>um dado ausente no sistema

## 5.2 VARIÁVEIS CORRELACIONADAS

### **5.2.1 Frequência e severidade das lacerações perineais associadas às variáveis independentes para desfechos maternos.**

Os principais fatores encontrados na literatura relacionados aos desfechos perineais foram: altura perineal, cicatriz perineal anterior, duração do período expulsivo, variedade de posição no desprendimento cefálico, tipo de puxo, presença de circular de cordão, peso do recém-nascido, posição adotada pela mulher no parto, idade materna, raça, utilização de ocitocina intraparto, paridade e idade gestacional. Dentre estes fatores não foi possível adquirir nos registros todas as variáveis de desfecho, tais como: altura perineal, cicatriz anterior, variedade de posição no desprendimento e tipo de puxo.

A partir das variáveis identificadas nos registros, foi realizado o teste  $\chi^2$  para avaliar se existe uma associação com significância estatística entre os mesmos, e posteriormente foram apresentados conforme a Tabela 7 e 8.

**Tabela 7** – Distribuições dos desfechos perineais em mulheres primípara, em relação as variáveis independentes para trauma perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018

		<b>Primípara (N=288)</b>					
<b>Variável</b>		Valor de p	N	<b>Grau de laceração (%)</b>			
				INT	1°	2°	3°
<b>Ocitocina</b>	Sim	0,24	41	<b>20</b>	68	<b>12</b>	0
	Não		247	<b>23,6</b>	71,5	<b>4,5</b>	0,4
<b>Peso RN*</b>	PIG	<b>0,0001</b>	14	35,7	64,3	0	0
	AIG		264	23,5	71,6	4,5	0,4
	GIG		10	0	60	40	0
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>	Branca	0,44	64	20,3	71,9	7,8	0
	Negra		85	17,6	80	2,4	0
	Parda		136	28,7	64	6,6	0,7
	Outros		1	0	100	0	0
<b>Posição parto</b>	Litotômica	0,46	4	0	100	0	0
	Lateralizada		88	<b>25</b>	69,3	4,5	1,1
	Semi-vertical		134	23,9	71,6	4,5	0
	Vertical		38	23,7	63,16	<b>13,16</b>	0
	Quatro apoios		24	16,67	79,17	4,16	0
<b>Tempo expulsivo</b>	< 30 min	0,66	203	24,6	70,4	4,4	<b>0,5</b>
	30 a 59 min		64	23,4	67,2	9,4	-
	60 a 89 min		14	14,3	85,7	-	-
	90 a 119 min		03	-	100	-	-
	120 min		04	-	75	25	-
<b>Circular cordão<sup>2</sup></b>	Sim	0,84	82	22	<b>73,2</b>	4,9	0
	Não		201	24,4	<b>69,2</b>	6,0	0,5
<b>Idade materna</b>	<15 anos	0,86	6	<b>33,3</b>	66,7	-	-
	15 a 18anos		67	26,9	68,7	3	1,5
	19 a 24 anos		151	23,2	70,2	6,6	-
	25 a 29 anos		35	22,9	71,4	5,7	-
	>29 anos		29	<b>13,8</b>	<b>79,3</b>	6,9	-
<b>IG</b>	Pré-Termo	0,49	35	20	68,6	<b>11,4</b>	-
	A termo		223	25,1	69,5	4,9	<b>0,4</b>
	Pós Termo		30	13,3	<b>83,3</b>	3,3	-

Fonte: Elaborado para fins deste estudo

\*significativa a 0,05

<sup>1</sup>dois dados ausentes; <sup>2</sup>cinco dados ausentes

**Tabela 8** – Distribuições dos desfechos perineais em mulheres não primíparas, em relação as variáveis independentes para trauma perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018

		<b>Não é Primípara (N=320)</b>					
<b>Variável</b>		Valor de p	N	<b>Grau de laceração (%)</b>			
				INT	1°	2°	3°
<b>Ocitocina<sup>1</sup></b>	Sim	0,15	36	31	69	0	0
	Não		282	46	53	1,4	0
<b>Peso RN<sup>2</sup></b>	PIG	0,94	4	50	50	0	0
	AIG		294	44	54	1,4	0
	GIG		21	38	62	0	0
<b>Cor da pele<sup>3</sup></b>	Branca	0,14	70	37,1	64,4	1,4	0
	Negra		96	47,9	49	3,1	0
	Parda		153	44,4	55,6	0	0
<b>Posição parto<sup>4</sup></b>	Litotômica	0,93	5	40	60	0	0
	Lateralizada		71	40,8	56,3	2,8	0
	Semi-vertical		188	46,8	52,1	1,1	0
	Vertical		37	43,24	56,76	0	0
	Quatro apoios		18	27,78	72,22	0	0
<b>Tempo expulsivo<sup>5</sup></b>	< 30 min	0,15	295	45,8	52,9	1,4	-
	30 a 59 min		22	22,7	77,3	-	-
	60 a 89 min		2	-	100	-	-
	90 a 119 min		-	-	-	-	-
	120 min		-	-	-	-	-
<b>Circular cordão<sup>6</sup></b>	Sim	0,79	97	<b>41,2</b>	57,7	1	-
	Não		214	<b>44,9</b>	53,7	1,4	-
<b>Idade materna<sup>7</sup></b>	<15 anos	0,99	-	-	-	-	-
	15 a 18anos		11	45,5	54,4	-	-
	19 a 24 anos		127	42,5	55,9	1,6	-
	25 a 29 anos		76	46,1	52,6	1,3	-
	>29 anos		105	43,8	55,2	1	-
<b>IG<sup>8</sup></b>	Pré-Termo	0,040	37	51,4	48,6	-	-
	A termo		246	39,4	58,9	1,6	-
	Pós Termo		36	66,7	33,3	-	-

Fonte: Elaborado para fins deste estudo

\*significativa a 0,05

<sup>1</sup>dois dados ausentes; <sup>2,3,4,5,7,8</sup>um dado ausente; <sup>5</sup>nove dados ausentes

Foram considerados dados estatisticamente significantes os valores de “p” inferiores a 0,05, e foi observado que de todos os dados, apenas o peso dos recém-nascidos mostrou-se estatisticamente significativo quanto a frequência e severidade das lacerações em primíparas.

Em relação ao período expulsivo observou-se que 0,82 % (5) aconteceram de forma abrupta, destes três apresentaram laceração perineal que foram de primeiro grau e apenas 2 necessitaram de reparo corroborando com a ausência de significância estatística para o teste  $\chi^2$  de Pearson.

Para melhor avaliação foi realizado um teste de associação para a variável cor de pele autodeclarada branca e não branca, para os desfechos perineais. Foi identificado que entre as primíparas 20,3% das mulheres brancas apresentava-se com períneo íntegro, enquanto que as não brancas esta taxa foi de 24,3%. As mulheres branca tenderam a apresentar uma maior taxa de laceração de 1° grau e 2° grau (71,3%, e 7,8, respectivamente) enquanto as não brancas se apresentaram com uma taxa de 70,3% e 4,9%, respectivamente.

**Tabela 9** – Distribuições dos desfechos perineais em mulheres primíparas e não primíparas, em relação cor de pele autodeclarada, Rio de Janeiro – RJ – 2018

Variável		Primíparas (288)				
		N	INT	Grau de laceração (%)		
Cor da pele <sup>1</sup>	Branca	64	20,3	71,9	7,8	0
		Não Branca	222	24,3	70,3	4,9
Variável		Primíparas (320)				
		N	INT	Grau de laceração (%)		
Cor da pele <sup>2</sup>	Branca	70	37,1	64,4	1,4	0
	Não Branca	249	45,7	53	1,3	0

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

<sup>1</sup>dois dados faltantes; <sup>2</sup>um dado faltante

Na análise múltipla dos fatores associados à realização de correção perineal, foram incluídas as seguintes variáveis: ocitocina intraparto, peso do RN, cor de pele autodeclarada, posição no momento do parto, tempo de período expulsivo, se adolescente, idade gestacional no parto, circular de cordão e paridade. O teste foi realizado excluindo uma variável por vez, restando no modelo final apenas aquelas que se mantiveram com significância estatística, que foram peso e paridade (Tabela 10).

**Tabela 10** – Análise múltipla dos fatores associados à realização de correção perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018

Variável	Correção Perineal		
	Valor de p	OR	IC 95%
<b>Ocitocina</b>			
Sim	0,931	0,977	0,583 – 1,538
Não		1	
<b>Peso RN</b>			
<3500		1	
≥ 3500	0,006	1,733	1,170 – 2,565
<b>Cor de pele</b>			
Branca	0,852	1,04	0,609 – 1,568
Não Branca		1	
<b>Posição</b>			
Lateral		1	
Litotômica	0,115	3,419	0,743 – 15,740
Semi-vertical	0,874	1,034	0,685 – 1,562
Vertical	0,675	0,880	0,483 – 1,603
Quatro apoios	0,426	1,337	0,654 – 2,732
<b>Tempo expulsivo</b>			
≤30	0,492	1,176	0,741 – 1,865
>30		1	
<b>Idade Materna</b>			
Adolescente		1	
Não adolescente	0,084	1,581	0,940 – 2,659
<b>Idade Gestacional</b>			
Pré-termo		1	
A termo	0,783	1,079	0,628 – 1,853
Pós-termo			
<b>Circular de cordão</b>			
Sim	0,968	0,992	0,679 – 1,449
Não		1	
<b>Primípara</b>			
Sim	0,0001	2,573	1,828 – 3,523
Não		1	

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

\*significativa a 0,05

Os desfechos perineais foram analisados através da análise bivariada e multivariada, de acordo com grau de acometimento perineal e a realização de correção perineal. Em ambos os testes os resultados mostraram significantes para as mesmas variáveis, ou seja, no teste  $\chi^2$  de Pearson o peso mostrou-se associado aos desfechos perineais e na análise multivariada, com o teste de regressão logística, este resultado se repete apontando que o peso maior ou igual a 3500g aumenta em 1,73 vezes a chance de a mulher receber correção perineal e nas primíparas 2,57 vezes mais chances deste mesmo evento ocorrer. Este dado confirma a

hipótese em que existe associação entre ao menos uma variável com os graus de laceração e para o aumento de chance de correção perineal.

**Tabela 11** – Modelo final da análise múltipla dos fatores relacionados à realização de correção perineal, Rio de Janeiro – RJ – 2018

Variável	Correção Perineal		
	Valor de p	OR	IC 95%
<b>Peso RN</b>			
<3500		1	
≥ 3500	0,006	1,733	1,170 – 2,565
<b>Primípara</b>			
Sim	0,0001	2,573	1,828 – 3,523
Não		1	

Fonte: Elaborada para fins deste estudo

\*significativa a 0,05

### 5.2.2 Variáveis de desfechos perinatais e associação com índice de Ápgar no primeiro e quinto minuto

Os testes de associação entre desfechos perinatais para Ápgar no primeiro e no quinto minuto de vida, confirma o teste de hipótese, pois foi estatisticamente relevante para presença de circular de cordão ( $p = 0,028$  e  $0,031$ , respectivamente). Houve uma distribuição homogênea entre os desfechos perinatais quanto ao Ápgar no primeiro e quinto minuto, nos intervalos pré-estabelecidos para tempos de período expulsivo. Em quatro partos em que o intervalo de expulsão foi maior que 120 minutos, houve apenas um caso de Ápgar menor que sete no primeiro minuto.

**Tabela 12** – Distribuições dos desfechos perinatais, em relação ao Ápgar no primeiro e quinto minuto de vida com tempo de expulsivo e presença de circular de cordão, Juiz de Fora – Minas Gerais – 2018

Variável	Desfecho perinatal		Apgar 1° minuto (%)	
	Valor de p	N	<7	≥7
<b>Tempo expulsivo<sup>1</sup></b>				
< 30 min		495	5,1	94,9
30 a 59 min		86	8,1	91,9
60 a 89 min	0,361	16	6,3	93,8
90 a 119 min		3	-	100
120 min		4	25	75
<b>Circular cordão<sup>2*</sup></b>				
Sim	0,028	179	8,9	91,1
Não		413	4,4	95,6
Variável			Apgar 5° minuto (%)	
<b>Tempo expulsivo<sup>3</sup></b>		N	<7	≥7
< 30 min		498	0,4	99,6
30 a 59 min		86	-	100
60 a 89 min	0,98	16	-	100
90 a 119 min		3	-	100
120 min		4	-	100
<b>Circular cordão<sup>4*</sup></b>				
Sim	0,031	179	1,1	98,9
Não		415	-	100

Fonte: Dados da pesquisa

\*significativa a 0,05

<sup>1</sup>quatro dados ausentes; <sup>2</sup>dezesesseis dados ausentes; <sup>3</sup>um dado ausente; <sup>4</sup>quatorze dados ausentes

## 6 DISCUSSÃO

O objetivo da investigação foi avaliar o desfecho materno-perinatal da assistência ao parto por enfermeiras obstétricas com a utilização da conduta “hands off” e a partir deste, identificar a frequência de laceração perineal nas mulheres, descrever os desfechos perinatais e analisar as variáveis de desfechos maternos e perinatais, quando utilizada a conduta “hands off” para proteção perineal.

A ocorrência de lacerações perineais varia consideravelmente e pode ser atribuída a diversos fatores relacionados às condições maternas, fetais e às características da assistência obstétrica. A assistência ao parto prestada por enfermeiras obstétricas, está associada a menores intervenções e ao protagonismo feminino sem aumentar os riscos perinatais (PORTO, AMORIM E SOUZA, 2010).

Em alguns estudos a paridade vem sendo associada aos desfechos perineais o que justifica a realização dos testes de associação, neste trabalho, com as variáveis entre mulheres primíparas e não primíparas separadamente, de modo a identificar os desfechos maternos e perinatais. Foi evidenciado no estudo de Leeman, et al. (2009) que a paridade foi significativamente associada com os desfechos perineais, ou seja, mulheres com um ou mais partos vaginais anteriores estão mais propensas a apresentar integridade perineal ou lacerações de 1º grau. Esse achado é corroborado com o resultado de uma investigação que utilizou dados de um ensaio clínico randomizado que incluiu 11.176 mulheres que tiveram partos sem episiotomia, no qual foi evidenciado que 50% das primíparas não tinham trauma perineal, comparado com 64% das mulheres com um ou mais nascimentos anteriores (SILVA, et al. 2012).

A associação entre episiotomia e paridade é uma relação documentada na literatura, e verificou-se que quanto maior o número de partos anteriores a mulher apresentar, menor o risco de esta ser submetida à episiotomia, enquanto que as mulheres que não apresentam parto normal anterior apresentam três vezes mais chance receber um corte na região perineal. Em contrapartida, a nulípara pode apresentar maiores chances de integridade perineal, já que possui uma elasticidade perineal atribuída à ausência de cicatriz anterior. No Brasil existem algumas instituições que em sua rotina a distensão restrita do períneo aparece como indicação para episiotomia (RIESCO, 2011).

Neste estudo 47,4% dos registros eram de mulheres que vivenciaram seu primeiro parto, observando que 94,1% apresentaram lacerações de 1º grau ou integridade perineal, enquanto que as não primíparas apresentaram-se com 98,4% com os mesmos desfechos. Do

total de 379 mulheres que apresentaram lacerações de primeiro grau, identificou-se não ter sido necessária a correção com rafia em 42,5% (161) das mulheres. Foi verificado ainda que entre as primíparas existe 2,57 vezes mais chances de a mulher ter correções perineais.

O manejo do trabalho de parto requer cuidados na assistência que podem interferir diretamente no desfecho perineal, que pode se apresentar íntegro, com lacerações espontâneas ou submetidos a episiotomias (ROSA, 2016). Em um estudo transversal com 317 primíparas, que tiveram parto normal sem episiotomia e assistidas por enfermeiros obstétricos (EOs), observou-se que 73,2% tiveram laceração de 1º grau, 27,3% de segundo grau e 0,2% de terceiro grau (CAROCI, et al. 2014). Um outro estudo tipo coorte, foram avaliadas 55 mulheres de risco habitual com seus partos assistidos por EOs, e identificou-se que 80% apresentou algum tipo de laceração, 3,6% foram submetidas à episiotomia e 16,4% tiveram seus períneos íntegros (SOARES, 2013).

E um estudo transversal de amostra 147, teve como desfecho perineal 28,6% de mulheres com o períneo íntegro 23,1% submetidas à episiotomia, 50,3% sofreram alguma laceração perineal (MATHIAS et al 2015). Uma outra investigação anterior do tipo transversal com amostra de 303 mulheres, foi observado que 19,5% mantiveram integridade perineal, 80,5% apresentaram lacerações perineais, sendo que destas que 75,4% foram submetidas a episiotomia. Em nove casos houve ocorrência simultânea de episiotomia e laceração (FRANCISCO et al. 2011).

Em um estudo retrospectivo de análise documental de 6.365 partos, 38,4% tiveram como desfecho perineal um trauma grave, ou seja, episiotomia e lacerações de 2º e 3º graus. Destaca-se que 32 mulheres apresentaram laceração decorrente da episiotomia, um dos maiores riscos desta prática, que pode determinar importante morbidade materna, 61,6% da amostra apresentou lacerações de 1º grau ou integridade perineal. Tal dado tem grande relevância uma vez que seu resultado pressupõe uma evolução clínica favorável e sem repercussão negativa no puerpério (RIESCO, 2011).

Uma pesquisa transversal retrospectiva com amostra de 1.477 partos realizados por EOs, em uma casa de parto, identificou 22,5% de partos com integridade perineal, 3,9% das mulheres foram submetidas à episiotomia, 73,6% sofreram algum tipo de trauma perineal, sendo que destes 82,4% foram de 1º grau e 0,27% de 3º grau (PEREIRA et al. 2012). Em outro estudo transversal que também corrobora com os estudos anteriores com 473 primíparas, apresenta que, 15,0% mantiveram a integridade perineal, 46,7% foram submetidas à episiotomia mostrando-se como trauma mais frequente, seguido pela lesão de 1º grau, 32,4% e 2º grau 5,1%. Não foram registrados casos de laceração de 3º ou de 4º grau. A correção perineal

com sutura, foi praticada em 83,5% das participantes, sendo que destas 96,3% das mulheres que foram suturadas tiveram lacerações de 1º grau (FRANCISCO et al., 2014).

No cenário da pesquisa, a taxa de episiotomia entre os enfermeiros obstétricos foi zero ou seja é uma postura deste cenário a não utilização desta técnica. Entre as 288 primíparas, 23,3% apresentaram períneo íntegro, 70,8% tiveram lesão de 1º grau, 5,6% de 2º grau e 0,3% de 3º grau. Não houve laceração de 4º grau entre os registros avaliados. Entre as 319 não primíparas, 43,9% apresentaram integridade perineal, 54,9% laceração de 1º grau, 1,2% lesão de 2º grau, e não houve ocorrência de lesões de 3º e 4º grau.

Para melhor compreensão da análise de associação entre as variáveis de desfechos maternos foi realizado, nesta investigação, uma categorização a qual utilizou-se: a posição materna durante o período expulsivo, utilização de ocitocina intraparto, peso do recém-nascido, cor da pele autodeclarada, duração do período expulsivo, presença de circular de cordão, idade materna e idade gestacional no momento do parto. Todas as variáveis foram analisadas separadamente para mulheres primípara e não primíparas, quanto a presença e ao grau de laceração.

Posteriormente foram realizadas as análises dos desfechos perinatais quanto a presença de circular de cordão umbilical e tempo de período expulsivo.

## 6.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE MATERNA NO MOMENTO DO PARTO E DESFECHO PERINEAL

RIESCO et al. (2011) identificou que adolescentes com menos de 15 anos e mulheres com idade acima de 40 anos apresentam menor trauma perineal. Aquelas com idade entre 20 a 25 anos apresentaram maior frequência de laceração de 2º grau, as com idade de 20 a 25 e 30 a 35 anos os traumas de 3º grau. Este estudo revela uma maior frequência de episiotomia sendo realizada no grupo de adolescentes de 15 a 20 anos, apesar de não serem as mais afetadas pelas lacerações de segundo grau e não sofreram laceração de 3º grau.

Em um estudo transversal, de Cesar, et al. (2011) em que avaliou 2.557 nascimentos no sul do Brasil e suas variáveis maternas e neonatais, em que não foi considerada a influência da paridade, apontaram que mulheres adolescentes apresentaram maiores taxas de episiotomia 85,8%, enquanto que entre as mulheres não adolescentes a taxa foi de 66%, mostrando relevância estatística ( $p < 0,001$ ). Corroborando com o estudo anterior, Silva et al. (2012) aponta, em sua pesquisa de amostra de 1.079 mulheres que tiveram seus partos assistidos por EOs, em um centro de parto normal (CPN), que houve maior frequência de episiotomia entre

as mulheres mais jovens, porém não foi capaz de detectar a influência da idade sobre resultados perineais, o que pode estar associado às condutas individuais de cada profissional em decidir por realizar uma episiotomia em vez de permitir a ocorrência de laceração perineal espontânea.

A presente investigação não apresentou relevância estatística para idade materna durante o parto, porém entre as primíparas houve uma tendência a maior integridade perineal em mulheres com idade inferior a 15 anos (33,3%) e menor integridade na faixa etária superior a 29 anos (13,8%) como apontado nos estudos anteriores. Em relação à laceração de 1º grau houve uma tendência maior para mulheres com idade maior ou igual a 29 anos, 79,3% e para o trauma de 3º grau, quando ocorreu, foi na faixa etária de 15 a 18 anos, representando 1,5% dos dados.

## 6.2 COR DA PELE AUTODECLARADA E DESFECHO PERINEAL

Algumas pesquisas identificaram que a etnia feminina está associada com os desfechos perineais. Em um estudo com uma amostra de 1.809 mulheres (176 negras e 1.633 brancas) nos EUA, na Universidade de Michigan, apontou em seus testes com  $p < 0,001$  que as mulheres negras eram menos propensas a apresentarem lacerações de segundo, terceiro ou quarto grau. Em sua análise multivariada utilizando a cor de pele como variável, observou que as mulheres negras tinham duas vezes mais chances de integridade perineal ou lacerações de 1º grau, em relação às mulheres de cor branca (HOWARD et al. 2000).

No estudo de Ogunyemi et al. (2006) em que comparou os desfechos perineais entre mulheres hispânicas e afro-americanas, identificou que as hispânicas tinham um 1,4 vezes mais risco de sofrer uma episiotomia, enquanto que as mulheres afro-americanas tiveram 1,5 mais vezes de apresentar lacerações graves. No estudo de Scarabotto (2006) foi evidenciado que houve maior frequência de lesões perineais em mulheres brancas e confirmado pelas investigações de Howard et al. (2000) e Goldberg et al. (2003), que apontaram que houve menos casos de laceração de segundo grau e mais partos com períneo íntegro em negras.

O presente estudo não se mostrou estatisticamente relevante para a associação entre cor de pele e laceração perineal, entretanto entre as mulheres primíparas houve uma tendência ligeiramente maior para integridade perineal em mulheres não brancas, ou seja enquanto 20,3% das mulheres brancas apresentava-se com períneo íntegro, 24,3% das não brancas tinham integridade perineal. As mulheres branca tenderam a apresentar uma maior taxa de laceração de 1º grau e 2º grau (71,3%, e 7,8%, respectivamente) enquanto as não brancas se apresentaram com uma taxa de 70,3% e 4,9%, respectivamente.

### 6.3 IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO

Riesco (2011), em sua pesquisa associou idade gestacional com ocorrência de episiotomia, e observou que parturientes com idade gestacional pré-termo, ou seja, inferior a 37 semanas, possuem 2,3 vezes mais riscos de serem submetidas à episiotomia. Amorim e Katz (2008) afirmam que não existem evidências científicas que justificam a prática da episiotomia para a prevenção de tocotraumatismo em prematuros.

A idade gestacional (IG) não foi associada aos desfechos perineais no estudo de Silva, et al. (2012) porém essa variável pode sugerir que quanto maior a idade gestacional maior a influência na extensão do trauma perineal, uma vez que os bebês com IG maior ou igual a 40 semanas tendenciaram a apresentar maior peso ao nascer.

Não houve relevância estatística para o teste de associação entre idade gestacional e laceração perineal corroborando com os estudos anteriores. Entretanto houve uma tendência a uma menor taxa de integridade perineal em mulheres primigestas com gestação pós-termo (13%) enquanto que, nas gestações pré-termo e a termo esta taxa foi de 20% e 25,1% respectivamente. O mesmo ocorreu em relação às lacerações de 1° e 2° grau, as quais tendenciaram para um maior índice de laceração de 1° grau naquelas pós-termo (83,3%), enquanto que nas pré-termos e a termos não houveram variações significantes (68,6% e 69,5%). As lacerações de 2° grau apresentaram mais frequente em 11,4% de mulheres com gestação pré-termos, enquanto que as lacerações de 3° grau apareceram em 0,4% nas a termo.

### 6.4 UTILIZAÇÃO DE OCITOCINA INTRAPARTO

Em um estudo prospectivo com 565 mulheres assistidas por EOs, foi realizado testes de associação entre desfechos perineais e algumas intervenções intraparto e observou que houve uma maior frequência de desfechos perineais mais graves, estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ), quando utilizou puxos dirigidos, analgesia epidural, ocitocina, maior tempo de período expulsivo e maior peso do bebê (LEEMAN, et al. 2009).

Na pesquisa de Silva, et al. (2012) a administração intravenosa de ocitocina durante o trabalho de parto foi associada aos desfechos perineais. Este apoia as conclusões do estudo de Albers et al. (2006), em que dentre as mulheres que utilizaram ocitocina intraparto, 49,7% necessitaram de correção perineal e 42% não tiveram sutura. Uma investigação Dahlen et al. (2011) do tipo coorte prospectivo com 6595 mulheres que visavam identificar fatores de risco

para trauma perineal grave, terceiro e quarto grau) verificou que a utilização de ocitocina esteve associada a um aumento significativo do risco para essa lesão.

A infusão intravenosa de ocitocina é utilizada para acelerar o parto de modo a aumentar as contrações e a pressão intrauterina no estágio expulsivo do parto. Esta intervenção pode estar associadas às distócias e ao desprendimento abrupto do pólo cefálico, tendo por consequência um aumento do risco de laceração perineal (SCARABOTTO, 2006).

A utilização de ocitocina intraparto na população estudada, foi também uma variável que não apresentou significância estatística quando associada ao desfecho perineal das primíparas, porém houve uma discreta tendência ao períneo íntegro, 23,6% quando não se utiliza ocitocina, e 20% quando se utiliza. Quanto às lacerações de 2º grau, 12% foram mais frequentes quando se utiliza ocitocina e 4,5% quando não se acelera o parto.

## 6.5 POSIÇÃO MATERNA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO

Caroci (2014) em seu estudo transversal, em que avaliou 317 primíparas, que tiveram parto normal, assistidos por enfermeiros obstétricos (EOs), não teve um resultado estatisticamente relevante na associação entre o local de laceração e a posição materna no parto ( $p=0,0692$ ). No entanto Schirmer, Fstotine e Basile (2011) em um estudo clínico randomizado, onde avaliaram 158 nulípara, assistidas por EOs, e realizaram a comparação entre as posições semi-sentada (SS) e decúbito lateral esquerdo (DLE), observou que 56,8% das lacerações foram de 1º grau, 12,3% foram de 2º grau, e 16% foram submetidas à episiotomia, enquanto que em SS, 37,7% apresentaram laceração de 1º grau, 14,3% foram de 2º grau e 35% submetidas à episiotomia. Foi evidenciado maior risco de laceração de 1º grau e episiotomia na posição SS, destacando DLE como uma forma de proteção perineal.

No estudo de Silva, (2012) a posição materna semi-sentada, no período expulsivo, comparada com outras posições, tais como lateral, cócoras, de pé e de quatro apoios, representou maior risco de lacerações de 2º grau e episiotomias. Esta conclusão apoia a pesquisa de Soong & Barnes (2005), com 3756 mulheres que tiveram seus partos assistidos em uma instituição australiana, em que evidenciou que a posição semi-sentada foi significativamente mais associada a necessidade de reparo perineal.

Scarabotto (2006) corrobora afirmando que a posição adotada pela mulher no momento do parto é um fator importante para a ocorrência de trauma perineal. Seu estudo aponta que posição lateral esquerda no parto reduz significativamente o risco de lacerações

graves, pois diminui a tensão muscular perineal no momento do desprendimento fetal, e além disso reduz o risco de episiotomia.

Entre os benefícios da mudança de posição, trabalhada no estudo de Côrtes (2017), tem-se que as posições verticais ou laterais, em comparação com as posições supinas, possibilita a uma maior integridade perineal, menor perda sanguínea e não há aumento das lacerações perineais ou edema vulvar.

Nesta investigação as posições semi-sentada ou semi-vertical foram as mais frequentes dentro dos registros avaliados correspondendo a 53,1% dos registros. A segunda posição mais frequentes, 26,1% foi a lateralizada. Quando comparamos separadamente os desfechos perineais com as posições de parto, observou-se maior prevalência, entre as primíparas, de laceração de 1º grau, mais de 63%. Os dados referente à posição no período expulsivo não apresentaram significância estatísticas no teste de associação, mas houve uma tendência, entre as primíparas, a apresentarem períneo íntegro na posição lateralizada, de 25% e a laceração de segundo grau na posição vertical com 13,16%.

## 6.6 DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO

No estudo de Leeman, et al. (2009) observou que o tempo de período expulsivo, possui maior associação com a dor perineal no pós parto, porém esta informação não justifica a utilização da episiotomia como mecanismo de redução deste tempo, tendo em vista que esta técnica aumenta o risco de lesões graves. Na pesquisa de Scarabotto (2006), a duração do período expulsivo variou entre um a 72 minutos entre a amostra avaliada, mantendo-se dentro dos limites de 120 minutos aceitáveis pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Porém não houve associação com significância estatística entre a frequência e a gravidade das lesões ( $p=0,119$  e  $p=0,486$ , respectivamente).

O prolongamento do segundo estágio do parto encontra-se entre as principais indicações para a realização de episiotomia, objetivando diminuir os riscos para sofrimento fetal e tocotraumatismo. No entanto, em uma pesquisa de Carvalho (2010), realizada em Pernambuco, com uma população de 495 mulheres que tiveram parto vaginal, não foi identificado relação estatisticamente significativa para prática da episiotomia, nos trabalho de parto com durabilidade superior a 6 horas e período expulsivo maior que 30 minutos.

No presente estudo, 75,82% das mulheres tiveram um período expulsivo menor que 30 minutos. Não houve significância estatística para esta variável quanto ao desfecho perineal, porém independente do tempo de expulsão do bebê, houve uma prevalência de laceração de 1º

grau entre as mulheres. Entre as primíparas a laceração de 3º grau ocorreu no tempo de período expulsivo menor que 30 minutos. Nas mulheres não primíparas, quando houve lacerações de 2º grau, esta ocorreu no período menor que 30 minutos.

#### 6.7 PRESENÇA DE CIRCULAR DE CORDÃO

O estudo de Scarabotto (2006) aponta uma distribuição proporcional entre as frequências de integridade perineal, ocorrência de lacerações e seus graus de comprometimento perineal na presença de circular de cordão, demonstrando ausência de associação estatística significativa. Entretanto 20,9% dos bebês apresentavam circular de cordão no momento do nascimento e foram desfeitas antes do desprendimento dos ombros. Entretanto a proporção de laceração de segundo grau foi ligeiramente maior quando havia presença de circular de cordão, ou seja houve uma tendência à laceração mais profunda na presença de circular de cordão umbilical.

Na presente investigação 30,3% dos bebês apresentavam circular de cordão no momento do parto, entre as primíparas houve uma tendência maior a integridade perineal quando não havia a presença de circular 24,4%, comparado com quando esta esteve presente, 22%. Em relação às lacerações de 1º grau houve um ligeiro aumento deste comprometimento perineal na presença de circular, 73,2% enquanto que na ausência este desfecho apresentou-se em uma taxa de 69,2%. Em relação às mulheres não primíparas, houve uma taxa de 44,9% de períneo íntegro quando não havia circular de cordão, enquanto que na presença deste valor era de 41,2%.

#### 6.8 PESO DO RECÉM NASCIDO

O peso ao nascer maior ou igual a 3500 g foi um importante fator para lesão perineal entre mulheres nulíparas na pesquisa de Silva, et al. (2012). Estes achados corroboram com o estudo de Ogunyemi et al. (2006) os quais apontam que existe uma associação importante entre a gravidade de comprometimento perineal e aumento de peso do bebê.

Riesco, (2011) em seu estudo retrospectivo com 6365 partos, observou que existe uma associação entre integridade perineal e peso fetal menor que 3150g e que, o risco de lesão de 2º grau aumenta 1,6 vezes com peso maior ou igual a 3300g, concluindo desta forma que quanto maior o peso, maior o risco de lesão de maior gravidade.

No estudo de coorte randomizado Lydon, et al. (1995), com 1.211 mulheres, identificou que o peso fetal esteve associado a maior frequência de lacerações perineais, e quando o peso é superior a 3500g, existe uma associação com a prática de episiotomia na instituição da pesquisa. Outro estudo, corroborando com este anterior verificou que, para cada aumento de 500g no peso fetal, aumenta 30% o risco de lesão perineal (HOWARD, 2000).

No presente estudo 26,1% da amostra apresentou peso menor que 3000g, 49,2% apresentou peso entre 3000g e 3500g e 24,7% mostrou-se com peso superior a 3500g. As associações foram realizadas utilizando a categorização dos pesos para pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado para a idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG), os quais se apresentaram como uma frequência de 4,9%, 91,6% e 3,5%, respectivamente.

Os testes realizados neste estudo mostraram uma associação estatística significativa entre o peso e os acometimentos perineais, tendo em vista que o teste  $\chi^2$  de Pearson mostrou significância com  $p = 0,00$ . O teste de regressão logística, confirma o teste anterior e aponta que o peso maior ou igual a 3500g aumenta em 1,73 vezes a chance de a mulher ter correção perineal.

Com relação à integridade perineal entre as primíparas, 35,7% estavam relacionados aos bebês PIGs, 23,5% aos AIGs, e não houve ocorrência deste desfecho em crianças GIGs. Houve prevalência de lacerações de 1º grau em bebês AIGs com uma taxa de 71,6%, lesões de 2º grau em GIGs com uma frequência de 40%, enquanto que nos AIGs foram de 4,5% e inexistente em PIGs.

Entre as não primíparas não houve relevância estatística para o teste de associação e apresentaram como desfecho perineal para integridade perineal uma taxa de 50% para PIGs, 44% em AIGs e 38% nos GIGs. Nas lesões de 1º grau, houve uma tendência a maior lacerações em GIGs (62%), seguidos dos AIGs (54%) e os PIGs (50%). As lesões perineais de 2º grau se apresentaram apenas para os AIGs, em 1,4%.

## 6.9 PUXOS ESPONTÂNEOS E DESFECHOS PERINEAIS

Como mencionado anteriormente, a prática de “hands off”, deve ser interpretada não apenas como uma conduta em que se protege o períneo com postura expectante do profissional ou simplesmente com as mãos fora do períneo da parturiente, mas também como um conjunto de condutas adotadas pelo mesmo, como por exemplo, respeitar a fisiologia do parto, permitir puxos espontâneos, evitar toques vaginais repetitivos e desnecessários, manter um ambiente aconchegante e com poucos ruídos, entre outros. O modelo de parto adotado, nesta

instituição, busca respeitar e seguir como rotina o conjunto de condutas que caracterizam a prática hands off, que está relacionada também ao respeito ao tempo de desprendimento do bebê, desde que as condições maternas e fetais estejam favoráveis. Entretanto no que diz respeito aos tipos de puxos adotados, estes não foram encontrados nos registros examinados.

Justificando a afirmação anterior, o estudo de Caroci et al. 2014 identificou que mulheres com puxos espontâneos apresentaram melhores desfechos perineais, maior prevalência de lacerações na região anterior e menor frequência na região posterior. Nos partos em que o tipo de puxo foi dirigido, observou-se que a situação era invertida, ou seja, existia uma taxa aumentada de lesões perineais na região posterior. Rosa (2016), considera em sua pesquisa que lacerações em região anterior estão menos associadas à morbidade e a necessidade de sutura, enquanto que as lacerações em região posterior ocorrem mais complicações como fístulas, hematomas, lesões do esfíncter anal e da mucosa retal, além de maior necessidade de correção perineal.

O estudo de Sampelle (1999) mostrou que existe uma associação com significado estatístico entre puxo dirigido e desfecho perineal, e que houve maior integridade e menor grau de acometimento perineal em partos com puxos espontâneos. No estudo de Scarabotto (2006), os resultados perineais foram semelhantes em relação à frequência de lacerações, no entanto apesar de não ter ocorrido significância estatística ( $p=0,095$ ), houve mais lacerações de 2º grau entre as parturientes que realizaram o puxos dirigidos, do que aquelas que utilizaram puxo espontâneo.

No estudo prospectivo de Leeman, et al. (2009) em partos assistidos por midwifes, em que mulheres mais propensas ao trauma perineal foram as nulíparas, teve como resultado a associação estatisticamente significativa que os traumas mais severos estavam relacionados a utilização de analgesia epidural, uso de ocitocina, puxos dirigidos, maior tempo de expulsivo e peso do recém-nascido (LEEMAN, et al. 2009).

Em um estudo de intervenção quase experimental, mostrou que os desfechos maternos e perinatais variam conforme o tipo de puxo que é realizado pela mulher. Os puxos dirigidos reduzem o tempo do período expulsivo, porém mostram-se prejudiciais na oxigenação materna e fetal, e na integridade do assoalho pélvico. Os puxos espontâneos favorecem aos melhores índices de Ápgar no primeiro e quinto minuto, maior proteção perineal, menor fadiga materna, menor risco de incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos (CÔRTEZ, 2017).

## 6.10 DESFECHO PERINATAL

A qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério são os principais fatores determinantes da mortalidade materna e perinatal, e apesar da ampliação da cobertura e acesso ao pré-natal, ainda existe um importante comprometimento, tanto na qualidade do serviço, quanto na cobertura, sendo que somente pequena parcela das gestantes têm realizado o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Nesta investigação 78, 2% (467) das mulheres registradas realizaram um número maior ou igual a seis consultas de pré-natal, sendo que 0,8 (5) não realizou nenhuma consulta e 20,9% (125) realizou menos consultas que o recomendado pelo MS.

Dentre as principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil, destaca-se as afecções perinatais, sendo relacionados principalmente à asfixia ao nascer, infecção, e complicações da prematuridade (BRITO, 2014). No presente estudo apenas 2% (12) das crianças apresentaram idade gestacional inferior a 37 semanas no momento do parto. Em relação aos registros de infecção urinária na gestação, 378 dados apresentaram faltantes nos prontuários, e dos 230 registrados 60,4% apresentaram pelo menos um episódio de infecção, representando um índice elevado, já que existe uma relação importante com os desfechos perinatais negativos. Considerando os índices de Ápgar, 98,3% (594) apresentou valores maiores ou iguais a sete no primeiro minuto e 99,8% (606) no quinto minuto. Quanto a internação em UTI neonatal, apenas 0,99% precisou deste cuidado.

Como já mencionado anteriormente a “Hora de Ouro” é um momento essencial para a mulher e a criança, tanto por questões emocionais e afetivas quanto por questões fisiológicas de adaptação extrauterina, pois favorece a estabilização da temperatura corporal, a frequência cardíaca e respiratória do bebê, benefícios do aleitamento materno na primeira hora, além de vantagens maternas já discutidas (MARTINS, 2016). Nesta pesquisa foram observados que 100% dos registros apresentavam como presente o contato pele a pele após o parto e 77,8% foram incentivados ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Não foi encontrado nos prontuários, as justificativas para os demais bebês (22,2%) não terem contato com os seios maternos na primeira hora.

Os testes de associação para os desfechos perinatais, quanto aos índices de Ápgar no primeiro e quinto minuto, foram realizados para a presença de circular de cordão e tempo de período expulsivo, pois de acordo com alguns estudos, como o de Riesco (2011) o tempo de expulsivo prolongado está associado à maiores taxas de episiotomia para proteção perinatal. O

estudo de Scarabotto (2006) expõe sobre as manobras em desfazer as circulares para facilitar o nascimento do bebê.

A circular de cordão pode acometer não apenas a região cervical, assim como abdome e membros do bebê, porém que o que aterroriza as mulheres e alguns profissionais obstetras é que esse achado pode provocar um "enforcamento" no bebê, algo que não há evidências que comprovam ou registram este tipo de desfecho. No entanto, as circulares de cordão é um fato considerado fisiológico (20 a 40% dos bebês), já que bebês saudáveis apresentam boa movimentação dentro do útero. Alguns profissionais tem como conduta o clampeamento precoce do cordão e logo proceder com o desprendimento das espaldas, quando se deparam com circulares cervicais, entretanto estas condutas podem trazer comprometimentos graves para o bebê, privando o mesmo de suprimento sanguíneo e das trocas gasosas que se processam através do cordão (AMORIM, 2016).

Neste estudo foram considerados dados estatisticamente significantes os valores de "p" inferiores a 0,05 e foi observado que no teste  $\chi^2$  de Pearson para a associação entre a presença de circular de cordão e o índice de Ápgar, mostrou-se significativa para o Ápgar no 1º e 5º minutos ( $p = 0,028$  e  $0,031$ , respectivamente). A pesquisa apontou que a presença de circular de cordão não interferiu negativamente no desfecho perinatal por asfixia, ou seja, os neonatos apresentaram índices de Ápgar favoráveis, maior ou igual a sete, no primeiro (91,1%) e no quinto minuto (98,9%).

Houve uma distribuição homogênea entre os desfechos perinatais quanto ao Ápgar no primeiro e quinto minuto, nos intervalos pré-estabelecidos para tempos de período expulsivo. Em quatro partos em que o intervalo de expulsão foi maior que 120 minutos, houve apenas um caso de Ápgar menor que sete no primeiro minuto.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O centro de parto normal, assim como no cenário da pesquisa, representa uma mudança no paradigma da assistência, o qual possibilita a humanização do parto e nascimento e desfechos maternos e perinatais favoráveis, já que favorece o cuidado centrado nas necessidades da mulher/família e na fisiologia do nascimento. Além disso, o enfermeiro obstetra é o responsável pelo cuidado da mulher e do neonato, com respaldo legal e dos protocolos institucionais, de modo que o possibilita realizar sua assistência com autonomia, empregando condutas não intervencionistas e adequadas, baseadas em evidências científicas.

As evidências científicas apontadas na literatura comprovam estatisticamente que as variáveis trabalhadas neste estudo possuem, em sua maioria, associação com os desfechos perineais, entretanto, nesta pesquisa, apenas o peso do recém-nascido, entre as primíparas, apresentou relevância estatística quando associado aos traumas perineais. A análise multivariada mostrou que o peso maior ou igual a 3500g aumenta em 1,73 vezes a chance de a mulher receber correção perineal e nas primíparas 2,57 vezes mais chances deste mesmo evento ocorrer.

O estudo apontou resultados positivos para desfechos perineais, visto que nesta população, 34,1% apresentou integridade perineal, 62,4% laceração de 1º grau, 3,3% lesões de 2º grau e 0,2% de 3º grau. Considerando os desfechos perineais de baixa gravidade, lacerações de 1º grau ou integridade perineal, observou-se que entre as primíparas a prevalência foi de 94,1% enquanto que nas não primíparas este valor foi de 98,8%.

Vale ressaltar que menos da metade das mulheres necessitaram de correção perineal em uma conduta hands off (50% em primíparas e 30% em não primípara; 45% em bebês com mais de 3500g e 37% quando este peso era inferior) e quando associada às outras variável, não houve diferença significativa, tendo em vista que não aumentaram as lacerações de segundo, terceiro e quarto grau, assim como não houve aumento de chance de terem seus períneos suturados.

Quando avalia-se o desfechos perineais, deve-se compreender que este pode variar consideravelmente e ainda ser atribuído à vários fatores relacionados às condições maternas, fetais e às características da assistência obstétrica. Neste estudo os testes de associação para desfechos perineais, apresentaram-se, em sua maioria, sem relevância estatística e, o único critério comum a todos foi a assistência com hands off. Deste modo, acredita-se que a utilização desta conduta trouxe um importante benefício no desfecho perineal dessa população estudada,

já que 96,5% foram de acometimentos de baixa gravidade (laceração de 1º grau ou períneo íntegro.) e apenas 42,48% apresentou necessidade de correção perineal.

Quanto aos desfechos perinatais, este estudo apontou que nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no cenário deste estudo, houve uma prevalência maior de índices de Ápgar maior ou igual a sete no primeiro minuto, 98,3% (594) e 99,8% (606) no quinto minuto. Quanto a internação em UTI neonatal, apenas 0,99% precisou deste cuidado.

Considerando os resultados maternos perinatais desta investigação, acredita-se que a conduta expectante para proteção perineal de hands off, pode ser considerada dentro das boas práticas para assistência ao parto, tendo em vista que na população do estudo, os resultados foram positivos, sendo identificado benefícios relacionados aos desfechos maternos perineais sem comprometer os resultados perinatais.

A enfermagem obstétrica baseada na utilização de boas práticas e evidências científicas, com intervenções mínimas no parto, busca avaliar e identificar fatores de risco, de forma individualizada, de modo a realizar um conjunto de ações e condutas que favorecem o processo de parturição, dentre as quais incluem: a livre movimentação, banhos mornos, massagens, ambiente acolhedor, respeito à fisiologia, utilização criteriosa de ocitócitos, entre outros.

As condutas realizadas de forma compartilhada com a mulher promovem melhores desfechos maternos-perinatais e a maior satisfação da mulher/família. Estes aspectos devem ser ensinados continuamente, ainda na graduação, para a formação de profissionais que sejam generalistas ou especialistas, tendo em vista a assistência à mulher utilizando as boas práticas.

Apoiada na prática profissional de enfermeira obstetra com prática hands off e confirmados pelos resultados desta pesquisa, sugere-se que a disseminação desta conduta torne-se importante na qualificação da assistência à parturiente, ratificando os benefícios maternos e perinatais de um modelo assistencial centrado na mulher que respeite a fisiologia do parto e do nascimento como único para cada mulher e família, com a utilização de boas práticas na assistência.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de que os fatores que interferem nos desfechos maternos e perinatais são consideravelmente variados e não foi possível controlar todas as variáveis existentes para estes desfechos, necessitando assim de outros estudos que possibilitem o oferecimento de evidências para a utilização das melhores condutas na assistência ao parto e ao nascimento, além de investigações com delineamentos metodológicos distintos que favorecem análises comparativas entre outras condutas de

proteção perineal. Além disso, as lacunas na literatura sobre a temática foi um fator que dificultou a realização da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

AASHEIM, V., et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, 6.Art.No.CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

ALMEIDA, R. Em clima de campanha, Paes inaugura Hospital da Mulher em Bangu. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro. Atualizada em 28/06/2012 às 16h06. Disponível em: <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2012/06/28/em-clima-de-campanha-paes-inaugura-hospital-da-mulher-em-bangu/>, acesso em 18 de Março de 2018.

ALBERS, L.L.; SEDLER, K.D.; BEDRICK, E.J.; TEAF, D.; PERALTA, P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. **Birth** 33, 94–100. 2006.

AMORIM, M. M.; et al. Selective episiotomy vs. implementation of a nonepisiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health** 2014, 11:66. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/66>. Acesso em 14 de Maio de 2018.

AMORIM, M. A falácia da circular de cordão. Ago 2016. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/a-falacia-da-circular-de-cordao.html> e acesso em 25 de Junho de 2018.

ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática. **Revista da imagem**, v. 20, n. 01, 1998.

BARBOSA, T.A. Percepção das Puérperas frente ao Cuidado das Enfermeiras obstetras no Parto e Nascimento. Ceilândia, 2013. Trabalho de conclusão de curso departamento de Enfermagem na Universidade de Brasília.

B, H. S.; R, C. S. **Designing Clinical Research an Epidemiologic Approach**. Baltimore, Philadelphia, Hong Kong, London, Munich, Sydney, Tokyo.: Williams and Wilkins, 1988. ISBN 0-683-04249-1.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2a. São Paulo: Santos, 2010. ISBN 978-85-7288-839-4.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Indicadores de mortalidade. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>>. Acesso em: 14 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país. 07 de Março de 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>, acesso em 16 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Maio/2016.

BRITO, P. P.; SOUZA, L. M. Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal. *Tempus, actas de saúde colet, Brasília*, 8(4), 239-255, dez, 2014. ISSN 1982-8829

BRUGGEMANN, M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 21(5):1316-1327, set-out, 2005.

BRUNETTE, W. et al. Open data kit 2.0: expanding and refining information services for developing regions. Proceedings of the 14th **Workshop on Mobile Computing Systems and Applications**: ACM, 2013.10 p.

CAROCCI, A.S.; RIESCO, M.L.G.; LEITE, J.S.; ARAÚJO, N.M.; SCARABOTTO, L.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. Ver. **Enferm. UERJ**, 22(3):402-408, mai-jun. 2014.

CARVALHO, C. C. M. D.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, v. 38, n. 5, 2010. ISSN 0100-7254.

CARVALHO, C. C.; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. Prevalência e Fatores Associados à Prática da Episiotomia em Maternidade Escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Assoc Med Bras** 2010; 56(3): 333-9

CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A.; GONZALEZCHICA, D.A.; MANO, S.M. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. (2011) 27, 985– 994 [in Spanish].

Ciências políticas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Taxa de Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://www.paho.org>. Acesso em 17 de Abril de 2016.

COELI, C.M.; FAERSTEIN, E. Estudos de Coorte. In: MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 2 e.d. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte. Editora ATHENEU, 2009. Capítulo XII, pág. 237-251.

COFEN. Resolução Cofen nº 477/2015 e 0516/2016 - Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html). Acesso em 14 de Maio de 2018.

CÔRTEZ, C. T. et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 716-725, 2015. ISSN 1980-220X.

CÔRTEZ, C.T. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. Tese (Doutorado em Enfermagem) – **Escola de Enfermagem** da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.

COSTA, M. L. et al. EPISIOTOMIA NO PARTO NORMAL: INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 13, n. 1, p. 173-187, 2015. ISSN 2237-8685.

CUNHA, B. Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, O primeiro da Cidade com foco na Saúde da Mulher, é Inaugurado em Bangu. Extra digital, Rio de Janeiro, atualizada e Publicado em 30/06/12 10:00. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/zona-oeste/hospital-da-mulher-mariska-ribeiro-primeiro-da-cidade-com-foco-na-saude-da-mulher-inaugurado-em-bangu-5358503.html>, acesso em 18 de Março de 2018.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetricia de Williams**. McGraw Hill Brasil, 2016. ISBN 8580555264.

DAHLEN, H. G. et al. From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. **Women and birth**, v. 24, n. 3, p. 105-111, 2011. ISSN 1871-5192.

DA SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; DE FIGUEIREDO PEREIRA, A. L. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2011. ISSN 2176-9133.

DE OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005. ISSN 1980-220X.

FERREIRA, K. M.; MACHADO, L. V.; DO AMPARO MESQUITA, M. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura/humanization normal child birth: a review of literature. **Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014. ISSN 2358-7946.

FONSECA, C. et al. Prática de enfermagem baseada na evidência: o caso das feridas. **Journal of Aging & Inovation**, v. 1, n. 6, p. 5-14, 2012.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. verve. **revista semestral autogestionária do Nu-Sol**, n. 18, 2010. ISSN 1676-9090.

FRANÇA E, LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. 2008. In: Rede interagencial de informação para a saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 83-112. 2009.

FRANCISCO, A. A. et al. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 39-44, 2014. ISSN 0080-6234. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700039&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700039&nrm=iso)>.

FRANCISCO, A.A.; JUNQUEIRA, OLIVEIRA, S.M.J.V.; SANTOS, J.O.; SILVA, F. M. B. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paul Enferm.** 2011;24(1):94-100.W

GALVÃO, C.; SAWADA, N.; TREVISAN, M. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Lat Am Enferm.* 2004; 12 (3): 549-56. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 465-71, 2009.

GEMMA, M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal. **Faculdade de Saúde Pública.** 2016. Universidade de São Paulo

GOLDBERG, J.; GYSLOP T.; TOLOSA, J.E; SULTANA, C. Racial Differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. **Am J Obstet Gynecol.** 2003; 188:1063-7.

GOMES, A.R.M. et. al. Assistência de Enfermagem Obstétrica na humanização do parto normal. **Revista cien-Revista Científica de Enfermagem**, n. 11, p. 23-27, 2014. ISSN 2358-3088.

GRILO DINIZ, C. S. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016. ISSN 1414-3283.

HATEM, M. et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review). **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, 2009.

HEALTH, N. C. C. F. W. S. A. C. S. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. 2014.

HEJAZI, Â. M. O que diz a literatura sobre proteção perineal no parto vaginal: em busca de argumentos para as boas práticas na atenção ao parto. 2016.

HOWARD, D.; DAVIES, P.S.; DELANCEY, J.O.; SMALL, Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. **Obstet Gynecol.** 2000;96(4):622-4.

LEEMAN, L. et al. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth.* 2009;36(4):283-8.

LOPES, A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 46, n. 3, p. 285-8, 2000. ISSN 0104-4230.

LYDON, R.M.T.; ALBERS, L.; TEAF, D. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. **J Nurse Midwifery.** 1995; 40(1):13-8.

MACHADO, P. M. Adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina no parto na água. 2015.

MARTINS, G.E. O QUE DIZ A LITERATURA SOBRE FATORES QUE INFLUENCIAM O INÍCIO DO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO: em busca de argumentos para implementar boas práticas no nascimento. Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem

Obstétrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MASETTI, A. P. et al. Refletindo sobre a prática baseada em evidência na atenção primária à saúde. **ANAIS DA JIC-JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**, v. 6, n. 1, 2016.

MATHIAS, A.E.R.A.; PITANGUI, A.C.R.; VASCONCELOS, A.M.A.; SILVA, S.S.; RODRIGUES, P.S.; DIAS, T.G. Mensuração da dor perineal no pós parto vaginal imediato. *Ver. dor*; 16(4):758-64. Florianópolis, 2008.

MEDRONHO, R. A. **EPIDEMIOLOGIA**. Ed. Atheneu - 1º reimpressão - 2º Edição. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, 2011. p 237-250.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250-271, 2015. ISSN 1984-7289.

MUNDSTOCK et al. Cadernos de matemática e estatística Série B: trabalho de apoio didático introdução à análise estatística utilizando o SPSS 13.0 Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Matemática Série B, número XX Porto Alegre - maio de 2006.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência and Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013. ISSN 1413-8123.

NIY, D. Y. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – **Escola de Enfermagem** da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

OGUNYEMI, D.; MANIGAT, B.; MARQUIS, J.; BAZARGAN, M. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. **Journal of the National Medical Association** 98, 1874–1881. (2006).

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. ISSN 1414-8145.

PEDROSA, K. K. A. et al. Enfermagem baseada em evidência: Caracterização dos estudos no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015. ISSN 2176-9133.

PEREIRA, A.L.F.; AZEVEDO, L.G.F.; MEDINA, E.T.; LIMA, T.R.L.; SHROESTER, M.S. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil/ *Ver. pesquis. cuid. fundam. (online)*; 4(2)abr.-jun. 2012.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências:[revisão]. **Femina**, v. 38, n. 10, 2010. ISSN 0100-7254.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. D. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 197-201, 2007. ISSN 0034-7167. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-672007000200013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-672007000200013&nrm=iso).

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 595-602, 2009. ISSN 1414-3283.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil em tempo: uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad Saude Publica**, p. S35-S36, 2014.

RIESCO, M.L.G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas\*. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(3):389-395.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, Laceração e Integridade Perineal em Partos Normais: Análise de Fatores Associados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):77-83. 2011

ROSA, M. L. Laceração perineal e enfermagem obstétrica: um estudo de revisão integrativa. 2016.

SALGE, A. K. M.; LÔBO, S.F.; SIQUEIRA, K.M.; SILVA, R.C.R.; GUIMARÃES, J.V. Prática da Episiotomia e Fatores Maternos e Neonatais Relacionados. **Rev. Eletr. Enf.** 2012 oct/dec;14(4):779-85.

SAMPSELE, C.M.; HINES, S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. **J Nurses midwifery**. 1999; 44(1):36-9.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

SANTOS, L.F.A, et al. Desmistificação da simplicidade das tecnologias leves no processo de trabalho em medicina de família e comunidade. **Revista de Saúde**. 2017 Jan./Jun.; 08 (1): SUPLEMENTO 123-124.

SCARABOTTO, L.B.; RIESCO, M.L.G. Fatores associados ao trauma perineal em nulíparas. **Ver. esc. enferm. USP** 2006; 40(3):389-395.

SCHIRMER, J.; FUSTOTINI, S.M.; BASILE, A.L.O. Resultado perineal nas posições de parto lateral esquerda, versus vertical semi-sentada: estudo randomizado **Acta paul. enferm;** 24(6):745-750, 2011)

SÉ, C.C.S.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F. Implantação do módulo acolhimento do programa cegonha carioca no município do Rio de Janeiro. *J. res.: fundam. care. online* 2016. jan./mar. 8(1):3935-3944.

SHRESTHA, N.S.; SINGH, N. Nuchal cords and perinatal outcome. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2007; 5:360-3.

SILVA, N. L. S. et al. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, p. 216-220, 2013. ISSN 0104-3552.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R. D.; COELHO, E. D. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 424-431, 2015. ISSN 1414-8145. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300424&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300424&nrm=iso) >.

SILVA, F.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; BICK, D.; OSAVA, R.H.; ESTEBAN, F.T.; RIESGO, M.L.G. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. 2012. **Blackwell Publishing Ltd Journal of Clinical Nursing**, 21, 2209–2218.

SOARES, A.D.S.; COUCEIRO, T.C.M.; LIMA, L.C.; FLORES, F.L.L.; ALCOFORADO, E.M.B.; COUCEIRO, F.R.O. Associação da catastrofização da dor com a incidência e a intensidade da dor perineal aguda e persistente após parto normal: estudo longitudinal tipo coorte. **Ver. Bras. Anestesiol.**; 63(4): 317-321, jul-ago. 2013

SOONG, B.; BARNES, M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? *Birth* 32, 164–169, 2005.

SOUSA, A. M. M. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte. 2013. Universidade Federal de Minas Gerais. **Escola de Enfermagem**

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S11-S13, 2014. ISSN 0102-311X.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. ISSN 2179-7994.

TRINH, A. T.; KHAMBALIA, A.; AMPT, A.; MORRIS, M.J.; ROBERTS, C. L. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. **Touro Órgão Mundial de Saúde** [Internet] 2013 Apr.

UNICEF. Relatório aponta 10 países com maiores taxas de mortalidade infantil. Alexandre Soares, da ONU **News em Nova Iorque**. 20, Fev. 2018. Disponível em:  
<https://news.un.org/pt/story/2018/02/1611481>. Acesso em 14 de Maio 2018.

VERCH, A. G. F. Direitos sexuais e reprodutivos, vias de parto e assistência à gestação: “vamos fazer cesária, mamãezinha?”. 2013.

VIANA, D. L. A trajetória de mulheres assistidas em um centro de parto normal e sua relação com as escolhas no parto e no nascimento. 2016. Universidade Federal de Minas Gerais. **Escola de Enfermagem**

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

## ANEXO A



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RESULTADO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS COM A UTILIZAÇÃO DE CONDUTA EXPECTANTE

**Pesquisador:** BETANIA MARIA FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72799417.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.250.435

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo coorte não concorrente ou histórica, observacional, retrospectiva, de abordagem quantitativa, realizada em um centro de parto normal de uma maternidade do Rio de Janeiro. A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo primário da pesquisa é analisar o resultado materno-perinatal da assistência ao parto por enfermeiras obstetras com a utilização da técnica "hands off". Os objetivos da pesquisa estão claros e bem delineados, apresentam clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788
	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_961329.pdf	07/08/2017 08:51:29		Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 2.250.435

Declaração de Pesquisadores	declaracaonegativadecustos.pdf	06/08/2017 09:18:42	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconfidencialidadeesigilo.pdf	05/08/2017 15:38:15	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	CurriculoNatalia.pdf	05/08/2017 15:36:14	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	CurriculoBetania.pdf	05/08/2017 15:34:25	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	05/08/2017 15:29:40	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensadeTCLE.pdf	05/08/2017 15:17:07	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartadeApresentacao.pdf	05/08/2017 15:14:43	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/08/2017 13:21:14	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	05/08/2017 12:56:12	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Orçamento	OrçamentoDetalhado.pdf	05/08/2017 12:55:13	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencia.PDF	05/08/2017 12:52:51	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/08/2017 12:49:08	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 31 de Agosto de 2017

**Assinado por:**  
**Patrícia Aparecida Fontes Vieira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 03 de 03

## ANEXO B

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RESULTADO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS COM A UTILIZAÇÃO DE CONDUTA EXPECTANTE

**Pesquisador:** BETANIA MARIA FERNANDES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72799417.3.3001.5279

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.298.182

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa sob responsabilidade da Prof. Dra. Betania Maria Fernandes da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. A assistente de pesquisa é a mestranda Natália de Freitas Costa.

O projeto foi aprovado pelo CEP da componente conforme Parecer Consubstanciado 2.250.435 o qual recomendo a recepção de seus termos por este CEP.

Citando a pesquisadora no projeto juntado a PB:

"Resumo:

A assistência humanizada à mulher no processo de parturição vai de encontro com as relações interpessoais entre o profissional e a cliente, e tem como principal objetivo resgatar o protagonismo feminino. O atual modelo de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado pelo excesso de intervenção, o que tem contribuído significativamente para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Este

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

**Bairro:** Centro

**CEP:** 20.031-040

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2215-1485

**E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_961329.pdf	07/08/2017 08:51:29		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 05 de 06

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.298.182

Declaração de Pesquisadores	declaracaonegativadecustos.pdf	06/08/2017 09:18:42	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconfidencialidadeesigilo.pdf	05/08/2017 15:38:15	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	CurriculoNatalia.pdf	05/08/2017 15:36:14	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	CurriculoBetania.pdf	05/08/2017 15:34:25	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	05/08/2017 15:29:40	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensadeTCLE.pdf	05/08/2017 15:17:07	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartadeApresentacao.pdf	05/08/2017 15:14:43	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/08/2017 13:21:14	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	05/08/2017 12:56:12	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Orçamento	OrçamentoDetalhado.pdf	05/08/2017 12:55:13	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaAnuencia.PDF	05/08/2017 12:52:51	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/08/2017 12:49:08	NATALIA DE FREITAS COSTA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Setembro de 2017

Assinado por:  
Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 06 de 06

## APÊNDICE



## Instrumento de coleta de Dados

Data da Coleta: \_\_\_\_\_

Faixa etária:	Situação conjugal:
Cor/etnia: Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( )	Ocupação: _____
Escolaridade Ensino Fundamental Incompleto ( )      Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( )      Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( )      Ensino Superior Completo ( ) Pós-graduação ( )	
Número de gestações/Paridade : _____	Número de consultas pré-natais : ____
Idade Gestacional no parto: _____	Posição no momento do parto: _____
Presença de acompanhante no parto Sim ( ) Não ( ) _____	Ocitocina intraparto Sim ( ) Não ( )
Puxos dirigidos: Sim ( ) Não ( ) Utilização da conduta de proteção perineal Hands-on ( ) Hands-off ( )	Laceração perineal: Sim ( ) Não ( ) Grau de Laceração: 1° ( ) 2° ( ) 3° ( ) 4° ( ) Necessidade de sutura: Sim ( ) Não ( )
Intercorrências periparto e pós-parto imediato, Sim ( ) Não ( ) Que tipo de intercorrência: _____	Apgar 1°/5° min: _____ Peso do RN _____ Internação em UTI neonatal: Sim ( ) Não ( ) Toco-traumatismo Sim ( ) Não ( )
Contato pele a pele após o nascimento Sim ( ) Não ( )	Amamentação na 1° hora de vida Sim ( ) Não ( )