

Como citar este artigo:  
LONDERO, G. R.; TONETTO,  
T. L.; FERREIRA, B. B.;  
MELCHIOR, A. F.; BRAZ,  
M. M.; SEHNEM, Graciela  
Dutra; Análise da  
assistência obstétrica  
prestada a gestantes  
de alto risco no centro  
obstétrico de um hospital  
universitário. Revista Saúde  
(Sta. Maria). 2024; 50.

Autor correspondente:  
Nome: Giulliane Ramos  
Londero  
E-mail: giullianelondero@  
gmail.com  
Formação: Fisioterapeuta.  
Pós-graduada em Gestão  
e Atenção Hospitalar com  
ênfase em Atenção à Saúde  
da Mulher e da Criança pela  
Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM), Santa  
Maria, Rio Grande do Sul,  
Brasil.

Filiação Institucional:  
Universidade Federal de  
Santa Maria

Data de Submissão:  
04/12/2021

Data de aceite:  
18/01/2024

Conflito de Interesse: Não  
há conflito de interesse

DOI: 10.5902/223658368749



## Análise da assistência obstétrica prestada a gestantes de alto risco no centro obstétrico de um hospital universitário

### Analysis of the obstetric assistance provided to high risk pregnant women at the obstetric center of an university hospital

Giulliane Ramos Londero, Tamiris Leal Tonetto, Bianca Balbueno Ferreira, Amanda Francesquet Melchior, Melissa Medeiros Braz, Graciela Dutra Sehnem

#### Resumo:

Objetivo: Caracterizar as intervenções obstétricas que gestantes de alto risco são submetidas no centro obstétrico de um hospital universitário. Métodos: Pesquisa de abordagem quantitativa e caráter transversal, com análise de 420 prontuários de gestantes de alto risco que tiveram seu parto realizado entre janeiro e março de 2020 em um hospital universitário do sul do país. Como instrumento para obtenção da coleta de dados foi utilizado um questionário que abordou: dados da gestante, dados da internação, acompanhamento do trabalho de parto, dados do parto, dados do recém-nascido, dados do pós-parto, eventos sentinelas. Resultados: Em relação ao trabalho de parto, 37,14% sofreram algum tipo de indução. A maioria das mulheres foi submetida a um parto cesáreo (62,14%), sendo 82,32% dessas para cesárea eletiva e em 16,98% das que tiveram partos vaginais (37,86%), foi realizado episiotomia. Considerações finais: Este estudo identificou altos índices de intervenções obstétricas, sendo as mais frequentes a episiotomia e a cesariana. Apesar dos grandes avanços feitos na área da obstetrícia, ainda há aspectos a se melhorar, considerando que as boas práticas não são realizadas de modo homogêneo e são registrados os excessos de intervenções durante a assistência.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco; Parto; Medicalização; Saúde Materno-Infantil

#### Abstract:

To characterize the obstetric interventions that high-risk pregnant women are submitted to in the obstetric center of a university hospital. Methods: Research with a quantitative approach and cross-sectional character, with analysis of 420 medical records of high-risk pregnant women who had their birth performed between January and March 2020 at a university hospital in the south of the country. As a tool for obtaining data collection, a questionnaire was used that addressed: data on the pregnant woman, data on hospitalization, monitoring of labor, data on delivery, data on newborns, postpartum data, sentinel events. Results: Regarding labor, 37.14% underwent some type of induction. Most women underwent a cesarean delivery (62.14%), 82.32% of which were for elective cesarean delivery and in 16.98% of those who had vaginal deliveries (37.86%), an episiotomy was performed. Final remarks: This study identified high rates of obstetric interventions, the most frequent being episiotomy and cesarean section. Despite the great advances made in the area of obstetrics, there are still aspects to be improved, considering that good practices are not carried out in a homogeneous way and excesses of interventions during assistance are registered..

Keywords: High-Risk Pregnancy; Parturition; Medicalization; Maternal and Child Health

## INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico e, na grande maioria dos casos, sua evolução e resolução acontece sem intercorrências. Apesar disso, em uma pequena parcela das gestações, as mulheres ou por já apresentarem ou por desenvolverem alguma doença acabam sendo classificadas como “gestantes de alto risco”, por terem maior probabilidade de apresentarem um desfecho desfavorável, tanto para ela como para o feto<sup>1</sup>.

Os fatores de risco para uma gestação podem ser divididos em prévios à gestação ou que surgem durante a gestação. Os fatores prévios estão relacionados com as características sociais, biológicas e demográficas da mulher, ao seu passado obstétrico ou às condições clínicas de saúde pré-existentes. Os fatores que surgem durante a gravidez estão relacionados com doenças obstétricas atuais, exposição a fatores teratogênicos ou intercorrências clínicas com a mulher ou o feto<sup>2,3</sup>.

Entre os principais motivos para a gestação ser classificada como alto risco estão: idade materna <15 ou >35 anos; trabalho de parto prematuro (TPPT) ou gravidez prolongada; síndromes hipertensivas e hemorrágicas; insuficiência istmo-cervical; diabetes mellitus (DM); doenças cardíacas, neurológicas, hematológicas ou endócrinas; mau passado obstétrico, como abortamentos prévios ou fetos mal formados; e cirurgia uterina anterior, incluindo duas ou mais cesáreas prévias ou cesárea há menos de dois anos<sup>3</sup>.

A identificação dos fatores de risco no acompanhamento pré-natal (PN), o diagnóstico precoce, encaminhamento para equipe especializada e manejo clínico adequado são decisivos na assistência a essa população, a fim de favorecer prognósticos positivos na saúde materno-infantil<sup>4</sup>. Assim, foi lançada em 2011 a Rede Cegonha, que objetiva assegurar o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, incluindo a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com acesso ao pré-natal de alto risco (PNAR) em tempo adequado e a adoção de práticas obstétricas baseadas em evidências e das boas práticas de atenção ao parto e nascimento<sup>5</sup>.

A Organização Mundial de Saúde, em 2018, lançou uma reciclagem das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, onde foi citado como boas práticas obstétricas: os métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre ingestão de líquidos e alimentos, livre escolha da posição no momento do parto, incentivo a puxos espontâneos, clampeamen-

---

to tardio do cordão umbilical, uso racional de ocitocina durante o trabalho de parto (TP) e da episiotomia durante o parto e a presença integral de um acompanhante da escolha da mulher<sup>6</sup>.

Entretanto, mesmo com os avanços na área obstétrica e as recomendações de órgãos internacionais de saúde, atualmente no Brasil, a gestação e o nascimento são vistos como doenças e a assistência ao parto é caracterizada pelo excesso de intervenções, que muitas vezes são desnecessárias e sem respaldo por evidências científicas<sup>7,8</sup>. Além disso, temos o foco na decisão médica de como conduzir o TP e parto, deixando em segundo plano a autonomia da mulher. Esses dois fatores associados, contribuem para uma experiência de parto negativa, além de exporem a riscos a saúde das parturientes e seus recém-nascidos<sup>8-10</sup>.

Considerando esse contexto, este estudo visa caracterizar as intervenções obstétricas que gestantes de alto risco são submetidas em um centro obstétrico de um hospital universitário da região Sul do país.

## **MÉTODOS**

Estudo de abordagem quantitativa e caráter transversal, com mulheres gestantes de alto risco que tiveram seu parto realizado no período de janeiro a março de 2020 em um hospital universitário do sul do país.

Foram incluídas mulheres que tiveram o diagnóstico de gestação de alto risco, através da confirmação via identificação do CID-10 no prontuário da paciente. Foram excluídas as mulheres que foram consideradas previamente hípidas na consulta de admissão no centro obstétrico e as que, por algum motivo, não foram encontradas no sistema de prontuário eletrônico do hospital.

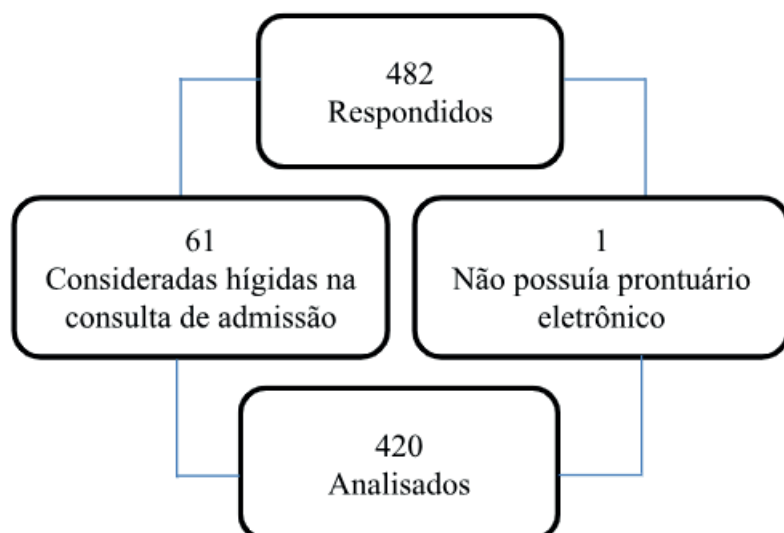
A população alvo foi selecionada através da análise dos prontuários eletrônicos da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher (UASM), conferidos no Serviço de Arquivo Médico (SAME). Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário desenvolvido para a pesquisa, com o objetivo de conhecer as intervenções obstétricas vivenciadas pelas gestantes de alto risco no centro obstétrico.

Para tanto, abordou-se os seguintes aspectos: 1) dados da gestante: paridade, idade,

cidade de referência, CID-10 para a classificação em gestação de alto risco, tipo de gravidez, histórico obstétrico de partos e gestações; 2) dados de internação: apresentação do feto no momento da consulta de admissão, fase do trabalho de parto que se encontrava; 3) acompanhamento do trabalho de parto: tipo de dieta ingerida, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, indução do trabalho de parto e método usado, acompanhamento de fisioterapeuta, acompanhante de escolha da mulher, analgesia; 4) dados do parto: tipo de parto e sua indicação, equipe que acompanhou o parto, posição adotada no momento do período expulsivo, presença de acompanhante, realização de episiotomia ou presença de lacerações ; 5) dados do recém-nascido: tempo do clampeamento do cordão umbilical e motivo se <1 minuto, contato pele a pele, amamentação na 1ª hora de vida, APGAR 1º e 5º minuto, índice de Capurro, peso ao nascimento, oferecimento de fórmula infantil durante a internação; 6) dados do pós-parto: colocação de DIU e presença de acompanhante; 7) eventos sentinelas: hemorragia pós parto, uso de hemoderivados, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP, rotura uterina e sepse. Os dados foram coletados a partir da folha de indicadores obstétricos utilizados no serviço e da busca no prontuário eletrônico das pacientes, porém observaram-se folhas preenchidas incorretamente, com rasuras e/ou campos em brancos, e prontuários eletrônicos com informações divergentes e/ou faltantes

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva das variáveis. Foram selecionados 420 prontuários de acordo com os critérios de inclusão, conforme o fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão (figura 1).

Figura 1- Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão.



No que tange às questões éticas, foi seguida a Resolução 466/12, do Conselho Nacional Saúde (CNS), que trata de pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número do parecer 4.286.294 e CAAE 36765920.7.0000.5346.

## RESULTADOS

As participantes tinham uma média de idade de  $28,24 \pm 6,67$  anos, com mínima de 14 e máxima de 45 anos. A tabela 1 apresenta os dados de caracterização das mulheres gestantes de alto risco, predominantemente jovens e com gestação a termo.

Tabela 1 - Dados de caracterização das gestantes de alto risco.

Caracterização das gestantes	N	%
Idade materna		
Menor que 15 anos	1	0,24
Entre 15 -34 anos	333	79,28
35 anos ou mais	86	20,48
Nulípara	125	29,76
Múltipara	295	70,24
Gestação única	412	98,10
Gestação múltipla	8	1,90
Idade gestacional no parto		
<37s	96	22,86
>37s	324	77,14

Observa-se, analisando os dados, 60,48% (n=254) das mulheres era da cidade do hospital do estudo e 40% possuíam pelo menos uma cesárea prévia (n=168). No período de coleta de dados, 9,71% (n=41) das gestantes que internaram eram adolescentes, sendo a maioria dessas nulíparas (58,54%, n=24). Em relação ao número de gestações tardias (20,48%, n=86), a maior parte era múltipara (87,20%, n=75).

Apesar de 46,43% (n=195) apresentarem o diagnóstico de uma síndrome hipertensiva, também foram atendidas mulheres com distúrbios sanguíneos (1,90%, n=8); doenças neurológicas (1,66%, n=7), autoimune (0,48%, n=2), cardíacas (0,71%, n=3), psiquiátricas (0,71%, n=3), oncológicas (0,71%, n=3), renais (0,24%, n=1); rotura prematura de membranas

(1,20%, n=5); doenças infecciosas como HIV (1,20%, n=5), toxoplasmose (1,20%, n=5), sífilis descoberta no momento do parto (0,48%, n=2) e infecções do trato urinário superior de repetição (0,48%, n=2); mau passado obstétrico (1,43%, n=6), alterações no volume de líquido amniótico (0,95%, n=4) e má formação fetal (0,95%, n=4).

A tabela 2 apresenta a caracterização dos motivos pelos quais as mulheres foram classificadas com gestação de alto risco. Importante ressaltar que uma mesma mulher pode apresentar mais de um CID-10 na mesma gestação.

Tabela 2: Caracterização da gestação de alto risco, apresentada em número absoluto e porcentagem

<b>Características da gestação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diabetes Mellitus		
Gestacional	95	22,61
Prévia	4	0,95
Síndromes Hipertensivas		
HASg	64	15,24
HASp	50	11,90
PE/Eclâmpsia	77	18,33
PE sobreposta a HAS	4	0,95
Desvios do crescimento fetal		
CIUR	13	3,09
Macrossomia	7	1,66
Trabalho de parto prematuro	96	22,86
Gestações múltiplas	8	1,90
Cesárea anterior		
2 ou mais	97	23,09
<2 anos	4	0,95
Tireoidopatias		
Hipertireoidismo	1	0,24
Hipotireoidismo	17	4,05
Assistência pré-natal		
Sem pré-natal	7	1,66
Incompleto	26	6,19
Peso Materno		
Obesidade grau 1	6	1,43
Obesidade grau 2	1	0,24
Obesidade grau 3	5	1,20

HASg = Hipertensão Arterial Sistêmica Gestacional; HASp = Hipertensão Arterial Sistêmica Prévia; PE = Pré-eclâmpsia; CIUR = Crescimento Intrauterino Restrito

Durante a internação, 46,66% (n=196) das gestantes estiveram com dieta livre e 43,09%

em jejum (n=181), sendo 82,32% (n=149) dessas para cesárea eletiva. Observa-se que 37,14% (n=156) das gestantes sofreram algum tipo de indução do trabalho de parto, sendo o misoprostol (69,87%, n=109) o método de indução mais utilizado, seguido pela ocitocina (51,92%, n=81) e a sonda foley (1,92%, n=3).

Um número satisfatório (46,19%, n=194) teve acesso ao uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo a deambulação (87,11%, n=169), o chuveiro (50%, n=97), exercícios respiratórios (39,17%, n=76) e exercícios na bola suíça (37,11%, n=72) os mais utilizados. Um número levemente menor (34,28%, n=144) não fez uso e os principais motivos foram parto cesáreo de urgência (31,94%, n=46) ou eletivo (55,55%, n=80).

Infelizmente, apesar de ser ofertado no hospital, apenas 4,28% (n=18) obteve acompanhamento de fisioterapeuta durante o trabalho de parto; em contrapartida, 94,04% (n=395) contaram com a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. No pós-parto, 23,09% (n=97) das mulheres não tiveram acompanhantes, mas apenas 21,65% (n=21) foram em decorrência da pandemia de COVID-19, como motivo de prevenção.

Observa-se que, apesar de 84,76% (n=356) das mulheres chegarem ao hospital com o feto em apresentação cefálica e 33,80% (n=142) estarem em trabalho de parto espontâneo, 62,14% (n=261) dos partos foi por via alta, ou seja, cesárea.

A tabela 3 traz a caracterização dos partos ocorridos durante o primeiro trimestre no hospital e a descrição das intercorrências ocorridas durante o parto vaginal.

Tabela 3: Descrição dos partos ocorridos, em número absoluto e percentual.

<b>Caracterização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cesárea	261	62,14
Parto vaginal	159	37,86
Episiotomia	27	16,98
Laceração 1º grau sem sutura	23	14,46
Laceração 1º grau com sutura	29	18,24
Laceração 2º grau	21	13,20
Laceração 3º grau	2	1,26

Em relação aos partos cesáreos, 44,83% (n=117) ocorreu devido a iteratividade, 18,39% (n=48) por situação fetal não tranquilizadora, 9,96% (n=26) por falha de indução, 9,96%



(n=26) por desproporção céfalo-pélvica (DCP), 7,66% (n=20) por posição pélvica e 5,75% (n=15) por descompensação materna.

Sobre os partos vaginais, 100% foram assistidos por médicos e/ou residentes médicos, não sendo registrado nenhum assistido por enfermeiras obstétricas. Um número irrisório realizou analgesia durante o trabalho de parto (0,63%, n=1) e colocou DIU de cobre no pós parto imediato (1,89%, n=3). A posição mais utilizada para o parto foi a de semideitada (55,98%, n=89), seguida da posição de litotomia (40,25%, n=64); posições como em quatro apoios, cócoras ou ortostase foram utilizadas por 3,77% (n=6) das mulheres. Em relação aos partos em que as mulheres sofreram episiotomia, em 40,74% (n=11) foi observado hipotonia no RN no primeiro minuto de vida, 18,52% (n=5) eram partos prematuros, 11,11% (n=3) sofreram algum grau de laceração concomitantemente, sendo 33,33% (n=1) de 1º grau com sutura, 33,33% (n=1) de 2º grau e 33,33% (n=1) de 3º grau.

A média dos índices de APGAR no 1º e 5º minutos dos RN foram, respectivamente, 8,70 e 9,73. O contato pele a pele foi realizado por 80,95% (n=340) binômios mãe-bebê, sendo que 6,90% (n=29) não realizaram pelos RN estarem sem condições, 5,95% (n=95) pelos RN terem sido transferidos para a UTIN, 2,14% (n=9) pela sala de parto estar fria e 0,95% (n=4) pelas mães estarem sem condições. A amamentação na primeira hora de vida foi possível para 84,52% (n=335) das díades; para 13,57% (n=57) não foi possível devido às condições do RN, 0,95% (n=4) por condições maternas e 2,38% (n=10) por contraindicação de amamentação. Foi ofertada fórmula infantil para 10,71% (n=45) dos recém-nascidos, sendo 46,66% (n=21) por serem prematuros.

Em relação aos eventos sentinelas após o parto, 2,14% (n=9) apresentaram hemorragia pós-parto, sendo 22,22% (n=2) com necessidade de hemoderivados; 1,43% (n=6) pré-eclâmpsia grave; 0,24% (n=1) eclâmpsia; 0,24% (n=1) síndrome HELLP e 0,24% (n=1) sepse.

## DISCUSSÃO

Pode-se observar que a idade materna isoladamente não foi um fator predominante para a gestação ser de risco, visto que maior parte da amostra era formada por mulheres jovens na faixa etária de 15 a 34 anos (79,28%) e a literatura aponta para riscos aumentados em menores de 14 anos e com idade igual ou superior a 35 anos (BRASIL, 2012). Grande parte da amostra era múltipara (70,24%) e o principal motivo de classificação em



---

gestação de alto risco foi o diagnóstico de alguma síndrome hipertensiva (46,43%). Esse perfil epidemiológico foi encontrado em outros estudos realizados no país<sup>4,11</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica gestacional (HASg) é uma das complicações mais comuns da gestação, estando altamente relacionada com o risco de mortalidade materna e fetal, e a sua evolução para eclâmpsia, apresentada por 0,24% da amostra, é uma das principais causas de morte materna<sup>11</sup>. Assim, o seu diagnóstico precoce e manejo correto é essencial para prognósticos positivos, o que reforça a importância de medidas preventivas para essa população.

A prematuridade foi encontrada em 22,86% da amostra e é considerada um dos principais fatores de risco para a mortalidade neonatal<sup>12</sup>. Nesse estudo, foi encontrado que 7,85% das mulheres não realizaram o acompanhamento de PN ou o fizeram de forma incompleta. Espera-se que o PN seja iniciado até a 12<sup>a</sup> semana de gestação e tenha um número mínimo de seis consultas<sup>5</sup>, pois a identificação de fatores de risco no PN, além de qualificar a assistência prestada a gestante, pode influenciar nos índices de nascimentos prematuros, intercorrências clínicas com a gestante e, conseqüentemente, nos indicadores de mortalidade materna e fetal/neonatal.

A intervenção obstétrica mais realizada na população do estudo foi a cesariana. A OMS recomenda que a taxa de cesarianas seja de 10 a 15% de todos os partos; no presente estudo, 40% possuíam, pelo menos, uma cesárea prévia e 62,14% realizaram o parto cesáreo, percentual muito acima do recomendado, chegando a ultrapassar os índices de partos vaginais<sup>13</sup>. Índices de cesáreas maiores do que os de parto vaginais também foram encontrados em outros estudos brasileiros<sup>14,15</sup>.

Atualmente, são considerados como indicações absolutas de cesariana: a DCP e a placenta prévia total. Outras recomendações de cesarianas são: acretismo placentário, mulheres HIV positivas sem uso de antirretrovirais, com cargas virais altas ou desconhecidas, infecção primária ativa do vírus do Herpes Simples no terceiro trimestre e co-infecção de Hepatite C com HIV<sup>16</sup>.

No estudo, 44,83% dos partos cesáreos foram por duas cesáreas prévias ou mais ou uma cesárea há menos de dois anos, contudo, sabe-se que é possível um parto vaginal após uma cesárea e que é o recomendado na maioria das situações<sup>16</sup>. No período estudado, só foi registrado um das indicações absolutas para o parto cesáreo, a DCP (9,96%),

estando, então, grande parte das indicações discordando com o preconizado no Brasil.

Outra intervenção que obteve índices registrados acima da faixa de 10% preconizada pela OMS, foi a episiotomia (16,98%). Durante o período expulsivo, há algumas variáveis que podem influenciar na realização ou não desse procedimento, entre eles a idade gestacional e a posição da mulher, já que estudos sugerem que há tendência em realizar episiotomia em posições horizontais<sup>17</sup>. Isso pode estar relacionado com os dados de 18,52% de episiotomia em partos prematuros e 96,23% das mulheres terem parido em posição semideitada ou de litotomia. Há, também, a justificativa que o procedimento é uma forma de prevenção de lacerações de terceiro e quarto grau<sup>18</sup>, porém, nesse estudo, 11,11% das mulheres que sofreram episiotomia tiveram algum grau de laceração associado, sendo 3,33% de terceiro grau; além dessa, foi registrada apenas outra ocorrência de laceração de terceiro grau em toda a amostra.

Observa-se que não houveram registros de partos assistidos por enfermeiras obstétricas, o que pode ser um fator influenciador dos índices de intervenções obstétricas, sobretudo da episiotomia, já que é uma prática realizada pela equipe médica<sup>19</sup>. Autores sugerem que mulheres que têm o parto assistido por uma enfermeira obstétrica apresentam chances aumentadas de usufruírem de boas práticas e menos risco de sofrerem intervenções danosas e/ou desnecessárias<sup>9</sup>.

Além disso, pouquíssimas mulheres tiveram o acompanhamento de fisioterapeuta durante o TP (4,28%). A ausência desses dois profissionais no centro obstétrico podem ser influenciadores para menos da metade (46,19%) das participantes terem feito o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Ressalta-se que, intervenções não farmacológicas que minimizem a dor durante o TP, além de aumentar a tolerância da mulher, são de baixo custo e fácil acesso, podendo contribuir para a redução do número de partos cesáreos por exaustão e/ou solicitação materna, além de evitar falsos diagnósticos de DCP, sem trazerem efeitos adversos para a mulher e o feto<sup>20,21</sup>.

Em relação às boas práticas como amamentação na 1ª hora de vida, contato pele a pele e presença de acompanhante da escolha da mulher, os números registrados são satisfatórios, com 84,52%, 80,95% e 94,04%. O clampeamento tardio do cordão umbilical foi proporcionado para 67,14%. Sobre a livre ingestão de alimentos e líquidos, 43,09% das participantes ficaram em jejum do momento da internação até o parto, quase em sua

---

totalidade por estarem com parto cesárea agendado. É possível observar que as boas práticas não são aplicadas de maneira universal, o que vai ao encontro com resultados encontrados em outros estudos<sup>9,22</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo identificou altos índices de intervenções obstétricas. Observou-se um expressivo número de partos cesáreos com indicações potencialmente falhas, como a mulher apresentar uma cesárea prévia, gravidez múltipla e feto em posição pélvica. Além disso, algumas intervenções sem respaldo científico como a posição de litotomia e a episiotomia foram bastante reportadas nos dados dos partos vaginais. A inserção do profissional de enfermagem na assistência direta ao parto, visando descentralizar o modelo centrado no médico, pode contribuir para diminuir os índices de episiotomia. Além disso, o fortalecimento da fisioterapia durante o TP auxilia a aumentar os índices de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a qualificar o atendimento prestado as parturientes.

Conclui-se que, apesar dos significativos avanços feitos na área da obstetrícia, ainda há aspectos a se melhorar, considerando que as boas práticas não são realizadas de modo homogêneo e são registrados os excessos de intervenções durante o TP e parto. Considerando que o parto é, majoritariamente, um evento fisiológico, é importante analisar a real necessidade ou indicação de intervenções, a fim de se evitar uma sucessão de procedimentos desnecessários, que expõe a riscos a saúde da mulher e do RN.

Os resultados desta pesquisa trazem subsídios para a reflexão sobre as condutas tomadas por profissionais que atuam na assistência obstétrica, influenciando a implementação de ações que visam à adesão das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento e, conseqüentemente, a redução das intervenções obstétricas desnecessárias. Além disso, por ter sido realizado em um hospital universitário, campo de atuação de formação específica em ginecologia e obstetrícia, pode influenciar na qualificação do processo de ensino-aprendizagem.

Como limitação do estudo, pode-se citar o fato da coleta de dados ser dependente do registro dos profissionais nos prontuários eletrônicos e folhas de indicadores obstétricos das pacientes. Já que houveram folhas preenchidas incorretamente e prontuários eletrô-

nicos com informações divergentes e/ou faltantes, existe a possibilidade de que os registros das intervenções analisadas nessa pesquisa estejam abaixo do número real, devido a essas inconsistências de registros.

## REFERÊNCIAS

1. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. Rotinas em obstetrícia. 7a. Artmed. 2017. 912 p.
2. Fernandes JA, Campos GW de S, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde em Debate*. 2019;43(121):406–16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico* [Internet]. 5a. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. 2012. 302 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)
4. Sampaio AFS, Rocha MJF da, Leal EAS. *Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre*. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018;18(3):567–75.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.
6. World Health Organization. *Intrapartum care for a positive childbirth experience* [Internet]. 2018. 201 p. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*. 2017. 53 p.
8. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira

---

M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):S17–32.

9. Lopes GDC, Gonçalves A de C, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: Comparison of practices developed after network stork. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27(e:3139).

10. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92.

11. Dalla Costa L, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil Epidemiológico De Gestantes De Alto Risco. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2):1–8.

12. Demitto MDO, Gravena AF, Dell’Agnolo CM, Antunes MB, Peloso SM. Gesta-  
ção de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal. *Rev da Esc Enferm da USP*.  
2017;51(e03208):1–8.

13. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Human Reproduction Programme. 2015. 1–8 p. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

14. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR de, Serafim D, Mathias TA de F. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2016;15(4):591–8.

15. Fernandes JA, Venâncio SI, Pasche DF, Da Silva FLG, Aratani N, Tanaka OY, et al. Assessment of care for high-risk pregnancy in four Brazilian metropolises. *Cad Saude Publica*. 2020;36(5):1–14.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no

SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. 2015. 101 p.

17. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-De-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(e2793).

18. Morato MGV de A. Prática de episiotomia durante a assistência ao parto: tendência e fatores de risco em uma coorte retrospectiva de cinco anos. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal de Uberlândia. 2019. 52 p.

19. Maciel CT, Ayres LFA, Passos CM dos, Caldeira LÁ, Oliveira LVA, Rodrigues IM dos S, et al. Intervenções obstétricas realizadas no período expulsivo: um destaque para episiotomia. *Brazilian J Heal Rev*. 2020;3(4):10583–99.

20. Melo P de S, Barbieri M, Westphal F, Fustinoni SM, Henrique AJ, Francisco AA, et al. Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1–9.

21. Vargens OM da C, Silva ACV da, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2017;21(1).

22. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto ID de B, Bezerra FD, Cipolotti R, et al. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(12):1039–48.