

Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal

Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a cross-sectional study
Relación entre internación precoz de embarazadas y uso de intervenciones obstétrica y cesarianas: estudio transversal

Tamara Lopes Terto¹

ORCID: 0000-0002-7358-1913

Thales Philipe Rodrigues da Silva¹

ORCID: 0000-0002-7115-0925

Thamara Gabriela Fernandes Viana¹

ORCID: 0000-0002-3742-5905

Ana Maria Magalhães Sousa¹

ORCID: 0000-0002-7096-592X

Eunice Francisca Martins¹

ORCID: 0000-0002-2014-8470

Kleyde Ventura de Souza¹

ORCID: 0000-0002-0971-1701

Fernanda Penido Matozinhos¹

ORCID: 0000-0003-1368-4248

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Terto RL, Silva TPR, Viana TGF, Sousa AMM, Martins EF, Souza KV, et al. Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2021;74(4):e20200397. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0397>

Autor Correspondente:

Fernanda Penido Matozinhos
E-mail: nandapenido@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 01-07-2020

Aprovação: 05-10-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre a internação precoce de gestantes e o uso de intervenções obstétricas e via de nascimento cesariana. **Métodos:** Estudo transversal, com 758 mulheres selecionadas por ocasião da realização de parto. Assumiu-se como internação precoce quando a mulher foi admitida no hospital tendo menos que 6 cm de dilatação cervical. Foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *odds ratio* para cada intervenção obstétrica, ajustados pelas variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Resultados:** Das mulheres, 73,22% foram internadas precocemente. Em média, estas tiveram 1,97 vezes a chance de sofrerem a manobra de Kristeller, 2,59 e 1,80 vezes a chance de receberem a infusão de ocitocina e analgesia, respectivamente, e 8 vezes mais chances de terem seus filhos por cesariana quando comparadas às mulheres que tiveram a internação oportuna. **Conclusão:** Mulheres internadas precocemente foram submetidas a um maior número de intervenção obstétrica e tiveram chances aumentadas de sofrerem cesarianas. **Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Assistência Perinatal; Parto; Trabalho de Parto; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the association between early pregnant hospitalization and the use of obstetric interventions and cesarean delivery route. **Methods:** Cross-sectional study, with 758 women selected at the time of childbirth. It was assumed as early hospitalization when the woman was admitted to the hospital having less than 6 cm of cervical dilation. Logistic regression models were constructed in order to estimate the *odds ratio* for each obstetric intervention, adjusted by sociodemographic and obstetric variables. **Results:** 73.22% of women were early hospitalized. On average, they had 1.97 times the chance to undergo Kristeller's maneuver, 2.59 and 1.80 times the chance to receive oxytocin infusion and analgesia, respectively, and 8 times more chances to having their children by cesarean delivery when compared to women that had timely hospitalization. **Conclusion:** Early hospitalized women were submitted to a higher number of obstetric intervention and had increased chances of undergoing cesarean sections.

Descriptors: Obstetric Nursing; Perinatal Care; Childbirth; Labor, Obstetric; Clinical Protocols.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar relación entre internación precoz de embarazadas y uso de intervenciones obstétricas y vía de nacimiento cesariana. **Métodos:** Estudio transversal, con 758 mujeres seleccionadas por ocasión de realización de parto. Se asumió como internación precoz cuando la mujer ha sido admitida en hospital teniendo menos que 6 cm de dilatación cervical. Han construídos modelos de regresión logística para estimar la *odds ratio* para cada intervención obstétrica, ajustados por variables sociodemográficas y obstétricas. **Resultados:** De las mujeres, 73,22% se internaron precocemente. En media, estas tuvieron 1,97 veces la chance de sufrir la maniobra de Kristeller, 2,59 y 1,80 veces la chance de recibir la infusión de oxitocina y analgesia, respectivamente, y 8 veces más chances de tener sus hijos por cesariana cuando comparadas a las mujeres que tuvieron internación oportuna. **Conclusión:** Mujeres internadas precocemente se someten a un mayor número de intervención obstétrica y tuvieron chances aumentadas de sufrir cesarianas.

Descritores: Enfermería Obstétrica; Asistencia Perinatal; Parto; Trabajo de Parto; Protocolos Clínicos.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a prevalência dos nascimentos por via cesariana vem aumentando mundialmente⁽¹⁾. Nos Estados Unidos, cerca de 33% das mulheres são submetidas a cirurgias⁽²⁾. No Brasil, estudo de abrangência nacional do início da década de 2010 demonstrou que as taxas de cesarianas variaram de 87,9% no setor privado a 42,9% no setor público⁽³⁾. Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985 e posteriormente em 2015, evidenciou que a cesariana é uma alternativa efetiva para diminuir as taxas de mortalidade materna e perinatal quando há real indicação, entretanto taxas de cesariana acima de 10% não diminuem tais desfechos negativos⁽⁴⁾.

Diante do aumento expressivo dos números de cesarianas, autores discutem sobre o momento considerado como mais seguro para a internação da mulher no ambiente hospitalar⁽⁵⁾. No Brasil, a definição de progressão normal do trabalho de parto em primeiro estágio baseia-se em dados publicados na década de 1950. O estudo de Friedman⁽⁶⁾ considera que a fase latente do trabalho de parto (TP) compreende de 0 a 4 centímetros (cm) de dilatação cervical; e a fase ativa, de 4 a 10 cm, momento oportuno para internação da parturiente⁽⁶⁾.

Em 2010, dados de 60 mil mulheres dos Estados Unidos forneceram estimativas para a construção de uma moderna curva de progressão de trabalho parto, que considera, para a admissão, o valor de 6 cm de Dilatação Cervical (DC) e demonstra que a internação precoce está associada a maior risco de intervenções desnecessárias⁽⁵⁾, como cesarianas, maior infusão de ocitocina e peridurais, aumento da taxa de episiotomia, independentemente da paridade da parturiente⁽⁷⁻⁸⁾.

Diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) estabeleceram que, para diminuição das taxas de cesarianas, fosse usado como parâmetro para início da fase ativa do TP o valor de 6 cm de DC⁽⁹⁾. Evidências científicas demonstram que várias práticas na assistência ao parto, como a internação no momento oportuno, são essenciais para melhores resultados obstétricos e contribuem, indubitavelmente, para a redução de desfechos perinatais negativos.

Diante do exposto, evidências científicas culminaram com o desenvolvimento de recomendações sobre padrões de cuidados relacionados ao parto e nascimento, denominadas "Boas práticas na atenção ao parto". Essas evidências foram utilizadas como base para a criação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) e instituições parceiras, com o objetivo de fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, a fim de promover, proteger e incentivar o parto por via vaginal⁽¹⁰⁾.

Considerando a persistência das altas taxas de intervenções sem indicações baseadas em evidências científicas, este estudo apresenta a hipótese de que a internação precoce (antes de 6 cm de dilatação cervical) eleva o uso de intervenções obstétricas (IO) e a ocorrência de cesarianas desnecessárias. Os resultados obtidos poderão subsidiar ações de saúde direcionadas à melhoria das práticas de atenção ao parto e nascimento.

OBJETIVO

Avaliar a associação entre a internação precoce de gestantes e o uso de intervenções obstétricas e via de nascimento cesariana.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, bem como dos dirigentes das maternidades envolvidas, e todas as mulheres puérperas entrevistadas assinaram o Termo de Esclarecimento Livre Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal norteado pela ferramenta STROBE e desenvolvido com a base de dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento", realizada em 11 maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo 7 com atendimento público e 4 com atendimento privado.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas executadas por enfermeiros capacitados pela equipe coordenadora do projeto, realizadas com as puérperas mediante a aplicação de instrumento de pesquisa estruturado, pelo menos seis horas após o parto, no período de novembro de 2011 a março de 2013. Também foram utilizados dados dos prontuários maternos. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em outra publicação⁽¹¹⁾.

Amostra

Para o cálculo amostral, utilizou-se o número de partos realizados em cada maternidade participante que teve 500 ou mais nascidos vivos em 2007, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O processo de amostragem se deu por três estágios: seleção dos hospitais participantes, método de amostragem inversa e seleção aleatória das puérperas.

Para este estudo, foram consideradas elegíveis todas as gestantes admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto e que possuíssem informação da DC no momento da admissão registrada em seu prontuário pelo profissional que a avaliou. A amostra final constituiu-se de 758 puérperas, de um total de 1.088.

Protocolo do estudo

Como variável explicativa principal, assumiu-se como internação precoce quando a mulher foi admitida no hospital tendo menos de 6 cm de DC na fase ativa de TP, sendo: 0 – DC \geq 6 cm; e 1 – DC < 6 cm.

Os desfechos deste estudo foram as IOs e via de nascimento (vaginal ou cesariana). As IOs foram baseadas nas recomendações sobre padrões de cuidados no parto normal, propostas pela WHO em 1996 e, posteriormente, ratificadas pelo MS e denominadas como "Boas práticas na atenção ao parto normal"⁽¹²⁾. São elas: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (posição "deitada de costas com as pernas levantadas" e manobra de Kristeller) e práticas frequentemente usadas de modo inadequado no momento de TP e parto (amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia e episiotomia)⁽¹²⁾.

Outras variáveis incluídas neste trabalho referem-se às características sociodemográficas (idade, cor, trabalho remunerado, escolaridade e presença de companheiro), antecedentes obstétricos/da

gestação (acompanhante durante a internação, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, primiparidade), clínicas, via de nascimento, além de características da instituição: a fonte financiadora do hospital (público ou privado) e presença de enfermeira(o) obstétrica(o) (não/sim). Criou-se, ainda, uma variável denominada intercorrências (clínica ou obstétrica) durante a gestação ou parto e que, possivelmente, influenciaria tanto a maior chance de internações precoces, independentemente da DC, quanto a via de nascimento cesariana. Considerou-se intercorrência no caso de haver pelo menos uma das seguintes condições presentes: doenças clínicas pré-existentes, síndromes hipertensivas, diabetes, diabetes gestacional, infecção pelo HIV, crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodrâmnio, polidrâmnio, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, TP prematuro, má-formação congênita grave, duas ou mais cesáreas prévias, falha de indução do parto e complicações na evolução do TP⁽⁹⁾, além de incompetência ístmocervical (IIC), amniorexe prematura, eclâmpsia e cirurgias uterinas prévias (miomectomia, microcesárea ou outras cirurgias do corpo). Ressalta-se que, para algumas variáveis, o número total das categorias pode ser menor que o número total da amostra, devido à perda de informação.

Análise dos resultados e estatística

Foi utilizado o pacote estatístico Statistical Software for Professional (Stata), versão 14.0, para realizar a análise dos dados.

As estimativas demonstradas foram apresentadas em proporções (%), com seus devidos intervalos de confiança (IC) de 95%. Para as variáveis quantitativas, depois de verificada a assimetria pelo teste estatístico Shapiro-Wilk, os dados amostrados foram apresentados com uso de mediana e intervalo interquartil (IQ).

A fim de verificar a magnitude da associação entre a DC e o uso das IOs, foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *odds ratio* (OR) para cada IO, ajustados pelas variáveis sociodemográficas e obstétricas. Para avaliar os ajustes do modelo final, utilizou-se o teste de bondade do modelo de Hosmer-Lemeshow.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta de 758 mulheres, com mediana de idade de 26 anos (IQ: 21-31), e predominaram: a cor autorreferida – parda (66,62%), aquelas que não exerciam trabalho remunerado (52,51%), com ensino médio completo (57,86%) e que viviam com companheiro (68,07%) (Tabela 1).

Entre as 758 mulheres internadas com registro de dilatação, 555 (73,22%) foram internadas precocemente (< 6 cm de DC) (dados não mostrados). A Tabela 2 demonstra a influência da internação precoce nos modelos de regressão logística para cada desfecho estudado. A priori, no modelo bruto, a internação precoce foi associada com manobra de Kristeller, infusão de ocitocina, analgesia e via de nascimento cesariana. Essas associações se mantiveram, no Modelo 1, após ajuste por variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

No modelo final, ajustado por variáveis sociodemográficas e obstétricas (Modelo 2), observou-se a influência da internação precoce sobre as práticas obstétricas: manobra de Kristeller, infusão de ocitocina, analgesia e via de nascimento cesariana.

No que diz respeito às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, observa-se que mulheres internadas precocemente tiveram, em média, 1,97 vez (IC95% 1,20-3,22) a chance de sofrerem a manobra de Kristeller, quando comparadas às mulheres que tiveram a internação com 6 cm ou mais de DC, com ajuste por variáveis sociodemográficas e obstétricas (Tabela 2).

Em relação às práticas obstétricas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto, verificou-se que mulheres internadas precocemente tiveram, em média, 2,59 (IC95% 1,73-3,87) e 1,80 (IC95% 1,07-3,01) vezes a chance de receberem a infusão de ocitocina e analgesia, respectivamente, quando comparadas às mulheres que tiveram a internação oportuna (≥ 6 cm de DC), com ajuste por variáveis sociodemográficas e obstétricas (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011-2013

Variáveis	n (%)
Idade (anos)*	26 (21-31)
Cor autodeclarada	
Branca	180 (23,75)
Preta	73 (9,63)
Parda**	505 (66,62)
Trabalho remunerado	
Sim	360 (47,49)
Não	398 (52,51)
Escolaridade	
Ensino fundamental	248 (32,76)
Ensino médio	438 (57,86)
Ensino superior	71 (9,38)
Com companheiro	
Sim	516 (68,07)
Não	242 (31,93)

Notas: * Mediana (intervalo interquartil); ** Inclui: Parda, morena, amarela e indígena.

Tabela 2 – Modelos brutos e ajustados sobre a influência da internação precoce nas intervenções obstétricas e na via de nascimento, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011-2013

	Modelo bruto		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR (IC95%)	Valor de p	OR ajustada (IC95%)	Valor de p	OR ajustada (IC95%)	Valor de p
<i>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas</i>						
Posição "deitada de costas com as pernas levantadas"						
Internação precoce						
Sim	1,04 (0,63-1,71)	0,860	1,07 (0,65-1,78)	0,768	1,20 (0,67-2,14)	0,536
Manobra de Kristeller						
Internação precoce						
Sim	1,90 (1,27-2,84)	0,002	1,87 (1,24-2,82)	0,003	1,97 (1,20-3,22)	0,007

Continua

Continuação da Tabela 2

	Modelo bruto		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR (IC95%)	Valor de p	OR ajustada (IC95%)	Valor de p	OR ajustada (IC95%)	Valor de p
<i>Práticas frequentemente usadas de modo inadequado no momento de trabalho de parto e parto</i>						
Amniotomia						
Internação precoce						
Sim	1,30 (0,79-2,13)	0,285	1,31 (0,78-2,17)	0,297	1,20 (0,68-2,10)	0,522
Infusão de ocitocina						
Internação precoce						
Sim	2,80 (1,93-4,06)	<0,001	2,92 (2,00-4,27)	<0,001	2,59 (1,73-3,87)	<0,001
Analgesia						
Internação precoce						
Sim	2,08 (1,34-3,24)	0,001	2,03 (1,29-3,18)	0,002	1,80 (1,07-3,01)	0,024
Episiotomia						
Internação precoce						
Sim	1,43 (0,94-2,16)	0,091	1,41 (0,91-2,16)	0,114	1,10 (0,67-1,82)	0,687
<i>Via de Nascimento - cesariana</i>						
Internação precoce						
Sim	8,23 (4,73-14,30)	<0,001	8,21 (4,66-14,44)	<0,001	8,00 (4,32-14,81)	<0,001

Notas: Valores em negritos = $p < 0,05$; OR = odds ratio; IC95% = intervalos de confiança de 95%. *Modelo ajustado por variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, cor e trabalho remunerado); **Modelo ajustado pelas variáveis presente no Modelo 1 acrescidas das variáveis obstétricas e assistenciais (acompanhante durante a internação, idade gestacional, número de consulta de pré-natal, primiparidade, presença de enfermeira obstétrica na instituição, intercorrência clínica ou obstétrica e financiamento do hospital); Em todos os modelos com significância para internação precoce, o valor de p no teste Hosmer-Lemeshow para o Modelo 2 foi maior que 0,05.

Mulheres que tiveram internação precoce para o nascimento de seus bebês apresentaram aumento, em média, de 8,00 (IC95% 4,32-14,81) vezes na chance de terem seus filhos por via de nascimento cesárea em relação às que foram internadas após 6 cm de DC, com ajuste por variáveis sociodemográficas e obstétricas (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram associação significativa entre a internação precoce e as práticas obstétricas (manobra de Kristeller, infusão de ocitocina e analgesia), além da influência na via de nascimento cesariana.

O manejo adequado durante a fase latente do trabalho de parto tem o objetivo de que a internação da parturiente seja realizada em tempo oportuno, o que contribui para menores riscos de intervenções e, por sua vez, diminuição de desfechos negativos durante o trabalho de parto e parto. Para a internação oportuna, seria adequado que a gestante fosse orientada, acolhida, apoiada e recebesse cuidados e orientações pautados nas boas práticas na atenção ao parto e nascimento^(10,12), com base na prevenção quaternária⁽¹³⁾. Soma-se, a isso, a necessidade de mudança urgente do cenário obstétrico brasileiro, com a superação do modelo tecnocrático e da hipermedicalização dele decorrente, de modo a qualificar a assistência ao parto ao alinhar o uso de práticas baseadas em evidências no parto ao cuidado centrado nas mulheres⁽¹³⁾. É certamente esta uma das mais evidentes contribuições da enfermagem obstétrica.

A atenção intervencionista culmina com as elevadas taxas de cesariana, e o Brasil é reconhecido, mundialmente, por esse indicador negativo. A internação precoce, como evidenciado neste estudo, aumenta as chances de cesarianas sem justificativa e não baseadas em evidência científica. Diversos estudos observacionais também mostraram relação entre o aumento das taxas de cesarianas em mulheres que tiveram admissão precoce

no TP^(8,14-15). Outra possível relação evidenciada pelos estudos internacionais é de que as parturientes internadas na fase latente recebem número mais elevado de intervenções desnecessárias, com destaque para a infusão de ocitocina e analgesia⁽¹⁶⁾, o que contribui para o aumento da taxa de cesariana^(7-8,16-17).

Salienta-se que as intervenções não ocorrem de forma isolada, visto que a infusão de ocitocina e analgesia peridural foram elevadas neste estudo, com maior probabilidade de ocorrência nas mulheres admitidas na fase latente do TP. Estudos internacionais trazem achado similar, e tais intervenções estão estatisticamente relacionadas à via de nascimento^(8,18-20). Também foi possível avaliar que as parturientes submetidas à analgesia durante o TP apresentam um risco maior de serem submetidas à infusão de ocitocina⁽²¹⁾.

A internação precoce, associada à realização das cesarianas, contribui para desfechos negativos, consequentes da realização desnecessária desse procedimento. Tais cirurgias, quando realizadas sem indicação precisa, estão associadas ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal e geram maior tempo de hospitalização, maior chance de infecção puerperal, hemorragia materna, atraso no tempo de recuperação pós-parto, início tardio da amamentação, prematuridade e elevação de gastos para o sistema de saúde⁽²²⁻²³⁾.

Pesquisa realizada com o inquérito "Nascer no Brasil: inquérito sobre o parto e nascimento" sobre o uso de intervenções obstétricas durante o TP e parto em gestantes de risco habitual demonstrou alto índice de intervenções obstétricas, revelando que, em grande parte, as intervenções foram desnecessárias⁽¹⁸⁾.

Para a identificação das intervenções obstétricas necessárias durante o TP, foi proposto pela OMS, desde 1994⁽²⁴⁾, o uso do partograma, que consiste na representação gráfica do TP. Atualmente, as novas diretrizes da OMS sobre os cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto reconhecem que cada TP é único e que a duração da primeira fase do TP pode variar em cada mulher⁽²⁵⁾. Dessa forma, não recomenda intervenções para acelerar o TP, como a infusão de ocitocina, ou a cesariana antes

de 5 cm de DC⁽²⁵⁾. Resultados desse trabalho também corroboram os de uma pesquisa nacional, que aponta o uso de ocitocina de forma indiscriminada⁽¹⁸⁾.

A manobra de Kristeller, outra intervenção inapropriada, pela ineficácia e efeitos deletérios para a mulheres e para os bebês⁽²⁶⁾, ainda é realizada em cerca de 36% das parturientes no país⁽¹⁸⁾. Foi evidenciada, neste estudo, com o dobro de chance de ocorrência em mulheres admitidas na fase latente do TP. Tais intervenções inapropriadas e utilizadas equivocadamente durante o TP contribuem para violar os direitos das mulheres, ocasionando, dentre outros aspectos, desconforto para as parturientes. A manobra de Kristeller é classificada como uma das inúmeras possibilidades de violência obstétrica que a parturiente pode sofrer.

Os achados deste estudo apontam para um modelo obstétrico tecnocrático, no qual as intervenções obstétricas são utilizadas de maneiras inapropriadas, o que pode acarretar danos para a parturiente e recém-nascido. A assistência durante o TP prevê a atuação da equipe multidisciplinar para evitar o uso de intervenções desnecessárias e para orientar as gestantes sobre as especificidades deste momento. Evidencia-se, ainda, que os índices de intervenções obstétricas podem relacionar-se com o profissional que presta a assistência ao parto, sendo menores quando os profissionais envolvidos são as(os) enfermeiras(os)⁽²⁷⁻²⁸⁾, em especial as(os) obstétricas(os). Além de um cuidado menos intervencionista, a atuação da enfermagem obstétrica, mediante a sua formação, busca resgatar o protagonismo da mulher durante o TP⁽²⁹⁾. Em conjunto com os demais membros da equipe multidisciplinar, esses profissionais reconhecem o processo de parturição como fisiológico e atuam promovendo garantia de direitos, segurança e conforto às mulheres durante o TP, parto e pós-parto⁽³⁰⁾.

Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo com delineamento transversal, não foi possível identificar as associações de temporalidade aqui mostradas. Além disso, como foi utilizado o prontuário

para coletar informações, pode-se haver a perda de algumas informações de certas variáveis.

Contribuições para a área da Enfermagem

Apesar dessas limitações, este estudo avança na perspectiva de análise de dados ainda não totalmente explorados na área da enfermagem obstétrica, por sua contribuição para a reorganização dos serviços, gestão dos processos e práticas de cuidado, além de potencial aporte para a mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento. Os resultados podem servir como base para uma melhor assistência e cuidado mais seguro e menos tecnocrático ao parto e nascimento, substituindo o excesso de intervenções obstétricas.

CONCLUSÃO

Os achados deste trabalho evidenciam que mulheres internadas precocemente foram submetidas a um número mais elevado de intervenções obstétricas e tiveram chances aumentadas de sofrerem cesarianas. Pode-se analisar que as práticas assistenciais obstétricas ainda estão baseadas no modelo de atenção tecnocrático.

Tais resultados apontam para a necessidade de efetivação das políticas públicas no campo da saúde das mulheres e atenção obstétrica no país, visando à adoção de práticas mais assertivas durante a assistência pré-natal e parto. Isso é uma tarefa complexa, a qual perpassa pela formação profissional (que produza interferência nos processos de trabalho, na equipe multi/interprofissional e nos cuidados integrados/centrados nas pessoas, apoiados nas melhores evidências científicas); pelas relações entre os profissionais, usuárias e seus familiares; pela gestão do sistema de saúde e reorganização dos processos e práticas de cuidado; pela participação social (com a inclusão das mulheres nas decisões sobre suas vidas e seus corpos); e, ainda, pelas questões relacionadas à mercantilização da atenção ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
2. Batista Filho M, Rissin A. A OMS e a epidemia de cesarianas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2018;18(1):5-6. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>
3. Nakamura-Pereira M, Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13:(Suppl 3). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Programa de Reprodução Humana. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS [Internet]. 2015 [cited 21 May 2020]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
5. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281-7. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>
6. Friedman EA. The graphic analysis of labor. *Am J Obs Gynecol*. 1954;68(6):1568-75. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
7. Abasian Kasegari F, Pazandeh F, Darvish S, Huss R, Nasiri M. Admitting women in active labour: a randomised controlled trial about the effects of protocol use on childbirth method and interventions. *Women Birth*. 2019;S1871-5192(19):30894-7. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.12.002>

8. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions, a correlational study. *Women Birth*. 2018;31(4):313-8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
9. Cohen WR, Friedman EA. Perils of the new labor management guidelines. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(4):420-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.008>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017[cited 15 Aug 2020]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
11. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Jr PRB, Szwarcwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: national survey into labor and birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl1):49-58. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176013>
12. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*[Internet]. 1997[cited 15 Aug 2020];24(2):121-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271979>
13. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl-1):S11-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE025114>
14. Davey MA, McLachlan HL, Forster D, Flood M. Influence of timing of admission in labour and management of labour on method of birth: results from a randomised controlled trial of caseload midwifery (COSMOS trial). *Midwifery*. 2013;29(12):1297-302. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.014>
15. Zadeh SN, Shafae FS, Ghajzadeh M. The effects of early admission of pregnant women during latent phase on pregnant outcomes in tabriz taleghani hospital. *Int J Women's Health Reprod Sci*[Internet]. 2014[cited 15 Aug 2020];2(4):254-9. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=357023>
16. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. The profile of women who have experienced cesarean section and obstetric care at a public maternity hospital in Ribeirao Preto. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):418-26. <https://doi.org/10.1590/S0104-07022012000200021>
17. Iobst SE, Breman RB, Bingham D, Storr CL, Zhu S, Johantgen M. Associations among cervical dilatation at admission, intrapartum care, and birth mode in low-risk, nulliparous women. *Birth*. 2019;46(2):253-61. <https://doi.org/10.1111/birt.12417>
18. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl-1):S17-S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Recomendações para o aumento do trabalho de parto. [Internet]. 2015 [cited 15 Aug 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_por.pdf?ua=1
20. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. Does the use of pharmacological analgesia influence childbirth outcomes? *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):458-65. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700067>
21. Fernandes RLV, Damasceno AKC, Herculano MMS, Martins RDST, Oriá MOB. Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes. *Rev Rede Enferm Nord*. 2017;18(5):687. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500017>
22. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Cost-effectiveness analysis of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean for normal risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica*. 2018;34(5):e00022517. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>
23. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Conitec. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2016 [cited 15 Aug 2020]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2001 [cited 15 Aug 2020]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
25. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018[cited 15 Aug 2020]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
26. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, D'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saúde Pública*. 2018;52. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>
27. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MH. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(3):557-65. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>
28. Cagnin ERG, Mamede MV, Mamede FV. Qualified care to labor : a descriptive study. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(10):3266-74. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i10a10056p3266-3274-2014>
29. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):94-101. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>
30. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: mean for the parturients. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):34-40. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100005>