



## ARTIGO ORIGINAL

**INDICADORES OBSTÉTRICOS PRÉ E PÓS-IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA****OBSTETRIC INDICATORS PRE AND POST-IMPLEMENTATION OF A GYNECOLOGY-OBSTETRICS RESIDENCY PROGRAM**

Rodrigo Dias Nunes<sup>1</sup>  
Natália Vidal Lucena<sup>2</sup>  
Eliane Traebert<sup>3</sup>  
Mayara Seeman Hames<sup>4</sup>  
Jefferson Traebert<sup>5</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** A importância da especialização de profissionais de saúde tornou-se clara na medida em que surgiram avanços em tecnologia e informação para diagnóstico, profilaxia e tratamento, em todas as áreas da medicina. A residência médica pode mudar os resultados assistenciais de um serviço. **Objetivo:** Esse estudo objetivou avaliar o impacto da implantação de um programa de residência médica no desfecho obstétrico das pacientes assistidas em uma maternidade pública. **Métodos:** Estudo transversal utilizando-se registros de partos do Centro Obstétrico do Hospital Regional de São José/SC, dos anos de 2013 a 2014 e 2016 a 2017, períodos anterior e posterior, respectivamente, à instalação do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. As características sociodemográficas foram descritas e desfechos obstétricos imediatos como realização de cesariana, episiotomia, laceração perineal espontânea e graus de laceração foram comparados entre os dois períodos. Foram estimadas Razões de Prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95% a período anterior e posterior ao Programa de Residência e via de parto cesariana, realização de episiotomia, ocorrência de laceração perineal espontânea e lacerações de maior gravidade. Aquelas com  $p < 0,25$  foram incluídas em um modelo ajustado pela Regressão de Poisson, para afastamento de possíveis variáveis de confusão. **Resultados:** O modelo multivariado apontou que a presença dos médicos residentes em Ginecologia-Obstetrícia não interferiu, estatisticamente, nas taxas de cesariana. Sua presença demonstrou significativa redução da prevalência de realização de episiotomia [RP 0,90 (IC 95% 0,88; 0,92)] ( $p < 0,001$ ), porém aumento na prevalência de lacerações perineais espontâneas [RP 1,11 (IC 95% 1,08; 1,14)] ( $p < 0,001$ ) e, em havendo laceração espontânea, acarretando um pequeno acréscimo na prevalência naquelas de terceiro e quarto grau [RP 1,02 (IC 95% 1,01-1,04)] ( $p = 0,001$ ). **Conclusão:** É imprescindível a imersão do profissional médico em uma especialidade para se alcançar um melhor desempenho durante o exercício de suas funções, porém a presença do profissional em treinamento promove diferença nos indicadores obstétricos.

<sup>1</sup> Médico Ginecologista e Obstetra do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes. São José/SC. Professor Doutor do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC – Brasil. E-mail: rodrigo.dias.nunes@hotmail.com

<sup>2</sup> Médica Ginecologista e Obstetra do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes. São José/SC – Brasil. E-mail: nataliavidal.78@gmail.com

<sup>3</sup> Professora Doutora do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC – Brasil. E-mail: elisazevedot@gmail.com

<sup>4</sup> Estudante do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC – Brasil. E-mail: mayaraseemann@gmail.com

<sup>5</sup> Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça/SC – Brasil. E-mail: jefferson.traebert@gmail.com



**Descritores:** Internato e Residência; Episiotomia; Cesárea; Períneo.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The importance of specializing health professionals has become clear as advances in technology and information for diagnosis, prophylaxis and treatment have emerged in all areas of medicine. The need for medical specialization has become clear in recent decades in all areas of medicine. Medical residency programs can change the care outcomes of a service. **Objective:** This study aimed to evaluate the impact of the implementation of a medical residency program on the obstetric outcome of patients assisted in a public maternity hospital. **Methods:** Cross-sectional study using birth records of the Obstetric Center of the Hospital Regional de São José/SC, from 2013 to 2014 and 2016 to 2017, periods before and after, respectively, the installation of the Gynecology Residency Program and Obstetrics. Sociodemographic characteristics were described and immediate obstetric outcomes such as cesarean section, episiotomy, perineal laceration and degrees of laceration were compared between the two periods. Prevalence ratios and their respective 95% confidence intervals were estimated before and after the Residency Program and cesarean section, episiotomy, perineal laceration and more severe lacerations. Those with  $p < 0.25$  were included in a model adjusted by Poisson Regression, to observe possible confounding variables. **Results:** The multivariate model indicated that the presence of resident physicians in Obstetrics-Gynecology did not statistically interfere with cesarean section rates. Its presence demonstrated a significant reduction in the prevalence of episiotomy [PR 0.90 (95% CI 0.88; 0.92)] ( $p < 0.001$ ), but an increase in the prevalence of perineal lacerations [PR 1.11 (CI 95 % 1.08; 1.14)] ( $p < 0.001$ ) and, in case of laceration, causing a small increase in the prevalence in those of third and fourth degree [PR 1.02 (95% CI 1.01-1.04)] ( $p = 0.001$ ). **Conclusion:** It is essential to immerse the medical professional in a specialty to achieve better performance while performing their professional duties, but the presence of the professional in training promotes a difference in obstetric indicators.

**Keywords:** Internship and Residency; Episiotomy; Cesarean Section; Perineum.

### **INTRODUÇÃO**

A importância da especialização de profissionais de saúde tornou-se clara na medida em que surgiram avanços em tecnologia e informação para diagnóstico, profilaxia e tratamento, em todas as áreas da medicina. Não diferente disso, a especialidade de ginecologia-obstetrícia está em progressiva mudança, fazendo-se necessária a atualização constante destes especialistas para que se alcance a complexidade exigida<sup>1</sup>.

Em 1889, Halsted nomeou quatro ex-internos como residentes do Departamento de Cirurgia da Universidade John Hopkins, com atribuições de responsabilidade progressiva nos cuidados pré e pós-operatórios e na execução de cirurgias. Mas apenas em 1917, a Associação Médica Americana reconheceu como Residência Médica (RM), uma forma de especialização, sendo somente institucionalizada em 1933, quando era exigido seu certificado para o exercício da especialidade médica<sup>2</sup>.



No Brasil, o primeiro programa de RM foi implantado no setor de ortopedia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1945. Em 1948, no Rio de Janeiro, foram criados no Hospital dos Servidores do Estado, os Programas de Residência em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia. Somente em 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica, órgão do Ministério da Educação e Cultura, passaria a legislar sobre a especialização<sup>3</sup>.

Quanto às atividades práticas realizadas durante a formação de especialistas, faz-se necessária a orientação de profissionais médicos, devidamente qualificados que atuam no serviço de saúde, denominados preceptores. Este programa educacional promove o estímulo à constante atualização da especialidade e conhecimentos relativos às habilidades relacionais, enfatizando a indissociabilidade entre teoria e prática, essenciais para a reflexão e pensamento crítico, conduzindo a uma visão holística do cuidado<sup>4</sup>. Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi analisar o impacto do programa de RM em Ginecologia-Obstetrícia em desfechos obstétricos de pacientes internadas do HRSJ, maternidade pública de referência para a região da Grande Florianópolis.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal envolvendo parturientes que internaram para interrupção da gestação, nos períodos de março/2013 a fevereiro/2014 e de março/2016 a fevereiro/2017, no serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital Regional de São José (HRSJ), um hospital iminente público, localizado no município de São José, estado de Santa Catarina.

A RM em Ginecologia-Obstetrícia do HRSJ, região da Grande Florianópolis/SC teve seu início em março/2014, sob o tempo estipulado para formação de três anos. Assim, a primeira turma concluiu o programa em fevereiro de 2017, tendo este serviço se adaptado para a contribuição do preparo de profissionais na área pretendida. Desde então, 15 médicos residentes somam-se ao corpo clínico deste hospital, auxiliando na promoção de saúde e bem-estar das pacientes, assim como no diagnóstico e tratamento das principais afecções que acometem as mulheres que procuram o serviço. Contudo, por tratar-se de médicos ainda em processo de formação poder-se-ia inferir resultados diferentes dos serviços onde todo procedimento é realizado por profissionais experientes, sem o compromisso com o ensino.

Foram incluídas as pacientes com idade gestacional maior ou igual a 24 semanas no momento do nascimento e com recém-nascidos apresentando pelo menos 500 gramas de peso ao nascer. Foram excluídas as pacientes cuja falta de informações não permitiu a coleta de dados de forma completa.



Nesta maternidade ocorrem, em média, 350 partos por mês. Para coleta de dados, nos dois períodos, a população estimada foi de mais de cinco mil pacientes, tendo sido realizado um censo dos prontuários de todas as pacientes.

As informações foram coletadas nos prontuários das pacientes e inseridas em um instrumento desenvolvido para este estudo. Foram comparados os desfechos obstétricos entre as pacientes avaliadas no primeiro ano imediatamente anterior ao início da RM em Ginecologia-Obstetrícia e o terceiro ano do programa, com a presença do primeiro grupo de médicos residentes integralmente em atendimento.

A amostra foi comparada no que tange as características clínico-obstétricas para se conhecer a eventual equivalência entre os grupos. Estas variáveis foram selecionadas por identificar desfechos que dependem da ação do executante. Foram procedidas análises bivariadas e multivariadas em que foram estimados as Razões de Prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis com  $p < 0,25$  na análise bivariada foram incluídas em um modelo multivariado para afastamento de possíveis variáveis de confusão, por meio da regressão de Poisson. O nível de significância estabelecido foi  $p < 0,05$ . A análise estatística foi realizada no programa SPSS 16.0.

Este estudo fundamentou-se nos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados teve início após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob CAA 85473618.8.0000.5357.

## RESULTADOS

Neste estudo, 2.627 prontuários de pacientes foram analisados no período sem residentes, no primeiro ano anterior ao programa de RM, e 2.715 prontuários no período com o grupo completo de residentes, contabilizando um total de 5342 prontuários. Destes, 276 e 190 não possuíam dados descritos como paridade, grau de laceração e peso do recém-nascido, do primeiro e do segundo período estudados, respectivamente.

A análise das características da amostra como paridade, cesariana prévia, histórico de abortamentos, bem como a média da idade materna, média das idades gestacionais e peso fetal ao nascer indicaram que o perfil dos grupos em ambos os períodos, não alterou significativamente no intervalo de três anos, demonstrando equivalência entre os grupos. A descrição numérica destas variáveis foi utilizada para demonstrar a homogeneidade entre os grupos. (Tabela 1)

Em se tratando da via de parto, não houve mudança no perfil de realização de cesarianas nos dois períodos (48,9% e 51,1%), porém foi observada uma redução das episiotomias nas pacientes submetidas ao parto vaginal (74,0% e 26,0%). Entretanto, as lacerações perineais espontâneas foram



mais numerosas quando o parto foi assistido após o início da RM (49,5% e 59,3%), havendo, principalmente, aumento de casos de lacerações espontâneas de terceiro grau (16,7% e 83,3%). (Tabela 2)

O modelo multivariado apontou que a presença dos médicos residentes em Ginecologia-Obstetrícia não interferiu, estatisticamente, nas taxas de cesariana. Sua presença demonstrou significativa redução da prevalência de realização de episiotomia [RP 0,90 (IC 95% 0,88; 0,92)] ( $p < 0,001$ ), porém aumento na prevalência de lacerações perineais espontâneas [RP 1,11 (IC 95% 1,08; 1,14)] ( $p < 0,001$ ) e, em havendo laceração espontânea, acarretando um pequeno acréscimo na prevalência naquelas de terceiro e quarto grau [RP 1,02 (IC 95% 1,01-1,04)] ( $p = 0,001$ ). (Tabela 3)

## DUSCUSSÃO

A necessidade de profissionais especializados tornou-se uma realidade em todas as áreas da medicina. Na Ginecologia e Obstetrícia também foi observada a importância do conteúdo teórico bem fundamentado e atualizado nos programas de residência médica. Ademais, o cotidiano do profissional exige habilidade prática-cirúrgica que confere confiança e segurança imprescindíveis quando se depara com diferentes desafios.

Médicos residentes desta especialidade frequentemente realizam episiotomias e reparam lacerações perineais espontâneas. Este reparo requer conhecimento da anatomia perineal, da identificação de sua profundidade, bem como da técnica cirúrgica. De forma preventiva, torna-se indispensável a presença de um profissional mais experiente que orientará todo o movimento da assistência ao parto vaginal<sup>3-5</sup>.

Os resultados deste estudo demonstram que a presença do profissional em treinamento promove sensível diferença nos desfechos obstétricos. As taxas de cesariana provavelmente não sofreram alteração pois sua indicação ainda é prerrogativa do médico responsável pela equipe nos dias de plantão.

Em 2013, ano em que as taxas de cesariana foram de 56,6% no Brasil, observou-se um número maior deste procedimento neste estudo<sup>5-7</sup>. A partir de 2014, as porcentagens do parto operatório aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde foram amplamente discutidas, e a principal recomendação foi indicar cesarianas para mulheres que realmente precisassem e se beneficiassem do procedimento<sup>8-10</sup>. Após adaptações dos centros obstétricos no Brasil para desenvolver o parto humanizado, o esperado era que essas taxas diminuíssem, coincidindo com o mesmo período em que houve a chegada dos residentes no serviço. Porém, este estudo mostrou que não houve redução significativa em relação ao período anterior. Ademais, pode-se inferir que um número maior de



profissionais aumenta proporcionalmente a disponibilidade de assistência a cada paciente para o parto normal, o que não alterou os resultados, visto que houve um aumento de 3,4% na quantidade de pacientes assistidas.

A taxa de episiotomia foi reduzida no período com os profissionais em treinamento (de 74,0% para 26,0%). Episiotomia tem abordagem variável na literatura, embora existam dados consideráveis para recomendações restritivas do seu uso rotineiro, uma vez que além de não trazer benefício em reduzir a gravidade de lacerações perineais espontâneas, também não interfere em disfunções do assoalho pélvico ou em prolapsos de órgãos pélvicos<sup>11</sup>. Sua redução pode ser explicada pelo aperfeiçoamento que um serviço passa, com atualização de seus responsáveis, uma vez instalado um programa de ensino. Os profissionais adaptam-se à nova realidade e ocorre um incremento nas padronizações de protocolos, pela necessidade da orientação de outros profissionais de forma uniforme<sup>12</sup>.

Estima-se que 53,0 a 79,0% das mulheres experimentem algum tipo de laceração espontânea durante o parto vaginal, sendo mais comumente as de primeiro e segundo grau, assim como observado no presente estudo (40,5% e 59,5%). Já as lacerações espontâneas mais graves, de terceiro e quarto grau, que resultam em lesões obstétricas do esfíncter anal, podem ocorrer em até 11,0% das mulheres com parto por via vaginal<sup>13</sup>. Em relação a esse maior grau de laceração espontânea, constatou-se aumento durante o período de partos conduzidos por médicos em treinamento. Existem poucos estudos de técnicas de proteção perineal durante o período expulsivo para apoiar uma abordagem baseada em evidências que possam ser amplamente utilizadas no dia a dia<sup>14-15</sup>.

O julgamento clínico continua sendo o melhor guia para o uso de certas manobras ou até mesmo a realização de episiotomia. Essa mudança percebida com a implantação do programa de RM demonstra que tal sensibilidade é adquirida com o tempo de profissão, processo inerente a todas as curvas de aprendizado<sup>16</sup>. Vale ressaltar que, para fins metodológicos, a episiotomia não foi considerada laceração, pois o termo foi utilizado para descrever as lesões perineais espontâneas.

A função geral de um médico residente em ginecologia e obstetrícia é tornar-se apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação.

Tem ocorrido um alargamento destas atribuições na formação médica, aumentando a necessidade de aquisição de conhecimentos além da especialidade médica. Desta forma, o ginecologista e obstetra foi impulsionado a se capacitar para atender de forma competente e apropriada esta demanda



da sociedade. Assim, busca-se, além das competências convencionais, novos conhecimentos no âmbito de outras especialidades para compor as atividades exercidas pelo médico residente.

No Brasil, ocorreu a reorganização da atenção à saúde em níveis de assistência. O perfil de morbidade se modificou com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a redução da natalidade e o envelhecimento da população. As prioridades se transformaram, ganhando relevância as práticas clínicas baseadas em evidência científica<sup>17</sup>.

Durante o primeiro ano de formação, o acompanhamento na sala de parto é realizado pelo residente, promovendo o incentivo ao parto vaginal e a confiança necessária para condução de partos por via baixa, desde o princípio da formação do médico residente<sup>18</sup>. Propõe-se, ainda, o conforto e a segurança fundamentais a este momento tão importante da vida das pacientes.

Desta forma, percebe-se que o médico residente no presente serviço impactou sensivelmente os desfechos obstétricos. Após a implantação da RM, foi maior a prevalência de laceração perineal espontânea, principalmente as de terceiro e quarto grau. Talvez, este acontecimento esteja ligado à falta de sensibilidade desenvolvida pela experiência prática quanto à complacência perineal. Concomitantemente, houve uma redução na prevalência de episiotomia, porém sem mudança nas taxas de cesariana. A redução das episiotomias demonstram a capacidade de atualização, não só dos médicos residentes, como também do serviço como um todo. Protocolos são mais seguidos e constantemente reestruturados quando há a necessidade de orientar e ensinar de forma consistente um grupo de indivíduos, especialmente quando se trata de vários instrutores. A padronização é o segredo para o sucesso da educação médica.

O profissional em formação na área da saúde requer postura diferenciada. Atitudes de acolhimento e proteção somam-se a suas habilidades técnicas, visando aliviar o sofrimento e a melhorar a qualidade de vida da paciente e de sua família. Realizar uma residência médica é um investimento pessoal e profissional, cujos frutos serão colhidos por toda vida. Os benefícios também são identificados por uma população mais bem treinada. Porém, cabe lembrar que todo processo de aprendizagem traz consigo os erros e acertos<sup>19</sup>.

Essa pesquisa apresenta limitações por não ter sido realizada de forma prospectiva e por ter ocorrido em um período de adaptação das normas obstétricas quanto à humanização do parto e a instalação do conceito de violência obstétrica. Porém, apresenta certo ineditismo por não ter sido encontrado trabalhos similares na literatura.



## CONCLUSÕES

Este estudo corrobora com a premissa de que há uma necessidade imprescindível de formação de médicos especialistas devidamente capacitados para um melhor desempenho durante o exercício de suas funções na sociedade, porém, com repercussões nos desfechos obstétricos.

## REFERÊNCIAS

1. Junior RP. **Teaching of gynecologic surgery in residency programs of Brazil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(2):61-6.
2. Martins, LAN. **Qualidade de Vida dos Médicos Residentes: Revisão de Estudos Brasileiros.** Ver Bras Educ Med. 2010; 34(1):43-56.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins -Obstetrics. **Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery.** Obstet Gynecol. 2016; 128(1):e1-15.
4. Zakerihamidi M, Roudsari RL, Khoei EM. **Vaginal Delivery vs Cesarean Section: A Focused Ethnographic Study of Women's Perceptions in The North of Iran.** Int J Community Based Nurs Midwifery. 2015, 3(1):39-50.
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. **ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery.** Obstet Gynecol. 2018;132(3):e87-102.
6. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. **Early and late puerperal complications associated with the mode of delivery in a cohort in Brazil.** Rev Bras Epidemiol. 2018; 21:e180010.
7. Saisonou J, Ouédraogo L, Paraiso MN, Ayélo P, Kpozehouen A, Daraté R, et al. **Epidemiology and management of intrapartum infections in the maternity ward of Ouémé-Plateau county hospital in Benin.** Pan Afr Med J. 2014; 17:89.
8. Santana RS, Brito BAM, Ferreira JLS, Deus SRM, Moraes MEA, Gama MA. **Nursing assignment in Hospital Infection Control Committee: An Integrative Review.** Rev Pre Infec Saúde. 2015; 1(2):67-75.
9. Vieira JE. **Review of "Medical Residence: Stress and Growth".** Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):307-8.
10. Knobel R, Volpato LK, Gervasi LC, Viergutz RA, Trapani AJ. **A simple, Reproducible and Low-cost for teaching surgical techniques to repair Obstetric Anal Sphincter Injuries.** Rev Bras Ginecol Obst. 2018; 40(8):465-70.
11. Brasil. Lei 6.932, 1981. **Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm) Acesso em 13/02/2019.





12. Meister MR, Rosenbloom JI, Lowder JL, Cahill AG. **Techniques for Repair of Obstetric Anal Sphincter Injuries.** *Obstet Gynecol Surv.* 2018;73(1):33-9.
13. LaCross A, Groff M, Smaldone A. **Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis.** *J Midwifery Womens Health.* 2015;60(1):37-47.
14. Carreira DS, Kruchten MC, Emmons BR, Startzman AN, Martin RL. **A Characterization of Sensory and Motor Neural Dysfunction in Patients Undergoing Hip Arthroscopic Surgery: Traction- and Portal Placement-Related Nerve Injuries.** *Orthop J Sports Med.* 2018; 6(9): 2325967118797306.
15. Frohlich J, Kettle C. **Perineal care.** *BMJ Clin Evid,* 2015: 1401.
16. Simic M, Cnattingius S, Petersson G, Sandström A, Stephansson O. **Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study.** *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):72.
17. Amaral E, Azevedo GD, Abbade J. **O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação: desafios e tendências.** *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(11):551-4.
18. Barros FC, Matijasevich A, Maranhão AGK, Escalante JJ, Neto DLR, Fernandes RM, et al. **Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing?** *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 38(3):217-25.
19. Lima MJV, Andrade NM. **The work of the resident health professional in contact with death and dying.** *Saúde Soc.* 2017; 26(4):958-72.

## TABELAS

Tabela 1. Características da população estudada nos períodos com e sem médicos residentes. HRSJ, São José/SC, Brasil, 2019. (n = 5.342)

Características	Sem residentes	Com residentes
	Média ± DP	Média ± DP
Partos anteriores	0,85 ± 1,30	0,85 ± 1,29
Cesarianas anteriores	0,21 ± 0,56	0,21 ± 0,57
Abortamentos anteriores	0,21 ± 0,51	0,21 ± 0,52
Idade materna (anos)	25,01 ± 6,61	25,58 ± 6,65
Idade gestacional (semanas)	38,9 ± 2,04	38,81 ± 2,13
Peso do recém-nascido (kg)	3.236,43 ± 571,35	3.239,58 ± 562,58



Tabela 2. Descrição de desfechos obstétricos da amostra estudada nos períodos com e sem médicos residentes. HRSJ, São José/SC.

Características da amostra	Sem residentes	Com residentes	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Via de parto (n = 5.342)			
Vaginal	1.651 (49,3)	1.696 (50,7)	3.347 (62,7)
Cesariana	976 (48,9)	1.019 (51,1)	1.995 (37,3)
Episiotomia (n = 3.344)			
Sim	304 (74,0)	107 (26,0)	411 (12,3)
Não	1.347 (45,9)	1.589 (54,1)	2.933 (87,7)
Laceração perineal (n = 3.347)			
Sim	560 (40,5)	823 (59,5)	1.383 (41,3)
Não	1.091 (55,6)	873 (44,4)	1.964 (58,7)
Grau de laceração (n = 1.383)			
Primeiro	373 (42,5)	505 (57,5)	878 (63,5)
Segundo	182 (38,5)	291 (61,5)	473 (34,2)
Terceiro	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (2,2)
Quarto	-	2 (100,0)	2 (0,1)



Tabela 3. Análises bivariada e multivariada dos desfechos obstétricos conforme a presença ou não dos médicos residentes no serviço de Ginecologia-Obstetrícia. HRSJ, São José/SC.

Desfechos obstétricos	Presença de residentes no serviço			
	RP <sub>b</sub> (IC 95%)	Valor de p*	RP <sub>a</sub> (IC 95%)	Valor de p**
Cesariana	1,01 (0,94-1,08)	0,774	-	-
Episiotomia	0,30 (0,24-0,38)	< 0,001	0,90 (0,88-0,92)	< 0,001
Laceração perineal	1,84 (1,60-2,12)	< 0,001	1,11 (1,08-1,14)	< 0,001
Lacerações (3°-4°)	3,67 (1,42-0,99)	0,004	1,02 (1,01-1,04)	0,001

RP<sub>b</sub> = Razão de Prevalência Bruta. RP<sub>a</sub> = Razão de Prevalência Ajustada.

\*Valor de p bruto. \*\*Valor de p ajustado por nuliparidade, idade materna, prematuri