

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, CUIDADO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

MANUELA BEATRIZ VELHO

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NA
REGIÃO SUL: ESTUDO SECCIONAL A PARTIR DA PESQUISA
NASCER NO BRASIL**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

MANUELA BEATRIZ VELHO

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NA
REGIÃO SUL: ESTUDO SECCIONAL A PARTIR DA PESQUISA
NASCER NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Coorientadora: Dra. Eleonora d'Orsi

FLORIANÓPOLIS

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Velho, Manuela Beatriz
PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NA REGIÃO SUL :
estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil /
Manuela Beatriz Velho ; orientadora, Odaléa Maria
Brüggemann ; coorientadora, Eleonora d'Orsi. - Florianópolis,
SC, 2016.
280 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

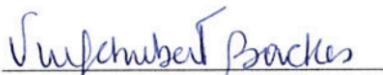
1. Enfermagem. 2. Parto. 3. Trabalho de Parto. 4.
Cesárea. 5. Prática Clínica Baseada em Evidências. I.
Brüggemann, Odaléa Maria. II. d'Orsi, Eleonora. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MANUELA BEATRIZ VELHO

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NA REGIÃO
SUL: ESTUDO SECCIONAL A PARTIR DA PESQUISA NASCER NO
BRASIL**

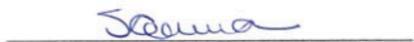
Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “**DOUTOR EM ENFERMAGEM**” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem**.

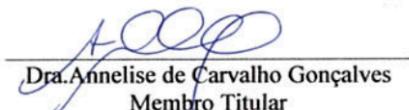
Florianópolis, 12 de Agosto de 2016.


Dra. Yânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dra. Odaia Maria Brüggemann
Presidente


Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama
Membro Titular


Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves
Membro Titular



Dra. Roxana Knobel
Membro Titular



Dr. Paulo Fontoura Freitas
Membro Titular



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Membro Titular

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela excelência no ensino e pesquisa dedicados à formação acadêmica.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela oportunidade de vivenciar a formação acadêmica da pós-graduação no exterior, através da concessão da bolsa de Doutorado Sanduíche.

À Coordenação da Pesquisa Nascero Brasil por disponibilizar o banco de dados para realização desta tese.

Às minhas orientadoras:

Professora Dra. Odaléa Maria Brüggemann, exemplo de dedicação à docência e à enfermagem obstétrica.

Professora Dra. Eleonora d'Orsi, por me guiar no desafio de analisar os dados quantitativos.

Professora PhD Christine McCourt, por me acolher e me inserir no Programa de Pós-Graduação da City University London.

Aos Membros da Banca Examinadora pelo aceite e disponibilidade em contribuir com o meu trabalho.

Aos colegas da turma de Doutorado e do GRUPESMUR pela troca de experiência e oportunidade de crescimento acadêmico enquanto pesquisadora.

Às mulheres que aceitaram participar da Pesquisa Nascero no Brasil e que compartilharam suas experiências de vida.

Aos meus amigos por estarem perto de mim nesta caminhada.

E, em especial, aos meus pais e a minha família. Amo vocês.

VELHO, Manuela Beatriz. **Práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul**: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil. 2016. 280 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016.

Orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Coorientadora: Eleonora d’Orsi

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever as práticas na atenção ao parto, identificar modelos de assistência obstétrica e estimar os fatores associados às práticas e aos modelos de assistência em gestantes de risco habitual assistidas na Região Sul do Brasil. **MÉTODO:** Estudo seccional realizado a partir da pesquisa Nascer no Brasil. Participaram 2.668 puérperas em 46 instituições da Região Sul. Os dados foram coletados em entrevista com puérperas, extraídos dos prontuários e cartões de pré-natal. Na análise descritiva calculou-se a prevalência dos desfechos; na análise multivariável identificaram-se os fatores associados aos desfechos através da Regressão Logística, Logística Multinomial e Poisson, com análises brutas, ajustadas e IC95%; na análise exploratória utilizaram-se técnicas de agrupamento para identificar modelos de assistência. **RESULTADOS:** foram apresentados em três manuscritos. No primeiro, a pesquisadora observou a baixa prevalência de boas práticas: oferta de dieta (18,0%), métodos não farmacológicos para o alívio da dor (34,0%) e movimentação (63,6%); a elevada prevalência de práticas intervencionistas: tricotomia (44,7%), enema (38,2%), cateter venoso (70,2%), ocitocina (54,6%), amniotomia (53,8%), posição de litotomia (95,0%), Kristeller (32,1%) e episiotomia (54,7%); e ainda, a baixa prevalência de analgesia raquiperidural (7,9%). A adoção de boas práticas e menor uso de práticas intervencionistas foram associadas com fonte de pagamento pública e no atendimento em hospitais “Galba de Araújo” ou por enfermeiro/enfermeiro obstetra no trabalho de parto. Mulheres com maior escolaridade (ORaj 11,34 IC95% 2,98-43,14) e atendidas com fonte de pagamento privada (ORaj 9,20 IC95% 3,11-27,19) tiveram maior chance na realização de analgesia raquiperidural. No segundo manuscrito foi verificada a prevalência do

trabalho de parto espontâneo (48,0%), da indução do trabalho de parto (14,0%), bem como a proporção de cesárea no trabalho de parto espontâneo (6,9%), na indução do trabalho de parto (5,6%) e cesárea eletiva (38,0%), frequências que contribuíram para uma taxa global de 50,5% de cesárea. A primiparidade e história de cesárea prévia estiveram associadas à cesárea, independente do trabalho de parto. A cesárea eletiva esteve associada com idade ≥ 35 anos (ORaj 5,45 IC95% 3,16-9,39), classe social AB (ORaj 3,10 IC95% 1,92-4,99), gestação entre 37 e 38 semanas (ORaj 1,65 IC95% 1,22-2,24), mesmo profissional no pré-natal e nascimento (ORaj 13,83 IC95% 8,85-21,61) e fonte de pagamento privada (ORaj 11,50 IC95% 6,64-19,93). No terceiro manuscrito foram construídos três modelos de assistência, a partir do agrupamento das práticas obstétricas. O modelo com Boas Práticas se caracteriza por elevada proporção de trabalho de parto (69,7%), contato pele a pele (51,8%), presença de acompanhante (88,1%) e a menor proporção de cesárea (37,9%). O modelo Intervencionista I se distingue pela menor proporção de trabalho de parto (64,4%), uma proporção intermediária de cesárea (42,7%) e reduzida proporção da presença de acompanhante (35,8%) e contato pele a pele (22,7%). O modelo Intervencionista II é evidenciado pela reduzida proporção de trabalho de parto (16,1%), contato pele a pele (24,3%), elevada presença de acompanhante (95,8%) e cesárea (88,0%). **CONCLUSÃO:** Na Região Sul predomina uma assistência obstétrica intervencionista, na contramão das melhores evidências, com elevada taxa de cesárea eletiva e maior adoção às boas práticas nos hospitais públicos.

Palavras-chave: Parto. Trabalho de Parto. Cesárea. Obstetria. Prática Profissional. Prática Clínica Baseada em Evidências.

VELHO, Manuela Beatriz. **Obstetric practices in labor and delivery care in the South Region**: cross-sectional study from the research Birth in Brazil. 2016. 280 f. Thesis (Ph.D.) - Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Supervisor: Dr Odaléa Maria Brüggemann

Co-supervisor: Dr Eleonora d'Orsi

Research Line: Care Nursing Health of Women and Newborns.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Describe practices in labor and delivery care, identify obstetric assistance models and estimate associated factors with practices and assistance models in habitual risk pregnant women assisted in Southern Region of Brazil. **METHODS:** Cross-sectional study developed from the Research Birth in Brazil. In the Southern Region 2,668 postnatal women, of 46 institutions, participated in this study. The data was collected by interview with puerperal women and by medical and prenatal cards records. In the descriptive analysis was calculated the prevalence of outcomes; in multivariable analysis was identified the factors associated to outcomes through Logistic Regression, Multinomial and Poisson, with crude analysis, adjusted and their 95% confidence intervals; in exploratory analysis was used clustering techniques to identify models of assistance. **RESULTS:** were presented in three manuscripts. In the first manuscript was identified low prevalence of best practice: diet offer (18.0%), non-pharmacological methods of pain relief (34.0%) and moving (63.6%); and high prevalence of obstetric interventions: perineal shaving (44.7%), enema (38.2%), venous catheter (70.2%), oxytocin (54.6%), amniotomy (53.8%), lithotomy position (95.0%), uterine fundal pressure (32.1%) and episiotomy (54.7%); and low prevalence of epidural analgesia (7.9%). The adoption of best practices and less use of interventionist practices were associated with the care provided by nurse/midwife nurse in labor, in public health system and in Galba de Araújo hospitals. Women with higher schooling (ORaj 11.34 IC95% 2.98-43.14) and attended with private payment source (ORaj 9.20 IC95% 3.11-27.19) had a greater chance to receive epidural analgesia. In the second manuscript was verified the prevalence of spontaneous labor (48.0%), induced labor (14.0%), as well the prevalence of cesarean in spontaneous labor (6.9%), induced labor (5.6%) and elective cesarean

section (38.0%), frequencies that contributed to an overall rate of 50.5% of cesarean section. Primiparity and previous cesarean history were associated with cesarean section, regardless the moment of occurrence of labor. Elective cesarean section was associated with age ≥ 35 years (ORaj 5.45 IC95% 3.16-9.39), social class AB (ORaj 3.10 IC95% 1.92-4.99), gestations between 37 and 38 weeks (ORaj 1.65 CI95% 1.22-2.24), same professional in prenatal and birth (ORaj 13.83 IC95% 8.85-21.61) and private payment source (ORaj 11.50 IC95% 6.64-19.93). In the third manuscript by the cluster of the best practices was developed three Models of assistance. The Model of Best practices was characterized by high proportions of labor (69.7%), skin to skin contact (51.8%), presence of companion (88.1%) and the lowest proportion of cesarean section (37.9%). The Interventionist Model I was characterized by lower proportion of labor (64.4%), an intermediate proportion of cesarean section (42.7%) and reduced proportions of presence of companion (35.8%) and skin to skin contact (22.7%). The Interventionist Model II was characterized by reduced proportion of labor (16.1%) and skin to skin contact (24.3%) and high presence of a companion (95.8%) and cesarean section (88.0%). CONCLUSION: In the South Region predominates an interventionist obstetric care, in the opposite direction of the evidence, with high elective cesarean section rate and increased adoption of best practices in public hospitals.

Keywords: Parturition. Labor, Obstetric. Cesarean Section. Obstetrics. Professional Practice. Evidence-Based Practice.

VELHO, Manuela Beatriz. **Prácticas obstétricas en la atención al parto en la Región Sur**: estudio seccional a partir de la investigación Nacer en Brasil. 2016. 280 f. Tese (Doctorado en Enfermería) Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016.

Orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Coorientadora: Eleonora d'Orsi

Línea de Investigación: El Cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las prácticas en la atención al parto, identificar los modelos de atención obstétrica y estimar factores asociados a las prácticas y a los modelos de atención en gestantes de riesgo habitual que reciben atención en la Región Sur de Brasil. **MÉTODOS:** Estudio seccional realizado a partir de la investigación Nacer en Brasil. Participaron 2.668 puérperas en 46 instituciones de la Región Sur. Los datos fueron colectados en entrevistas con las puérperas, extraídos de historias clínicas y tarjetas prenatal. En el análisis descriptivo se calculó la prevalencia de los resultados; en el análisis multivariable se identificó los factores asociados a los resultados a través de Regresión Logística, Multinomial y de Poisson, con el análisis bruto, ajustado y sus intervalos de confianza del 95%; el análisis exploratorio se utilizó técnicas de agrupamiento para identificar modelos de atención. **RESULTADOS:** Se presenta en tres manuscritos. En el primer manuscrito se identificó baja prevalencia de buenas prácticas: oferta de dieta (18,0%), métodos no farmacológicos para el alivio del dolor (34,0%) y caminar (63,6%); y la alta prevalencia de prácticas intervencionistas: tricotomía (44,7%), enema (38,2%), catéter venoso (70,2%), oxitocina (54,6%), amniotomía (53,8%), la posición litotomía (95,0%), Kristeller (32,1%) y la episiotomía (54,7%); y la baja prevalencia de analgesia espinal y epidural (7,9%). La adopción de buenas prácticas y un menor uso de prácticas intervencionistas fueron asociados con fuente de pago público y en el atendimientos en los hospitales Galba de Araújo o por enfermero/enfermero obstetra durante el trabajo de parto. Las mujeres con mayor escolaridad (ORaj 11,34 IC 95% 2,98-43,14) y atendidas con fuente de pago privado (ORaj 9,20 IC95% 3,11-27,19) tuvieron más probabilidades de lograr la analgesia espinal y epidural. En el segundo

manuscrito se verificó la prevalencia del trabajo de parto espontáneo (48,0%), inducido (14,0%) y la prevalencia de cesárea en el trabajo parto espontáneo (6,9%), inducido (5,6%) y cesáreas electivas (38,0%), las frecuencias que contribuyeron a una tasa global de cesáreas 50,5%. La primiparidad y la historia de cesárea previa se asociaron con la cesárea, independiente del momento de la ocurrencia en el trabajo de parto. La cesárea electiva estuvo asociado con edad ≥ 35 años (ORaj 5,45 IC95% 3,16-9,39), la clase social AB (ORaj 3,10 IC95% 1,92-4,99), la gestación de 37 y 38 semanas (ORaj 1,65 IC 95% 1,22-2,24), el mismo profesional en el prenatal y el nacimiento (ORaj 13,83 IC95% 8,85-21,61) y la fuente de pago privado (ORaj 11,50 IC95% 6,64-19,93). El tercer manuscrito se construyeron tres modelos de atención, a partir de agrupamiento de las practicas obstétricas. El modelo con Buenas prácticas se caracteriza por elevada proporción de trabajo de parto (69,7%), contacto piel a piel (51,8%), la presencia de acompañante (88,1%) y la menor proporción de cesáreas (37,9%). El modelo de intervencionista I se caracteriza por el menor proporción de trabajo de parto (64,4%), una proporción intermedia de cesáreas (42,7%), reducida proporción de presencia del acompañante (35,8%) y el contacto piel a piel (22,7%). El modelo Intervencionista II se caracteriza por la reducida proporción de trabajo de parto (16,1%) y el contacto piel a piel (24,3%), elevada presencia de acompañante (95,8%) y la cesárea (88,0%). CONCLUSIÓN: En la Región Sur domina una atención obstétrica intervencionista, en contra de la mejor evidencia, con una alta tasa de cesáreas electivas y una mayor adopción de buenas prácticas en los hospitales públicos.

Palabras clave: Parto. Trabajo de Parto. Cesárea. Práctica Profesional. Obstetricia. Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
BDENF - Base de Dados de Enfermagem
BGP - Buscopan, glicose e plasil
CDP - Coleta de Dados do Prontuário
CFM - Conselho Federal de Medicina
CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
CPN - Centro de Parto Normal
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EDP - Entrevista Domiciliar por Telefone
FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
GRADE - *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC - Índice de Massa Corporal
LILACS - Literatura da América Latina e Caribe
MEDLINE - *Medical Literature on Line*
MNF - Métodos não farmacológicos
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBE - Prática Baseada em Evidência
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPP - Pré-parto, Parto e Pós-parto
QEP - Questionário de Estrutura - Processo
QHP - Questionário Hospitalar Puérpera
QLN - Qualitativa Nominal
QLO - Qualitativa Ordinal
QTD - Quantitativa Discreta

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
OR - Odds Ratio
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TENS - *Transcutaneous electrical nerve stimulation*
UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VAS - Vias aéreas superiores

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Utilização de boas práticas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Brasil, 2004-2013 91
- Quadro 2** – Métodos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes na atenção ao parto Brasil, 2004-2013 94
- Quadro 3** – Utilização de práticas intervencionistas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Brasil, 2004-2013 96
- Quadro 4** – Práticas na assistência ao recém-nascido atendido por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Brasil, 2004-2013 102

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1 – Prevalência de práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Região Sul do Brasil. 2011..... 137

Tabela 2 – Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho boas práticas durante o trabalho de parto (oferta de dieta, movimentação e uso de MNF para o alívio da dor) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 139

Tabela 3 – Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho práticas intervencionistas durante o trabalho de parto (cateter venoso, ocitocina e amniotomia) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011..... 140

Tabela 4 – Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho práticas intervencionistas durante o parto (posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 142

Tabela 5 – Odds ratio (OR) bruta e ajustada para o desfecho analgesia raquiperidural segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 143

MANUSCRITO 2

Tabela 1 - Trabalho de parto espontâneo, indução do trabalho de parto e cesárea eletiva, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 2.668) 170

Tabela 2 – Prevalência do desfecho parto vaginal e cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido ou realizada de forma eletiva segundo as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 171

Tabela 3 – Relação entre cesárea (cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido, ou realizada de forma eletiva) e parto vaginal segundo as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 172

Tabela 4 – Prevalência do desfecho parto vaginal e cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido ou realizada de forma eletiva segundo e as características da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 174

Tabela 5 – Relação entre cesárea (cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido, ou realizada de forma eletiva) e parto vaginal segundo as características da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 176

MANUSCRITO 3

Tabela 1 – Modelos de assistência obstétrica (cluster) segundo proporções de práticas por hospital, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 200

Tabela 2 – Distribuição das características na amostra e proporção de mulheres em cada modelo de assistência obstétrica segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 203

Tabela 3 – Odds ratio (OR) bruta e ajustada para o desfecho modelo de assistência obstétrica (referência modelo Boas Práticas) segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 206

Tabela 4 – Percepção da mulher sobre respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas, participação nas decisões, violência (verbal, psicológica ou física) e satisfação geral com o atendimento segundo modelo de assistência obstétrica, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 209

Tabela 5 – Desfechos neonatais (manobras de reanimação, internação hospitalar e alta em aleitamento materno exclusivo) segundo modelo de assistência obstétrica, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 210

LISTA DE GRÁFICOS

Diagrama 1 - Sujeitos investigados. Região Sul do Brasil. 2011-20122. (N= 4.187)	124
Gráfico 1 – Boxplot do modelo de assistência obstétrica (cluster) segundo proporção de práticas por hospital, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011	201

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
2 OBJETIVOS.....	43
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	45
3.1 POLÍTICAS E PROGRAMAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	45
3.2 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....	56
3.2.1 Apoio à mulher durante o trabalho de parto	56
3.2.2 Tricotomia.....	58
3.2.3 Enema	59
3.2.4 Restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto ..	60
3.2.5 Posição materna e movimentação durante o trabalho de parto..	61
3.2.6 Manejo da dor para mulheres em trabalho de parto.....	63
3.2.7 Amniotomia	69
3.2.8 Ocitocina.....	70
3.2.9 Posição no período expulsivo para mulheres sem analgesia epidural	73
3.2.10 Manobra de Kristeller	74
3.2.11 Episiotomia	75
3.2.12 Indução do trabalho de parto.....	76
3.2.13 Cesárea.....	77
3.2.14 Parto sem intervenção	79
3.2.15 Satisfação da mulher com o atendimento	80
3.2.16 Atendimento ao recém-nascido na sala de parto.....	81
3.3 ATENÇÃO AO PARTO POR <i>MIDWIVES</i> , ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES	87
4 MÉTODO	105
4.1 PESQUISA NASCER NO BRASIL.....	105
4.1.1 Desenho do estudo	105
4.1.2 Plano amostral.....	105
4.1.3 Logística de campo	108
4.1.4 Considerações éticas	113
4.2 ESTUDO DA REGIÃO SUL A PARTIR DA PESQUISA NASCER NO BRASIL.....	114
4.2.1 Sujeitos do estudo	114

4.2.2 Variáveis	115
4.2.3 Análise dos dados	122
5 RESULTADOS	129
5.1 MANUSCRITO 1 - PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SUL DO BRASIL	129
5.2 MANUSCRITO 2 - TRABALHO DE PARTO <i>VERSUS</i> CESÁREA EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL NO SUL DO BRASIL	163
5.3 MANUSCRITO 3 - MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E FATORES ASSOCIADOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL	193
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
REFERÊNCIAS.....	231

1 INTRODUÇÃO

A atenção ao parto como um processo que visa ao nascimento saudável, com respeito aos direitos de cidadania e pautado em práticas que possuem evidências de uma repercussão positiva para a saúde das mulheres e seus filhos, tem sido tema de pesquisa e discussão, em diversas áreas do conhecimento. Aspectos biológicos, sociais, culturais, éticos, humanísticos, antropológicos e epidemiológicos estão envolvidos, em resposta à intensa medicalização, observada na assistência obstétrica em todo o mundo.

O processo de medicalização do parto no Brasil teve início com a institucionalização do nascimento, ocorrido a partir do século XX, e trouxe profundas modificações no cuidado prestado à mulher e à sua família, embora essas práticas não possuíssem comprovações de sua efetividade e segurança. A apropriação do saber profissional e a incorporação de práticas para iniciar, corrigir, acelerar ou monitorar o processo fisiológico do nascimento – com o intuito de melhorar as condições de parto – transformaram a mulher em objeto do processo, sendo vista como uma propriedade institucional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na perspectiva da humanização da assistência obstétrica, a gestação, o parto e o puerpério são compreendidos como uma experiência humana, de forte potencial positivo e enriquecedor para todos os que dela participam. O parto é visto como um evento natural e singular, que integra a vida reprodutiva de homens e mulheres, numa experiência íntima e profundamente transformadora, em um contexto social com características individuais e coletivas próprias (BRASIL, 2001).

Neste contexto e com o crescente avanço de pesquisas, evidências e a consolidação da prática baseada em evidência (PBE), torna-se salutar a implementação de condutas que ofereçam a mais alta qualidade de cuidados em saúde e a garantia dos melhores resultados. Uma abordagem realizada a partir da PBE, ao contrário de uma abordagem permeada por tradições ou fundamentada em políticas ultrapassadas, resulta em avanços na melhoria da saúde, da segurança, dos custos e dos resultados, incluindo a diminuição da morbidade e mortalidade dos indivíduos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada das Nações Unidas com o objetivo de desenvolver o nível de saúde de todos os povos, propôs em 1985, recomendações sobre a tecnologia

apropriada para o parto e nascimento. Nelas se reconhece que toda a mulher possui um papel central e o direito de receber um pré-natal apropriado, devendo ser incluída no planejamento, execução e avaliação. A OMS assegura que os fatores sociais, emocionais e físicos são fundamentais para a compreensão de como prestar os cuidados pré-natais mais adequados. Reitera que o nascimento é um processo natural, e reconhece que até mesmo gestações consideradas de risco habitual podem apresentar complicações e a necessidade de intervenções, para a obtenção do melhor resultado. E para que todas estas recomendações se tornem viáveis, afirma ser indispensável uma transformação na estrutura dos serviços de saúde, juntamente com a modificação da atitude dos profissionais e a redistribuição dos recursos humanos e físicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

As recomendações específicas sobre a tecnologia apropriada para o parto e nascimento, descritas em 1985 pela OMS, indicam:

- A presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério;
- A liberdade para as mulheres que tenham o parto assistido em instituições, de decidir sobre o que vestir e se alimentar;
- Que os recém-nascidos saudáveis devem permanecer junto com suas mães sempre que possível e que a observação de um bebê saudável não justifica a separação da sua mãe;
- Deve ser encorajado o aleitamento materno mesmo antes da mulher sair da sala de parto;
- Os países com as menores taxas de mortalidade perinatal no mundo possuem taxas de cesárea inferiores a 10% e que não existe justificativa, para nenhuma região do mundo, de taxas de cesárea maiores do que 10 ou 15%;
- Não existem evidências da necessidade de cesárea em mulheres com história de cesárea prévia e que o parto normal deve ser encorajado, mesmo que uma intervenção cirúrgica esteja disponível;
- Não existem evidências de que a monitorização eletrônica fetal possui um efeito positivo nos resultados perinatais e esta deve ser utilizada somente em casos específicos; pesquisas devem investigar quais as mulheres mais se beneficiariam com este procedimento;
- É recomendada a monitorização da frequência cardíaca fetal através da ausculta intermitente durante o primeiro estágio do

trabalho de parto e de forma mais frequente durante o período expulsivo;

- Não existem indicações para a realização de tricotomia e enema antes do parto;
- O incentivo à movimentação durante o trabalho de parto e adoção de posturas de livre escolha da mulher, devendo ser evitada a posição de litotomia;
- A proteção do períneo sempre que possível e a restrita prática da episiotomia;
- Que a indução do trabalho de parto deve ser reservada aos casos com indicações clínicas específicas, sendo que nenhuma região deve ter taxas de indução do trabalho de parto acima de 10%;
- Durante o trabalho de parto, a administração de analgésicos ou drogas anestésicas deve ser evitada;
- A realização da amniotomia de rotina não é justificável;
- Maiores investigações devem ser realizadas para avaliar o aparato mínimo necessário, para os profissionais que atendem ao parto e ao recém-nascido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Na busca constante pelas melhores evidências disponíveis, em 1996 a OMS publicou o relatório de um grupo técnico intitulado “Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático”. Nesta publicação, as recomendações sobre as práticas na assistência ao parto normal foram classificadas em quatro categorias: A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

No ano de 2014, a OMS faz uma declaração sobre as taxas de cesárea, a partir de uma revisão sistemática de estudos que buscaram determinar quais seriam as taxas ideais para um país ou população. A OMS afirmou que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém que taxas de cesárea superiores a 10% não apresentam associações com a redução nas taxas de mortalidade materna e neonatal. As cesáreas podem causar complicações significativas especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade para tratar complicações. Desta forma, esforços devem ser direcionados para a

garantia na realização de cesáreas nos casos em que realmente são necessários, ao invés de buscar uma taxa específica, uma vez que não estão claros quais são os efeitos das associações entre cesáreas e a morbidade materna ou perinatal, assim como com os desfechos pediátricos e o bem-estar social ou psicológico materno (BETRAN et al., 2016).

O guia *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice* lançado pela OMS em 2015, aborda elementos chaves para a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Este guia revisa e traz uma gama completa de evidências atualizadas, baseada em normas e padrões que possibilitam o atendimento dos profissionais de saúde, com elevada qualidade da assistência, integrando cuidados pertinentes à gestação, parto e pós-parto, tanto para as mulheres como para os recém-nascidos. Sobre as práticas na assistência ao parto normal, fornece orientações para ações de suporte, que proporcionem um ambiente encorajador e respeitoso aos desejos da mulher. Destacam-se preceitos de comunicação que visam explicar os procedimentos, pedir permissão e discutir os resultados com as mulheres; mantê-las informadas sobre a evolução do trabalho de parto; e garantir o respeito à privacidade durante a realização de exames, o fornecimento de informações ou a necessidade de esclarecimentos. O guia atualiza orientações sobre cuidados de higiene e limpeza, liberdade de movimentação e alimentação, eliminações, ações para o alívio da dor e desconforto, técnicas de respiração, presença do acompanhante, práticas para monitorar e avaliar o progresso do trabalho de parto, a periodicidade da monitorização, assim como o tratamento e aconselhamento de condutas, quando necessário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Ao considerar as recomendações da OMS sobre a tecnologia apropriada para o parto e nascimento, pesquisas realizadas no Brasil mostram um excesso de intervenções. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (LAGO; LIMA, 2009) conduzida no ano de 2006, com coleta de dados referente a todos os nascidos vivos ocorridos nos cinco anos anteriores à realização da entrevista com as mulheres, obteve um total de 5.056 nascimentos investigados. Entre seus resultados, observou-se que, apesar da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a realização de práticas intervencionistas acompanhou este crescimento e foram encontrados baixos índices na utilização das práticas recomendadas. Outro estudo

multicêntrico, a Pesquisa Nascer no Brasil, com a participação de 23.894 puérperas admitidas nas instituições de saúde entre os anos de 2011 e 2012, apresentou da mesma forma, um excesso de intervenções nas práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, em mulheres de risco obstétrico habitual (LEAL et al., 2014).

A ampliação do afluxo aos serviços de saúde identificada na PNDS foi descrita no acesso quase universal à assistência pré-natal, na clássica definição da realização de pelo menos uma consulta ao longo da gestação (98,7%); e na cobertura do pagamento sob principal responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), na assistência ao pré-natal (74,8%) e ao parto (77,4%). A maioria das mulheres teve o início precoce do acompanhamento pré-natal, ainda no primeiro trimestre (83,6%) e a realização de pelo menos seis consultas durante a gestação (80,9%) (LAGO; LIMA, 2009).

No tocante ao financiamento da assistência à saúde, as regiões brasileiras apresentaram extensa variação na participação do setor de saúde suplementar. As Regiões Sul e Sudeste alcançaram taxas de 30,9% e 34,1% no pagamento da assistência ao pré-natal respectivamente; e taxas de 27,0% e 29,6% na assistência ao parto. A menor participação do setor de saúde suplementar ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, com taxas de 12,8% e 14,2% na assistência pré-natal; e 14,6% e 11,8% na assistência ao parto (LAGO; LIMA, 2009).

Quanto aos indicadores da assistência ao nascimento, os dados nacionais mostraram que 98,4% dos nascidos vivos tiveram cobertura da assistência hospitalar ao nascimento, com o percentual de 89,6% das mães tendo informado o atendimento na primeira maternidade que procuraram no momento do parto; e o maior percentual encontrado na região Sul (96,1%). Ainda segundo as mulheres, 88,7% dos nascimentos foram assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiras. Os dados apontam a maior atuação de enfermeiras nas regiões Norte (20,6%) e Nordeste (13,8%); seguida da menor atuação nas regiões Sul (2,6%) e Sudeste (4,0%) (LAGO; LIMA, 2009).

Sobre as taxas de cesárea, os dados revelam uma elevação ainda maior nas últimas décadas. A proporção de parto cesáreo por região aponta uma proporção nacional de 37,8% em 1994, e 41,8% em 2004 (BRASIL, 2012). O índice de nascidos vivos, apresentado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), comprovou que, em 2014, a maioria dos brasileiros nasceu pela via cirúrgica, taxa de 57,0% (BRASIL, 2014a). A frequência de cesárea para o primeiro filho foi elevada (48,3%), predispondo essas mães à

cirurgia em futuros partos. No meio urbano foi verificada a maior porcentagem de cesárea do que no meio rural (45,9% *versus* 35,0%), e elevou-se com o aumento da escolaridade e classificação econômica, chegando a 61,0% entre os nascidos de mães com 11 ou mais anos de estudo e a 76,1% na classe AB. O setor privado de saúde (incluindo os convênios) atingiu seu ápice de cesárea (80,8%) em comparação com o sistema público (33,6%). As regiões Sul (51,6%), Sudeste (51,7%) e Centro-Oeste (48,8%) apresentaram as maiores prevalências de cesárea, seguidas das menores prevalências nas regiões Norte (30,7%) e Nordeste (32,0%). Isto quer dizer que, mulheres das regiões Sul (OR 1,6 IC95% 1,1 a 2,4), Sudeste (OR 1,5 IC95% 1,1 a 2,1) e Centro-Oeste (OR 1,6 IC95% 1,2 a 2,2) tiveram entre 50 e 60% maior chance de serem submetidas à cesárea, na comparação com as mulheres da região Norte do país (LAGO; LIMA, 2009). E em mulheres de risco obstétrico habitual, as que não possuem patologias prévias ou gestacionais identificadas, a prevalência da cesárea foi de 45,5% (LEAL et al., 2014).

A frequência na realização de episiotomia também foi elevada (71,6%), em particular nas Regiões Sul (78,5%), Centro-Oeste (78,8%) e Sudeste (80,3%), o que revela o uso rotineiro desta prática (LAGO; LIMA, 2009). Dentre os resultados da Pesquisa Nascer no Brasil, as mulheres de risco obstétrico habitual tiveram uma prevalência de 56,1% de episiotomia, da mesma forma mais elevadas nas Regiões Sudeste (56,7%), Sul (62,9%) e Centro-Oeste (69,2%). Igualmente foram descritas outras intervenções no trabalho de parto, em mulheres de risco obstétrico habitual, que obtiveram elevada frequência, como: a utilização de cateter venoso periférico (73,8%) e ocitocina (38,2%); a realização de amniotomia (40,7%); adoção da posição de litotomia no período expulsivo (91,7%); e a realização da manobra de Kristeller (37,3%) (LEAL et al., 2014).

Não obstante, a maioria das práticas que contribuem para o conforto e bem-estar da mulher, foi pouco frequente. Em mulheres de risco obstétrico habitual, a prevalência da movimentação foi de 46,3% (a mais elevada das boas práticas), seguida de procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor (28,0%) e alimentação durante o trabalho de parto (25,6%) (LEAL et al., 2014). Na PNDS, a adoção de práticas para o alívio da dor no parto normal (massagem, banho morno, analgésicos e anestesia) ocorreu em 30,4% dos nascimentos. A analgesia epidural correspondeu a 14,0% das situações em que houve o alívio da dor, incidindo em 4,3% do total de partos normais realizados no período - uma frequência de 3,5% dentre os partos normais realizados no SUS e

14,2% dentre os atendimentos prestados nos serviços privados/convênios (LAGO; LIMA, 2009).

Sobre a presença de acompanhante na atenção ao parto, a PNDS identificou uma frequência de 16,3% (LAGO; LIMA, 2009). Já na Pesquisa Nascer no Brasil, a presença do acompanhante em alguns momentos da internação foi de 56,7%, porém a sua permanência contínua, em todos os momentos da internação, foi de apenas 18,8% (DINIZ et al., 2014). A elevada frequência de intervenções e a baixa realização de práticas que podem beneficiar mulheres e recém-nascidos, no acompanhamento do trabalho de parto e parto, reiteram a predominância de um modelo intervencionista, na condução da atenção ao parto no Brasil. Uma assistência em descompasso com as recomendações internacionais, fundamentadas em evidências científicas (LAGO; LIMA, 2009).

Frente a esta situação, emerge uma preocupação mundial, a mortalidade materna, com investigações da sua relação com as práticas realizadas na atenção ao parto. Para a monitorização do progresso em direção ao quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, a OMS e seus parceiros envidaram esforços para estimar as tendências de mortalidade materna e suas causas em todo o mundo, investigadas dentro da pesquisa *Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health*. Com dados do período entre 1990 e 2010, foi observada a tendência temporal e uma mudança do padrão de alta mortalidade para baixa mortalidade materna; o predomínio de causas obstétricas diretas para uma proporção crescente de causas indiretas na mortalidade materna; um maior número de doenças não transmissíveis; o envelhecimento da população materna; e um movimento em direção à institucionalização da assistência ao parto. Este fenômeno foi chamado de *obstetric transition*, podendo ser traduzido como "transição obstétrica", com implicações para as estratégias destinadas à redução da mortalidade materna em todo o mundo (SOUZA et al., 2014).

Este mesmo estudo descreveu cinco fases da transição obstétrica. No estágio IV, a razão de mortalidade materna é menor do que 50 mortes maternas por 100.000 nascidos, ou seja, uma mortalidade materna considerada moderada ou baixa, com a existência de uma baixa fertilidade e causas indiretas, além das doenças não transmissíveis adquirirem maior importância. Para uma redução ainda maior da mortalidade materna neste estágio, torna-se essencial a melhoria na qualidade do atendimento e/ou nos atrasos dos sistemas de saúde. Sendo assim, tem destaque o papel crescente da excessiva intervenção

obstétrica como uma ameaça à melhoria da qualidade e aos resultados da saúde materna. O estudo descreve o Brasil como pertencente ao estágio IV da transição obstétrica, apesar do registro da razão de mortalidade materna em 2011 ter sido de 64,8 (BRASIL, 2011a). Estágio igualmente encontrado em alguns países asiáticos (China), latino-americanos (Chile) e nos países desenvolvidos em geral (SOUZA et al., 2014).

O Ministério da Saúde brasileiro demonstra uma preocupação histórica com a assistência ao parto e nascimento. Nas últimas décadas, diversas foram as estratégias lançadas para uma adequação das práticas obstétricas, fundamentadas na humanização da assistência ao nascimento, e com o principal objetivo de assegurar um melhor acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às mulheres e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984); a participação do Brasil nas ações desenvolvidas pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985); o lançamento de portarias para inclusão do pagamento da analgesia de parto (BRASIL, 1998a) e do parto normal sem distocia acompanhado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 1998a); a remuneração máxima no percentual de cesáreas em relação ao total de partos por hospital (BRASIL, 1998b); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004); e mais recentemente, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b); as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016a) e a Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016b), são exemplos operacionais destas estratégias. Da mesma forma, estratégias foram lançadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como a implementação de modelos de atenção ao parto alternativos, em resposta às elevadas taxas de cesárea encontradas no setor suplementar de saúde (BRASIL, 2008a).

Um componente essencial dos programas dirigidos ao fortalecimento dos serviços de obstetrícia, com reconhecimento proveniente da análise de intervenções que se mostraram eficazes, é a presença de profissionais de saúde com competência técnica em obstetrícia. A OMS, a Confederação Internacional de Parteiras e a Fundação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia descrevem como profissionais que combinam destrezas e capacidades que habilitam para o atendimento qualificado ao parto: as parteiras, *midwives* ou obstetrizes, profissionais formadas e que receberam licença para realizar

um conjunto definido de competências; enfermeiras que adquiriram destrezas específicas de obstetrícia em cursos de especialização ou residência após a graduação; médicos que adquiriram competência em algum momento ou após a graduação; e obstetras, profissionais que se especializaram no manejo clínico e no atendimento de gestações e partos, bem como de complicações relacionadas à gestação (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014).

Diante das práticas obstétricas, da estruturação dos serviços de obstetrícia e da atuação dos profissionais, observa-se na literatura, a descrição de diferentes modelos de assistência ao parto e nascimento. Estudo sobre os aspectos antropológicos do parto, que contou com a participação de médicos, *midwives*, enfermeiras e mães, descreve a existência de três paradigmas de cuidados na área obstétrica, os modelos tecnocrático, humanístico e holístico. Estes modelos diferem fundamentalmente em suas definições do corpo e sua relação com a mente, e na forma como os cuidados em saúde se organizam. De maneira sucinta, pode-se descrever que o modelo tecnocrático enfatiza a separação do corpo e da mente, e percebe o corpo como uma máquina; o modelo humanista enfatiza a conexão entre corpo e mente, e define o corpo como um organismo; o modelo holístico consiste na unidade de corpo, mente e espírito, e define o corpo como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia (DAVIS-FLOYD, 2001).

Outras formas de modelo são abordadas e discutem aspectos relacionados à humanização do nascimento. Wagner descreveu, em 2001, a existência de três tipos de modelos de cuidado. Um modelo altamente medicalizado, com elevada tecnologia, centrado no profissional médico e com marginalização da *midwife* enquanto provedora de cuidado; encontrado em países como os Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, França, Bélgica e nas áreas urbanas do Brasil. Outro modelo altamente humanizado, com plena autonomia das *midwives* e taxas muito baixas de intervenção, desenvolvido em países como a Holanda, Nova Zelândia e países da Escandinávia. E a existência de um terceiro modelo de cuidado, com características dos outros dois modelos já descritos, ou seja, um modelo intermediário, encontrado em países como a Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália (WAGNER, 2001).

O autor descreve ainda, que nos países em desenvolvimento são encontrados modelos geralmente medicalizados nos serviços de maternidade das grandes cidades, enquanto que, nas áreas rurais, os

atendimentos medicalizados ainda não se infiltraram e os serviços humanizados permanecem. A opinião médica que prevalece é de que os cuidados obstétricos medicalizados, características do ocidente, salvam vidas e que estes cuidados fazem parte do desenvolvimento; e são consideradas retrógradas as tentativas de controle no avanço deste cuidado, nas maternidades. No contexto dos países em desenvolvimento, a ideia é de que a única razão para o atendimento fora do hospital, com o cuidado centrado na *midwife*, é a existência de lugares em que a prática médica moderna e medicalizada ainda não está disponível (WAGNER, 2001).

Entretanto, toda mudança na condição humana, inclusive o seu desenvolvimento, tem potenciais efeitos positivos e negativos. Geralmente, os efeitos positivos do desenvolvimento se sobressaem aos efeitos negativos, até que os benefícios sociais e econômicos atinjam a todos e, a partir de então, os efeitos negativos, não identificados até aquele momento, tendem a surgir. Os efeitos negativos do desenvolvimento sobre a morbimortalidade materna e infantil, que sempre existiram, começaram a aparecer. Intervenções obstétricas tais como a cesárea, por muitas vezes podem salvar vidas, mas em outras vezes, podem estar associadas às causas de mortalidade (WAGNER, 2001).

Por conseguinte, permanecem atuais as recomendações declaradas pela OMS em 1996, de que o objetivo da assistência ao parto normal é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para resultar em uma mãe e uma criança saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). E neste contexto, tem-se o reconhecimento da atuação de profissionais, para a consolidação da humanização da atenção ao parto, especialmente com a participação de parteiras, *midwives*, enfermeiras obstetras e obstetizas por serem profissionais que resgatam o parto como um evento fisiológico, promovem o suporte físico e emocional (DIAS, DOMINGUES, 2005; VELHO, OLIVEIRA, SANTOS, 2010), prestam uma assistência com menor proporção de práticas intervencionistas (DIAS, DOMINGUES, 2005; VOGT et al., 2011; SANDALL et al., 2016) e com maior satisfação dos sujeitos envolvidos (SANDALL et al., 2016).

Considerando a problemática da atenção ao parto no Brasil, a ampla disseminação de práticas obstétricas intervencionistas e aplicadas até mesmo em gestantes classificadas como de risco habitual (LEAL et al., 2014), as diferenças regionais com destaque para as maiores prevalências de práticas obstétricas intervencionistas na Região Sul

(LAGO; LIMA, 2009; LEAL et al., 2014), assim como a menor participação de enfermeiras e maior participação do setor de saúde suplementar (LAGO; LIMA, 2009), foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa: Qual a prevalência das práticas obstétricas na atenção ao parto em gestantes de risco habitual assistidas na Região Sul do Brasil? Quais são os fatores associados à realização das práticas obstétricas? Quais são os fatores associados com a realização da cesárea no trabalho de parto espontâneo, no trabalho de parto induzido e na cesárea eletiva em gestantes de risco habitual? De que forma as práticas obstétricas nas instituições de saúde se configuram em modelos de assistência obstétrica em gestantes de risco habitual? Quais são os desfechos maternos e neonatais nos diferentes modelos de assistência obstétrica?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as práticas na atenção ao parto, identificar modelos de assistência obstétrica e estimar os fatores associados às práticas e aos modelos de assistência em gestantes de risco habitual assistidas na Região Sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a prevalência de práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual e estimar os fatores associados às práticas obstétricas;

Verificar a prevalência de trabalho de parto espontâneo, da indução do trabalho de parto e da cesárea eletiva em gestantes de risco habitual, e identificar a contribuição de cada grupo para a taxa global de cesárea;

Estimar fatores associados à cesárea em gestantes de risco habitual que tiveram trabalho de parto espontâneo, naquelas submetidas à indução do trabalho de parto e em mulheres com cesárea eletiva;

Identificar modelos de assistência obstétrica em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados aos modelos de assistência;

Estimar associação entre os modelos de assistência obstétrica identificados em gestantes de risco habitual e os desfechos maternos e neonatais.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica desta tese proporciona o resgate das políticas e programas de atenção à saúde da mulher no Brasil, direcionados ao período reprodutivo e sua inserção no contexto social, político e internacional, na descrição de sua evolução temporal. A apresentação das práticas na atenção ao parto e nascimento são descritas, em sua maioria, a partir das revisões sistemáticas de ensaios clínicos publicados na Biblioteca *Cochrane*, na compreensão de que fornecem uma síntese das melhores evidências científicas atuais e disponíveis, para a tomada de decisão em saúde. Publicações da OMS, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde do Brasil, da mesma forma pautadas em evidências científicas, auxiliam na compreensão de algumas das práticas na atenção ao parto e nascimento. Também são apresentadas referências reconhecidas na área para elucidar os desfechos maternos e neonatais. A contextualização das práticas na atenção ao parto assistido por *midwives*, enfermeiras obstetras e obstetrias, foi apresentada através de revisão sistemática publicada na Biblioteca *Cochrane*, seguida de uma busca de artigos originais, de pesquisas conduzidas no Brasil, com delineamento quantitativo, publicadas entre os anos de 2004 e 2013.

3.1 POLÍTICAS E PROGRAMAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

As políticas nacionais de saúde direcionadas para a assistência à saúde da mulher no Brasil datam das primeiras décadas do século XX (BRASIL, 2004b). Embora incipiente e com enfoque quase que exclusivo à saúde da mulher no processo de reprodução, tem-se o início da discussão e inserção da figura feminina, nas ações governamentais. Dentre os primeiros registros, encontra-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, como produto da V Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1974. Com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade do grupo materno/infantil, este programa partiu de um diagnóstico da situação de saúde, dos fatores condicionantes da situação na época e uma proposta de ação: uma assistência prestada precocemente, de forma contínua e periódica durante a gestação, o parto e o puerpério; e ainda, com o objetivo de prevenir os riscos que atingem tanto a mulher quanto o concepto, assim como diagnosticar e tratar as possíveis intercorrências patológicas (BRASIL, 1975).

A década de 80 foi marcada por avanços na democracia. As mulheres se organizaram e iniciaram discussões sobre ações que propusessem melhorias nas suas condições de saúde, ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e a reivindicação enquanto política, com garantias a esse direito (BRASIL, 2004a; SOUZA; TYRREL, 2011). Acrescido disto, em 1983 debatia-se no Brasil o crescimento populacional e o planejamento familiar, resultados de compromissos políticos nacionais e internacionais. Como proposta, surgem discussões para a criação de um programa, elaborado por uma comissão que já parecia indicar um percurso político e social com o envolvimento de mulheres. Comissão esta formada por uma socióloga, uma médica sanitária vinculada ao próprio movimento de mulheres, e dois médicos ginecologistas, professores de uma universidade (OSIS, 1998). Através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, conhecido amplamente como PAISM (BRASIL, 1984).

O PAISM implicou em um rompimento com a visão tradicional ao lançar o conceito de atenção integral à saúde da mulher, em que a mulher passou a ser compreendida no seu ciclo vital e não mais somente no ciclo reprodutivo. As ações de saúde foram direcionadas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e o programa englobava um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação que tinham por objetivo a melhoria de vida da população feminina. Os conteúdos de assistência integral à saúde da mulher abrangiam duas grandes áreas: a primeira, a clínica ginecológica, que incluía o planejamento familiar, a educação sexual, o controle de câncer cérvico uterino e o diagnóstico precoce de câncer de mama; e a segunda, a assistência ao ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 1984).

Muito fora discutido, pelo governo, sobre um possível processo de controle da taxa de natalidade, com a implementação de um programa de planejamento familiar, porém o documento salientava a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país (OSIS, 1998). O Ministério da Saúde esclareceu, em suas diretrizes gerais, os princípios que nortearam as proposições básicas de ação, com motivações como “... equidade - oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população - e de ordem médica, traduzidos no

risco gravídico” (BRASIL, 1984, p. 16), e que todas as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas “... de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los” (BRASIL, 1984, p. 16). Este contexto foi significativo para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão fosse tema nos diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998).

O PAISM também foi um marco para os avanços e à construção do atual Sistema Único de Saúde, ao incorporar como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como propostas de integralidade e equidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004a). Apesar da magnitude conceitual e inovadora de um programa governamental, o PAISM teve dificuldades para sua efetiva implementação em todo o território nacional, o que demonstra a morosidade e o descompasso entre discussão, planejamento e medidas práticas governamentais, o que pode ser traduzido pela falta de um compromisso político com a implementação do programa (OSIS, 1998).

No ano seguinte, em 1985, e com os avanços nas evidências científicas, surgem preocupações internacionais relacionadas às práticas na atenção ao parto e à realização de intervenções desnecessárias. A partir de uma iniciativa da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi realizada no município de Fortaleza, CE - Brasil, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento. O envolvimento de representantes da obstetria, pediatria, epidemiologia, sociologia, psicologia, economia, administração em saúde e mães, efetuou uma revisão cuidadosa do conhecimento disponível sobre a tecnologia apropriada ao parto e nascimento, que resultou na elaboração de diretrizes para uma assistência perinatal em todo o mundo. Em síntese, toda a mulher possui um papel central e o direito a um pré-natal adequado, com sua participação no planejamento, desenvolvimento e avaliação, além da compreensão dos fatores sociais, emocionais e físicos envolvidos. Compreende-se o parto como um processo normal e natural, contudo, até mesmo gestações que não apresentam riscos, podem apresentar complicações e a necessidade de intervenções, para a obtenção dos melhores resultados. Destaca-se ao final, que para tornar as recomendações da Conferência viáveis, seria necessária uma transformação da estrutura dos serviços de saúde, a modificação de atitudes dos profissionais e o redimensionamento de recursos humanos e físicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

Com a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, tem-se a criação do SUS, promulgado oficialmente em 1990 com a Lei n. 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A partir desta data, a saúde é compreendida como um direito fundamental do ser humano e compete ao Estado, prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A saúde passa a ser conceituada por fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; na compreensão de que os níveis de saúde de uma população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990). Desde então, o SUS gerencia as ações voltadas à saúde da população e da mesma forma, as políticas de atenção à saúde da mulher.

No ano de 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada internacionalmente pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de sensibilizar funcionários das instituições de saúde, muitas vezes responsáveis pelo elevado índice de desmame precoce, para a incorporação de mudanças frente às condutas e rotinas, encontradas na época. Os primeiros passos da IHAC no Brasil ocorreram através de uma parceria do Ministério da Saúde com o Grupo de Defesa da Saúde da Criança e contaram com o apoio do UNICEF e da OPAS, dando início às atividades no ano de 1992. Como uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, foram elencados o cumprimento de 10 passos, pré-requisitos para a certificação das instituições de saúde com o título de Hospital Amigo da Criança, que incluíram ações de apoio e suporte ao parto normal (BRASIL, 2014b; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2016).

Desponta no Brasil em 1993, em prol de um movimento denominado hoje como “humanização do parto e nascimento”, uma organização da sociedade civil com o objetivo principal de divulgar a assistência e os cuidados perinatais baseados em evidências científicas, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Uma organização que apoia, promove e reivindica um cuidado com a diminuição do número de intervenções e a compreensão do processo de gestação, parto, nascimento e amamentação, como um processo natural e fisiológico. Essa missão é integrante da prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupados com a

melhoria da qualidade de vida, o bem-estar e bem-nascer (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO, 2014).

Em 1996, o Ministério da Saúde reitera a posição da OMS em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a UNICEF e a OPAS, com o lançamento do Projeto Maternidade Segura - Assistência ao parto normal: um guia prático. O documento discute as práticas na atenção ao parto e o uso indiscriminado de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, frequentemente mal avaliadas, e considera um risco incorrido a realização dessas práticas, por muitas pessoas que tentam melhorar os serviços obstétricos. Com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência e fundamentadas nas melhores evidências, as recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal foram classificadas como úteis, ineficazes, sem evidências suficientes e claramente prejudiciais, e ainda quanto ao seu uso, as que devem ser estimuladas, utilizadas com cautela, as que são frequentemente utilizadas de modo inadequado e as que devem eliminadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

As pesquisas na área obstétrica e os indicadores da assistência, entre eles a morbidade e a mortalidade materna, advertem para a necessidade de um repensar sobre as práticas intervencionistas e o crescimento contínuo na realização de cesáreas. Diversas são as iniciativas governamentais para a melhoria na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto, na busca pela humanização da assistência e a diminuição dos óbitos por causas evitáveis. No ano de 1998, o Ministério da Saúde brasileiro lança diversas portarias, a primeira foi a Portaria n. 2.815, que incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o pagamento do parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra e o pagamento da analgesia de parto (BRASIL, 1998a). Em seguida, a Portaria n. 2.816 que determinou uma remuneração máxima no percentual de cesáreas, em relação ao total de partos por hospital (BRASIL, 1998b). E Portaria n. 2.883, que instituiu o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal (BRASIL, 1998c).

No ano seguinte, 1999, foi lançada a Portaria n. 985, que instituiu a criação do Centro de Parto Normal (CPN), uma unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distocia, no qual atuam enfermeiros com especialização em obstetrícia (BRASIL, 1999). A ênfase nas portarias que tratam dos

profissionais enfermeiros obstetras tiveram como finalidade principal o reconhecimento da assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto (BRASIL, 2001).

O governo continua dando grande atenção à saúde reprodutiva brasileira no ano 2000, um exemplo foi o anúncio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, programa que possui princípios bem estabelecidos sobre humanização, quais sejam: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; de saber e ter assegurado o acesso à maternidade no momento do parto; à assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato de forma humanizada e segura. Em outras palavras, o principal objetivo do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Compreende-se humanização como um dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido; isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituição de rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. A humanização também se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, embora tradicionalmente realizadas, que não beneficiam nem a mulher nem o recém-nascido, e com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Ainda no ano 2000 foram lançados um Manual Técnico “Assistência ao Pré-natal” e um guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna “Urgências e Emergências Maternas”. Estas publicações tiveram por finalidade oferecer referências para a organização da rede assistencial, com capacitação profissional e normatização das práticas em saúde. Destacam a organização do pré-natal, a identificação de fatores de risco e os níveis de execução da assistência; assim como a determinação de normas e procedimentos técnicos científicos para a condução de situações de risco obstétrico e perinatal (BRASIL, 2000a; b). Neste mesmo ano, são reconhecidas as dificuldades reais na redução do número de cesáreas, em relação ao percentual total de partos por hospital, estabelecidos com a Portaria n.

2.816 de 1998, supracitada, ao contemplar a complexidade de cada serviço obstétrico e o atendimento às mulheres com segurança (BRASIL, 1998b). Sendo assim, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 466, que estabelece como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, do percentual máximo de cesáreas em relação ao número total de partos realizados e, ainda, a definição de outras estratégias para a obtenção da redução destes procedimentos, no âmbito do estado (BRASIL, 2000c).

Em 2001, o Ministério da Saúde apresenta a publicação “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Sua pretensão é de integrar capacitação técnica e a necessidade de humanizar o processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto, com a sensibilização de mulheres e profissionais de saúde, para a singularidade deste momento (BRASIL, 2001).

Os avanços na atenção à saúde da mulher e o reconhecimento do pleno exercício dos direitos humanos, fruto de compromissos internacionais e a participação do Brasil em fóruns como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo - Egito (NAÇÕES UNIDAS, 1994), considerada um marco na evolução dos direitos das mulheres, impulsiona o Ministério da Saúde brasileiro, na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no ano de 2004 (BRASIL, 2004a).

Essa política visa promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação de acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004a). Ela promove o enfoque de gênero e integralidade; com ações inovadoras voltadas para a atenção clínica ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e outras doenças sexualmente transmissíveis; o planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes; a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em situação insegura; a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; a redução da

morbimortalidade por câncer; a saúde mental; a saúde no climatério e a saúde na terceira idade. Além disso, ampliaram-se as ações direcionadas para as mulheres negras, indígenas, trabalhadoras do campo e da cidade, em situação de prisão, entre outras (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, a redução da mortalidade materna e neonatal emerge como um desafio para os brasileiros, ao se reconhecer que as mortes evitáveis atingem as populações com menor acesso a bens sociais. Em cumprimento à Declaração do Milênio, uma iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU) pela eliminação da pobreza até o ano de 2015, e com a assinatura de um pacto internacional firmado entre 191 países, com vistas ao alcance do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, melhorar a saúde materna e ainda, reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna (BRASIL, 2007), o Ministério da Saúde do Brasil anunciou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004 (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde compreende que a redução da mortalidade materna implica na mobilização de gestores e da sociedade civil, para a promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida, numa perspectiva de que a garantia do direito à vida e à saúde não são uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas um compromisso de todos, embora lhe caiba garantir o acesso a serviços qualificados. Entre os princípios do Pacto, identificam-se: o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos, raciais, das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004b).

Como estratégias para a reversão da elevada proporção de cesáreas no Setor Suplementar de Saúde, a ANS envida esforços para o desenvolvimento e implementação de modelos de atenção ao parto, alternativos aos modelos vigentes, e reconhece que uma proposta de mudança cultural depende da modificação na forma como os diversos atores do mercado de planos de saúde, beneficiários, prestadores e operadoras percebem a melhor forma de prestar o cuidado ao nascimento. Com o lançamento do impresso “O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas” em 2008, em parceria com o Ministério da Saúde, a ANS traz discussões sobre a trajetória histórica da cesárea, estratégias para o fortalecimento do parto normal com evidências científicas, estratégias

para a redução de cesáreas desnecessárias e a atenção humanizada ao parto e nascimento (BRASIL, 2008a).

A publicação da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 36, em 03 de junho de 2008 (BRASIL, 2008a), foi uma estratégia para regulamentar o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, levando em conta algumas necessidades especiais da clientela. Em suas definições apresenta o quarto PPP, Pré-parto, Parto e Pós-parto, um ambiente com capacidade para um leito e banheiro anexo, destinado à assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este local afasta a necessidade do deslocamento da mulher de ambientes, no momento próximo ao período expulsivo do trabalho de parto, uma prática frequente nas maternidades brasileiras. Além do mais, em sua definição de humanização da atenção e gestão da saúde, preconiza o respeito ao direito de acompanhamento, com pessoas de sua rede social, de livre escolha, em conformidade com a Lei n. 11.108, promulgada em 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

A datar de 2011, encontra-se em vigor em nosso país a Rede Cegonha, uma estratégia que converge todas as políticas anteriores, direcionadas à atenção materna e infantil. A Rede Cegonha declara o propósito de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b). No componente parto e nascimento, propõe uma mudança no modelo de atenção ao parto, com medidas de incentivo ao parto normal e outras que coíbam a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários e sem indicação. Com base em modelos precedentes europeus e japoneses bem-sucedidos, que conseguiram manter suas taxas de cesárea em patamares aceitáveis, fortalece a criação de CPN peri ou intra-hospitalares, já propostos na década de 90 (BRASIL, 1999; 2013; 2015), objetivando ampliar a atenção ao parto e nascimento de risco obstétrico habitual fora do hospital e tendo a enfermeira obstetra, e/ou obstetriz, o papel central neste cuidado. A Rede Cegonha também considerou a grande diversidade regional do país, contemplando inclusive medidas referentes ao trabalho das parteiras tradicionais e doulas (LAGO; LIMA, 2009; BRASIL, 2014c).

Surgem ainda, com a Rede Cegonha, outras estratégias centrais de ações de saúde, como o monitoramento das indicações de cesárea com base nos grupos de risco epidemiológico estruturados por Robson (ROBSON, 2001), que permitem um conhecimento mais aprofundado

dos desvios da prática de assistência, a possibilidade de estabelecer metas factíveis para a redução nos grupos de risco habitual, assim como o acompanhamento dos resultados dessas medidas. A qualificação das informações disponíveis no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o monitoramento dos efeitos das medidas que estão sendo propostas são tão importante quanto às demais, além de assegurar uma comunicação com as mulheres e a garantia de informações sobre suas opções e direitos no parto (LAGO; LIMA, 2009; BRASIL, 2014c).

Uma efetiva concretização da Rede Cegonha dependerá da transformação das propostas em ações concretas, que adentrem ao cotidiano dos serviços, muitas vezes permeados por questões das gestões estaduais e municipais, ou ainda, por questões culturais e práticas institucionalizadas nos serviços. Espera-se que com informação de qualidade haja suporte às decisões que determinarão as ações a serem incluídas e implementadas nas políticas públicas, a fim de que seja possível reverter a tendência ascensional na proporção de cesáreas, e que resultem num impacto positivo para a saúde das mulheres e seus bebês (LAGO; LIMA, 2009; BRASIL, 2014c).

Neste cenário, antigas estratégias foram reformuladas, entre elas as diretrizes para a manutenção do título Hospital Amigo da Criança pelos hospitais, descritas na Portaria n. 1.153, lançada em 22 de maio de 2014, para que sejam impulsionadas melhorias na assistência obstétrica, a exemplo da inclusão do critério global “Cuidado Amigo da Mulher”, que estimula às boas práticas na atenção ao parto e nascimento, conforme preconiza a OMS (BRASIL, 2014b).

Ademais, preocupações do Setor de Saúde Suplementar com a realização do que considera ‘cesáreas desnecessárias’ persistem e, em 2015, a ANS lança a Resolução Normativa n. 368, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico; regulamenta a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante. São medidas declaradas para a redução das cesáreas desnecessárias e o incentivo ao parto normal, através do fornecimento de informações sobre a prática dos profissionais; a garantia do cartão da gestante com informações sobre a evolução da gestação e a possibilidade da continuidade no cuidado por outros profissionais; a carta de informação à gestante, para que a mulher se torne mais segura sobre sua decisão em relação ao parto e o discernimento do que é melhor para sua saúde e a saúde do seu bebê; e por último, o registro da evolução da assistência ao nascimento, com a

utilização do partograma (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

Já no ano de 2016, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) foram lançados pelo Ministério da Saúde brasileiro, intituladas: “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e “Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesárea” de acordo com a Lei n. 12.401, publicada em 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011c), que altera a Lei n. 8.080 de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Compreende-se por PCDT a elaboração de documentos com a utilização da análise baseada em evidência científica, para a garantia do melhor cuidado em saúde possível no contexto de saúde brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS. São documentos oficiais para o estabelecimento de diagnóstico de doença ou agravamento à saúde, do tratamento preconizado com a inclusão de medicamentos e tecnologias apropriadas, dos cuidados com a segurança dos pacientes, dos mecanismos de controle clínico, além de acompanhar e verificar os resultados terapêuticos a serem alcançados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS (BRASIL, 2016a; b).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foram elaboradas por um grupo multidisciplinar, com objetivo de sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2016a).

A Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesárea – foi elaborada por um grupo consultivo e um grupo elaborador, e tiveram como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação a algumas práticas comuns relativas à operação cesárea programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança (BRASIL, 2016b). Ambas as diretrizes foram abertas à consulta pública, na qual profissionais da área da saúde, pessoas leigas e usuários dos serviços de saúde aportaram contribuições sobre os diferentes aspectos e recomendações dos documentos propostos, contribuições que foram avaliadas de acordo com o grau de evidência existente (BRASIL, 2016a; b).

Observa-se nesta evolução temporal, que as políticas demonstram uma forte preocupação com a saúde da mulher, no transcurso do

processo de nascimento. Os avanços para a garantia de direitos das mulheres são notórios, contudo problemas relacionados à organização da assistência à gestação e ao parto, o desrespeito aos direitos básicos de cidadania e a intervenção excessiva sobre o parto e nascimento demonstram que o risco a que estão sendo expostas as mulheres e os recém-nascidos, ainda persistem no país. Neste contexto, têm-se como exemplo os dados da ONU sobre a mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014). No ano de 1990 a América Latina tinha uma taxa de 130 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Presenciou-se uma queda com taxas nos valores de 98 mortes no ano de 2000 e 77 mortes maternas em 2014. Dados que demonstram uma importante redução, porém que não foram suficientes para o alcance do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que tinha como meta a redução em três quartos na taxa de mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

3.2 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Com base nas revisões sistemáticas publicadas na Biblioteca *Cochrane*, em recomendações pautadas em evidências científicas e preconizadas pela OMS, pela SBP e pelo Ministério da Saúde brasileiro, além de referências reconhecidas na área, serão apresentados a seguir, as recomendações sobre as principais práticas na assistência ao parto e nascimento, e os desfechos maternos e neonatais.

3.2.1 Apoio à mulher durante o trabalho de parto

Historicamente, as mulheres eram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto. No entanto, em hospitais de todo o mundo, a presença de um acompanhante e o apoio contínuo durante o trabalho de parto se tornou uma exceção e não uma regra. O objetivo da revisão publicada na Biblioteca *Cochrane* foi avaliar os efeitos do apoio contínuo intraparto na relação um-para-um em comparação com os cuidados habituais e, ainda, determinar se os efeitos do apoio contínuo são influenciados pelas práticas e políticas de rotina, pela relação do provedor de cuidados com o hospital ou a mulher, e o momento de início do apoio no trabalho de parto. Foram critérios de seleção publicações e não publicações de ensaios clínicos controlados, comparando o apoio contínuo durante o trabalho de parto com os cuidados habituais (HODNETT et al., 2013).

Foram incluídos 22 ensaios clínicos envolvendo 15.288 mulheres, os quais preencheram os critérios de inclusão e forneceram dados possíveis de serem analisados. Em seis ensaios clínicos, o apoio durante o trabalho de parto foi realizado por um acompanhante de escolha da mulher, uma característica das pesquisas realizadas sobre o tema no Brasil. Os resultados são análises de efeitos aleatórios, salvo indicação em contrário. Mulheres alocadas para o apoio contínuo foram mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo (RR 1,08 IC95% 1,04 a 1,12) e menos propensas a ter analgesia intraparto (RR 0,90 IC95% 0,84 a 0,96), ou declarar insatisfação (RR 0,69 IC95% 0,59 a 0,79). Além disso, o trabalho de parto teve menor duração (Diferença média -0,58 horas IC95% -0,85 a -0,31), as mulheres foram menos propensas a serem submetidas a uma cesárea (RR 0,78 IC95% 0,67 a 0,91), terem um parto vaginal instrumental (RR 0,90 IC95% 0,85 a 0,96), analgesia local (RR 0,93 IC95% 0,88 a 0,99), ou o recém-nascido apresentar um baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida (RR 0,69 IC95% 0,50 a 0,95). Não houve impacto aparente sobre outras intervenções intraparto, complicações maternas e neonatais, ou amamentação. Análises estratificadas sugeriram que o apoio contínuo foi mais eficaz quando o provedor de cuidados não fazia parte da equipe do hospital e nem da rede social da mulher, e em contextos nos quais a analgesia peridural não era um procedimento de rotina. Não foi possível nenhuma conclusão sobre o momento de início de apoio contínuo no trabalho de parto. Os autores concluíram que todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto e nascimento por apresentar benefícios clinicamente significativos para as mulheres e os recém-nascidos, sem a identificação de qualquer dano (HODNETT et al., 2013).

A partir dos resultados desta revisão, cabe destacar a discussão sobre o provedor de apoio no trabalho de parto. Os efeitos do apoio contínuo no trabalho de parto parecem variar de acordo com as características do provedor. A atenção dividida, responsabilidades além do apoio no trabalho de parto e limitações de políticas institucionais ou de rotinas assistenciais podem ter desempenhado um papel na aparente limitação da eficácia do apoio contínuo pelos membros da equipe hospitalar. O ambiente do nascimento pode influenciar profissionais de saúde que trabalham nas instituições, assim como às parturientes e ao provedor de sua rede social. Além disso, enquanto as mulheres querem e se beneficiam com a presença de pessoas escolhidas a partir de sua rede social, o apoio de companheiros e outras pessoas com quem a mulher possui uma relação afetiva é qualitativamente diferente e mais complexo

do que o de uma mulher, que é experiente e muitas vezes treinada para prestá-lo durante o trabalho de parto, como por exemplo uma doula, e que não tenha nenhuma outra função que não seja fornecer esse apoio. Um ensaio clínico anterior sobre o apoio no trabalho de parto pelos companheiros das mulheres registrou que as mulheres receberam maior apoio de seus companheiros, quando uma doula esteve presente para orientá-los, e eles próprios relataram um maior suporte. Embora o apoio contínuo no trabalho de parto pareça ser mais eficaz quando realizado por provedores que não sejam funcionários de uma instituição e que não possuem nenhuma obrigação a não ser fornecê-lo à parturiente com foco exclusivo nessa tarefa, o apoio de uma pessoa da rede social da mulher é eficaz e aumenta a satisfação das mulheres com as suas experiências de parto (HODNETT et al., 2013).

3.2.2 Tricotomia

A raspagem dos pelos pubianos ou perineais, tricotomia perineal, foi durante muito tempo um procedimento realizado de forma rotineira antes do parto, ao considerar que poderia diminuir o risco de infecção, frente a ocorrência de laceração perineal espontânea ou realização de episiotomia. O objetivo da revisão *Cochrane* foi avaliar os efeitos da tricotomia perineal de rotina antes do nascimento, sobre os resultados maternos e neonatais, de acordo com a melhor evidência disponível. Foram critérios de inclusão ensaios clínicos, incluindo os ensaios com alocação quase randomizada, que comparam a tricotomia perineal *versus* a não tricotomia perineal (BASEVI; LAVANDER, 2014).

Três ensaios clínicos randomizados preencheram os critérios pré-estabelecidos. No primeiro ensaio clínico, 389 mulheres foram alternadamente alocadas para receber cuidados com a preparação da pele, como a tricotomia perineal ou o corte dos pelos na região vulvar. No segundo ensaio clínico, que incluiu 150 participantes, a tricotomia perineal foi comparada com o corte de pelos longos, apenas para os procedimentos. No terceiro ensaio clínico, 500 mulheres foram alocadas aleatoriamente para a realização da tricotomia na região perineal ou o corte dos pelos na região perineal. O desfecho primário para os três ensaios clínicos foi a morbidade materna febril. Quando os resultados de todos os ensaios clínicos foram combinados, não se encontraram diferenças em quem tinha ou não tinha sido submetida à tricotomia e sua relação com a morbidade materna febril (RR 1,14 IC95% 0,73 a 1,76). Não houve diferenças de infecção da ferida perineal (RR 1,47 IC95%

0,80 a 2,70) e deiscência da ferida perineal (RR 0,33 IC95% 0,01 a 8,00) no maior ensaio clínico (500 mulheres), o único a avaliar estes resultados. No menor ensaio clínico (150 mulheres), uma menor proporção de mulheres que não tinham sido submetidas à tricotomia perineal apresentou colonização por bactérias Gram-negativas (RR 0,83 IC95% 0,70 a 0,98) em comparação com aquelas submetidas à tricotomia. Não ocorreram casos de infecção neonatal no único ensaio clínico que relatou este resultado. Não houve diferença na satisfação materna entre os grupos, resultado relatado no maior ensaio clínico (Diferença média 0,00 IC95% -0,13 a 0,13). Nenhum ensaio clínico relatou resultados de trauma perineal. Um ensaio clínico revelou efeitos colaterais como irritação, vermelhidão, ardor e prurido. A qualidade geral das evidências variou de muito baixo (resultados de morbidade materna febril no pós-parto e infecção neonatal) a baixo (resultados de satisfação materna e infecção da ferida). Os autores concluem que não existem evidências suficientes para recomendar a tricotomia perineal para as mulheres, no momento da admissão do trabalho de trabalho (BASEVI; LAVANDER, 2014).

3.2.3 Enema

Embora seu uso durante o parto, geralmente, reflita a preferência do profissional que assiste a parturiente, o enema pode causar desconforto para as mulheres. O objetivo da revisão *Cochrane* foi avaliar os efeitos do enema realizado na primeira fase do trabalho, sobre os resultados maternos e neonatais. Foram critérios de inclusão ensaios clínicos randomizados em que o enema foi administrado durante o primeiro estágio do trabalho de parto e que incluiu a avaliação da possível morbidade ou mortalidade puerperal e neonatal (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013).

Quatro ensaios clínicos randomizados (1.917 mulheres) preencheram os critérios de inclusão. Um estudo foi considerado como tendo baixo risco de viés. Na meta-análise realizada em dois ensaios clínicos não houve diferença significativa nas taxas de infecção de puérperas (RR 0,66 IC95% 0,42 a 1,04) (594 mulheres). Não foram encontradas diferenças significativas na taxa de infecção umbilical neonatal (RR 3,16 IC95% 0,50 a 19,82) (dois estudos, 592 mulheres). Além disso, a meta-análise de dois estudos apontou que não houve diferença significativa no grau de laceração perineal entre os grupos (RR 1,14 IC95% 0,76 a 1,71); a meta-análise de outros dois estudos não

encontrou diferenças significativas na duração média do trabalho de parto (Diferença média 28,04 IC95% -131,01 a 187,10); e finalmente, apenas um estudo avaliou a satisfação das mulheres, sem diferença significativa na média (Diferença média 0 IC 95% -0,10 a 0,10). Os autores concluem que as evidências apresentadas pelos quatro ensaios clínicos randomizados incluídos mostram que o enema não possui um efeito benéfico significativo sobre as taxas de infecção, tais como infecção da ferida perineal ou outras infecções neonatais, e tampouco satisfação das mulheres. Estes resultados apontam contra o uso rotineiro do enema durante o parto, portanto, tal prática deve ser desencorajada (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013).

3.2.4 Restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto

A restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto é uma prática comum em muitos locais de nascimento, sendo permitido para as mulheres somente pequenos goles de água ou pedaços de gelo. A restrição de líquidos e alimentos pode ser desagradável para algumas mulheres e influenciar negativamente na sua percepção sobre a experiência do parto. O objetivo da revisão *Cochrane* foi determinar os benefícios e malefícios da restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. Foram critérios de inclusão ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos com alocação quase randomizada, com a restrição *versus* a liberdade de ingerir líquidos e alimentos (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Foram incluídos cinco estudos envolvendo 3.130 mulheres em trabalho de parto ativo e com baixo risco de potencial necessidade de anestesia geral. Um estudo analisou a restrição completa *versus* a liberdade de comer e beber à vontade; dois estudos investigaram somente água *versus* a oferta de líquidos e alimentos específicos; e dois estudos analisaram somente água *versus* a oferta de bebidas contendo carboidratos. Ao comparar qualquer restrição de líquidos e alimentos *versus* mulheres que receberam alguma nutrição durante o trabalho de parto, a meta-análise foi dominada por um estudo realizado em um ambiente altamente medicalizado. Não houve diferença estatisticamente significativa para a realização de cesárea (RR 0,89 IC95% 0,63 a 1,25) (cinco estudos, 3.103 mulheres); parto vaginal instrumental (RR 0,98 IC95% 0,88 a 1,10), (cinco estudos, 3.103 mulheres); e, Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (RR 1,43 IC95% 0,77 a 2,68) (quatro estudos, 2.902 recém-nascidos); nem em qualquer um dos outros

desfechos examinados. A opinião das mulheres não foi investigada em nenhum estudo. Os dados obtidos foram insuficientes para avaliar a incidência da síndrome de Mendelson, uma ocorrência extremamente rara. Outras comparações mostraram resultados semelhantes, com exceção de um estudo que relatou um aumento significativo de cesáreas em mulheres que ingeriram bebidas contendo carboidratos durante o trabalho de parto em comparação com apenas água, porém estes resultados devem ser interpretados com cautela, pois o tamanho da amostra foi pequeno. Os autores concluíram que as evidências não mostram benefícios ou malefícios e, portanto, não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, para mulheres com baixo risco de complicações. Não existem estudos que analisaram especificamente mulheres com maior risco de complicações, por conseguinte, não há nenhuma evidência para apoiar as restrições neste grupo de mulheres. Evidências conflitantes sobre as soluções de carboidratos e a necessidade de se avaliar a opinião das mulheres sobre essa prática indicam que outros estudos devem ser realizados (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

3.2.5 Posição materna e movimentação durante o trabalho de parto

É comum que mulheres que dão à luz nos serviços de saúde, tanto em países desenvolvidos como pouco desenvolvidos, sejam orientadas a permanecer deitadas no leito durante o trabalho de parto. No entanto, não há evidências de que isto esteja associado com qualquer vantagem para elas ou seus bebês, embora possa ser mais conveniente para o profissional que as atende. Estudos observacionais alertam que, se as mulheres deitam de costas durante o trabalho de parto, podem ocorrer efeitos adversos sobre as contrações uterinas que impeçam o progresso do trabalho de parto e, em algumas parturientes ocorre redução do fluxo sanguíneo placentário. O objetivo da revisão *Cochrane* foi avaliar os efeitos de encorajar as mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto a assumirem diferentes posições verticais (incluindo a deambulação, posições em pé, sentada e ajoelhada) *versus* posições reclinadas (supina, semirreclinada e lateral) na duração do trabalho de parto, tipo de parto e outros resultados importantes para mães e bebês. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos com alocação quase randomizada, que compararam mulheres randomizadas para posições verticalizadas *versus* posições reclinadas (LAWRENCE et al., 2013).

Os autores sugerem que os resultados devem ser interpretados com cautela, pois a qualidade metodológica dos 25 estudos incluídos (5.218 mulheres) foi variável. Primeira comparação: a posição vertical e a deambulação contra posições reclinadas e deitadas na cama, mulheres randomizadas para a posição vertical tiveram o primeiro estágio do trabalho de aproximadamente uma hora e 22 minutos mais curto em contraposição à posição reclinada (Diferença média -1,36 IC95% -2,22 a -0,51) (15 estudos, 2.503 mulheres) valor de $p < 0,001$. As mulheres que estiveram em posição vertical também foram menos propensas a serem submetidas à cesárea (RR 0,71 IC95% 0,54 a 0,94) (14 estudos, 2.682 mulheres) e menos propensas a terem uma analgesia epidural (RR 0,81 IC95% 0,66 a 0,99) (nove estudos, 2.107 mulheres). Bebês de mães que estiveram em posição vertical foram menos propensos de serem admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no entanto, este resultado foi baseado em apenas um estudo com 200 mulheres (RR 0,20 IC95% 0,04 a 0,89). Não houve diferença significativa entre os grupos para outros resultados, incluindo a duração do segundo estágio do trabalho de parto ou outros resultados relacionados com o bem-estar de mães e bebês. Segunda comparação: a posição vertical e a deambulação *versus* posições reclinadas e deitadas na cama (com analgesia epidural para todas as mulheres), não houve diferença significativa entre os grupos para os resultados, incluindo a duração do segundo estágio do trabalho de parto ou outros resultados relacionados com o bem-estar de mães e bebês. Os autores concluíram que existem claras e importantes evidências que a deambulação e posições verticalizadas no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesárea, a necessidade de analgesia epidural e não parecem estar associadas a um aumento de intervenções ou efeitos negativos sobre o bem-estar de mães e bebês. Dada a grande heterogeneidade e o elevado número de viés nos estudos, ensaios clínicos de melhor qualidade ainda são necessários para confirmar, com confiança, os verdadeiros riscos e benefícios de posições verticais e deambulação em comparação com posições reclinadas para todas as mulheres. Com base no resultado dos estudos atuais, recomenda-se que as gestantes de risco habitual em trabalho de parto devem ser informadas sobre os benefícios das posições verticais, e encorajadas/apoiadas para assumir qualquer posição que elas escolherem (LAWRENCE et al., 2013).

3.2.6 Manejo da dor para mulheres em trabalho de parto

A dor que as mulheres experienciam durante o trabalho de parto é afetada por vários fatores fisiológicos, psicossociais e sua intensidade pode ser muito variada. A maioria das mulheres em trabalho de parto solicita o alívio da dor. Estratégias de manejo da dor incluem intervenções não farmacológicas (que visam ajudar as mulheres a lidar com a dor no trabalho de parto) e intervenções farmacológicas (que visam aliviar a dor no trabalho de parto). O objetivo da revisão publicada na Biblioteca *Cochrane* foi sumarizar as evidências de revisões sistemáticas sobre a eficácia e a segurança de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto (JONES et al., 2012).

Foram identificadas 15 revisões publicadas na Biblioteca *Cochrane* (255 ensaios clínicos) e três revisões que não faziam parte das revisões *Cochrane* (55 ensaios clínicos) para a inclusão neste panorama geral. Para todas as intervenções, com dados disponíveis, os resultados são apresentados com as seguintes comparações: intervenção *versus* placebo ou tratamento padrão; diferentes formas da mesma intervenção (e.g. um opioide *versus* outro opioide); um tipo de intervenção *versus* um tipo diferente de intervenção (e.g. *Transcutaneous electrical nerve stimulation*-TENS *versus* opioide). Nem todas as revisões incluíram resultados para todas as comparações e em sua maioria comparou uma intervenção com um placebo ou tratamento padrão. Houve poucas comparações entre diferentes formas de uma mesma intervenção, com exceção dos opioides e analgesia epidural; e ainda menos comparações entre diferentes intervenções. Com base nestas três comparações, foram categorizadas as intervenções em ‘o que funciona’, ‘o que pode funcionar’ e intervenções com ‘evidências insuficientes’ para fazer uma avaliação (JONES et al., 2012).

Dentre as intervenções que funcionam, as evidências sugerem que a analgesia epidural, analgesia combinada raquiperidural e analgesia inalatória controlam efetivamente a dor no trabalho de parto, mas podem causar efeitos adversos. Analgesia epidural e analgesia inalatória aliviam efetivamente a dor quando comparadas com placebo ou um tipo diferente de intervenção (e.g. analgesia epidural *versus* opioide). Analgesia combinada raquiperidural alivia a dor mais rapidamente do que a analgesia com dose baixa ou tradicional. As mulheres que receberam analgesia inalatória foram mais propensas a apresentarem vômitos, náuseas e tonturas. Quando comparado o grupo com placebo

ou opioide, uma maior proporção do grupo de mulheres que receberam analgesia epidural teve partos instrumentais e cesáreas por sofrimento fetal, embora não tenham sido identificadas diferenças nas taxas gerais de cesárea. As mulheres que receberam analgesia epidural foram mais propensas à hipotensão, parada das contrações, febre ou retenção urinária. Uma menor proporção de mulheres que receberam analgesia combinada raquiperidural apresentaram retenção urinária quando comparadas com analgesia epidural. Uma maior proporção de mulheres que receberam analgesia combinada raquiperidural tiveram prurido, quando comparadas com analgesia epidural de baixa dose (JONES et al., 2012).

Para as intervenções que podem funcionar, há algumas evidências de intervenções que ajudam no manejo da dor no trabalho de parto e com poucos efeitos adversos, como: imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem, bloqueios anestésicos locais e medicamentos não opioides. As evidências foram limitadas principalmente porque os ensaios clínicos eram únicos. Intervenções que aliviaram a dor e melhoraram a satisfação com o alívio da dor, foram: imersão em água, relaxamento, acupuntura, bloqueios anestésicos locais e medicamentos não opioides; e intervenções que aumentaram a satisfação com a experiência do nascimento, foram: imersão em água, relaxamento e medicamentos não opioides, quando comparados com placebo ou tratamento padrão. O relaxamento foi associado com menor proporção de partos vaginais instrumentais e a acupuntura foi associada com menor proporção de partos vaginais instrumentais e cesáreas (JONES et al., 2012).

Das intervenções com evidências insuficientes, não se pode fazer julgamentos se a prática de hipnose, *biofeedback*, injeção de água estéril, aromaterapia, TENS ou opioides parenterais são mais eficazes do que o placebo ou outras intervenções para o manejo da dor no trabalho de parto. Em comparação com outros opioides, uma maior proporção de mulheres que receberam petidina experienciaram efeitos adversos, incluindo sonolência e náusea (JONES et al., 2012).

Os autores concluem que a maioria dos métodos não farmacológicos para o manejo da dor não são invasivos e parecem ser seguros tanto para a mãe como para o bebê, no entanto sua eficácia é incerta, devido à limitada evidência de alta qualidade. Há mais evidências para apoiar a eficácia dos métodos farmacológicos, porém estes apresentam maiores efeitos adversos conhecidos. Assim, a analgesia epidural proporciona o alívio da dor de forma eficaz, contudo,

aumenta a chance de parto vaginal instrumental. Continua a ser importante a utilização de intervenções para o manejo da dor no trabalho de parto, em conformidade com o desejo, a necessidade e a circunstância de cada mulher, tendo em consideração a duração prevista para o trabalho de parto, a condição fetal e qualquer intervenção que esteja sendo utilizada, para acelerar ou induzir o trabalho de parto (JONES et al., 2012).

Para melhor compreensão dos resultados, serão apresentados a seguir, os resultados da análise estatística das intervenções: analgesia de parto, imersão em água, massagem, medicamentos não opioides e opioides parenterais.

Analgesia de parto

Estudos que compararam analgesia epidural *versus* não analgesia epidural – aqui incluídos estudos sobre analgesia com opioide pela via intravenosa/intramuscular e não analgesia, dada a impossibilidade de apresentar os dados separadamente, pois os estudos incluídos não separaram estas diferentes comparações – houve uma redução no nível médio de dor para as mulheres no grupo da analgesia epidural, em medidas realizadas durante todo o trabalho de parto (Diferença média - 3,36 IC95% -5,41 a -1,31) (três estudos, 1.166 mulheres), em comparação com o grupo não analgesia epidural (opioides parenterais) ou nenhuma analgesia. Não houve diferença significativa observada para qualquer um dos outros resultados avaliados, como satisfação da paciente com o alívio da dor (RR 1,31 IC95% 0,84 a 2,05) (sete ensaios, 2.929 mulheres) ou com a sensação de estar no controle durante o trabalho de parto e a satisfação com a experiência do nascimento. Uma maior proporção de mulheres do grupo submetido à analgesia epidural teve parto vaginal instrumental (RR 1,42 IC95% 1,28 a 1,57) (23 estudos, 7.935 mulheres); e efeitos adversos como hipotensão (RR 18,23 IC95% 5,09 a 65,35) (oito ensaios, 2.789 mulheres); parada das contrações (RR 31,67 IC95% 4,33 a 231,51) (três estudos, 322 mulheres); febre (RR 3,34 IC95% 2,63 a 4,23) (seis estudos, 2.741 mulheres); e, retenção urinária (RR 17,05 IC95% 4,82 a 60,39) (três estudos, 283 mulheres) em comparação com o grupo não analgesia epidural ou nenhuma analgesia. Uma maior proporção de mulheres no grupo analgesia epidural teve cesárea por sofrimento fetal (RR 1,43 IC95% 1,03 a 1,97) (11 estudos, 4.816 mulheres) em comparação com a não utilização de analgesia epidural ou nenhuma analgesia, apesar de

não existir evidências de uma diferença significativa entre os grupos na taxa geral de cesárea (RR 1,10 IC95% 0,97 a 1,25) (27 estudos, 8.417 mulheres). O risco de acidose (RR 0,80 IC95% 0,68 a 0,94) (sete estudos, 3.643 mulheres) e a necessidade do uso de naloxona (RR 0,15 IC95% 0,10 a 0,23) (10 estudos, 2.645 mulheres) foram menores em recém-nascidos do grupo analgesia epidural em relação ao grupo controle (não analgesia ou analgesia com opioide via intravenosa/intramuscular). Não houve diferença significativa entre os grupos nos escores de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (RR 0,80 IC95% 0,54 a 1,20) (18 estudos, 6.898 mulheres) (JONES et al., 2012).

Nas comparações entre analgesia epidural e analgesia combinada raquiperidural, o tempo médio de início de analgesia efetiva foi ligeiramente menor para a analgesia combinada, em cerca de três minutos (Diferença média -2,87 IC95% -5,07 a -0,67) (dois estudos, 129 mulheres). Uma maior proporção de mulheres no grupo de analgesia combinada relatou alívio efetivo da dor em 10 minutos após a primeira dose, em comparação com a analgesia epidural de baixa dose (RR 1,94 IC95% 1,49 a 2,54) (um estudo, 101 mulheres), mas não houve diferença significativa observada entre analgesia combinada e analgesia epidural de baixa dose, para a satisfação com o alívio da dor (sete estudos, 520 mulheres). Outros resultados como sensação de estar no controle e satisfação com a experiência do nascimento não foram relatados. A analgesia combinada esteve associada com menor proporção de partos vaginais instrumentais em comparação com analgesia epidural (RR 0,80 IC95% 0,67 a 0,97) (seis ensaios, 1.015 mulheres), mas não houve nenhuma evidência de uma diferença significativa no parto vaginal instrumental entre analgesia combinada e analgesia epidural de baixa dose (11 estudos, 1.612 mulheres). Não houve evidência de uma diferença significativa na cesárea para nenhuma dessas comparações: analgesia combinada *versus* analgesia epidural (seis ensaios, 1.015 mulheres); ou analgesia combinada *versus* analgesia epidural de baixa dose (15 ensaios, 1.960 mulheres). Não foram observadas diferenças nos efeitos adversos para as mulheres, nas seguintes comparações: efeitos na punção da dura-máter, *blood patch*, náuseas, vômitos, hipotensão, cefaleia e sedação. Em contrapartida, uma menor proporção de mulheres com analgesia combinada apresentou retenção urinária em comparação com a analgesia epidural (RR 0,86 IC95% 0,79 a 0,95) (um estudo, 704 mulheres), porém uma maior proporção de mulheres no grupo analgesia combinada teve prurido, em

comparação com o grupo analgesia epidural de baixa dose (RR 1,80 IC95% 1,22 a 2,65) (11 estudos, 959 mulheres). Não houve evidência de uma diferença significativa nas admissões em unidade de cuidados especiais neonatais ou nos escores de Apgar para nenhuma das comparações: analgesia combinada *versus* analgesia epidural; analgesia combinada *versus* analgesia epidural de baixa dose (JONES et al., 2012).

Imersão em água

Em geral, houve pequena diferença entre os grupos para a maioria das comparações, incluindo amamentação, parto vaginal instrumental, cesárea, efeitos adversos para os recém-nascidos, internação em unidade de cuidados especiais neonatais e índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida. As únicas diferenças observadas entre os grupos foram intensidade da dor, efeitos adversos para as mães e a satisfação com a experiência do nascimento (JONES et al., 2012).

Ensaio clínico, comparando a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto *versus* sem imersão ou tratamento padrão, sugeriram que uma menor proporção de mulheres do grupo de imersão relatou a intensidade da dor como sendo moderada a grave após 30 minutos de imersão, em três diferentes instrumentos utilizados para medir a intensidade da dor (RR 0,75 IC95% 0,62 a 0,91; RR 0,72 IC95% 0,58 a 0,90; RR 0,67 IC95% 0,51 a 0,90) (um único ensaio, 120 mulheres). O grupo com imersão durante o segundo estágio do trabalho de parto identificou uma menor proporção de mulheres que reportaram menor satisfação na experiência com o parto (RR 0,24 IC95% 0,07 a 0,80) (um único estudo, 117 mulheres). No entanto, em outros estudos com diferentes medidas para a intensidade da dor ou com medidas em diferentes momentos, não foi encontrada nenhuma evidência de uma diferença significativa entre os grupos para a intensidade da dor (um ensaio, 141 mulheres) e satisfação com a experiência do nascimento (um ensaio, 60 mulheres). O efeito adverso materno encontrado foi uma redução da pressão arterial média durante o primeiro estágio do trabalho de parto, em mulheres do grupo de imersão (Diferença média -10,50 IC95% -14,68 a -6,32) (um estudo, 120 mulheres) (JONES et al., 2012).

Massagem

Em quatro ensaios clínicos que compararam massagem com o tratamento padrão, a intensidade da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto foi reduzida no grupo de intervenção (Diferença média -0,82 IC95% -1,17 a -0,47) (225 mulheres). Não houve diferença significativa entre os grupos para a intensidade da dor observada durante o segundo (dois ensaios, 124 mulheres) e o terceiro estágio do trabalho de parto (dois estudos, 122 mulheres). Em um estudo comparando massagem com musicoterapia, a proporção de mulheres que relataram dor foi menor no grupo de intervenção (RR 0,40 IC95% 0,18 a 0,89) (101 mulheres). Não houve diferença significativa na proporção de partos vaginais instrumentais (dois estudos, 105 mulheres), de cesáreas (dois estudos, 105 mulheres) ou na admissão em unidade de cuidados especiais neonatais (um estudo, 44 mulheres) (JONES et al., 2012).

Medicamentos não opioides

Não existem evidências suficientes sobre a eficácia e a segurança da maioria dos medicamentos não opioides. No entanto, ensaios clínicos individuais sugerem que alguns medicamentos podem trazer benefícios. O uso de medicamentos não opioides como sedativos (e.g. barbitúricos, fenotiazina, benzodiazepínicos) demonstrou um melhor alívio da dor (Diferença média -22,00 IC95% -35,86 a -8,14) (um estudo, 50 mulheres), maior satisfação com o alívio da dor (RR 1,59 IC95% 1,15 a 2,21) (dois estudos, 204 mulheres) e maior satisfação com a experiência do nascimento (RR 2,16 IC95% 1,34 a 3,47) (um estudo, 40 mulheres), quando comparados ao placebo. Anti-histamínicos (e.g. prometazina e hidroxizina) também demonstraram contribuir para uma melhor satisfação com o alívio da dor (RR 1,80 IC95% 1,16 a 2,79) (um estudo, 223 mulheres), quando comparado ao placebo ou a nenhum tratamento (JONES et al., 2012).

Mulheres que receberam medicamentos não opioides, como anti-inflamatórios não esteroidais (e.g. aspirina e ibuprofeno) ou anti-histamínicos, tiveram menor probabilidade de se sentirem satisfeitas com o alívio da dor, entre eles anti-inflamatórios não esteroidais (RR 0,50 IC95% 0,27 a 0,94) (um estudo, 76 mulheres) e anti-histamínicos (RR 0,73 IC95% 0,54 a 0,98) (um estudo, 223 mulheres), quando comparadas com as mulheres que receberam medicamentos opioides. Foram poucos os dados e não existiram evidências de uma diferença

significativa para nenhuma comparação de medicamentos não opioides, com resultados seguros (JONES et al., 2012).

Opioides parenterais

Em estudos que compararam opioides parenterais com placebo, uma maior proporção de mulheres do grupo de administração da petidina intramuscular teve redução na pontuação da dor (RR 25,00 IC95% 1,56 a 400,54) (um estudo, 50 mulheres). Não houve nenhuma evidência clara de diferenças entre o grupo de opioides parenterais *versus* placebo, para outros resultados como satisfação materna para o alívio da dor, parto vaginal instrumental, cesárea, náuseas, vômitos, efeitos adversos sobre o recém-nascido e admissão em UTIN. Um único estudo (116 mulheres) relatou que as mulheres que receberam petidina foram mais propensas a terem sonolência em comparação com o grupo controle (RR 4,67 IC95% 2,43 a 8,95) (JONES et al., 2012).

Em estudos que compararam os opioides parenterais com o TENS, não houve nenhuma evidência clara de qualquer diferença na intensidade da dor entre os grupos (dois estudos, 290 mulheres) e nos índices de satisfação com o alívio da dor (dois estudos, 104 mulheres). Não foram encontradas evidências de diferenças entre os grupos para o parto vaginal instrumental ou cesárea (um estudo, 200 mulheres). Os efeitos adversos foram relatados em dois estudos (290 mulheres), as mulheres do grupo de opioides foram mais propensas a terem sonolência (RR 8,96 IC95% 1,13 a 71,07) ou náuseas e vômitos (RR 14,06 IC95% 1,96 a 100,61) em comparação com aquelas do grupo TENS, embora o intervalo de confiança de 95% tenha sido muito amplo para ambos os desfechos. O sofrimento fetal foi relatado em um estudo (200 mulheres) e não houve evidência de diferença entre os grupos. Outros resultados sobre a segurança não foram relatados (JONES et al., 2012).

3.2.7 Amniotomia

A ruptura artificial das membranas durante o trabalho de parto é um dos procedimentos mais realizados na prática obstétrica. O principal objetivo da amniotomia é acelerar as contrações e reduzir a duração do trabalho de parto. No entanto, existem preocupações sobre efeitos adversos indesejáveis para a mulher e o bebê. O objetivo da revisão sistemática da *Cochrane* foi determinar a eficácia e a segurança na realização da amniotomia utilizada somente para reduzir o tempo do

trabalho de parto que inicia espontâneo. Os critérios de seleção foram ensaios clínicos randomizados que compararam a realização da amniotomia exclusivamente com a intenção de preservar as membranas (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

Foram incluídos 15 estudos, envolvendo 5.583 mulheres. A primeira comparação foi a realização da amniotomia exclusivamente (intervenção) *versus* a intenção de preservar as membranas (sem amniotomia) durante o trabalho de parto espontâneo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres do grupo de intervenção e do grupo controle, para a duração do primeiro estágio do trabalho de parto (Diferença média -20,43 minutos IC95% -95,93 a 55,06), cesárea (RR 1,27 IC95% 0,99 a 1,63), satisfação materna com a experiência do parto (Diferença média -1,10 IC95% -7,15 a 4,95) ou no índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (RR 0,53 IC95% 0,28 a 1,00). Não houve homogeneidade entre os ensaios clínicos sobre o momento de realização da amniotomia durante o trabalho de parto, em relação à dilatação cervical. A segunda comparação foi a realização da amniotomia exclusivamente *versus* a intenção de preservar as membranas (sem amniotomia) para o trabalho de parto espontâneo que se tornou prolongado. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres do grupo de realização da amniotomia e do grupo controle, para cesárea (RR 0,95 IC95% 0,15 a 6,08) ou o índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (RR 2,86 IC95% 0,12 a 66,11); porém, houve diferença significativa para satisfação materna com a experiência do parto (Diferença média 22,00 IC95% 2,74 a 41,26) no grupo que realizou amniotomia. Os autores concluíram que não é possível recomendar a realização da amniotomia como rotina padrão durante o trabalho de parto. Recomenda-se que as evidências apresentadas nesta revisão sejam disponibilizadas para as mulheres em que a amniotomia é oferecida, para que possam embasar as discussões e qualquer decisão resultante entre as mulheres e seus cuidadores (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

3.2.8 Ocitocina

A ocitocina é o agente de indução do trabalho de parto mais utilizado em todo o mundo. Ela tem sido utilizada isoladamente, em combinação com amniotomia, ou seguida da dilatação cervical por

outros métodos farmacológicos ou não farmacológicos (ALFIREVIC; KELLY; DOWSWELL, 2009).

Foram identificadas duas revisões publicadas na Biblioteca *Cochrane* sobre o uso da ocitocina, a primeira avaliou o uso exclusivo da ocitocina intravenosa para o dilatação cervical e indução do parto (ALFIREVIC; KELLY; DOWSWELL, 2009) e a segunda revisão avaliou o uso da ocitocina *versus* nenhum tratamento ou tratamento adiado para o lento progresso no primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013).

Na primeira revisão, o objetivo foi determinar os efeitos do uso exclusivo da ocitocina para indução do trabalho de parto e dilatação cervical no terceiro trimestre de gestação, em comparação com outros métodos de indução do trabalho de parto, placebo ou não tratamento. Os critérios de seleção dos estudos foram ensaios clínicos randomizados, ou ensaios clínicos com alocação quase randomizada, comparando ocitocina intravenosa com placebo ou nenhum tratamento, e ocitocina comparada com prostaglandinas (vaginais ou intracervicais) para a indução do trabalho de parto e dilatação cervical no terceiro trimestre (ALFIREVIC; KELLY; DOWSWELL, 2009).

Foram incluídos 61 ensaios clínicos (12.819 mulheres). Quando a indução com ocitocina foi comparada com a conduta expectante, uma pequena proporção de mulheres conseguiu o parto vaginal em 24 horas (8,4% versus 53,8% RR 0,16 IC95% 0,10 a 0,25); houve um aumento significativo de analgesia epidural (RR 1,10 IC95% 1,04 a 1,17) e uma menor proporção de mulheres estivera insatisfeita com o uso da ocitocina para indução (5,9% versus 13,7%, RR 0,43 IC95% 0,33 a 0,56), sendo este último resultado proveniente de apenas um ensaio clínico. Em comparação com as prostaglandinas vaginais, a ocitocina aumentou o índice de insucesso do parto vaginal dentro de 24 horas (70% versus 21%, RR 3,33 IC95% 1,61 a 6,89) (dois estudos); e houve um pequeno aumento no uso de analgesia epidural quando a ocitocina foi utilizada sozinha (RR 1,09 IC95% 1,01 a 1,17). A maioria dos estudos incluiu mulheres com ruptura das membranas e foi verificado que o uso da ocitocina diminuiu a proporção de infecção nas mães (corioamnionite RR 0,66 IC95% 0,47 a 0,92) e nos bebês (uso de antibióticos RR 0,68 IC95% 0,53 a 0,87) quando comparados com o uso da prostaglandina vaginal; porém estes dados devem ser interpretados com cautela, já que a infecção não foi um item pré-estabelecido no protocolo de revisão original. Quando a ocitocina foi comparada com a prostaglandina intracervical, houve um aumento de insucesso no parto

vaginal dentro de 24 horas (50,4% versus 34,6%, RR 1,47 IC95% 1,10 a 1,96) e um aumento na cesárea (19,1% versus 13,7%, RR 1,37 IC95% 1,08 a 1,74) no grupo da ocitocina. Os autores concluem que a comparação de ocitocina com prostaglandina intravaginal ou intracervical revela que a ação da prostaglandina provavelmente aumenta as chances de conseguir um parto vaginal em 24 horas. A indução com ocitocina pode aumentar a taxa de intervenções no trabalho de parto. Todavia, a sugestão de que a indução com prostaglandina vaginal em mulheres com ruptura de membranas antes do trabalho de parto pode aumentar o risco de infecção para o bebê e sua mãe necessita de estudos mais aprofundados (ALFIREVIC; KELLY; DOWSWELL, 2009).

O lento progresso do primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo está associado com um aumento na taxa de cesárea e de morbidade materna e fetal. A ocitocina tem sido defendida como um tratamento para o lento progresso do trabalho de parto, porém não está claro até que ponto ela melhora os resultados e se realmente reduz a taxa de cesárea ou a morbidade materna e fetal. O objetivo dessa segunda revisão foi determinar se o uso da ocitocina para o tratamento do lento progresso no primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo está associado com uma redução na incidência de cesáreas ou da morbidade materna e fetal em comparação com situações em que ela não é utilizada, ou quando a sua administração é adiada. Os critérios de seleção dos estudos foram ensaios clínicos randomizados que compararam a ocitocina com placebo, nenhum tratamento ou administração adiada de ocitocina na fase ativa do trabalho de parto espontâneo em mulheres de baixo risco, em gestações a termo (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013).

Foram incluídos oito estudos envolvendo um total de 1.338 mulheres de baixo risco no primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo a termo. Duas comparações foram feitas; 1) o uso de ocitocina *versus* placebo ou nenhum tratamento (três estudos); 2) o uso precoce de ocitocina *versus* o uso adiado de ocitocina (cinco estudos). Não houve diferença significativa nas taxas de cesárea ou parto vaginal instrumental em ambas as comparações. O uso precoce de ocitocina resultou num aumento da hiperestimulação uterina associada com mudanças da frequência cardíaca fetal (RR 2,51 IC95% 1,04 a 6,05). No entanto, o uso precoce de ocitocina *versus* o uso adiado não resultou em diferença significativa em uma série de resultados maternos e neonatais, entre eles a cesárea e o óbito neonatal. O uso precoce de ocitocina

resultou em uma redução estatisticamente significativa na duração média do trabalho de parto em cerca de duas horas (Diferença média - 2,20 horas - IC95% -3,29 a -1,10) (1.083 mulheres), porém não aumentou a taxa de parto normal (RR 1,02 IC95% -0,88 a 1,19). Houve heterogeneidade significativa para esta análise e foi realizada um meta-análise de efeitos aleatórios; no entanto, todos os ensaios se mantiveram fortemente associados na mesma direção, dessa forma é razoável concluir que este é o verdadeiro efeito. Também foram realizadas meta-análises de efeitos aleatórios para as outras quatro análises que mostraram grande heterogeneidade na revisão. Os autores concluíram que, para as mulheres que apresentam um lento progresso no trabalho de parto espontâneo, o tratamento com ocitocina em comparação com nenhum tratamento ou tratamento com ocitocina adiado, não resultou em qualquer diferença perceptível no número de cesáreas realizadas. Além disso, não houve efeitos adversos detectáveis para a mãe ou o bebê. O uso da ocitocina esteve associado com uma redução no tempo de trabalho de parto em cerca de duas horas, o que pode ser importante para algumas mulheres. No entanto, se o objetivo principal do tratamento é reduzir as taxas de cesárea, médicos e *midwives* terão que procurar por opções alternativas (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013).

3.2.9 Posição no período expulsivo para mulheres sem analgesia epidural

Durante séculos, existiram controvérsias sobre a posição vertical (sentada, de cócoras, de joelho, uso de cadeira ou cadeira de parto) ou a posição deitada terem vantagens para as mulheres que estão parindo seus bebês. O objetivo da revisão sistemática da *Cochrane* foi avaliar os benefícios e riscos da utilização de diferentes posições durante o segundo estágio do trabalho de parto (período que inicia com a dilatação completa do colo de útero). Foram incluídos ensaios clínicos randomizados ou ensaios clínicos com alocação quase randomizada de qualquer posição vertical ou lateral assumida por mulheres gestantes durante o segundo estágio do trabalho de parto *versus* posições supina ou de litotomia. Comparações secundárias incluíram diferentes posições verticais e a posição lateral (GUPTA; HOFMEYER; SHEHMAR, 2012).

Os resultados devem ser interpretados com cautela, pois a qualidade metodológica dos 22 estudos incluídos (7.280 mulheres) foi variável. Para todas as mulheres estudadas (primíparas e múltíparas),

não houve redução significativa na duração do segundo estágio do trabalho de parto para o grupo vertical (Diferença média -3,71 minutos IC95% -8,78 a 1,37 minutos) (10 estudos, 3.485 mulheres), houve uma redução significativa nos partos normais instrumentais (RR 0,78 IC95% 0,68 a 0,90) (19 estudos, 6.024 mulheres), uma redução na taxa de episiotomia (RR 0,79 IC95% 0,70 a 0,90) (12 estudos, 4.541 mulheres), um aumento nas lacerações perineais de 2º grau (RR 1,35 IC95% 1,20 a 1,51) (14 estudos, 5.367 mulheres), um aumento na perda de sangue com estimacão superior a 500 ml (RR 1,65 IC95% 1,32 2,60) (13 estudos, 5.158 mulheres) e uma menor proporção de padrões de frequência cardíaca fetal anormal (RR 0,46 IC95% 0,22 a 0,93) (dois estudos, 617 mulheres). Os autores concluem que os resultados desta revisão sugerem vários benefícios possíveis para a postura vertical em mulheres sem analgesia epidural, mas com a possibilidade do aumento no risco de perda sanguínea superior a 500 ml. Até o momento, ao considerar os benefícios e os riscos das várias posições no período expulsivo, as mulheres devem ter a possibilidade de escolher a posição de parto que elas queiram assumir, para o nascimento de seus bebês (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012).

3.2.10 Manobra de Kristeller

A pressão uterina durante o segundo estágio do trabalho de parto envolve a aplicação de uma pressão manual na parte superior do útero direcionada para o canal de parto, numa tentativa de auxiliar o parto vaginal e evitar o prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto ou a necessidade de um parto instrumental. A pressão uterina também tem sido aplicada, utilizando-se uma cinta inflável. Existem poucas evidências para demonstrar que o uso da pressão uterina é eficaz para melhorar os resultados maternos e/ou neonatais. Relatos sugerem que a pressão uterina está associada com complicações maternas e neonatais, como a ruptura uterina, fraturas neonatais e danos cerebrais. Existe a necessidade de uma avaliação objetiva da eficácia e segurança da pressão uterina, no segundo estágio do trabalho de parto. O objetivo da revisão sistemática publicada na *Cochrane* foi determinar as vantagens e efeitos adversos da pressão uterina, no segundo estágio do trabalho de parto. Foram critérios de seleção ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos com alocação quase randomizada da pressão uterina *versus* ausência da pressão uterina em mulheres no

segundo estágio do trabalho de parto, com gestação única e apresentação cefálica (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009).

Dos três ensaios clínicos identificados, dois foram excluídos da análise por razões metodológicas. Assim, não foram analisados estudos sobre a pressão manual uterina e apenas um estudo foi incluído (500 mulheres) sobre a pressão uterina realizada por meio de uma cinta inflável *versus* nenhuma pressão uterina. No único estudo incluído, o uso da cinta inflável não alterou a taxa de parto instrumental (RR 0,94 IC95% 0,80 a 1,11), nem de outros resultados neonatais como Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (RR 4,62 IC95% 0,22 a 95,68), baixos valores de pH no sangue arterial (RR 0,47 IC95% 0,09 a 2,55) e internação em unidade neonatal (RR 1,48 IC95% 0,49 a 4,45). Não houve mortalidade materna ou neonatal e morbidade grave. Houve um aumento na integridade perineal (RR 1,73 IC95% 1,07 a 2,77) e nas lacerações com o comprometimento do esfíncter anal (RR 15,69 IC95% 2,10 a 117,02) no grupo da cinta inflável. Os autores não relataram diferença na duração do segundo estágio do trabalho de parto. A satisfação materna foi elevada em ambos os grupos, durante o segundo estágio do trabalho de parto. Não existiram dados sobre resultados a longo prazo. Os autores concluíram que não há dados disponíveis sobre os efeitos benéficos ou prejudiciais de pressão manual uterina. Outros ensaios clínicos randomizados e de boa qualidade metodológica são necessários para avaliar o efeito da pressão manual uterina. Não existem evidências suficientes para garantir a segurança do bebê e os efeitos sobre o períneo materno são inconclusivos (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009).

3.2.11 Episiotomia

A episiotomia é realizada para evitar lacerações perineais graves, mas o seu uso de rotina tem sido questionado. Os efeitos relacionados à episiotomia realizada em linha média na comparação com episiotomia médio-lateral não são claros. O objetivo da revisão *Cochrane* foi avaliar os efeitos do uso restrito da episiotomia em comparação com o uso de rotina da episiotomia durante o parto vaginal. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados que compararam o uso restrito da episiotomia com o uso de rotina; uso restrito da episiotomia médio-lateral *versus* o uso de rotina da episiotomia médio-lateral; o uso restrito da episiotomia mediana *versus* o uso de rotina da episiotomia mediana; e o uso de

episiotomia mediana *versus* o uso de episiotomia médio-lateral (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Foram incluídos oito estudos (5.541 mulheres). No grupo da episiotomia de rotina, 75,2% das mulheres tiveram episiotomia (2.035/2.708), enquanto que a taxa no grupo de episiotomia restrita foi de 28,40% (776/2.733). Comparado com o uso de rotina, o uso restrito da episiotomia resultou em menor trauma perineal grave (RR 0,67 IC95% 0,49 a 0,91), menor sutura (RR 0,71 IC95% 0,61 a 0,81) e menor complicação na cicatrização (RR 0,69 IC95% 0,56 a 0,85). O uso restrito da episiotomia esteve associado com maior trauma perineal anterior (RR 1,84 IC95% 1,61 a 2,10). Não houve diferença no dano vaginal grave ou trauma perineal (RR 0,92 IC95% 0,72 a 1,18); dispareunia (RR 1,02 IC95% 0,90 a 1,16); incontinência urinária (RR 0,98 IC95% 0,79 a 1,20) e medidas de dor. Resultados do uso restrito da episiotomia *versus* uso de rotina da episiotomia médio-lateral *versus* episiotomia mediana foram semelhantes aos resultados gerais. Os autores concluem que o uso restrito da episiotomia parece ter uma série de benefícios em comparação com o uso de rotina da episiotomia. Nas mulheres em que o uso da episiotomia foi restrito, foi menor o trauma perineal posterior, a necessidade de sutura e complicações; não houve diferença para a maioria nas medidas de dor e trauma vaginal severo ou trauma perineal, porém ocorreu um aumento no risco de trauma perineal anterior (CARROLI; MIGNINI, 2009).

3.2.12 Indução do trabalho de parto

Em gestações que se prolongam para além da idade considerada a termo, o risco de óbito fetal intrauterino ou óbito do recém-nascido no período perinatal é maior. O objetivo desta revisão sistemática da *Cochrane* foi avaliar os benefícios e riscos de uma política de indução do parto a termo ou pós-termo em comparação com uma conduta expectante sobre o desencadeamento do trabalho de parto espontâneo ou a indução postergada do trabalho de parto. O critério de seleção foi a identificação de ensaios clínicos randomizados realizados em mulheres com gestações a termo ou pós-termo (GÜLMEZOGLU et al., 2012).

Foram incluídos 22 ensaios clínicos, com a participação de 9.383 mulheres. Os ensaios clínicos apresentaram um risco moderado de viés. Nos estudos que adotaram a política de indução do trabalho de parto foi menor a associação (por qualquer causa) com o óbito perinatal (RR 0,31 IC95% 0,12 a 0,88) (17 estudos, 7.407 mulheres) na comparação com

estudos que adotaram uma política expectante. Foi identificado um óbito perinatal no grupo da política de indução do trabalho de parto, em comparação com 13 óbitos perinatais no grupo da conduta expectante. O número necessário para o tratamento e benefício da indução do trabalho de parto, a fim de evitar um óbito perinatal, foi de 410 casos (IC95% 322 a 1.492). Para o desfecho primário óbito perinatal, assim como para a maioria dos outros resultados, não houve diferença no tempo de início da indução do trabalho de parto nos subgrupos; a maioria dos ensaios clínicos adotaram uma política de indução com 41 semanas completas (287 dias) ou mais. Uma menor proporção de recém-nascidos no grupo de indução do trabalho de parto apresentou a síndrome de aspiração de mecônio (RR 0,50 IC95% 0,34 a 0,73) (oito ensaios, 2.371 recém-nascidos) em comparação com uma política de conduta expectante. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de internação em UTIN para a indução do trabalho de parto em comparação com a conduta expectante (RR 0,90 IC95% 0,78 a 1,04) (10 ensaios, 6.161 lactentes). Para as mulheres alocadas na política de indução do trabalho de parto, houve uma proporção significativamente menor de cesáreas em comparação com as mulheres da conduta expectante (RR 0,89 IC95% 0,81 a 0,97) (21 estudos, 8.749 mulheres) (GÜLMEZOGLU et al., 2012).

Os autores concluem que uma política de indução do trabalho de parto em comparação com a conduta expectante está associada com menor proporção de óbito perinatal e menor proporção de cesáreas. Algumas morbidades neonatais, como a síndrome de aspiração de mecônio, também foram reduzidas com a política de indução do trabalho de parto em gestações pós-termo, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas na taxa de admissão dos recém-nascidos em UTIN. É importante destacar que o risco absoluto de óbito perinatal é pequeno e que as mulheres devem ser devidamente aconselhadas, para uma escolha informada entre a indução do trabalho de parto em gestações pós-termo e a conduta expectante ou o adiamento da indução do trabalho de parto (GÜLMEZOGLU et al., 2012).

3.2.13 Cesárea

As taxas de cesárea estão aumentando progressivamente em muitas partes do mundo. Uma das possíveis razões pode ser a solicitação por parte das mulheres, sem claras indicações clínicas para a sua realização. Os benefícios relatados da cesárea planejada incluem uma

maior segurança para o bebê, menor trauma do assoalho pélvico para a mãe, evitar a dor do trabalho de parto e conveniência. As potenciais desvantagens, a partir de estudos observacionais, incluem o aumento do risco de morbidade e mortalidade para a mãe, sequelas psicológicas adversas e problemas em gestações subsequentes, incluindo a ruptura da cicatriz uterina e um maior risco de morbidade e mortalidade fetal/neonatal. As diferenças na fisiologia neonatal nos partos vaginais e nas cesáreas parecem ter implicações para a criança, no qual a cesárea aumenta potencialmente o risco de comprometimento da saúde, tanto a curto como a longo prazo. Uma avaliação imparcial das vantagens e desvantagens ajudaria na discussão sobre o que se tornou uma questão controversa na moderna obstetrícia. O objetivo da revisão sistemática publicada na *Cochrane* foi avaliar, a partir de ensaios clínicos randomizados, os efeitos da cesárea planejada *versus* o parto vaginal planejado em mulheres sem uma clara indicação clínica para a realização da cesárea, sobre a morbidade e mortalidade materna e perinatal, incluindo a morbidade psicológica materna. Os critérios de seleção dos estudos foram todas as comparações com intenção de realizar a cesárea e a intenção de que as mulheres tenham parto vaginal, com distribuição aleatória para os grupos de tratamento e controle, com adequada alocação dos sujeitos; em mulheres a termo, com gestações de feto único e apresentação cefálica e sem uma clara indicação clínica para a realização da cesárea. No entanto, não foram identificados estudos que preenchessem esses critérios de inclusão. Os autores concluem que não existem evidências de ensaios clínicos controlados e randomizados, sobre o qual se basear para recomendações práticas sobre a cesárea planejada, sem uma clara indicação clínica em gestações a termo (LAVENDER et al., 2012).

A revisão da *Cochrane* declara ainda, que embora alguns ensaios clínicos tenham avaliado a eficácia do parto vaginal planejado *versus* cesárea planejada, as amostras populacionais incluíram mulheres com potencial ou reais complicações na gravidez atual. A cesárea planejada em gestação a termo e sem uma indicação clínica é ainda mais controversa, porque envolve um procedimento cirúrgico no qual não existe um problema clínico, nem quaisquer complicações. Esta lacuna de evidências pode ser decorrente da ponderação para realização de um ensaio clínico ou por questões metodológicas de alta complexidade que possuem a responsabilidade de gerar evidências. Isto inclui a complexidade de acompanhar as mulheres ao longo da sua vida reprodutiva; a dificuldade para chegar a um acordo sobre um único

resultado primário com base em um cálculo de tamanho da amostra; e o custo proibitivo de um ensaio clínico com questões éticas envolvidas. A coleta sistemática e com rigor de qualidade em estudos prospectivos sobre a morbidade a curto e longo prazo pode fornecer a melhor evidência disponível a partir da qual, mulheres possam tomar decisões informadas. Pesquisas qualitativas que contextualizam pontos de vista da experiência de mães e profissionais também poderiam contribuir com evidências (LAVENDER et al., 2012).

No ano de 1985, a OMS recomendou taxas de cesárea inferiores a 15%, pela inexistência de justificativas em países com baixos índices de mortalidade perinatal e que não ultrapassaram taxas de 10%, na realização de cesáreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Um recente estudo ecológico avaliou a taxa de cesárea em países desenvolvidos nos últimos 30 anos e sua associação com a mortalidade materna, neonatal e infantil, com análises ajustadas pelo Índice de Desenvolvimento Humano e o Produto Interno Bruto. Os resultados deste estudo ratificam a posição da OMS com taxas de cesárea iguais ou menores do que 15%. O estudo faz uma análise com diferentes percentuais de cesáreas (6, 10, 15, 20, 25 e 30%) e apresenta suas relações com as taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil; as melhores taxas de cesárea para a redução da mortalidade materna estiveram próximas a 15%; e taxas maiores do que 10% na realização de cesárea, não representaram uma redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, no modelo ajustado (YE et al., 2014). Recomendações mais atuais da OMS sugerem que os esforços devem ser direcionados para a garantia na realização de cesárea nos casos em que realmente são necessários, em vez de buscar uma taxa específica de cesárea a ser alcançada (BETRAN et al., 2016).

3.2.14 Parto sem intervenção

Observam-se, no movimento de humanização da assistência obstétrica, discussões em contextos leigos ou acadêmicos e que envolvem pesquisadores, profissionais da área da saúde, doulas, mulheres e demais interessados em debater o tema ‘tipos de parto’; nomeados a seguir: parto vaginal, parto normal, parto natural, parto humanizado, parto sem intervenção, parto obstétrico, parto instrumental, parto cirúrgico, parto assistido, parto hospitalar, parto domiciliar, parto cesáreo, cesárea, entre outros.

Para o desenvolvimento desta tese, considera-se a nomeação do parto sem intervenção, o parto vaginal que evolui sem a utilização de práticas como: analgesia de parto (analgesia epidural ou analgesia combinada raquiperidural), uso de ocitocina, realização de amniotomia, episiotomia ou a utilização de instrumentos cirúrgicos (fôrceps e vácuo extrator) (ROCHA; FONSECA, 2010; VOGT et al., 2011; LEAL et al., 2014).

3.2.15 Satisfação da mulher com o atendimento

Estudos que avaliaram a maior satisfação das mulheres com a experiência do nascimento apontam a existência de quatro fatores principais: a expectativa pessoal, o apoio durante a experiência do nascimento, a qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres, e a participação das mulheres na tomada de decisões. Características que se sobressaem frente a outras influências como idade materna, nível socioeconômico, aspectos étnicos, preparação para o nascimento, ambiente do nascimento, dor, imobilidade, práticas intervencionistas e a continuidade no atendimento prestado (HODNETT, 2002).

Em face destes resultados, ganham destaque a atitude e o comportamento de profissionais, descritos na percepção das mulheres sobre o respeito e a cordialidade no atendimento, a privacidade durante o atendimento realizado no trabalho de parto e nascimento, a clareza nas explicações fornecidas pelos profissionais, o tempo disponibilizado para fazerem perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento e, conseqüentemente, a satisfação geral com o atendimento (d'ORSI et al., 2014).

E partindo da premissa de que a humanização da assistência obstétrica visa ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2001), identificar a ocorrência de violência por parte dos profissionais incorre numa avaliação indireta, da satisfação das mulheres com o atendimento. Uma violência que pode ser contextualizada na forma verbal, por gritos ou insultos à mulher; psicológica, por ameaça, humilhação ou negação no atendimento/oferta de algum tipo de alívio da dor; e física, como empurrar, machucar ou realizar exame de toque de forma dolorosa (d'ORSI et al., 2014).

3.2.16 Atendimento ao recém-nascido na sala de parto

Avaliação do escore de APGAR

O escore ou índice de Apgar descreve a condição do recém-nascido imediata após o nascimento e, quando aplicado corretamente, é uma ferramenta para avaliação padronizada, além de proporcionar um registro da transição de vida intra para extrauterina. O escore de Apgar é realizado de forma rotineira pelos profissionais de saúde que atendem ao recém-nascido em sala de parto, ao final do primeiro e do quinto minuto de vida. Consiste na avaliação da frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele, com uma pontuação que varia entre zero e dois para cada sinal avaliado, podendo adquirir um escore total de zero a 10. Um índice de Apgar entre zero e três no quinto minuto de vida pode estar relacionado com a mortalidade neonatal, mas de forma isolada não é um indicador específico para a predição de sequelas neurológicas. A asfíxia intraparto implica em hipercapnia e hipoxemia fetal, que se prolongada, pode resultar em acidose metabólica. Além disso, o índice de Apgar é afetado pela idade gestacional, pelo uso de medicamentos maternos, manobras de reanimação, condições cardiorrespiratórias e neurológicas. Baixos índices de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, não são fatores conclusivos de um evento hipóxico agudo intraparto, embora estudos sobre a predição dos resultados de Apgar considerem normais os valores entre sete e 10 pontos (PEDIATRICS, 2006).

Reanimação do recém-nascido

As novas diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da SBP, lançadas no início do ano de 2016, declararam que existe uma elevada taxa de mortalidade neonatal precoce associada à asfíxia perinatal, até mesmo em recém-nascidos classificados como de baixo risco, ou seja, recém-nascidos com peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$ e na ausência de malformações congênicas. Estudo realizado pelo mesmo programa encontrou, entre os anos de 2005 e 2010, a ocorrência de cinco a seis óbitos precoces por dia de neonatos inseridos nesta população, por causas associadas à asfíxia perinatal. Intervenções para a redução da morbidade e mortalidade neonatal descrevem a necessidade de melhoria na saúde materna, a disponibilidade de recursos humanos capacitados para atender ao parto, o reconhecimento de complicações

obstétricas, o tratamento do evento e de complicações do processo de asfíxia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Dessa forma, a SBP e o Ministério da Saúde brasileiro preconizam para os cuidados com o recém-nascido, na hora do nascimento, a presença de uma equipe treinada em reanimação neonatal, o preparo do ambiente, a disponibilidade e acesso ao material necessário, e a realização de uma anamnese materna para a identificação dos casos com maior risco e necessidade deste procedimento (BRASIL, 2011d; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Para o atendimento na eminência do nascimento, o profissional que acompanha deve realizar uma avaliação rápida, com a realização de três perguntas: A gestação é a termo? O recém-nascido está respirando ou chorando? O tônus muscular está em flexão? A resposta afirmativa para estas três perguntas, representa uma boa vitalidade do recém-nascido e a não necessidade de reanimação neonatal. Deve-se manter o recém-nascido junto com sua mãe, em contato pele a pele, secar o corpo e o segmento cefálico com compressas aquecidas, mantê-lo coberto com tecido de algodão seco e aquecido. O atendimento em sala de parto, enquanto o recém-nascido estiver junto com sua mãe, deve prover calor, manter as vias aéreas pérvias e avaliar a vitalidade de forma contínua (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Nos casos em que a resposta for negativa para qualquer uma das três perguntas, deve-se conduzir o recém-nascido à mesa de reanimação, envolto em panos aquecidos, posicioná-lo sob calor radiante, em decúbito dorsal e com a cabeça voltada para o profissional de saúde. A partir de então, dar início aos passos de estabilização, que consistem em: prover calor, posicionar a cabeça em leve extensão, aspirar boca e narinas nos pacientes que apresentam obstrução de vias aéreas por excesso de secreção e secar o recém-nascido. As decisões quanto à estabilização/reanimação neonatal dependem da avaliação simultânea da respiração e frequência cardíaca do recém-nascido e consistem em práticas como a ventilação adequada, a monitorização da saturação de oxigênio, a oferta de oxigênio, a realização de massagem cardíaca e a infusão de medicamentos ou expansores de volume (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Os procedimentos de reanimação neonatal em sala de parto são descritos em protocolos estruturados para orientação da prática profissional, por serem reconhecidos como estratégias importantes, para a redução da mortalidade infantil em todo o mundo. Compete aos profissionais de saúde sua implementação e deve ser fornecida educação

continuada a estes profissionais associada à sua prática e experiência profissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2016).

Contato precoce pele a pele

A separação da mãe e do bebê após o nascimento é um ato comum na cultura ocidental. O contato precoce pele a pele inicia de forma ideal ao nascimento, consiste em colocar o bebê sem roupas, com a cabeça coberta por uma touca seca, envolto em um cobertor quente, de braços na região torácica da mãe. De acordo com a neurociência dos mamíferos, o contato íntimo inerente a este lugar evoca comportamentos neurológicos que garantem a satisfação das necessidades biológicas básicas. Esta etapa pode representar um período sensível psicofisiológico para o suporte fisiológico e comportamental futuro. O objetivo da revisão *Cochrane* foi avaliar os efeitos do contato precoce pele a pele com a amamentação, adaptação fisiológica e o comportamento em mães e recém-nascidos saudáveis. Os critérios de seleção foram ensaios clínicos randomizados que compararam o contato precoce pele a pele com a assistência hospitalar habitual (MOORE et al., 2012).

Trinta e quatro ensaios clínicos randomizados foram incluídos, envolvendo 2.177 participantes (díade mãe/bebê). Foram encontradas associações entre o contato precoce pele a pele e o aleitamento materno entre o primeiro e o quarto mês após o nascimento (RR 1,27 IC95% 1,06 a 1,53) (13 estudos, 702 participantes) e um aumento na duração do aleitamento materno (Diferença média 42,55 dias IC95% 1,69 a 86,79) (sete estudos, 324 participantes). Recém-nascidos pré-termo tardio (34 semanas a 37 semanas incompletas) tiveram melhor estabilidade cardiorrespiratória com o contato precoce pele a pele (Diferença média 2,88 IC95% 0,53 a 5,23) (um estudo, 31 participantes); e tiveram a glicose sanguínea entre 75 e 90 minutos após o nascimento significativamente maior em crianças do contato precoce pele a pele (Diferença média 10,56 mg/dL IC95% 8,40 a 12,72) (dois estudos, 94 bebês). Em geral, a qualidade metodológica dos ensaios clínicos foi mista e houve grande heterogeneidade de alguns resultados. Os autores concluíram a existência de limitações nos estudos, pela qualidade metodológica, variações na implementação da intervenção e nos resultados. A intervenção parece beneficiar os resultados de aleitamento materno, estabilidade cardiorrespiratória, diminuição do choro da criança e não foram observados efeitos negativos aparentes a curto ou

longo prazo. Para facilitar a meta-análise, pesquisas futuras devem ser realizadas utilizando medidas compatíveis com os estudos incluídos nesta revisão. Os estudos publicados devem indicar claramente se a intervenção foi o contato precoce pele a pele, qual foi a hora de início, a duração e apresentarem a média de tempo, o desvio padrão e os valores exatos dos testes de probabilidade (MOORE et al., 2012).

Internação hospitalar do recém-nascido

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que, aos recém-nascidos saudáveis, sempre que possível e desejável, deve ser possibilitada a interação contínua entre mãe e bebê, através do sistema de alojamento conjunto, por no mínimo 48 horas. Interação que oportuniza a aprendizagem da mãe sobre os cuidados com o recém-nascido e a detecção de complicações pós-parto e afecções neonatais (BRASIL, 2011d). Dessa forma, a decisão pela internação de um recém-nascido em UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), representa um desvio da normalidade, identificado durante a assistência prestada ao recém-nascido.

Alta em aleitamento materno exclusivo

O aleitamento materno possui superioridade comprovada através de evidências científicas, sobre qualquer outra forma de alimento para uma criança. A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a manutenção do aleitamento materno predominante ou complementado, até os dois anos de vida da criança (BRASIL, 2011d).

Os benefícios do aleitamento materno foram revisados em busca sistemática da literatura e, quando possíveis, os desfechos elencados foram investigados em metanálises, numa pesquisa encomendada pela OMS e publicada na revista *Lancet*. Seus resultados apontam a redução na mortalidade por doenças infecciosas até os seis meses de idade, com evidência consistente de alta proteção na amamentação exclusiva *versus* predominante (OR 0,59 IC95% 0,41 a 0,85), na amamentação exclusiva *versus* parcial (OR 0,22 IC95% 0,14 a 0,34), na amamentação exclusiva *versus* nenhuma (OR 0,12 IC95% 0,04 a 0,31) e entre seis a 23 meses uma redução na mortalidade por doenças infecciosas nos amamentados em vida *versus* os não amamentados (OR 0,48 IC95% 0,38 a 0,60) (VICTORA et al., 2016).

No desfecho diarreia, foi observada uma grande evidência de proteção na incidência em crianças menores de cinco anos, na comparação entre os mais amamentados e os menos amamentados (RR 0,69 IC95% 0,58 a 0,82), com o maior fator de proteção na análise para as crianças menores de seis meses de idade (RR 0,37 IC95% 0,27 a 0,50), análise que também se manteve para crianças entre seis meses e menores de cinco anos de vida (RR 0,46 IC95% 0,28 a 0,78) e na internação por motivo de diarreia entre os menores de cinco anos (RR 0,28 IC95% 0,16 a 0,50) (VICTORA et al., 2016).

As infecções do trato respiratório inferior apresentaram uma forte evidência de redução entre os mais amamentados e os menos amamentados, em crianças menores de dois anos de idade (RR 0,68 IC95% 0,60 a 0,77), assim como na internação hospitalar por infecções respiratórias (RR 0,43 IC95% 0,33 a 0,55) que também se mantiveram em menores de dois anos de idade (VICTORA et al., 2016). O desfecho otite média aguda apresentou evidência consistente para uma redução em crianças mais amamentados e com idade \leq a dois anos (OR 0,67 IC95% 0,62 a 0,72), porém que não se mantiveram associadas para as crianças maiores de dois anos (OR 1,21 IC95% 0,60 a 2,45) (VICTORA et al., 2016).

Alguns desfechos sugerem uma possível proteção para a renite alérgica, na comparação entre os mais amamentados e os menos amamentados (OR 0,79 IC95% 0,63 a 0,98) em crianças \leq de cinco anos, porém sem associação para os maiores de cinco anos (OR 1,05 IC95% 0,99 a 1,12); uma evidência inconclusiva da associação entre amamentação e o desfecho asma ou sibilância (OR 0,91 IC95% 0,85 a 0,98) na investigação para crianças e adolescentes (cinco a 18 anos); alguma evidência que apoia a redução no Índice de Massa Corporal (IMC) em crianças de seis meses de idade que receberam intervenção de promoção à amamentação em ensaios randomizados ou quase experimentais (Score Z -0,06 IC95% -0,12 a 0,00); uma evidência consistente de que a amamentação por mais de 12 meses tem efeito prejudicial - cárie dentária - nos dentes decíduos (OR 2,69 IC95% 1,28 a 5,64) ou na amamentação sob demanda (OR 2,90 IC95% 2,33 a 3,60); e evidência consistente de uma redução em dois terços nas maloclusões em dentes decíduos em indivíduos amamentados (OR 0,32 IC95% 0,25 a 0,40) (VICTORA et al., 2016).

Na investigação dos desfechos para crianças, adolescentes e adultos, foi verificada uma evidência sugestiva de proteção para o excesso de peso ou obesidade (OR 0,74 IC95% 0,70 a 0,78); uma

evidência restrita de proteção para o Diabetes tipo 2 (OR 0,65 IC95% 0,49 a 0,86) e efeitos consistentes para maior inteligência, com de cerca de 3 pontos de QI em estudos observacionais (Pontuação de QI: 3,44 IC95% 2,30 a 4,58) na comparação entre os não amamentados *versus* os amamentados em vida ou na duração da amamentação longa *versus* curta (VICTORA et al., 2016).

Os desfechos eczema, alergias alimentares, altura e peso não apresentaram evidências de associação na investigação para crianças e nem os desfechos pressão arterial sistólica ou colesterol total na investigação para crianças, adolescentes e adultos, na comparação entre os não amamentados *versus* os amamentados em vida ou na duração da amamentação longa *versus* curta (VICTORA et al., 2016).

O estudo também avaliou o efeito da amamentação para as mulheres - na comparação da maior *versus* menor duração da amamentação - e identificou um efeito consistente em prolongar a amenorreia lactacional, especialmente na amamentação exclusiva ou predominante (RR 1,17 IC95% 1,04 a 1,32); um efeito protetor para o câncer de mama (OR 0,81 IC95% 0,77 a 0,86) e o câncer de ovário (OR 0,70 IC95% 0,64 a 0,75); porém uma evidência inconsistente para a osteoporose (SDS -0,132 IC95% -0,260 a -0,003) (VICTORA et al., 2016).

Outros benefícios do aleitamento materno descritos pelo Ministério da Saúde brasileiro são a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho; a economia nos gastos de substitutos do leite materno e eventuais gastos decorrentes de doenças, mais comuns em crianças que não são amamentadas; e por fim, a melhor qualidade de vida, pois crianças amamentadas adoecem menos, o ato de amamentar se torna uma fonte de prazer para a mãe e a criança, com repercussão favorável nas relações familiares e nos estilos de vida (BRASIL, 2011d).

Desta forma, os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sobretudo durante a internação de mulheres por motivo do nascimento de uma criança. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a fisiologia do aleitamento materno e possuam habilidades relacionadas aos aspectos técnicos da amamentação, acrescidos de uma atenção especial aos aspectos emocionais, culturais e da rede social de apoio, que envolvem a mulher (BRASIL, 2011d). A alta hospitalar do binômio mãe/filho, em aleitamento materno exclusivo, representa um indicador da qualidade da assistência prestada pela instituição.

3.3 ATENÇÃO AO PARTO POR *MIDWIVES*, ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES

As *midwives* são as principais provedoras de cuidados para as mulheres grávidas em todo o mundo. No entanto, existe uma lacuna na síntese de informação para determinar se existem diferenças na morbidade e mortalidade, eficácia e resultados psicossociais entre o modelo de cuidado contínuo da *midwife* e outros modelos de cuidado. O objetivo da revisão sistemática da *Cochrane* foi comparar o modelo de cuidado contínuo pela *midwife* com outros modelos de cuidado para mulheres durante a gestação e o parto, e seus bebês. Foram critérios de inclusão ensaios clínicos publicados e não publicados, em que as mulheres gestantes foram alocadas aleatoriamente para o modelo de cuidado contínuo pela *midwife* ou outro modelo de cuidado durante a gestação e o parto (SANDALL et al., 2016).

Foram incluídos 15 ensaios clínicos envolvendo 17.674 mulheres. A qualidade dos ensaios clínicos foi avaliada para todos os desfechos primários: analgesia regional (epidural e raquidiana), cesárea, parto instrumental (fórceps e vácuo extrator), parto vaginal espontâneo, integridade perineal, parto prematuro (menor que 37 semanas) e perda fetal ou óbito neonatal (a perda fetal foi avaliada para gestações até 24 semanas, ponto de corte para a viabilidade em muitos países), com a utilização da metodologia *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Todos os resultados primários foram classificados como de alta qualidade (SANDALL et al., 2016).

Para os resultados primários, as mulheres que tiveram o modelo de cuidado contínuo por uma *midwife* foram menos propensas a analgesia regional (RR 0,85 IC95% 0,78 a 0,92) (14 estudos, 17.674 mulheres), parto instrumental (RR 0,90 IC95% 0,83 a 0,97) (13 estudos, 17.501 mulheres), parto prematuro com idade gestacional menor que 37 semanas (RR 0,76 IC95% 0,64 a 0,91) (8 estudos, 13.238 mulheres) e perda fetal ou óbito neonatal (RR 0,84 IC95% 0,71 a 0,99) (13 estudos, 17.561 mulheres). As mulheres que tiveram o modelo de cuidado contínuo por uma *midwife* foram mais propensas ao parto vaginal espontâneo (RR 1,05 IC95% 1,03 a 1,07) (12 estudos, 16.687 mulheres). Não houve diferença entre os grupos para o desfecho cesárea ou integridade perineal (SANDALL et al., 2016).

Para os desfechos secundários, as mulheres que tiveram o modelo de cuidado contínuo por *midwife* foram menos propensas a amniotomia (RR 0,80 IC95% 0,66 a 0,98) (4 estudos, 3.253 mulheres), a episiotomia

(RR 0,84 IC95% 0,77 a 0,92) (14 estudos, 17.674 mulheres), a perda fetal ou óbito neonatal até 24 semanas (RR 0,81 IC95% 0,67 a 0,98) (11 estudos, 15.645 mulheres). As mulheres que tiveram o modelo de cuidado contínuo por uma *midwife*, foram mais propensas a não terem analgesia/anestesia intraparto (RR 1,21, IC95% 1,06 a 1,37) (7 estudos, 10.499 mulheres), a terem um trabalho de parto mais longo (Diferença média 0,50 IC95% 0,27 a 0,74) (3 estudos, 3.328 mulheres) e receberem assistência ao parto por uma *midwife* conhecida (RR 7,04 IC95% 4,48 a 11,08) (7 estudos, 6.917 mulheres). Não houve diferença entre os grupos para a perda fetal ou óbito neonatal igual ou superior a 24 semanas, indução do trabalho de parto, internação durante o pré-natal, hemorragia anterior ao parto, aceleração ou uso de ocitocina artificial durante o trabalho de parto, analgesia com opioide, laceração perineal com necessidade de sutura, hemorragia no pós-parto, início da amamentação, baixo peso ao nascer, escore de Apgar igual ou inferior a sete no quinto minuto de vida, convulsões neonatais, admissão do recém-nascido em unidade de cuidados especiais ou UTIN e no tempo médio de internação em unidade neonatal (dias) (SANDALL et al., 2016).

Devido à falta de consistência na medida de satisfação das mulheres e avaliação de custos de vários modelos de cuidado, estes resultados foram relatados narrativamente. A maioria dos estudos incluídos relatou um maior índice de satisfação materna com o modelo de cuidado contínuo da *midwife*. Da mesma forma, houve uma tendência para a redução de custos no modelo de cuidado contínuo da *midwife* em comparação com outros modelos de cuidado (SANDALL et al., 2016).

Os autores concluíram que, mulheres que receberam cuidado contínuo pela *midwife* foram menos propensas às intervenções e mais propensas a estarem satisfeitas com o cuidado prestado, na comparação de ao menos um evento adverso para mulheres e seus recém-nascidos, do que mulheres que receberam outros modelos de cuidado. Mais pesquisas são necessárias para explorar conclusões da menor proporção de nascimentos prematuros, perdas fetais com idade gestacional menor do que 24 semanas, e média de perda fetal ou óbito neonatal associada com o modelo de cuidado contínuo pela *midwife* (SANDALL et al., 2016).

Com o objetivo de identificar as práticas na atenção ao parto por enfermeira obstetra e obstetriz no Brasil, realizou-se uma busca por artigos originais, publicados entre 2004 e 2013, nas bases de dados *Medical Literature on Line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, *Web of Science*,

Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e acrescida da busca na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave em português/inglês: assistência obstétrica, *midwifery*, *obstetrics*, enfermeira/enfermeiras obstétrica/obstétricas, enfermeira/enfermeiras obstetra/obstetras, enfermagem obstétrica, *nurse midwives*, *midwives*, *midwife*, parto, parto humanizado, parto normal, *natural childbirth*, *childbirth*, *normal birth*, *labor*, *delivery*, *parturition*, prática profissional, prática, assistência, *professional practice*, competência clínica, *clinical competence*, Brasil, brasileiros, brasileiro, *Brazil*, *brazilian*, *brazilians*.

O resultado da busca e identificação dos artigos constituiu um universo de 24 estudos, todos com delineamento observacional, caracterizados como estudos transversais (9), descritivos (10), retrospectivos (2), descritivos/retrospectivos (2) e documental (1). O local de realização das pesquisas ocorreu em Maternidade ou Centro-Obstétrico (7), Centro de Parto Normal (15) e domicílio (2). É importante destacar que, na maioria dos estudos (22), a coleta de dados foi retrospectiva, com informações provenientes de prontuários e/ou do Livro de Registro de partos, no atendimento por enfermeiras obstetras e obstetrizes; o que pôde ter dificultado o retrato fidedigno das práticas na atenção ao parto.

A assistência ao trabalho de parto e parto por enfermeira obstetra e obstetriz, foi critério para seleção dos estudos, portanto o atendimento foi realizado para gestantes consideradas de risco habitual, nos diversos locais de assistência. Nos estudos analisados (24), enfermeiras obstetras/obstetrizes atenderam 24.217 mulheres que resultaram em 23.583 partos vaginais, excluindo-se as amostras repetidas. Em quatro estudos, as enfermeiras obstetras eram responsáveis pelo atendimento e contavam com o suporte do profissional médico obstetra (SCHNECK; RIESCO, 2006; RIESCO et al., 2011; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011; PEREIRA; NAGIPE et al., 2012) e em dois estudos, a admissão das parturientes era realizada por médicos (SCHNECK; RIESCO, 2006; RIESCO et al., 2011).

Para apresentação dos dados, as práticas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e obstetrizes, em instituições ou em domicílio no Brasil, foram divididas em boas práticas (presença de acompanhante, a ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto e parto, e o uso

de métodos não farmacológicos para o alívio da dor) e práticas intervencionistas (uso da ocitocina, a realização de amniotomia, episiotomia, e a administração de analgésicos parenterais). Práticas na assistência ao recém-nascido também foram identificadas, entre elas a realização de contato precoce pele a pele, o aleitamento materno na primeira hora de vida, a aspiração de vias aéreas superiores (VAS), a aspiração gástrica, a lavagem gástrica e o uso de oxigênio inalatório. As boas práticas na atenção ao parto por enfermeira obstetra e obstetritz são apresentadas no Quadro 1.

A presença de acompanhante foi descrita em oito estudos, com os menores percentuais encontrados em estudos conduzidos em maternidades, 52,9% (ROCHA; FONSECA, 2010) e 56,6% (PEREIRA; DANTAS, 2012); seguido de taxas acima de 92,2% nos estudos conduzidos em CPN ou domicílio (LOBO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; PEREIRA; AZEVEDO et al., 2012; SILVA et al., 2012; PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013). Dados que refletem a dificuldade de inserção do acompanhante no processo de nascimento, em maternidade ou Centro-Obstétrico.

A ingesta de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto foi descrita em seis estudos, observou-se uma elevada taxa na prescrição de dieta livre e/ou aceitação por parte das mulheres de líquidos e sólidos durante o trabalho de parto, a maioria com valores acima de 87,1% (KOETTKER et al., 2012; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2012; PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013). Destaque para um estudo conduzido em CPN, que declara a ausência na prescrição de dieta zero (PEREIRA et al., 2013), e para outro estudo conduzido em domicílio, que afirma a total liberdade de alimentação, ambos resultados de práticas durante o trabalho de parto (KOETTKER et al., 2012). Um único estudo, desenvolvido em uma maternidade, apresentou taxas elevadas na prescrição de dieta zero durante o trabalho de parto, 80,8% (PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012), resultado que destoa da maioria e que novamente demonstra o tradicional modelo de assistência intervencionista, inserido nas instituições hospitalares.

Quadro 1 – Utilização de boas práticas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetizas. Brasil, 2004-2013 Continua

Autor, ano de publicação e amostra	Boas práticas na atenção ao parto
Schneck; Riesco (2006) (n= 830)	Posição no parto: lateral 432 (52,0%); litotômica 257 (31,0%); dorsal 110 (13,3%); vertical 31 (3,7%)
Mouta et al. (2008) (n= 1.715)	Posição no parto: vertical 867 (50,6%), horizontal 502 (29,3%), ignorados 346 (20,2%)
Baracho et al. (2009) (n= 176)	Posição no parto: horizontal 94 (55,4%) e vertical 82 (44,6%)
Rocha; Fonseca (2010) (n= 938)	Acompanhante: 56,6%; movimentos pélvicos: 19,8%; deambulação: 12,8%; bola: 3,9%; banco: 1,7%; posição no parto: vertical 73,9%, horizontal 20,6%, lateral/sims 4,6%, cócoras 0,3%, sem registro 0,7%
Lobo al. (2010) ^a (n= 991)	Acompanhante: 92,2%; deambulação: (n= 643): 306 (47,6%); bola suíça (n= 634): 115 (18,1%); banquinho (n= 639): 87 (13,6%)
Colacioppo et al. (2010) (n= 56)	Posição no parto: sentada banquetta 26; cócoras e cócoras sustentada 6; joelhos 7; semissentada 7; lateral 5; de quatro 4; de pé 1
Silva; Costa; Pereira (2011) (n= 1.287)	Movimentos pélvicos: 509 (39,5%); decúbito lateral esquerdo: 244 (18,9%); deambulação 64 (5,0%); postura de agachamento: 46 (3,6%); uso de banquinho meia-lua: 45 (3,5%); bola de bobath: 9 (0,7%); posição no parto: vertical 1.088 (78,3%), supina 145 (11,2%), lateral 96 (7,4%), cócoras 27 (2,1%), sem registro 13 (1,0%)
Schneck et al. (2012) ^a (n= 991)	Deambulação: 734 (68,0%); bola suíça: 552 (51,0%); alimentação livre: CPN: 986 (99,7%) vs Hospital: 279 (86,7%) (p<0,0001) ^b ; alimentação livre nas primíparas: CPN: 458 (100,0%) vs Hospital: 122 (88,4%) (p<0,0001) ^b ; alimentação livre nas múltiparas: CPN: 527 (99,4%) vs Hospital: 157 (88,3%) (p<0,0001) ^b
Pereira; Dantas (2012) (n=1.023)	Acompanhante: 541 (52,9%); deambulação: 353 (34,5%); decúbito lateral esquerdo: 196 (19,2%); bola bobath: 92 (9,0%); posição no parto: horizontal 661 (64,6%), vertical 270 (26,4%), lateral 43 (4,2%), Outras 16 (1,6%)

Quadro 1 – Utilização de boas práticas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizas. Brasil, 2004-2013 Conclusão

Autor, ano de publicação e amostra	Boas práticas na atenção ao parto
Pereira; Azevedo et al. (2012) (n= 1.477)	Acompanhante: 1.402 (94,9%); local do parto: banheira: 196 (6,7%), cama da suíte de parto 99 (6,7%); posição no parto: lateral 495 (33,5%), vertical 333 (22,5%), semivertical 295 (20,0%), cócoras 209 (14,2%), outras 145 (9,8%)
Silva et al. (2012) ^a (n= 1.079)	Acompanhante: 1.020 (94,5%); dieta leve e líquida durante o TP: 1.032 (95,6%); posição no parto: semissentada 888 (82,3%); lateral esquerda 173 (16,0%); cócoras 9 (0,8%); quatro apoio 7 (0,7%); de pé 2 (0,2%)
Koettker et al. (2012) (n= 89)	Acompanhante: 89 (100,0%); deambulação livre: 89 (100,0%); alimentação livre: 89 (100,0%); posição no parto: vertical na água 64 (71,9%) e vertical/de lado/sims fora da água 25 (28,1%)
Pereira; Araújo et al. (2012) (n= 73)	Prescrição de dieta zero: enfermeiras 59 (80,8%) vs médicos 64 (65,3%) (p=0,0658)
Pereira al. (2013) (n= 458)	Acompanhante: 431 (94,1%); deambulação: 364 (79,5%); movimentos pélvicos: 257 (56,1%); bola de bobath: 32 (7%); técnica de Rebozo: 22 (4,8%); banquinho de parto: 18 (3,9%); prescrição de dieta zero: 0 (00%); prescrição de dieta livre: 399 (87,1%); posição no parto: lateral 180 (39,3%), vertical 158 (34,5%), cócoras 48 (10,5%) e horizontal 19 (4,1%)
Silva et al. (2013) ^a (n= 1.079)	Acompanhante: 1.020 (94,5%); deambulação: 734 (68,0%); bola suíça: 558 (51,7%); alimentação: recusa da mulher 47 (4,4%), líquidos 421 (39,0%), sólidos e líquidos 611 (56,6%); posição no parto: semissentada 888 (82,3%), lateral 173 (16,0%), cócoras 9 (0,8%), em pé 7 (0,7%) e quatro apoios 2 (0,2%)

^a Pesquisas que apresentaram publicações com delineamento amostral no mesmo local e período ^b No CPN o atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetrizas, no Hospital o atendimento é realizado por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrizas.

A liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto foi verificada em oito estudos e obteve grande variabilidade. A deambulação foi o único dado registrado em todos estes estudos, com percentuais que variaram entre 5% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011)

e 79,5% (PEREIRA et al., 2013), sendo prerrogativa num estudo realizado em domicílio, com percentual de 100% dos atendimentos (KOETTKER et al., 2012). A movimentação durante o trabalho de parto foi facilitada pelo uso da bola suíça ou bola de bobath, com percentuais entre 0,7% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011) e 51,7% (SILVA et al., 2013); seguida de movimentos pélvicos com frequência entre 19,8% (ROCHA; FONSECA, 2010) e 56,1% (PEREIRA et al., 2013); posturas lateralizadas como o decúbito lateral esquerdo entre 18,9% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011) e 19,2% (PEREIRA; DANTAS, 2012); técnicas menos difundidas como o uso do Rebozzo 4,8% (PEREIRA et al., 2013); e por último, a posição de agachamento 3,6% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

Resultados sobre a posição da mulher no segundo estágio do trabalho de parto foram apresentados em 11 estudos, dentre os quais em seis estudos, a maioria das mulheres pariu na posição verticalizada. As taxas de parto vertical variaram entre 71,9% (KOETTKER et al., 2012) e 82,3% (SILVA et al., 2012; SILVA et al., 2013); e foram seguidos da posição lateral, com taxas entre 22% (SCHNECK; RIESCO, 2006) e 39,3% (PEREIRA et al., 2013). As maiores frequências para o atendimento ao parto em posições não supinas foram encontradas em dois estudos, um desenvolvido em CPN (BARACHO et al., 2009) e outro em maternidade (PEREIRA; DANTAS, 2012), com valores de 55,4% e 64,6% respectivamente.

Apenas dois estudos descreveram o ambiente de ocorrência do parto vaginal. Em estudo realizado num CPN, a frequência de mulheres que pariram em ambiente considerado PPP foi de 6,7%; e outras 6,7% pariram seus filhos na banheira (PEREIRA; AZEVEDO et al., 2012). No atendimento domiciliar, a taxa de parto na banheira se elevou para 71,9% dos atendimentos (KOETTKER et al., 2012).

Quadro 2 – Métodos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizas na atenção ao parto Brasil, 2004-2013.

Autor, ano de publicação e amostra	Métodos não farmacológicos para o alívio da dor
Rocha; Fonseca (2010) (n= 938)	Massagem: 5,9%; musicoterapia: 5,6%; banho: 2,3%
Lobo et al. (2010) (n= 991)	Banho de aspersão (n= 649): 461 (71,0%); massagem (n= 638): 190 (29,8%); banho de imersão (n= 643): 141 (21,9%)
Silva; Costa; Pereira (2011) (n= 1.287)	Exercícios respiratórios: 1.022 (77,8%); banho morno: 262 (20,4%); massagem corporal: 153 (11,9%); sem registro: 144 (11,2%)
Pereira; Dantas (2012) (n=1.023)	Banho morno: 279 (27,3%); exercícios respiratórios: 146 (14,3%) e Outros 69 (6,7%)
Silva et al. (2012) ^a (n= 1.079)	Banho de aspersão: 906 (84,0%); massagem: 648 (60,1%); banho de imersão: 316 (29,3%); aromaterapia e musicoterapia: 148 (13,7%)
Pereira et al. (2013) (n= 458)	Exercícios respiratórios: 416 (90,8%); banho morno: 306 (66,8%); massagem corporal: 268 (58,5%); música ambiente: 265 (57,9%); proteção perineal: 237 (51,7%); óleo essencial: 112 (24,5%); essência aromática 98 (21,4%)
Silva et al. (2013) ^a (n= 1.079)	Banho de aspersão: 906 (84,0%); massagem: 648 (60,1%); banho de imersão 316 (29,3%)

^a Pesquisas que apresentaram publicações com delineamento amostral no mesmo local e período.

Diversas foram as práticas identificadas e descritas como métodos não farmacológicos para o alívio da dor (Quadro 2). As mais utilizadas foram o banho de aspersão e a realização de massagem (sete estudos), porém com uma grande variabilidade na sua frequência. O banho de aspersão variou entre 2,3% (ROCHA; FONSECA, 2010) e 84,0% (SILVA et al., 2012; SILVA et al., 2013), enquanto que a massagem variou entre 5,9% (ROCHA; FONSECA, 2010) e 60,1% (SILVA et al., 2012; SILVA et al., 2013). O banho de imersão, os exercícios respiratórios e a musicoterapia foram descritos em três estudos, seguido de essências aromáticas em dois estudos, da mesma forma com grande variabilidade. O pequeno número de estudos (07) que descreveram os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, não parece condizer

com a prática destas profissionais, que são em grande parte responsáveis pela garantia do atendimento ao parto normal, visto como um processo fisiológico (PAGE, 2001). Resultados provavelmente decorrentes, da coleta retrospectiva de dados em prontuários e livros que registraram a assistência.

A utilização da ocitocina foi descrita em 14 estudos. Dentre os estudos realizados em maternidade ou CPN, cinco utilizaram a ocitocina durante o trabalho de parto, com taxas entre 23,5% (LOBO et al., 2010) e 54,6% (PEREIRA; DANTAS, 2012); contudo, seis estudos não descreveram o estágio do trabalho de parto em que foi utilizada, com taxas entre 23,6% (SCHNECK et al., 2012) e 68,4% (PEREIRA; AZEVEDO et al., 2012). A utilização de ocitocina no pós-parto, em estudos conduzidos em domicílio ou CPN, descreveram taxas de 8,9% (KOETTKER et al., 2012), 37,5% (COLACIOPPO et al., 2010) e 45,4% (SILVA et al., 2013) (Quadro 3).

Alguns estudos compararam a administração de ocitocina, sem a descrição do estágio em que foi utilizada, entre os diferentes profissionais que prestaram assistência ao parto. No estudo de Schneck e colaboradores (2012) houve associação ($p < 0,0001$) da maior utilização com a assistência prestada por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrias (47,2%), na comparação com a assistência prestada exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetrias (23,6%). Associações sobre o uso de ocitocina também foram identificadas na comparação da atuação exclusiva de enfermeiras obstetras e obstetrias em CPN (27,9%), com a atuação de profissionais num hospital representativo do modelo assistencial vigente ($p = 0,003$), Hospital Prevalente (40,1%), ou com profissionais de uma maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo, Hospital Galba (59,5%) ($p < 0,001$) (VOGT et al., 2011) (Quadro 3).

Quadro 3 – Utilização de práticas intervencionistas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Brasil, 2004-2013 Continua

Autor, ano de publicação e amostra	Práticas intervencionistas na atenção ao parto
Schneck; Riesco (2006) (n= 830)	Amniotomia (n= 535): 402 (75,1%) Episiotomia (n= 220): 26,5%
Goldman et al. (2007) (n= 2.475)	Episiotomia : 22,2%
Silva et al. (2008) (n= 1.458)	Episiotomia : 556 casos
Mouta et al. (2008) (n= 1.715)	Episiotomia (n= 1.359): 396 (29,1%)
Baracho et al. (2009) (n= 176)	Ocitocina : (n= 174): 69 (40%), sem descrever o período do TP Episiotomia (n= 168): 19 (11,0%)
Rocha; Fonseca (2010) (n= 938)	Amniotomia : 5,8%; ocitocina : 55,5% sem descrever o período do TP; Episiotomia : 31,5%
Cruz; Barros (2010) (n= 96)	Amniotomia : menor realização da amniotomia no CPN extra-hospitalar vs CPN intra-hospitalar ^a ; Ocitocina : menor utilização de ocitocina no CPN extra-hospitalar vs CPN intra-hospitalar ^a ; Episiotomia : maior ocorrência de episiotomia CPN intra-hospitalar vs CPN extra-hospitalar ^a
Lobo al. (2010) ^b (n= 991)	Administração de BGP (n= 990): 27 (2,7%); amniotomia (n= 765): 62,6%; ocitocina (n= 668): 23,5% durante o TP; Episiotomia : 246 (25,7%) (n= 958)
Colacioppo et al. (2010) (n= 56)	Ocitocina 20 (37,5%), no pós-parto; Episiotomia : 00 (0,0%)
Riesco et al. (2011) (n= 6.365)	Episiotomia : 1.647 (25,9%);
Silva; Costa; Pereira (2011) (n= 1.287)	Ocitocina 661 (51,3%), 1º período do TP ^c ; Episiotomia (n= 1.286): 207 (16,1%)
Figueiredo et al. (2011) (n= 447)	Episiotomia : 50 (11,2%)

Quadro 3 – Utilização de práticas intervencionistas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes. Brasil, 2004-2013 Continua

Autor, ano de publicação e amostra	Práticas intervencionistas na atenção ao parto
Vogt al. (2011) (n= 277)	<p>Amniotomia CPN: 140 (67,6%) vs HP: 143 (82,2%) (p=0,001)^d; CPN: 140 (67,6%) vs HG: 128 (73,6%) (p=0,207)^d; amniotomia nas primíparas CPN: 47 (65,3%) vs HP: 71 (82,6%) (p=0,013)^d; CPN: 47 (65,3%) vs HG: 86 (78,2%) (p=0,055)^d; amniotomia nas múltiparas CPN: 91 (68,4%) vs HP: 68 (81,9%) (p=0,028)^d; CPN: 91 (68,4%) vs HG: 42 (65,6%) (p=0,695)^d; ocitocina CPN: 69 (27,9%) vs HP: 110 (40,1%) (p=0,003)^d; CPN: 69 (27,9%) vs HG: 163 (59,5%) (p<0,001)^d; ocitocina nas primíparas CPN: 30 (32,3%) vs HP: 62 (46,9%) (p=0,027)^d; CPN: 30 (32,3%) vs HG: 109 (66,1%) (p<0,001)^d; ocitocina nas múltiparas CPN: 39 (25,3%) vs HP: 45 (32,8%) (p=0,158)^d; CPN: 39 (25,5%) vs HG: 54 (49,5%) (p<0,001)^d (sem descrever o período do TP); Episiotomia: CPN: 20 (7,2%) vs HP: 152 (54,9%) (p<0,001)^d; CPN^d: 20 (7,2%) vs HG^d: 41 (14,8%) (p=0,004) Episiotomia nas primíparas: CPN: 13 (12,9%) vs HP: 106 (79,1%) (p<0,001)^d; CPN: 13 (12,9%) vs HG: 37 (22,2%) (p=0,059)^d; Episiotomia nas múltiparas: CPN: 7 (4,0%) vs HP: 44 (31,9%) (p<0,001)^d; CPN: 7 (4,1%) vs HG: 4 (3,6%) (p=0,869)^d</p>
Schneck et al. (2012) ^b (n= 991)	<p>BGP: CPN: 26 (3,9%) vs Hospital: 47 (26,7%) (p<0,0001)^e; BGP nas primíparas: CPN: 14 (4,3%) vs Hospital: 28 (34,6%) (p<0,0001)^e; BGP nas múltiparas CPN: 12 (3,5%) vs Hospital: 19 (20,0%) (p<0,0001)^e; amniotomia CPN: 477 (71,3%) vs Hospital: 175 (84,5%) (p<0,0001)^e; amniotomia nas primíparas CPN: 234 (71,1%) vs Hospital: 81 (88,0%) (p=0,0009)^e; amniotomia nas múltiparas: CPN: 242 (71,4%) vs Hospital: 94 (82,5%) (p=0,0195)^e; ocitocina CPN: 158 (23,6%) vs Hospital: 83 (47,2%) (p<0,0001)^e; ocitocina nas primíparas CPN: 87 (26,7%) vs Hospital: 41 (50,6%) (p<0,0001)^e; ocitocina nas múltiparas CPN: 71 (20,6%) vs Hospital: 42 (44,2%) (p<0,0001)^e; Episiotomia: CPN: 246 (25,7%) vs Hospital: 104 (32,9%) (p=0,0486)^e</p>

Quadro 3 – Utilização de práticas intervencionistas na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetras. Brasil, 2004-2013 Conclusão

Autor, ano de publicação e amostra	Práticas intervencionistas na atenção ao parto
Pereira; Dantas (2012) (n=1.023)	Ocitocina 559 (54,6%), durante o TP ^c ; Episiotomia: 155 (15,2%)
Pereira; Azevedo et al. (2012) (n= 1.477)	Episiotomia: 58 (3,9%)
Pereira; Nagipe et al. (2012) (n= 310)	Episiotomia: 59 (19,0%)
Silva et al. (2012) ^b (n= 1.079)	Amniotomia 576 (53,4%); ocitocina 334 (31%), durante TP; Episiotomia médio lateral direita: 139 (12,9%); Episiotomia mediana: 13 (1,2%).
Koettker et al. (2012) (n= 89)	Amniotomia 8 (8,9%); ocitocina 8 (8,9%), no pós-parto; Episiotomia: 1 (1,1%)
Pereira; Araújo et al. (2012) (n= 73)	Hidratação endovenosa enfermeiras 47 (67,2%) vs médicos 59 (60,2%) (p=0,3050); amniotomia enfermeiras 10 (13,6%) vs médicos 12 (12,2%) (p=0,3744); ocitocina enfermeiras 49 (68,4%) vs médicos 66 (67,4%) (p=0,3965) (sem descrever o período do TP); Episiotomia: enfermeiras obstetras: 11 (15%) vs médicos: 63 (64,3%) (p<0,01)
Pereira et al. (2013) (n= 458)	Amniotomia 51 (11,1%); ocitocina 206 (45,0%), sem descrever o período do TP; Episiotomia: 11 (2,4%)
Silva et al. (2013) ^b (n= 1.079)	Amniotomia 576 (53,4%); ocitocina dilatação 334 (31,0%); expulsão 278 (25,8%); dequitação 228 (21,1%); Greenberg 261 (24,2%); Episiotomia médio lateral direita: 139 (12,9%); Perineotomia: 13 (1,2%)

^a No CPN extra-hospitalar o atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetras e no CPN intra-hospitalar o atendimento é realizado por médicos obstetras, enfermeiras obstetras e obstetras. ^b Pesquisas que apresentaram publicações com delineamento amostral no mesmo local e período ^c A prescrição de ocitocina para indução ou aceleração do TP é atribuição da equipe médica. ^d Um hospital representativo do modelo assistencial vigente (HP - Hospital Prevalente), uma maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo (HG - Hospital Galba) e um CPN peri-hospitalar no qual o atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetras (CPN). ^e No CPN o atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetras, no Hospital o atendimento é realizado por médicos, enfermeiras obstetras e obstetras. BGP: Buscopan, Glicose, Plasil. TP: Trabalho de Parto

A realização da amniotomia foi bastante diversificada, com uma baixa frequência em quatro estudos, taxas que variaram entre 5,82% (ROCHA; PEREIRA, 2010) e 13,6% (PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012), seguido de uma elevada frequência em seis estudos, com taxas que variaram entre 53,4% (SILVA et al., 2012; SILVA et al., 2013) e 75,1% (SCHNECK; RIESCO, 2006), todas as elevadas frequências foram encontradas em estudos realizados em CPN (LOBO et al., 2010; VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012) (Quadro 3).

Estes achados merecem uma reflexão, sobre o contexto assistencial. A amniotomia é um dos procedimentos mais realizados na prática obstétrica, consiste no manejo ativo do trabalho de parto com o intuito de acelerar as contrações e reduzir a duração do trabalho de parto, ou seja, uma forma de conduzir o trabalho de parto prolongado (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013). Embora as evidências não comprovem a eficácia da realização de amniotomia nestes casos (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013), destaca-se que entre as diversas condutas para acelerar o trabalho de parto, esta parece ser uma das menos intervencionistas, ao se confrontar com o uso da ocitocina para correção da dinâmica uterina, também sem evidências no aumento do desfecho parto vaginal (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013). São necessários outros dados para uma melhor compreensão dos fatores associados com a elevada realização de amniotomia, nos CPNs brasileiros.

Ainda com relação à amniotomia, houve associação significativa com maior realização no atendimento por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrizas (84,5%) *versus* o atendimento por enfermeiras obstetras e obstetrizas (71,3%) no estudo de Schneck e colaboradores (2012), e maior realização no hospital representativo do modelo assistencial vigente – Hospital Prevalente (82,2%) *versus* CPN, com o atendimento exclusivo por enfermeiras obstetras e obstetrizas (67,6%), no estudo de Vogt e colaboradores (2011). Porém, sem associação estatística entre enfermeiras obstetras (13,6%) *versus* médicos (12,2%) no estudo de Pereira, Araújo e colaboradores (2012) ou no atendimento em CPN por enfermeiras obstetras e obstetrizas (67,6%) *versus* o atendimento numa maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo ou Hospital Galba (73,6%), no estudo de Vogt e colaboradores (2011) (Quadro 3).

O uso de analgésicos parenterais como o buscopan concomitante com a administração de glicose 50% e plasil, conhecido pela sigla BGP (buscopan+glicose+plasil), ainda é uma prática identificada nas

instituições brasileiras e presente nos estudos sobre a prática na atenção ao parto por enfermeiras obstetras e obstetrizes. A utilização em CPN variou pouco entre 2,7% (LOBO et al., 2010) e 3,9% dos casos (SCHNECK et al., 2012) (Quadro 3). Para a administração destes medicamentos, uma punção venosa é necessária. Esta pode ser de curta duração e realizada somente para administração da medicação, ou com a inserção de um cateter venoso permanente, que permite fácil acesso para a administração de outras medicações endovenosas. Prática que pode estar relacionada com outras intervenções, como a administração de ocitocina endovenosa durante o trabalho de parto, classificada pela OMS como claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada, já nas recomendações realizadas no ano de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). A cateterização venosa profilática de rotina foi identificada em um estudo conduzido em uma maternidade, com elevada frequência, no qual a instalação de hidratação endovenosa na atenção ao parto atingiu percentuais de 67,2% no atendimento por enfermeiras obstetras *versus* 60,2% no atendimento por médicos, sem diferença estatisticamente significativa (PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012).

Dos 20 estudos que abordaram a realização de episiotomia, em 10 estudos o percentual foi \leq que 15,0% (BARACHO et al., 2009; COLACIOPPO et al., 2010; FIGUEIREDO et al., 2011; VOGT et al., 2011; KOETTKER et al., 2012; PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012; PEREIRA; AZEVEDO et al., 2012; SILVA et al., 2012; PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013); em nove variou entre $>$ 15,0% e 30,0% (SCHNECK; RIESCO, 2006; GOLDMAN et al., 2007; MOUTA et al., 2008; LOBO et al., 2010; RIESCO et al., 2011; SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011; PEREIRA; DANTAS, 2012; PEREIRA; NAGIPE et al., 2012; SCHNECK et al., 2012); e um estudo, apresentou taxa superior a 30% (ROCHA; FONSECA, 2010) (Quadro 3).

A frequência na realização de episiotomia por local de atendimento, apresentou as menores taxas em domicílio (nenhuma episiotomia e 1,1%) (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012), com a maior taxa encontrada em Centro Obstétrico (31,5%) (ROCHA; FONSECA, 2010). Estudos que compararam as taxas de episiotomia, segundo profissional que assistiu ao parto, mostraram associações com a menor realização por enfermeiras obstetras e obstetrizes, tanto na comparação com médicos, como na comparação com médicos, enfermeiras obstetras e obstetrizes (CRUZ; BARROS, 2010; VOGT et al., 2011; PEREIRA; ARAÚJO et al., 2012) (Quadro 3).

Quanto ao atendimento do recém-nascido logo após o nascimento, apesar de uma baixa frequência das práticas, observa-se a persistência de práticas intervencionistas, na maioria das vezes desnecessárias, como a aspiração de VAS (7,0 a 9,3%), aspiração gástrica (1,8 a 3,7%) e lavagem gástrica (2,3 e 3,0%) (LOBO et al., 2010; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013) (Quadro 4). Sobre as práticas recomendadas por evidências científicas, apenas um estudo conduzido em domicílio apresentou estes resultados, entre eles, o contato precoce pele a pele (100,0%) e a frequência do aleitamento materno na primeira hora de vida (70,8%) (KOETTKER et al., 2012) (Quadro 4).

Estudo realizado em CPN apresentou associação no atendimento ao recém-nascido por diferentes profissionais. Foram encontradas maiores intervenções nos recém-nascidos atendidos por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrites quando comparados com o atendimento exclusivo por enfermeiras obstetras e obstetrites, nas práticas aspiração de VAS, aspiração gástrica, lavagem gástrica e uso de oxigênio nasal (SCHNECK et al., 2012) (Quadro 4).

Um número expressivo de mulheres foi atendido por enfermeiras obstetras e obstetrites na assistência ao trabalho de parto e parto (23.583), na seleção dos 24 estudos publicados entre 2004 e 2013. Contudo, a descrição das práticas obstétricas foi restrita, como podemos observar no número de estudos que apresentaram dados sobre a presença do acompanhante (6 estudos), a ingestão de líquidos ou alimentos (6 estudos), a liberdade de posição e movimentação (8 estudos), a posição no parto (11 estudos), o ambiente de ocorrência do parto (1 estudo), o uso de ocitocina (14 estudos), a realização de amniotomia (11 estudos), de episiotomia (21), a administração de analgésicos parenterais (2 estudos), a cateterização venosa profilática de rotina (1 estudo), e as práticas na assistência ao recém-nascido (4 estudos).

Quadro 4 – Práticas na assistência ao recém-nascido atendido por enfermeiras obstetras e/ou obstetrizas. Brasil, 2004-2013.

Autor, ano de publicação e amostra	Práticas na assistência ao recém-nascido
Lobo et al. (2010) ^a (n= 991)	Aspiração VAS (n= 987): 92 (9,3%); aspiração gástrica (n= 987): 18 (1,8%); lavagem gástrica (n= 987): 30 (3,0%); O² nasal (n= 987): 34 (3,4%)
Schneck et al. (2012) ^a (n= 991)	Aspiração VAS CPN: 92 (9,3%) vs Hospital: 279 (86,1%) (p=0,0001) ^b ; aspiração VAS nas primíparas CPN: 49 (10,7%) vs Hospital: 120 (87,5%) (p=0,0001) ^b ; aspiração VAS nas múltiparas CPN: 43 (8,1%) vs Hospital: 159 (85,0%) (p=0,0001) ^b ; aspiração gástrica CPN: 18 (1,8%) vs Hospital: 258 (79,6%) (p=0,0001) ^b ; aspiração gástrica nas primíparas CPN: 12 (2,6%) vs Hospital: 111 (81,0%) (p=0,0001) ^b ; aspiração gástrica nas múltiparas CPN: 6 (1,1%) vs Hospital: 147 (78,6%) (p=0,0001) ^b ; lavagem gástrica CPN: 30 (3,0%) vs Hospital: 18 (5,6%) (p=0,0317) ^b ; lavagem gástrica nas primíparas CPN: 15 (3,3%) vs Hospital: 7 (5,2%) (p=0,2965) ^b ; lavagem gástrica nas múltiparas CPN: 15 (2,8%) vs Hospital: 11 (5,6%) (p=0,0519) ^b ; O² nasal CPN: 34 (3,4%) vs Hospital: 66 (20,4%) (p=0,0001) ^b ; O² nasal nas primíparas CPN: 23 (5,0%) vs Hospital: 30 (22,0%) (p=0,0001) ^b ; O² nasal nas múltiparas CPN: 11 (2,1%) vs Hospital: 36 (19,2%) (p=0,0001) ^b
Koetker et al. (2012) (n= 89)	Contato pele a pele 89 (100,0%); aleitamento materno na 1^a hora de vida 63 (70,8%)
Silva et al. (2013) (n= 1.079)	Aspiração de VAS 75 (7,0%); aspiração gástrica 40 (3,7%); lavagem gástrica 60 (2,3%); O² inalatório 60 (5,6%)

^a Pesquisas que apresentaram publicações com delineamento amostral no mesmo local e período. ^b No CPN o atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetrizas, no Hospital o atendimento é realizado por médicos, enfermeiras obstetras e obstetrizas.

De maneira geral, pode-se inferir que a atenção ao parto por enfermeira obstetra e obstetritz é permeada por boas práticas ou práticas baseadas em evidências, ou seja, práticas que possuem efeitos benéficos como a presença do acompanhante (HODNETT et al., 2013), a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto (LAWRENCE et al., 2013), o contato precoce pele a pele entre mãe e bebê (MOORE et al., 2012) e a amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2011d);

práticas que possuem efeitos benéficos mas que descrevem a possibilidade de eventos adversos como a posição vertical no segundo estágio de trabalho de parto (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012); e ainda, práticas que possuem poucas evidências ou que não possuem comprovação dos benefícios, mas que podem proporcionar um bem-estar materno e fetal, como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (JONES et al., 2012). A prática encontrada que proporciona às mulheres liberdade para se alimentarem ou a maior ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto assistido por enfermeira obstetra e obstetrix, está amparada no resultado das evidências, que não mostraram benefícios ou malefícios e, portanto, não há justificativas para a restrição da dieta em gestantes de risco habitual (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Já as práticas intervencionistas e que não devem ser utilizadas de forma rotineira, como a episiotomia (CARROLI; MIGNINI, 2009), apresentaram prevalências menores do que as encontradas nacionalmente; e a realização de amniotomia (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013) ou o uso de ocitocina (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013), apesar da grande variabilidade nas suas frequências, apresentaram associações da menor ocorrência na assistência prestada exclusivamente por enfermeiras obstetras e obstetrixes, na comparação com outros profissionais ou quando a enfermeira obstetra e obstetrix faziam parte da equipe que prestava assistência ao parto.

Destaca-se ainda que não foram descritas nos estudos analisados práticas que não possuem efeitos benéficos e que devem ser desencorajadas, como a realização de tricotomia (BASEVI; LAVANDER, 2014) e enema (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013); e práticas que não apresentam evidências de benefícios, de malefícios ou da segurança para a mulher e o bebê, como a manobra de Kristeller (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009).

4 MÉTODO

O desenvolvimento desta tese esteve alicerçado no estudo “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”. Estudo que para a coleta de dados em todo o país, promoveu a formação de uma rede com a participação de pesquisadores reconhecidos nacionalmente, alunos de graduação e pós-graduação; além de colaborar com a formação de pesquisadores iniciantes, ao despertar vocações científicas e o apoio para o desenvolvimento de suas teses e dissertações (LEAL et al., 2012). Desta maneira, para o desenvolvimento desta proposição foram utilizados os dados da Região Sul do Brasil, que teve a participação da autora desta Tese de Doutorado na equipe técnica, na supervisão da coleta de dados em instituições de saúde, no estado de Santa Catarina.

A apresentação da seção método inicia com os aspectos metodológicos do estudo nacional, seguida do desenho do estudo elaborado para o desenvolvimento desta tese.

4.1 PESQUISA NASCER NO BRASIL

4.1.1 Desenho do estudo

O estudo original se caracteriza como um estudo nacional de base hospitalar, desenvolvido e coordenado pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e outras instituições de ensino. Os objetivos da pesquisa Nascer no Brasil foram: 1- Descrever a incidência excessiva de cesárea (de acordo com grupos de Robson) e examinar as consequências sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos; 2- Investigar a relação entre o excesso de cesáreas e parto prematuro tardio e baixo peso ao nascer; e 3- Investigar a relação entre o excesso de cesáreas e a utilização de procedimentos técnicos após o nascimento. O estudo recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e da FIOCRUZ – Ministério da Saúde (LEAL et al., 2012).

4.1.2 Plano amostral

Para o primeiro estágio da amostra, o estudo nacional considerou elegíveis todas as instituições hospitalares que registraram 500

partos/ano ou mais, em 2007, conforme referência do SINASC. Foi constituído um cadastro de seleção dos hospitais e a partir dos hospitais existentes, 1.403 foram considerados elegíveis para o estudo, representando 2.228.534 (77,1%) do total de 2.891.328 nascidos vivos naquele ano. Para determinar o tamanho amostral foram consideradas as diferenças nas características dos hospitais (público, privado e misto), no conjunto dos municípios (capital e interior) e na localização geográfica por macrorregião (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste); na compreensão de que estas características configuram diferenças importantes no tamanho e tipo de serviço de saúde ofertado. Desta forma, ocorreu a estratificação dos hospitais selecionados no primeiro estágio, na combinação por macrorregião, conjunto de municípios e características dos hospitais; constituindo um total de 30 estratos, seis estratos em cada uma das cinco macrorregiões do país (capital/público, capital/privado, capital/misto, interior/público, interior/privado e interior/misto) (LEAL et al., 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na proporção de cesáreas no Brasil em 2007, de 46,6%, com nível de significância de 5%, para detectar diferenças de 14% (diferenças entre hospitais públicos, privados e mistos) e poder de 95%. O tamanho mínimo da amostra aleatória simples por estrato foi de 341 puérperas. Como a amostra foi conglomerada por hospital, um efeito de desenho de aproximadamente 1,3 foi usado para aumentar o tamanho da amostra inicial, o que conduziu para um tamanho de amostra mínimo de 450 puérperas por estrato. Além disso, o tamanho da amostra apresenta um poder de 80%, para detectar efeitos adversos da ordem de 3% e diferenças de pelo menos 1,5% entre as macrorregiões ou as características dos hospitais (LEAL et al., 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

Ainda no primeiro estágio de seleção, os hospitais foram selecionados com a probabilidade proporcional ao tamanho, definidos a partir do número de nascidos vivos por hospital em 2007, através do SINASC. Os hospitais que apresentaram grande número de nascidos vivos (média de 13 nascidos vivos por dia) foram incluídos na amostra e ponderados quanto à seleção dos dias de pesquisa e número de puérperas. Ao considerar o número mínimo de 450 puérperas por estrato, optou-se por selecionar pelo menos cinco hospitais em cada estrato, conduzindo uma amostra de 90 puérperas por hospital. Para considerar a probabilidade proporcional ao tamanho dos hospitais selecionados por estrato (mais estabelecimentos foram selecionados nos

maiores estratos) e ainda, assegurar o tamanho mínimo de cinco hospitais por estrato, o tamanho final da amostra foi composto por 266 hospitais, com variação entre cinco e 39 estabelecimentos em cada estrato (LEAL et al., 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

O segundo estágio correspondeu a um método de amostragem inversa, para selecionar o número de dias necessários, para alcançar o número de 90 puérperas entrevistadas em cada hospital. O primeiro dia de pesquisa foi selecionado com igual probabilidade durante o ano e para considerar as diferenças no número de nascimentos em finais de semana e dias úteis, um mínimo de sete dias consecutivos por hospital foi obrigatório, com determinação do tamanho da equipe de campo, em cada hospital (LEAL et al., 2012).

O número de entrevistas por dia dependeu do número de nascimentos, do número de turnos de pesquisa e do número de entrevistadores por hospital e por dia. Foram definidas quatro combinações, de acordo com o número médio de nascidos vivos por hospital em 2007: (1) um entrevistador e um turno para quatro entrevistas no dia; (2) um entrevistador e dois turnos para seis entrevistas no dia; (3) dois entrevistadores e um turno cada, para oito entrevistas no dia; e (4) dois entrevistadores em dois turnos cada, para 12 entrevistas no dia. A equipe de entrevistadores elaborou diariamente uma Lista Única de Puérperas (ANEXO A), com dados provenientes do livro de registro de nascimentos, disponibilizado no setor Centro Obstétrico ou similar. A Lista Única de Puérperas (ANEXO A) era elaborada a partir da ordem do horário de parto, independentemente de ter sido parto vaginal ou cesárea, com o primeiro parto ocorrido no dia anterior, a partir das 3h, o qual recebeu o número de ordem 1, o segundo de ordem 2 e, assim sucessivamente, até o parto ocorrido às 2h59 do dia de elaboração da lista, que recebeu o último número de ordem do dia. Com a Lista Única de Puérperas (ANEXO A) e de acordo com o número de entrevistadores, turnos e entrevistas por dia foi realizada uma seleção aleatória das puérperas, e a partir da construção anterior de tabelas, a Lista de Seleção Aleatória de Puérperas (ANEXO B), com os números e a ordem das puérperas a serem entrevistadas. A Lista de Seleção Aleatória de Puérperas (ANEXO B) possuía alguns números de ordem adicionais, que foram selecionados para substituição das não respostas e das puérperas não elegíveis (LEAL, 2009; VASCONCELLOS et al., 2014).

O terceiro estágio da amostra correspondeu à seleção das puérperas e seus conceitos. Foram elegíveis todas as puérperas

hospitalizadas, por ocasião do nascimento de seus conceitos, vivos ou mortos, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas. Por razões operacionais, excluíram-se do estudo mulheres que chegaram aos hospitais e que já tinham parido; que possuíam distúrbio de saúde mental grave, que não permitia comunicação com o entrevistador; indígenas ou estrangeiras que não compreendiam a língua portuguesa; surdas/mudas e mulheres internadas por decisão judicial, para interrupção da gestação (LEAL et al., 2012).

Do total de instituições hospitalares pré-selecionadas, nove se recusaram a participar da pesquisa e três estavam com o serviço de maternidade fechado antes do início da pesquisa. O procedimento de substituição para a não resposta dos hospitais consistiu em substituição pelo hospital seguinte do estrato, segundo a ordem no cadastro de seleção do primeiro estágio. A não resposta de puérperas foi tratada, sempre que possível, pela substituição segundo as tabelas de seleção preparadas para cada hospital, ou pelo procedimento de amostragem inversa usado na seleção dos dias de pesquisa (mais dias de pesquisa foram adicionados à amostra do hospital, até que fosse atingido o número de 90 entrevistas completas no hospital). Nos casos em que o serviço de maternidade foi interrompido durante a coleta de dados (e.g. obras na maternidade), o processo de amostragem inversa de dias foi interrompido, reiniciando com o estabelecimento das atividades na maternidade (VASCONCELLOS et al., 2014).

O tamanho da amostra foi composto por 23.940 puérperas entrevistadas em 266 hospitais, distribuídos em 191 municípios de todo o Brasil, com 27 deles em capitais e 164 nas áreas rurais; tendo a inclusão de todos os estados do país. Ocorreu a substituição em um total de 1.356 puérperas, destas, 15% por motivo de saída do hospital e 85% por recusa da puérpera. Durante o processamento dos dados, os registros sem informação da puérpera ou sem os dados médicos do recém-nascido foram excluídos e o tamanho final da amostra foi de 23.894 puérperas (LEAL et al., 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

4.1.3 Logística de campo

Equipe técnica

A equipe técnica responsável pela execução da coleta de dados teve a seguinte composição: a) coordenação executiva; b) coordenação

regional; c) coordenação estadual; d) supervisor de campo e d) entrevistador de campo.

A coordenação executiva foi constituída por diversos pesquisadores, tendo um coordenador geral e coordenadores centrais. O coordenador geral foi o idealizador do projeto e assumiu, juntamente com os coordenadores centrais, a responsabilidade pela integração da equipe, andamento do projeto, relação com os órgãos de fomento e gerenciamento financeiro do projeto. Esta coordenação também foi responsável pela elaboração dos questionários e manuais de instrução dos instrumentos de campo; pela definição da logística do estudo; pela organização do trabalho de campo e pelos contatos institucionais (LEAL, 2009).

Aos coordenadores regionais foram atribuídas as responsabilidades de identificar, selecionar, treinar e padronizar os coordenadores estaduais e as equipes de supervisores e entrevistadores; distribuir os questionários e recebê-los preenchidos; enviar os questionários preenchidos para a equipe central; encaminhar pedidos de pagamento, como passagens e diárias da sua região para a coordenação central, em parceria com os coordenadores estaduais (LEAL, 2009).

Os coordenadores estaduais, designados individualmente para cada estado da Federação, tiveram como responsabilidades a realização de contato com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; o repasse de informações sobre os objetivos do estudo e o início da pesquisa; o contato com os diretores dos estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo e a autorização para realização da pesquisa; a organização do trabalho de campo em cada estabelecimento; a divulgação do estudo na mídia local; o controle do desempenho dos supervisores de campo; a solicitação e controle do pagamento dos entrevistadores, das passagens e diárias necessárias para a realização do trabalho de campo, à coordenação regional (LEAL, 2009).

Aos supervisores foram conferidas as responsabilidades sobre a distribuição e recebimento diário dos questionários e equipamentos dos entrevistadores; a organização e o deslocamento da equipe de campo para os municípios; o monitoramento do desempenho dos entrevistadores e da qualidade dos dados coletados; a revisão dos questionários e reaplicação em uma sub-amostra (LEAL, 2009).

Os entrevistadores, por sua vez, foram responsáveis pela aplicação dos questionários e a revisão dos mesmos diariamente, antes do envio ao supervisor, com a identificação de incoerências e/ou incompletudes de informação. Os entrevistadores foram todos

estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas (LEAL, 2009).

Para a realização das entrevistas telefônicas de acompanhamento das mulheres após a alta hospitalar, foi contratada uma empresa reconhecida por sua competência, neste tipo de coleta de dados. As perdas de seguimento foram consideradas quando as mulheres afirmavam que não possuíam telefone, ou quando não puderam ser contatadas após cinco tentativas, em dias e horários alternados (LEAL et al., 2012).

Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado em dois municípios das regiões Nordeste e Sudeste, com o intuito de verificar a logística do trabalho de campo e a adequação dos questionários em condições reais. Nesta oportunidade foram testadas as máscaras eletrônicas para digitação dos dados e os programas de restrição e coerência das informações, com a realização de ajustes que se fizeram necessários (LEAL et al., 2012).

Treinamento

A coordenação realizou 27 treinamentos para as equipes de pesquisa estaduais, realizados localmente, durante cinco dias consecutivos, visando garantir a padronização dos entrevistadores. Durante os treinamentos, foram apresentados a descrição do estudo e seus objetivos, a logística de campo, além de realizar a leitura dos questionários e manuais de instrução, com dinâmicas para demonstrar a aplicação dos questionários e obtenção de dados dos prontuários. O treinamento também consistiu de uma parte prática, realizada num estabelecimento de saúde elegível, mas não selecionado para o estudo, com posterior envio dos dados coletados, para o servidor central na FIOCRUZ. Foram desenvolvidos e validados formulários eletrônicos, com a distribuição de *netbooks* para a coleta de dados. Cada entrevistador e supervisor receberam um *login* e uma senha antes de iniciar o trabalho de campo, que foram armazenados junto com os dados, a partir de entrevistas e registros dos prontuários, o que permitiu a identificação dos responsáveis pelo preenchimento do questionário. O questionário apresentou uma identificação única com um código para o Estado, um código para o município, um código para o hospital, o tipo de questionário e um número com a ordem da puerpera na unidade. A

identificação do hospital permitiu vinculá-lo ao substrato ao qual pertencia: região geográfica, conjunto de municípios e características dos hospitais (LEAL et al., 2012).

Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, o coordenador estadual e o supervisor de área entregaram uma carta da coordenação do projeto ao gestor municipal, acompanhada de uma cópia resumida do projeto e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO C), juntamente com dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para ser assinado pelo gestor (ANEXO D) e os outros para dar ciência do que será entregue ao diretor do estabelecimento de saúde e às puérperas selecionadas (ANEXO E). O supervisor realizou uma visita agendada, com aplicação de um instrumento padronizado, para conhecer a forma de organização da assistência ao parto e, assim, preparar o desenvolvimento do trabalho de campo. A equipe permaneceu na instituição selecionada o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado (LEAL, 2009).

Em todo o Brasil a coleta de dados teve início em fevereiro de 2011, e finalizou em julho de 2012. Para cada estabelecimento de saúde sorteado houve um período variável de coleta, conforme o número de partos por dia, o número de entrevistadores, de turnos e de entrevistas realizadas; sendo os dados coletados em dias consecutivos, incluindo os finais de semana. As puérperas que aceitaram participar foram entrevistadas no pós-parto imediato, e as informações dos prontuários foram resgatadas ao término da internação da puérpera e do recém-nascido (LEAL et al., 2012).

Características dos questionários

A coleta de dados foi constituída de quatro questionários. O primeiro questionário, Questionário Hospitalar Puérpera (QHP) (ANEXO F), aplicado à puérpera, após o período mínimo de seis horas do evento do nascimento, foi composto por variáveis de identificação materna, nível de escolaridade e de renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, enfermidades e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto, parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido.

Durante a entrevista, o cartão de pré-natal e exames de ultrassonografia gestacional foram fotografados e posteriormente os dados relevantes foram extraídos e digitados em formulários eletrônicos (LEAL et al., 2012).

O segundo questionário, Coleta de Dados do Prontuário (CDP) (ANEXO G), foi preenchido com dados disponíveis no prontuário, após a alta do hospital ou no 42º dia para as puérperas e no 28º dia para os recém-nascidos, que permaneceram no hospital, incluindo os casos transferidos para outros hospitais. Os dados obtidos continham informações sobre: assistência pré-natal; admissão hospitalar; informações sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto (tipo de parto, dilatação no momento da admissão no hospital, trabalho de parto espontâneo ou induzido, métodos para o alívio da dor e analgesia de parto, complicações imediatas da anestesia, uso de partograma, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, cardiocografia na admissão e no trabalho de parto, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller, presença de acompanhante durante o trabalho de parto e período pós-parto, e morbidade materna); além de informações do recém-nascido (Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato, uso de oxigênio e ventilação mecânica, intercorrências clínicas, admissão em UTIN ou UCIN, início da amamentação), e condições no momento da alta ou óbito (causa) da mãe e do concepto (LEAL et al., 2012).

O terceiro questionário, Entrevista Domiciliar por Telefone (EDP) (ANEXO H), foi aplicado à mãe, entre o 45º e o sexto mês após o nascimento, por meio de contato telefônico, para obter informações sobre a evolução da mãe (nova hospitalização, complicações puerperais, desconforto materno, satisfação com o atendimento recebido e reavaliação do motivo da opção pela cesárea) e do recém-nascido (aleitamento materno, imunização, morbidade, nova hospitalização e óbito) (LEAL et al., 2012).

O quarto questionário, Questionário de Estrutura – Processo (QEP) (ANEXO I) foi aplicado pelo supervisor ao gestor do hospital, através de formulário de papel, a fim de avaliar as instalações hospitalares, como: número de leitos, profissionais (quantitativo por especialidade), certificação hospitalar (ensino, referência para alto risco, Hospital Amigo da Criança, Prêmio Professor Galba de Araújo e outros), disponibilidade de laboratório de patologia e análises clínicas, Unidade Transfusional ou Banco de Sangue, Banco de Leite Humano, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, existência de protocolo baseado

em evidências e uso adequado de tecnologia para o parto e nascimento (LEAL et al., 2012).

Controle de qualidade

Durante a coleta de dados, para assegurar a qualidade e minimizar erros sistemáticos ou aleatórios, foram adotados procedimentos padronizados com a elaboração de manuais, a monitorização da coleta de dados e o acompanhamento do trabalho de campo. Esses procedimentos tiveram o objetivo de monitorar a evolução do trabalho de campo com calendário estabelecido, assegurar a manutenção das características da representatividade da amostra e monitorar a taxa de participação das puérperas. Os questionários foram replicados pelo supervisor de campo, em uma amostra aleatória de 5% das mães entrevistadas (LEAL et al., 2012).

4.1.4 Considerações éticas

O estudo “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” foi norteado pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, sob o protocolo de pesquisa número 92/10. Foram obtidos três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: o primeiro para o gestor municipal, o segundo para os responsáveis pelas instituições hospitalares e o terceiro para as puérperas selecionadas. Antes de iniciar a entrevista com as puérperas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E) foi lido, para todas as mulheres ou seu responsável, quando a idade foi menor do que 18 anos. O consentimento das puérperas foi obtido em um meio digital, a mulher recebeu uma versão impressa contendo a identificação e os contatos dos coordenadores da pesquisa. Sempre que havia uma recusa, a entrevistada era convidada a preencher um pequeno formulário de recusas e perdas, com informações sobre idade, escolaridade, raça/cor da pele, tipo de parto e se tinha cobertura de saúde privada ou não (LEAL et al., 2012).

4.2 ESTUDO DA REGIÃO SUL A PARTIR DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

Trata-se de um estudo seccional desenvolvido a partir dos dados do estudo nacional de base hospitalar, intitulado “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”.

Os estudos seccionais, também nominados transversais e conhecidos muitas vezes como estudos de frequência ou estudos de prevalência, são realizados tanto para examinar a presença ou ausência de determinada doença, como a presença ou ausência de uma exposição em um determinado período de tempo. Portanto, um estudo transversal é caracterizado como um estudo de prevalência e uma vez que tanto o desfecho como a exposição são verificados ao mesmo tempo, limitações devem ser consideradas na relação temporal entre a exposição e o desfecho (GRIMES; SCHULZ, 2002).

4.2.1 Sujeitos do estudo

Para a realização deste estudo, foram utilizados os dados referentes à Região Sul do Brasil, com plano amostral composto por 4.187 puérperas e seus conceitos, distribuídos em 46 instituições de saúde, 17 delas no estado do Paraná, 13 instituições em Santa Catarina e 16 no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados na Região Sul foi realizada entre os meses de março e agosto de 2011.

Os sujeitos do estudo foram gestantes de risco habitual, identificadas através de critérios de inclusão e exclusão elaborados com base no estudo de Dahlen e colaboradores (2012) e de uma análise já publicada sobre os dados nacionais da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014). Foram considerados determinados fatores obstétricos e neonatais como uma *proxy* do risco obstétrico habitual e com potencial de excluir gestantes com outras patologias prévias e/ou gestacionais não inclusas. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas ao nascer, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. Os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. Os valores do IMC não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual, pelo elevado número de perdas sobre as informações biométricas.

Na amostra de 4.187 puérperas incluídas na Região Sul do Brasil, 2.668 foram consideradas gestantes de risco habitual. O tamanho da amostra na Pesquisa Nascer no Brasil apresenta poder de 80% para detectar eventos adversos na ordem de 3% e diferenças de pelo menos 1,5% entre as macrorregiões ou características dos hospitais (público, privado e misto). Cálculo que permite analisar desfechos com magnitude superior a 3%, em cada Região Geográfica (LEAL, 2009).

4.2.2 Variáveis

Conforme descrito anteriormente, a coleta de dados foi constituída de quatro questionários, sendo a construção das variáveis utilizadas nesse estudo, extraídas a partir destes questionários.

As variáveis foram classificadas como socioeconômicas e demográficas, das instituições, obstétricas da gestação, práticas obstétricas, desfechos maternos e desfechos neonatais. As variáveis serão apresentadas conforme a sua classificação enquanto variável Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Discreta (QTD); com a identificação da procedência da informação (prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade, cartão de pré-natal, entrevista domiciliar com a puérpera por telefone e informações do questionário de estrutura) bem como a descrição da elaboração de cada variável.

Variáveis socioeconômicas e demográficas

Idade (QLO): número de anos completos maternos após o nascimento, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: 12-19 anos; 20-34 anos; ≥ 35 anos.

Escolaridade (QLO): grau de escolaridade formal frequentado, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo e ensino superior completo ou mais.

Classe econômica ABIPEME (QLO): escore econômico da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), variável construída a partir das variáveis originais

presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal; criado a partir das questões anos de estudo do chefe da família, número de banheiros, número de rádios, geladeira, freezer, videocassete e/ou DVD, máquina de lavar, número de televisões em cores, número de carros particulares e empregada mensalista, classificada em A; B; C; D; E; agrupada em: A+B; C; D+E.

Variáveis das instituições

Localização (QLN): localização da instituição, agrupada em: interior; capital.

Fonte de pagamento (QLN): financiamento público da assistência ao parto: mulheres com assistência ao nascimento paga pelo SUS; financiamento privado da assistência ao parto: mulheres com assistência ao nascimento paga por plano de saúde ou desembolso direto. Variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: público; privado.

Referência gestante de risco (QLN): hospital ser referência para internação e parto de gestante de risco, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, agrupada em: não; sim.

Hospital Amigo da Criança (QLN): certificação da instituição como Hospital Amigo da Criança, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, agrupada em: não; sim.

Hospital Galba de Araújo (QLN): instituição reconhecida pelo prêmio Professor Galba de Araújo, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, classificada em: não; sim.

Enfermeira obstetra na instituição (QLN): existência de profissional com graduação em enfermagem e especialização/residência na área de obstetrícia que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia, variável construída a partir de informações do questionário de estrutura, agrupada em: não; sim.

Variáveis obstétricas da gestação

Gestação de risco habitual (QLN): mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, vírus da

imunodeficiência humana negativo, idade gestacional entre 37-41 semanas, gravidez única, feto em apresentação cefálica, recém-nascido com peso ao nascer entre 2.500 e 4.499g. Variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: não; sim.

Paridade (QLN): número de nascimentos anteriores independente do tipo de parto, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: primípara (0) e múltípara (≥ 1).

Cesárea prévia (QLN): história de cesárea anterior à gestação atual, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: não; sim.

Local de realização do pré-natal (QLN): local de realização da maioria das consultas de pré-natal, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: serviço público; serviço particular ou plano de saúde; serviço público e particular.

Número de consultas no pré-natal (QLO): número total de consultas realizadas no pré-natal, variável construída a partir das informações contidas no cartão de pré-natal e entrevista com a puérpera, agrupada em: menos de 6 consultas; 6 ou mais consultas.

Profissional que atendeu a maior parte das consultas de pré-natal (QLN): profissional de saúde que prestou assistência à gestante na maior parte das consultas de pré-natal, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: médico(a); enfermeiro(a).

Aconselhamento sobre o tipo de parto no pré-natal: compreensão da mulher a partir das informações fornecidas no pré-natal, sobre a segurança do tipo de parto em uma gestação sem complicações, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: parto normal é mais seguro; cesárea é mais segura; ambos são seguros; não ficou esclarecida.

Decisão pela via de parto no final da gestação (QLN): tomada de decisão pelo tipo de parto ao final da gestação, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: parto normal, cesárea, não tinha preferência.

Idade gestacional (QTD): semanas de amenorreaia no momento do nascimento, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão de pré-natal, agrupada em: 37 semanas a 38 semanas e 6 dias (gestação a termo precoce), 39 semanas a 40 semanas e 6 dias (gestação a termo completa) e 41 semanas a 41 semanas e 6 dias (gestação a termo tardio).

Variáveis relacionadas às práticas obstétricas

Tricotomia (QLN): realização da raspagem dos pelos pubianos na maternidade, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Enema (QLN): realização de lavagem intestinal antes do parto, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Acompanhante no trabalho de parto (QLN): presença do acompanhante no trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Acompanhante no nascimento (QLN): presença do acompanhante no momento do nascimento, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Acompanhante no trabalho de parto e nascimento (QLN): presença do acompanhante no trabalho de parto e/ou nascimento, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Trabalho de parto espontâneo (QLN): gestante apresentou trabalho de parto espontâneo, identificado quando havia o registro do trabalho de parto espontâneo e a dilatação cervical era ≥ 4 cm na admissão para o trabalho de parto ou gestantes sem o registro do tipo de trabalho de parto, mas que apresentavam dilatação ≥ 4 cm na admissão para o trabalho de parto espontâneo, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Indução do trabalho de parto (QLN): uso de ocitocina ou misoprostol para a indução do trabalho de parto, quando a gestante não apresentou trabalho de parto espontâneo, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe,

prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Trabalho de parto (QLN): gestante apresentou trabalho de parto, seja ele espontâneo ou induzido, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Oferta de dieta (QLN): oferecimento de líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Movimentação (QLN): movimentação durante o trabalho de parto como permanecer fora da cama e caminhar, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Métodos não farmacológicos para o alívio da dor (MNF) (QLN): uso de alguma medida não farmacológica para o alívio da dor durante o trabalho de parto (e.g. banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, outro), variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Analgesia raquiperidural (QLN): bloqueio de condução para o alívio da dor durante o trabalho de parto, e parto, seja por analgesia epidural, ou analgesia combinada (raquiperidural), variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim, não entrou em trabalho de parto.

Amniotomia (QLN): rompimento artificial das membranas após a chegada da mulher no hospital, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Cateter venoso (QLN): colocação de hidratação venosa durante o trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Ocitocina (QLN): prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim; não entrou em trabalho de parto.

Profissional que acompanhou o trabalho de parto (QLN): profissional que acompanhou a evolução do trabalho de parto a partir do registro no partograma e da descrição na evolução do trabalho de parto,

variável construída a partir de informações do prontuário, agrupada em: médico; médico, enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz; enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz; outros (parteira tradicional, auxiliar/técnico de enfermagem, estudante, outro); não entrou em trabalho de parto.

Posição de litotomia (QLN): posição ginecológica (deitada de costas com as pernas levantadas) adotada durante o segundo estágio do trabalho de parto, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não se aplica (cesárea).

Episiotomia (QLN): realização de incisão na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim; não se aplica (cesárea).

Manobra de Kristeller (QLN): aplicação de pressão no fundo do útero, (apertar ou subir na barriga para ajudar a saída do bebê), variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim; não se aplica (cesárea).

Contato pele a pele (QLN): realização de contato cutâneo direto entre mãe e bebê, logo após o nascimento e ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (descritas como colocar o bebê para mamar ou ficar com o bebê no colo logo após o nascimento), variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Mesmo profissional no pré-natal e nascimento (QLN): o profissional de saúde que acompanhou o pré-natal foi o mesmo que atendeu a gestante durante o trabalho de parto e/ou nascimento, variável construída a partir da entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Parto instrumental (QLN): parto vaginal com a utilização de algum dos instrumentos fórceps ou vácuo extrator, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Tipo de parto (QLN): maneira pela qual ocorreu o parto, variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: parto vaginal; cesárea com trabalho de parto espontâneo; cesárea com indução do trabalho de parto; cesárea eletiva.

Parto sem intervenção (QLN): a ocorrência de parto vaginal sem a realização ou a utilização de amniotomia, ocitocina, analgesia raquiperidural, fórceps, vácuo extrator ou episiotomia; variável construída a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, agrupada em: não; sim.

Variáveis relacionadas aos desfechos maternos

Respeito dos profissionais (QLN): opinião da puérpera sobre o respeito dos profissionais em relação a receber e falar com a gestante, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Privacidade do trabalho de parto e parto (QLN): opinião da puérpera sobre o respeito dos profissionais em relação à sua intimidade durante o exame físico e atendimento, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Clareza nas explicações (QLN): opinião da puérpera sobre a clareza com que os profissionais explicaram as coisas para a gestante, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Tempo disponível para fazer perguntas (QLN): opinião da puérpera sobre o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde e tratamento, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Participação nas decisões (QLN): opinião da puérpera sobre a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e parto, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Violência verbal, física ou psicológica (QLN): opinião da puérpera sobre a ocorrência de maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais de saúde como violência verbal (grito ou xingamento), violência psicológica (humilhação, negação de atendimento ou da oferta de algum tipo de alívio da dor) ou violência física (empurrões, machucados ou exame de toque de forma dolorosa),

variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não; sim.

Satisfação geral (QLN): opinião da puérpera em relação ao atendimento recebido no parto, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não (regular, ruim e péssimo); sim (excelente e bom).

Variáveis relacionadas aos desfechos neonatais

Manobras de reanimação (QLN): realização de qualquer manobra de reanimação no recém-nascido em sala de parto como o uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambú e máscara, intubação orotraqueal, massagem cardíaca ou uso de drogas, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

Internação hospitalar (QLN): internação do recém-nascido na instituição, em UTIN ou UCIN, variável construída a partir de informações no prontuário, agrupada em: não; sim.

Alta em aleitamento materno exclusivo (QLN): aleitamento materno exclusivo durante a internação hospitalar, variável construída a partir da entrevista domiciliar com a puérpera por telefone, agrupada em: não; sim.

4.2.3 Análise dos dados

As análises estatísticas foram conduzidas no *software* Stata/SE versão 13 (Stata Corp., *College Station*, Estados Unidos) e foram realizadas tendo em vista a estrutura do plano amostral e os pesos amostrais, elaborados de forma a compensar as perdas de seguimento (STATA, 2013).

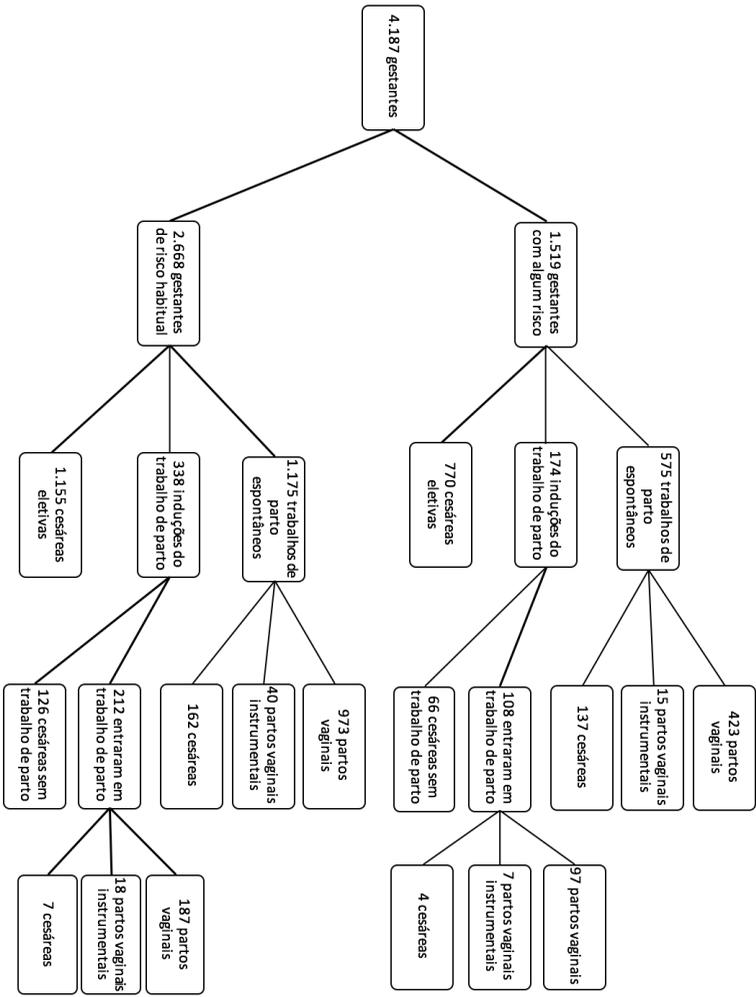
Os pesos amostrais foram calculados pelo produto dos inversos da probabilidade de inclusão em cada estágio da amostra. Este procedimento visa certificar a coerência entre as estimativas baseadas na amostra e os totais populacionais observados em fonte externa à pesquisa, uma vez que o trabalho de campo foi conduzido em 2011. O procedimento de calibração se realizou em cada estrato de seleção e os totais estimados apresentaram coerência com os totais populacionais conhecidos pelo SINASC. Os resultados finais apresentados são estimativas da população do estudo, em relação ao tamanho da amostra (VASCONCELLOS et al., 2014).

Para os pesos amostrais do seguimento telefônico foi observada uma frequência de 67,4% de respostas, nas entrevistas realizadas entre o 45º e o sexto mês após o nascimento. Em decorrência disto, modelou-se a probabilidade de resposta no seguimento, como uma função das variáveis obtidas na pesquisa de base e utilizadas para derivar ajustes de peso de não resposta, para as mulheres que responderam cada seguimento (VASCONCELLOS et al., 2014).

A análise dos dados foi elaborada a partir de três delineamentos estatísticos. O primeiro delineamento foi descritivo, com o cálculo da prevalência de cada desfecho. O segundo, consistiu-se de uma etapa analítica, com a utilização da Regressão Logística, Regressão Logística Multinomial e Regressão de Poisson, em conformidade com as variáveis elaboradas (variável qualitativa nominal [binária ou multinomial] e variável quantitativa discreta [desfecho de contagem]), nas quais foram estimadas análises brutas, ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O terceiro delineamento estatístico consistiu em uma análise exploratória, com a utilização de técnicas de agrupamento, para a identificação dos modelos de assistência obstétrica.

Na análise descritiva, as práticas obstétricas foram consideradas desfechos e suas prevalências foram estimadas em análises bivariadas, para avaliar diferenças na classificação das mulheres quanto ao risco obstétrico, ou seja, gestantes de risco habitual ou não risco habitual, com aplicação do teste de Qui-quadrado de Pearson. As seguintes práticas obstétricas foram investigadas nas mulheres que entraram em trabalho de parto: tricotomia, enema, oferta de dieta, movimentação, MNF para o alívio da dor, cateter venoso, ocitocina, amniotomia e analgesia raquiperidural. Para mulheres que tiveram parto vaginal, excluídas as mulheres com parto vaginal instrumental, as práticas investigadas foram: posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia. Para todas as mulheres foi investigada a prática do parto sem intervenção. Seguindo a análise descritiva, somente em gestantes de risco habitual, foi verificada a prevalência do desfecho tipo de parto (parto vaginal, cesárea com trabalho de parto espontâneo, cesárea com trabalho de parto induzido e cesárea eletiva), assim como a distribuição do desfecho nas variáveis de exposição investigadas. O Diagrama 1 apresenta a ordenação visual dos sujeitos investigados.

Diagrama 1 - Sujeitos investigados. Região Sul do Brasil. 2011. (N= 4.187)



O delineamento estatístico analítico, conduzido nas gestantes de risco habitual, investigou a associação entre os desfechos práticas obstétricas e as características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da formação dos profissionais de saúde que prestaram assistência durante o trabalho de parto e da presença do acompanhante. As boas práticas durante o trabalho de parto (oferta de dieta, movimentação e uso de MNF para o alívio da dor), práticas intervencionistas durante o trabalho de parto (cateter venoso, ocitocina e amniotomia) e práticas intervencionistas durante o parto (posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia) foram agrupadas e investigadas como desfecho de contagem (variável quantitativa discreta [realização de nenhuma, uma, duas ou três práticas]); foram apresentadas suas prevalências de acordo com as variáveis de exposição, seguida da investigação de associações através da Regressão de Poisson. As associações foram investigadas com estimação da Razão de Prevalência bruta, ajustada e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, nas quais o valor da Razão de Prevalência representa o incremento na realização de ao menos mais uma prática. A prática obstétrica analgesia raquiperidural não foi considerada uma boa prática, tendo em vista que pode causar efeitos adversos, nem uma prática intervencionista, por controlar efetivamente a dor no trabalho de parto (JONES et al., 2012). Esta foi a razão da investigação isolada do desfecho analgesia raquiperidural, na qual foram estimadas associações através da Regressão Logística (variável qualitativa binária), com a determinação da Odds Ratio (OR) bruta, ajustada e intervalo de confiança de 95%. Não foram investigadas associações para os desfechos tricotomia, enema e parto sem intervenção. Para o desfecho tipo de parto, a prática obstétrica da cesárea com trabalho de parto espontâneo, cesárea com indução do trabalho de parto, ou cesárea eletiva, foi investigada na comparação com as mulheres que tiveram parto vaginal, através da Regressão Logística Multinomial (variável qualitativa multinomial), com determinação da OR bruta, ajustada e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise exploratória utilizou a técnica de agrupamento não hierárquico, técnica que permite medir a distância das variáveis na busca por uma similaridade entre as observações. A análise foi realizada através do comando '*kmeans*', que utiliza um processo de iteração para a formação dos agrupamentos (cluster), com definição a priori do número de agrupamentos a serem criados. O algoritmo inicia com a determinação de um valor *k* (semente), que atua como uma média para o

início da formação dos agrupamentos. A partir do valor k , cada observação é atribuída a um grupo cuja média é mais próxima do valor de k , em seguida, com base nesta nova categorização, novas médias de cada grupo são determinadas e cada observação é novamente categorizada. Estes passos continuam até que não existam mais observações que se modifiquem, na formação dos agrupamentos (STATA, 2013).

As variáveis selecionadas para a construção do agrupamento (cluster), definido como modelo de assistência obstétrica, formaram-se a partir da proporção das práticas por hospital ($n= 46$) como: ter tido trabalho de parto, presença de acompanhante no trabalho de parto e/ou nascimento, realização de cesárea e realização de contato pele a pele logo após o nascimento.

Para alcançar um agrupamento que classificasse as observações em diferentes categorias, e que otimizasse um critério de homogeneidade interna e heterogeneidade externa, foram elaborados diversos agrupamentos. A partir da definição a priori de dois, três, quatro ou cinco categorias por agrupamento; e a definição do valor de k através de números randomizados, ou *first k* (valor de k definido pelas primeiras observações), ou ainda *last k* (valor de k definido pelas últimas observações); foram elaborados aproximadamente 20 diferentes agrupamentos. O comando '*cluster stop*' foi empregado ao final de cada um dos agrupamentos formados; ele fornece o índice de pseudo-f, cujos maiores valores indicam uma maior distinção entre os agrupamentos (STATA, 2013).

O agrupamento escolhido apresentou o maior valor de pseudo-f (45,7) e foi elaborado com valor de k a partir de um número randomizado. O agrupamento foi composto por três categorias denominadas modelo de assistência obstétrica com Boas Práticas, modelo Intervencionista I e modelo Intervencionista II. Os percentuais das variáveis de exposição (características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde na assistência ao nascimento) foram descritos em cada modelo de assistência identificado, seguido de uma etapa analítica para verificar associações entre as variáveis de desfecho (modelo de assistência obstétrica) e as variáveis de exposição, a partir da Regressão Logística Multinomial (variável qualitativa multinomial). A categoria Boas Práticas foi referência para estimar associações com as categorias dos modelos de assistência ao nascimento Intervencionista I e

II. A Regressão Logística Multinomial permitiu estimar a OR bruta e ajustada com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Uma nova etapa descritiva de análise foi realizada, ao se calcular a prevalência dos desfechos maternos e neonatais, assim como uma etapa analítica, associações entre os desfechos maternos e neonatais com os modelos de assistência obstétrica, agora considerados variáveis de exposição. Os desfechos maternos avaliados, a partir da percepção da mulher, foram: respeito dos profissionais, privacidade no trabalho de parto e parto, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas, participação nas decisões, violência (verbal, psicológica ou física) e satisfação geral com o atendimento. Os desfechos neonatais pesquisados foram a manobra de reanimação no recém-nascido, internação hospitalar e alta em aleitamento materno exclusivo. A análise multivariável consistiu na Regressão Logística, com a verificação da OR bruta e ajustada, bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Para as análises ajustadas foram considerados como fatores de confusão, os fatores de risco associados a cada desfecho de interesse, baseados na definição conceitual: 1- o fator de confusão deve ser causa do desfecho, 2- o fator de confusão deve estar associado com a exposição de interesse, 3- o fator de confusão não deve ser elo intermediário na cadeia de determinação entre a exposição e o desfecho estudados (MCNAMEE, 2005); da mesma forma que estiveram fundamentados em análises anteriores dos desfechos estudados (DAHLEN et al., 2012; COULM et al., 2009).

5 RESULTADOS

5.1 MANUSCRITO 1 - PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SUL DO BRASIL

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SUL DO BRASIL¹

Manuela Beatriz Velho²

Odaléa Maria Brüggemann³

Eleonora d'Orsi⁴

RESUMO: Este estudo objetivou descrever a prevalência de práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual e estimar os fatores associados às práticas obstétricas na Região Sul do Brasil. A partir dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil, investigou-se o problema de pesquisa na amostra de 2.668 gestantes de risco habitual. Utilizou-se a análise descritiva para verificar a prevalência das práticas obstétricas e a análise multivariável com estimação da Odds Ratio bruta e ajustada dos fatores associados às boas práticas no trabalho de parto, às práticas intervencionistas no trabalho de parto/parto e analgesia raquiperidural. A prevalência de tricotomia foi de 44,7%, enema 38,2%,

¹ Extraído da Tese “Práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil” apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Enfermeira obstetra na Unidade de Centro Obstétrico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Nota: A pesquisa Nascer no Brasil obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia de Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

cateter venoso 70,2%, ocitocina 54,6%, amniotomia 53,8%, oferta de dieta 18,0%, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor 34,0%, movimentação 63,6% e analgesia raquiperidural 7,9% no trabalho de parto. No parto, 95,0% das mulheres pariram em posição de litotomia, 32,1% foram submetidas à manobra de Kristeller e 54,7%, à episiotomia. A adoção de boas práticas e menor uso de práticas intervencionistas foram associadas ao atendimento com fonte de pagamento pública ao nascimento, hospitais Galba de Araújo e no atendimento por enfermeiro/enfermeiro obstetra no trabalho de parto. Mulheres com maior escolaridade (ORaj 11,34 IC95% 2,98-43,14) e atendidas com fonte de pagamento privada (ORaj 9,20 IC95% 3,11-27,19) tiveram maior chance na realização de analgesia raquiperidural. Na Região Sul do Brasil as gestantes de risco habitual são submetidas frequentemente a procedimentos intervencionistas, sem evidências científicas que justifiquem a adoção na rotina assistencial.

Palavras-chave: Parto. Prática Profissional. Competência Clínica. Obstetrícia. Prática Clínica Baseada em Evidências.

INTRODUÇÃO

A atenção ao parto no Brasil se caracteriza por uma assistência hospitalar (98,4%) (LAGO; LIMA, 2009), que incorpora o uso de tecnologias e procedimentos, visando à segurança das mulheres e das crianças. Os avanços tecnológicos resultaram na diminuição da morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2016). Contudo, a medicalização da assistência obstétrica transformou o evento fisiológico das mulheres engravidarem e parirem seus filhos num evento patológico e marcado pelo excesso de intervenção (MAIA, 2008). A incorporação de práticas para iniciar, corrigir, acelerar ou monitorar o progresso do trabalho de parto e nascimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), quando realizadas de rotina e aplicadas em gestações consideradas de risco habitual, não levam em conta o direito das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

O crescente avanço científico exige dos profissionais de saúde uma atualização constante, para a implementação de condutas que ofereçam a mais alta qualidade no cuidado e a garantia dos melhores resultados em saúde. No ranking das evidências científicas, as revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados

controlados, do mesmo modo que diretrizes clínicas elaboradas a partir destes estudos, apresentam os maiores níveis de evidência existentes, para a tomada de decisões em saúde. Soma-se a isto, o advento da prática baseada em evidência, que visa à integração da experiência do profissional, das melhores evidências científicas e dos valores e preferências dos sujeitos, no processo de decisão sobre o melhor cuidado e/ou tratamento a ser instituído (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010).

Nesta perspectiva, a história da assistência obstétrica revela a adoção de práticas como a realização de tricotomia e enema na admissão das mulheres para o trabalho de parto, assim como a realização de episiotomia e a posição de litotomia no período expulsivo, como práticas que foram incorporadas às rotinas hospitalares, mesmo antes da existência de comprovações sobre a efetividade ou segurança destes procedimentos. Em contrapartida, as mulheres foram privadas da liberdade de movimentação, de se alimentarem, de utilizarem métodos não farmacológicos para o alívio da dor e da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), em nome da segurança do atendimento prestado por profissionais de saúde dentro das instituições, mesmo na total ausência de evidências que contrariassem estas práticas.

No Brasil, a mais recente estratégia do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, busca modificar o cenário da assistência obstétrica por meio de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Como esforço para a qualificação do modo de nascer no Brasil, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, para a orientação de mulheres brasileiras, profissionais de saúde e gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas à assistência obstétrica (BRASIL, 2016).

Diante deste contexto, torna-se necessário compreender, à luz das evidências científicas atuais, a forma como as gestantes de risco habitual estão sendo atendidas dentro das instituições de saúde e a identificação dos fatores associados a estas práticas, tendo em vista que estudos revelaram associações entre as práticas obstétricas e características como idade, escolaridade, paridade, atuação dos profissionais de saúde e tipo de financiamento da assistência no período reprodutivo (CHALMERS et al., 2009; LEAL et al., 2014; DAHLEN et al., 2014;

ANDRADE et al., 2016; SANDALL et al., 2016). Assim sendo, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em gestantes de risco habitual e estimar os fatores associados às práticas obstétricas na Região Sul do Brasil.

MÉTODO

Para a análise das práticas obstétricas, os sujeitos foram gestantes de risco habitual provenientes da Região Sul do Brasil, a partir da pesquisa Nascer no Brasil. O delineamento do estudo original foi de base hospitalar, composto por puérperas e seus recém-nascidos, com coleta de dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. A determinação do tamanho da amostra se realizou em três estágios. O primeiro estágio se constituiu por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). No segundo estágio foi realizado um método de amostragem inversa, para alcançar o número de pelo menos sete dias de coleta de dados, em cada hospital. O terceiro estágio foi composto pelas puérperas, sendo consideradas elegíveis todas aquelas hospitalizadas por ocasião do nascimento de seus conceptos, vivos ou mortos, com peso ao nascer ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas.

A amostra em cada estrato foi calculada considerando o desfecho cesárea, estimado em 46,6% (dado referente ao ano 2007), com significância de 5% para detectar diferenças de 14% entre os tipos de serviço, poder de 95% e efeito de desenho de 1,3, resultando numa amostra mínima de 450 mulheres por estrato. A amostra nacional final foi composta por 23.894 puérperas distribuídas em 266 hospitais, com a realização de 90 entrevistas em cada hospital. O cálculo amostral do estudo nacional permite analisar desfechos com magnitude superior a 3% em cada região geográfica. Informações adicionais sobre o desenho amostral estão detalhadas em Vasconcellos e colaboradores (2014).

Para a condução da coleta de dados, entrevistas ocorreram face a face com as puérperas durante a internação hospitalar, extraíram-se dados dos prontuários da puérpera e do recém-nascido, e foram fotografados os cartões de pré-natal. Informações sobre a instituição hospitalar foram coletadas através de entrevista com o gestor do hospital (LEAL et al., 2012).

A coleta de dados na Região Sul ocorreu entre os meses de março e agosto de 2011, com uma amostra total composta por 4.187 mulheres,

das quais se classificaram 2.668 como gestantes de risco habitual. Fatores obstétricos e neonatais foram considerados como uma *proxy* do risco habitual e com potencial de excluir gestantes com outras patologias prévias e/ou gestacionais não incluídas. A identificação dos critérios de inclusão e exclusão foi baseado nos estudos de Dahlen e colaboradores (2012) e de uma análise já publicada sobre os dados nacionais da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014). Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas ao nascer, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso do recém-nascido ao nascer entre 2.500g e 4.499g. Os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes e/ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. As informações biométricas apresentaram um elevado número de perdas e por este motivo, valores de índice de massa corporal não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual.

As práticas obstétricas foram as variáveis de desfecho investigadas. Para mulheres que entraram em trabalho de parto, tendo sido ele espontâneo ou induzido, examinaram-se práticas realizadas no primeiro estágio do trabalho de parto (dilatação): tricotomia, enema, oferta de dieta (líquidos ou alimentos), movimentação, métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor (banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, outro), cateter venoso, ocitocina, amniotomia e analgesia raquioperidural. Para mulheres com parto vaginal, excluídas as mulheres submetidas ao parto instrumental (fórceps e vácuo extrator), foram investigadas práticas realizadas no segundo estágio do trabalho de parto (expulsão): posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia. E para todas as mulheres, independente do desencadeamento do trabalho de parto, averiguou-se o desfecho parto sem intervenção (parto vaginal sem as práticas amniotomia, ocitocina, analgesia raquioperidural, episiotomia e parto instrumental).

As variáveis relativas às mulheres que entraram em trabalho de parto, que tiveram parto vaginal e que foram submetidas ao parto instrumental, foram construídas a partir das variáveis originais presentes em fontes como prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido e entrevista com a puérpera na maternidade, com o objetivo de qualificar estas informações. As variáveis sobre oferta de dieta, movimentação, MNF, cateter venoso, amniotomia, posição de litotomia e manobra de Kristeller foram obtidas a partir do relato das mulheres, tendo em vista o maior número de respostas e a descrição da experiência vivenciada.

Informações sobre tricotomia, enema, ocitocina, analgesia raquiperidural e episiotomia foram extraídas dos prontuários, por não terem sido questionadas as mulheres (tricotomia e enema) ou por apresentarem maior número de registro.

As variáveis de exposição investigadas foram: características demográficas (idade), socioeconômicas, (escolaridade e classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado [ABIPEME]), obstétricas (paridade e história de cesárea prévia), da assistência pré-natal (local de realização do pré-natal), das instituições (fonte de pagamento ao nascimento, Hospital Amigo da Criança, Hospital Galba de Araújo e localização geopolítica), da atuação dos profissionais de saúde (atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal/nascimento e profissional que acompanhou o trabalho de parto) e da presença de acompanhante.

A análise descritiva apresentou a prevalência das práticas obstétricas e as diferenças nas proporções estimadas para mulheres consideradas ou não de risco habitual ($n= 4.187$), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e o teste de Qui-Quadrado de Pearson. Para a análise multivariável, considerando apenas as gestantes de risco habitual ($n= 2.668$), as práticas obstétricas foram agrupadas em boas práticas durante o trabalho de parto (oferta de dieta, movimentação e uso de MNF para o alívio da dor), práticas intervencionistas durante o trabalho de parto (cateter venoso, ocitocina e amniotomia) e práticas intervencionistas durante o parto vaginal (posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia), investigadas como variáveis quantitativas discretas (realização de nenhuma, uma, duas ou três práticas) através da Regressão de Poisson. Nesta análise foram apresentadas as prevalências de nenhuma, uma, duas ou três práticas em cada desfecho e a Razão de Prevalência encontrada representa o incremento na realização de ao menos mais uma prática em cada desfecho estudado. O desfecho analgesia raquiperidural durante o trabalho de parto não foi considerado uma boa prática, tendo em vista que pode causar efeitos adversos, nem uma prática intervencionista, por controlar efetivamente a dor no trabalho de parto (JONES et al., 2012). Esta foi a razão da investigação isolada do desfecho analgesia raquiperidural, como variável qualitativa nominal (não e sim), através da Regressão Logística. Para cada desfecho foi realizada a análise bruta, ajustada e calculados seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise ajustada considerou como fatores de confusão as variáveis: idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade e cesárea prévia; sendo suas escolhas baseadas na

definição conceitual do fator de confusão e em análises anteriores dos desfechos estudados (DAHLEN et al., 2014; COULM et al., 2012). Não foram investigadas associações com os desfechos tricotomia, enema e parto sem intervenção.

A análise de dados se realizou no *software* estatístico Stata/SE versão 13 (Stata Corp., *College Station*, Estados Unidos) e foram considerados os pesos amostrais, baseados na probabilidade inversa de inclusão na amostra (STATA, 2013). O processo de calibração foi usado em cada estrato selecionado, para assegurar que as estimativas dos totais fossem equivalentes ao número de nascimentos em hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2011. Os resultados apresentados são estimativas da população do estudo, baseados na amostra.

A Pesquisa Nascer no Brasil foi realizada segundo a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o parecer n. 92/2010. Todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (LEAL et al., 2012).

RESULTADOS

A investigação das práticas obstétricas em gestantes de risco habitual na Região Sul do Brasil direciona, primeiramente, para a avaliação da prevalência de mulheres que entraram em trabalho de parto e que tiveram parto vaginal. Do total de 2.668 gestantes de risco habitual, 1.387 desencadearam o trabalho de parto (52,0%), tendo sido ele espontâneo ou induzido com sucesso; e 1.160 evoluíram para um parto vaginal (43,5%), análise que excluiu 58 casos de parto vaginal instrumental, com uso de fórceps ou vácuo extrator (2,2%). Números que resultaram num elevado percentual de parto vaginal (83,6%), ao considerar apenas as gestantes de risco habitual que entraram em trabalho de parto (dados não apresentados nas tabelas).

A prevalência de práticas intervencionistas no trabalho de parto em gestantes de risco obstétrico habitual alcançou percentuais elevados descritos na realização de tricotomia (44,7%), enema (38,2%), na colocação de cateter venoso (70,2%), na infusão de ocitocina (54,6%) e na rotura artificial das membranas amnióticas (53,8%). O relato das mulheres permitiu identificar uma baixa prevalência de boas práticas, como a oferta de dieta (18,0%), o uso de MNF para o alívio da dor (34,0%) e a movimentação (63,6%) durante o trabalho de parto. O uso de analgesia raquiperidural ficou restrito (7,9%) e a assistência ao parto

vaginal foi marcada por práticas intervencionistas, como a adoção praticamente generalizada da posição de litotomia no período expulsivo (95,0%), a manobra de Kristeller (32,1%) e a realização de episiotomia (54,7%) (Tabela 1).

Práticas, como o uso da ocitocina (49,2%) e a realização de amniotomia (55,0%), mantiveram-se elevadas, mesmo na exclusão das mulheres com trabalho de parto induzido – uso de ocitocina ou misoprostol para mulheres admitidas com dilatação cervical <5cm – análise conduzida em gestantes de risco habitual (dados não apresentados nas tabelas).

Houve maior prevalência de boas práticas como a movimentação e o uso de MNF para o alívio da dor em gestantes de risco habitual quando comparadas às gestantes com algum risco, dados com significância estatística, assim como na realização de práticas intervencionistas como ocitocina, amniotomia e episiotomia. A prevalência do parto sem intervenção na investigação para gestantes de risco habitual foi baixa (6,0%), sem diferenças na classificação quanto ao risco obstétrico (Tabela 1).

Entre as gestantes de risco habitual, incluídas na amostra, prevalecerem mulheres com idade entre 20 e 34 anos (71,6%); com ensino fundamental e médio completos (65,2%); classe social C (52,7%); múltíparas (53,8%); acompanhadas no pré-natal pelo serviço público (62,3%); sem história de cesárea prévia (76,3%); com fonte de pagamento pública ao nascimento (74,4%); atendidas em hospitais não possuidores do título Amigo da Criança (53,2%) ou Galba de Araújo (95,6%), em instituições localizadas no interior (75,4%) e sem a continuidade no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento (66,7%). O profissional que acompanhou o trabalho de parto apresentou uma prevalência de 59,4% de mulheres atendidas por médico, 30,5% atendidas por médico e enfermeiro/enfermeiro obstetra, 5,6% por enfermeiro/enfermeiro obstetra e a categoria outros (4,6%), foram mulheres acompanhadas por parteira profissional, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, estudante e outros. Metade das mulheres teve acompanhante durante o trabalho de parto (53,4%), porém, houve menor presença para as mulheres que tiveram parto vaginal (40,3%) (dados não apresentados nas tabelas).

Tabela 1 - Prevalência de práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Região Sul do Brasil, 2011 (n= 4.187)

	Todas as mulheres		Risco habitual		Não risco habitual		Valor de p*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Para mulheres que entraram em TP (n= 2.070)							
Oferta de dieta	17,7 (12,5-24,5)	18,0 (12,4-25,2)	17,3 (11,8-24,6)				0,772
Movimentação	59,4 (52,9-65,5)	63,6 (57,1-69,5)	50,5 (42,8-58,2)				<0,001
Métodos não farmacológicos para o alívio da dor	31,5 (24,7-39,2)	34,0 (26,9-41,9)	26,4 (19,4-34,8)				0,005
Tricotomia	43,8 (32,7-55,6)	44,7 (33,1-57,0)	41,8 (30,6-53,8)				0,361
Enema	37,1 (26,3-49,4)	38,2 (26,6-51,3)	34,9 (24,3-47,2)				0,388
Cateter venoso	71,7 (66,4-76,5)	70,2 (64,3-75,5)	75,0 (67,7-81,1)				0,186
Ocitocina	52,9 (46,5-59,2)	54,6 (47,5-61,5)	49,0 (42,5-55,6)				0,049
Amniotomia	51,2 (47,1-55,2)	53,8 (49,3-58,3)	45,3 (39,4-51,5)				0,011
Analgesia raquiperidural	7,1 (3,9-12,6)	7,9 (4,1-14,6)	5,3 (3,0-9,3)				0,070
Para mulheres com parto vaginal# (n= 1.680)							
Posição de litotomia	95,0 (92,8-96,5)	95,0 (92,6-96,7)	94,9 (91,8-96,9)				0,905
Manobra de Kristeller	31,1 (26,2-36,5)	32,1 (26,3-38,5)	28,9 (23,4-35,0)				0,330
Episiotomia	52,4 (45,5-59,1)	54,7 (46,8-62,3)	47,0 (40,2-53,9)				0,031
Para todas as mulheres (n= 4.187)							
Parto sem intervenção [§]	6,2 (4,5-8,6)	6,0 (4,2-8,6)	6,6 (4,8-8,9)				0,447

* Nível de significância pelo teste de Qui-Quadrado de Pearson, na comparação entre risco habitual e não risco habitual.

Excluídas as mulheres submetidas ao parto instrumental (uso de fórceps e/ou vácuo extrator).

§ Parto vaginal sem amniotomia, ocitocina, analgesia, episiotomia e/ou parto instrumental.

TP: Trabalho de parto.

Nota: Destacados em negrito valor de p <0,05.

Na análise multivariável, a realização de boas práticas durante o trabalho de parto (oferta de dieta, movimentação e/ou o uso de MNF para o alívio da dor) apresentou maior prevalência em mulheres com idade entre 12 e 19 anos (RP= 1,17 IC95% 1,01-1,36) na comparação com mulheres entre 20 e 34 anos; com ensino fundamental completo (RP= 1,18 IC95% 1,05-1,32) ou ensino médio completo (RP= 1,26 IC95% 1,08-1,47) quando comparadas com o ensino fundamental incompleto; nas primíparas (RP= 1,24 IC95% 1,10-1,41) em relação às múltíparas; nas instituições reconhecidas pelo Prêmio Galba de Araújo (RP= 1,61 IC95% 1,25-2,06); e, no trabalho de parto acompanhado por enfermeiro/enfermeiro obstetra (RP= 1,42 IC95% 1,06-1,90) na comparação com o trabalho de parto acompanhado por médico. A prevalência de boas práticas foi menor quando as mulheres realizaram o pré-natal no serviço particular ou plano de saúde (RP= 0,81 IC95% 0,68-0,96) na comparação com o pré-natal no serviço público, e quando a fonte de pagamento do nascimento foi privada (RP= 0,75 IC95% 0,58-0,96) na comparação com fonte pública (Tabela 2).

Não foram encontradas associações entre as características socioeconômicas e demográficas (idade, escolaridade e classe econômica ABIPEME) com o desfecho práticas intervencionistas durante o trabalho de parto (cateter venoso, ocitocina e/ou amniotomia). Ocorreu maior prevalência de práticas intervencionistas no trabalho de parto em mulheres primíparas (RP= 1,13 IC95% 1,03-1,24) em relação às múltíparas, e em mulheres com história de cesárea prévia (RP= 1,17 IC95% 1,05-1,31). Mulheres atendidas em instituições com o título Hospital Galba de Araújo, foram as únicas que apresentaram menor prevalência de práticas intervencionistas no trabalho de parto (RP= 0,73 IC95% 0,64-0,82) (Tabela 3).

Tabela 2 – Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho boas práticas durante o trabalho de parto (oferta de dieta, movimentação e uso de MNF para o alívio da dor) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 1.387)

	Boas práticas durante o TP				RP bruta	RP ajustada*
	Zero (%)	Uma (%)	Duas (%)	Três (%)		
Idade						
12 a 19 anos	24,7	30,5	34,9	10,0	1,24 (1,09-1,41)	1,17 (1,01-1,36)
20 a 34 anos	35,5	31,9	24,7	7,9	Referência	Referência
35 ou mais	40,8	36,8	17,2	5,3	0,83 (0,64-1,08)	0,91 (0,69-1,18)
Escolaridade						
Ensino Fund. incompleto	38,1	33,3	24,9	3,8	Referência	Referência
Ensino Fund. completo	32,5	29,5	27,2	10,9	1,23 (1,10-1,38)	1,18 (1,05-1,32)
Ensino Médio completo	29,0	32,8	27,9	10,3	1,27 (1,07-1,49)	1,26 (1,08-1,47)
Ensino Superior completo	35,6	32,9	26,1	5,5	1,08 (0,83-1,39)	1,18 (0,89-1,57)
Paridade						
≥ 1	39,1	33,5	21,2	6,3	Referência	Referência
0	25,7	30,0	33,7	10,1	1,37 (1,22-1,53)	1,24 (1,10-1,41)
Local de realização do pré-natal						
Serviço público	31,8	31,8	27,8	8,5	Referência	Referência
Serviço particular/plano de saúde	39,4	33,0	20,0	7,6	0,85 (0,71-1,01)	0,81 (0,68-0,96)
Serviço público e particular	33,4	28,6	32,4	5,6	0,97 (0,77-1,23)	0,94 (0,75-1,18)
Cesárea prévia						
Não	32,0	31,7	27,3	8,9	Referência	Referência
Sim	42,2	33,6	21,4	2,8	0,75 (0,64-0,88)	0,88 (0,73-1,05)
Fonte de pagamento do nascimento						
Pública	32,5	31,9	27,4	8,3	Referência	Referência
Privada	42,7	32,8	17,8	6,7	0,79 (0,61-1,03)	0,75 (0,58-0,96)
Hospital Galba de Araújo						
Não	34,4	32,7	25,6	7,3	Referência	Referência
Sim	15,6	20,1	42,9	21,4	1,61 (1,22-2,11)	1,61 (1,25-2,06)
Localização						
Interior	32,5	34,2	25,5	7,9	Referência	Referência
Capital	35,7	25,2	29,9	9,2	1,04 (0,77-1,39)	1,03 (0,78-1,36)
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento						
Não	33,2	32,4	26,6	7,8	Referência	Referência
Sim	34,0	28,5	27,1	10,4	1,04 (0,87-1,26)	1,06 (0,88-1,27)
TP acompanhado por						
Médico	31,5	33,5	28,7	6,3	Referência	Referência
Médico e enfermeiro/enfermeiro obstetra	30,2	34,4	25,5	10,0	1,05 (0,83-1,33)	1,05 (0,84-1,32)
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	25,8	19,2	26,8	28,3	1,44 (1,06-1,94)	1,42 (1,06-1,90)
Outros	38,0	31,3	27,9	2,7	0,87 (0,62-1,23)	0,92 (0,67-1,26)
Presença do acompanhante TP						
Não	33,7	35,8	24,1	6,4	Referência	Referência
Sim	28,3	30,6	30,7	10,4	1,19 (0,99-1,44)	1,13 (0,93-1,38)

Nota: Mulheres que entraram em trabalho de parto. Destacados em negrito valor de $p < 0,05$.

* RP ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade e cesárea prévia.

Nível de significância do Teste de Wald.

TP: Trabalho de parto.

Tabela 3 - Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho práticas intervencionistas durante o trabalho de parto (cateter venoso, ocitocina e amniotomia) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 1.387)

	Práticas intervencionistas durante o TP					
	Zero (%)	Uma (%)	Duas (%)	Três (%)	RP bruta	RP ajustada*
Idade						
12 a 19 anos	14,4	21,8	34,5	29,4	1,06 (0,95-1,19)	1,01 (0,89-1,14)
20 a 34 anos	14,0	27,7	34,7	23,7	Referência	Referência
35 ou mais	10,9	27,8	36,7	24,6	1,04 (0,91-1,19)	1,07 (0,93-1,23)
Escolaridade						
Ensino Fund. incompleto	12,2	27,7	36,0	24,1	Referência	Referência
Ensino Fund. completo	16,2	24,5	33,6	25,8	0,98 (0,88-1,09)	0,96 (0,86-1,07)
Ensino Médio completo	13,5	26,6	34,2	25,7	1,00 (0,90-1,12)	0,96 (0,86-1,08)
Ensino Superior completo	11,7	27,2	37,3	23,9	1,01 (0,85-1,19)	0,95 (0,79-1,14)
Paridade						
≥ 1	15,5	29,5	31,8	23,2	Referência	Referência
0	11,7	22,0	38,6	27,7	1,12 (1,03-1,21)	1,13 (1,03-1,24)
Local de realização do pré-natal						
Serviço público	14,9	26,4	33,7	25,0	Referência	Referência
Serviço particular/plano de saúde	9,3	22,1	41,7	27,0	1,10 (1,01-1,20)	1,10 (0,99-1,23)
Serviço público e particular	10,5	35,3	34,6	19,5	0,97 (0,81-1,16)	0,96 (0,80-1,15)
Cesárea prévia						
Não	13,5	25,0	35,0	26,7	Referência	Referência
Sim	16,9	36,1	33,4	13,6	1,22 (1,10-1,35)	1,17 (1,05-1,31)
Fonte de pagamento do nascimento						
Pública	14,3	26,6	34,9	24,3	Referência	Referência
Privada	8,2	22,4	33,8	35,7	1,16 (1,02-1,33)	1,18 (1,00-1,39)
Hospital Galba de Araújo						
Não	13,4	25,0	35,5	26,1	Referência	Referência
Sim	20,5	44,5	24,0	11,0	0,72 (0,64-0,82)	0,73 (0,64-0,82)
Localização						
Interior	15,2	26,8	35,0	23,1	Referência	Referência
Capital	10,0	24,6	34,2	31,2	1,12 (0,96-1,32)	1,12 (0,95-1,31)
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento						
Não	13,6	26,2	34,8	25,3	Referência	Referência
Sim	15,7	26,5	34,6	23,3	0,96 (0,86-1,08)	0,95 (0,82-1,11)
TP acompanhado por						
Médico	14,4	27,6	34,6	23,5	Referência	Referência
Médico e enfermeiro/enfermeiro obstetra	12,1	18,6	35,3	34,0	1,14 (1,00-1,31)	1,15 (1,00-1,31)
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	21,9	36,9	24,2	16,7	0,81 (0,64-1,03)	0,82 (0,64-1,05)
Outros	14,3	34,9	35,0	15,8		
Presença do acompanhante TP						
Não	14,0	27,2	35,5	23,3	Referência	Referência
Sim	11,2	24,9	35,6	27,7	1,07 (0,94-1,21)	1,05 (0,93-1,17)

Nota: Mulheres que entraram em trabalho de parto. Destacados em negrito valor de $p < 0,05$.

* RP ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade e cesárea prévia.

† Nível de significância do Teste de Wald.

TP: Trabalho de parto.

No que se refere às práticas intervencionistas durante o parto vaginal (posição de litotomia, manobra de Kristeller e/ou episiotomia), a prevalência foi maior em mulheres com ensino fundamental completo (RP=1,12 IC95% 1,05-1,119) quando comparadas com ensino

fundamental incompleto; nas primíparas (RP= 1,28 IC9% 1,18-1,39) em relação às múltiparas; no atendimento com fonte de pagamento privada na assistência ao nascimento (RP=1,14 IC95% 1,01-1,28) comparado com fonte pública e no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento (RP= 1,12 IC95% 1,04-1,22). Mulheres atendidas em instituições reconhecidas pelo Prêmio Galba de Araújo tiveram menor prevalência (RP= 0,82 IC95% 0,70-0,96) de práticas intervencionistas durante o parto vaginal, assim como terem sido acompanhadas por enfermeiro/enfermeiro obstetra no trabalho de parto (RP= 0,72 IC95% 0,62-0,83) em relação ao trabalho de parto acompanhado por médico (Tabela 4).

Quanto à realização de analgesia raquiperidural, mulheres com ensino superior completo tiveram 11,34 vezes maior chance (IC95% 2,98-43,15) na comparação com ensino fundamental incompleto; 3,97 vezes maior chance (IC95% 1,35-11,73) quando o pré-natal foi realizado no serviço particular ou plano de saúde, e 2,33 vezes maior chance (IC95% 1,13-4,80) no pré-natal realizado no serviço público e particular, simultaneamente, na comparação com a maioria das consultas realizadas no serviço público. Mulheres atendidas com fonte de pagamento privada da assistência ao parto tiveram uma chance 9,20 vezes maior (IC95% 3,11-27,19) na comparação com a fonte pública; 14,26 vezes maior (IC95% 4,95-41,09%) no atendimento em instituições localizadas na capital em relação ao interior; 2,73 vezes maior chance (IC95% 1,11-6,71) na continuidade do atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento e, 3,45 vezes maior chance (IC95% 1,60-7,47) na presença do acompanhante. A mulher que foi atendida em Hospital Galba de Araújo teve menor chance de ser submetida à analgesia raquiperidural (OR= 0,19 IC95% 0,09-0,42) (Tabela 5).

Variáveis como: classe econômica materna, número de consultas no pré-natal, profissional que atendeu a maior parte das consultas no pré-natal (médico ou enfermeiro), hospital ser referência para internação e parto de gestante de risco, instituição possuir o título de Hospital Amigo da Criança e a presença da enfermeira obstetra na coordenação do serviço de enfermagem no Centro-Obstétrico, não apresentaram associação com os desfechos estudados (dados não apresentados nas tabelas).

Tabela 4 - Prevalência e razão de prevalência (RP) bruta e ajustada para o desfecho práticas intervencionistas durante o parto (posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia) segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 1.160)

	Práticas intervencionistas durante o parto				RP bruta	RP ajustada*
	Zero (%)	Uma (%)	Duas (%)	Três (%)		
Idade						
12 a 19 anos	3,1	28,8	43,0	25,1	1,06 (0,99-1,13)	0,95 (0,88-1,03)
20 a 34 anos	3,0	34,2	42,4	20,4	Referência	Referência
35 ou mais	2,5	44,8	37,7	15,1	0,92 (0,83-1,02)	1,00 (0,90-1,11)
Escolaridade						
Ensino Fund. incompleto	5,9	41,9	34,3	17,9	Referência	Referência
Ensino Fund. completo	1,1	30,3	48,1	20,5	1,15 (1,08-1,21)	1,12 (1,05-1,19)
Ensino Médio completo	1,9	30,4	41,6	26,2	1,17 (1,06-1,28)	1,11 (1,00-1,23)
Ensino Superior completo	1,5	22,3	60,4	15,9	1,16 (1,04-1,29)	1,11 (0,97-1,27)
Paridade						
≥ 1	3,8	43,3	38,8	14,1	Referência	Referência
0	1,8	19,7	47,2	31,4	1,28 (1,19-1,36)	1,28 (1,18-1,39)
Local de realização do pré-natal						
Serviço público	3,2	34,4	40,7	21,7		
Serviço particular/plano de saúde	1,9	24,2	54,1	19,8	1,06 (0,97-1,16)	1,02 (0,91-1,15)
Serviço público e particular	1,6	40,7	41,9	15,8	0,95 (0,81-1,11)	0,90 (0,76-1,06)
Cesárea prévia						
Não	2,8	33,4	42,1	21,7	Referência	Referência
Sim	4,44	35,8	43,6	16,2	0,94 (0,84-1,05)	1,06 (0,95-1,18)
Fonte de pagamento do nascimento						
Pública	3,12	35,1	41,0	20,8	Referência	Referência
Privada	0,9	14,6	58,8	25,8	1,17 (1,07-1,27)	1,14 (1,01-1,28)
Hospital Galba de Araújo						
Não	3,1	32,3	42,4	22,2	Referência	Referência
Sim	1,7	52,1	39,7	6,5	0,82 (0,71-0,95)	0,82 (0,70-0,96)
Localização						
Interior	2,8	32,2	41,0	24,0	Referência	Referência
Capital	3,5	38,0	45,8	12,8	0,90 (0,79-1,03)	0,90 (0,78-1,04)
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento						
Não	3,1	35,1	41,3	20,4	Referência	Referência
Sim	1,8	21,3	49,5	27,4	1,13 (1,04-1,23)	1,12 (1,04-1,22)
TP acompanhado por						
Médico	2,0	33,4	41,5	23,1	Referência	Referência
Médico e enfermeiro/enfermeiro obstetra	3,8	36,4	40,9	18,9	0,94 (0,83-1,07)	0,93 (0,81-1,06)
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	11,7	50,9	28,9	8,6	0,72 (0,62-0,84)	0,72 (0,62-0,83)
Outros	0,0	20,9	52,5	26,6	1,11 (0,99-1,23)	1,12 (1,01-1,23)
Presença do acompanhante no parto						
Não	3,1	34,5	38,5	23,9	Referência	Referência
Sim	2,8	32,3	47,7	17,1	0,98 (0,89-1,08)	0,93 (0,84-1,02)

Nota: Mulheres que tiveram parto vaginal, excluídas as mulheres submetidas ao parto instrumental (fôrceps e/ou vácuo extrator). Destacados em negrito valor de p <0,05.

* RP ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade e cesárea prévia.

Nível de significância do Teste de Wald.

TP: Trabalho de parto.

Tabela 5 - Prevalência e Odds ratio (OR) bruta e ajustada para o desfecho analgesia raqui-peridural durante o trabalho de parto segundo características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 1.387)

	Analgesia raqui-peridural		
	% (IC95%)	OR bruta	OR ajustada*
Idade			
12 a 19 anos	8,9 (4,3-17,4)	1,24 (0,72-2,15)	1,44 (0,58-3,55)
20 a 34 anos	7,3 (3,7-13,90)	Referência	
35 ou mais	11,0 (5,1-22,2)	1,58 (0,87-2,86)	1,84 (0,94-3,62)
Escolaridade			
Ensino Fund. incompleto	3,1 (1,3-7,5)	Referência	
Ensino Fund. completo	7,4 (2,7-19,1)	2,49 (0,81-7,64)	2,22 (0,67-7,32)
Ensino Médio completo	9,4 (4,7-17,9)	3,23 (1,24-8,36)	2,82 (0,96-8,29)
Ensino Superior completo	33,5 (19,3-51,4)	15,63 (4,92-49,64)	11,34 (2,98-43,14)
Paridade			
≥ 1	5,1 (2,9-8,8)	Referência	
0	11,6 (5,4-23,3)	2,46 (1,30-4,67)	2,06 (0,88-4,81)
Local de realização do pré-natal			
Serviço público	4,9 (1,9-11,9)	Referência	
Serviço particular/plano de saúde	23,4 (13,9-36,7)	5,98 (2,08-17,21)	3,97 (1,35-11,73)
Serviço público e particular	14,5 (5,8-31,6)	3,30 (1,73-6,31)	2,33 (1,13-4,80)
Cesárea prévia			
Não	8,2 (4,1-15,5)	Referência	
Sim	6,1 (3,1-11,6)	0,73 (0,32-1,67)	1,36 (0,66-2,81)
Fonte de pagamento do nascimento			
Pública	5,3 (2,1-12,9)	Referência	
Privada	41,1 (26,4-57,7)	12,37 (4,19-36,52)	9,20 (3,11-27,19)
Hospital Galba de Araújo			
Não	8,4 (4,3-15,5)	Referência	
Sim	1,6 (1,2-2,3)	0,18 (0,08-0,40)	0,19 (0,09-0,42)
Localização			
Interior	2,6 (1,2-5,5)	Referência	
Capital	23,5 (12,1-40,7)	11,61 (3,79-35,52)	14,26 (4,95-41,09)
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento			
Não	6,1 (2,6-13,6)	Referência	
Sim	21,6 (11,2-37,7)	4,22 (1,50-11,84)	2,73 (1,11-6,71)
TP acompanhado por			
Médico	6,4 (3,7-10,8)	Referência	
Médico e enfermeiro/enfermeiro obstetra	14,2 (5,1-33,5)	2,43 (0,72-8,23)	2,41 (0,70-8,35)
Enfermeiro/enfermeiro obstetra	1,2 (0,1-9,7)	0,17 (0,02-1,65)	0,18 (0,02-1,58)
Outros	0,0	-	-
Presença do acompanhante TP			
Não	3,0 (1,4-6,4)	Referência	
Sim	11,6 (5,6-22,5)	4,19 (1,83-9,61)	3,45 (1,60-7,47)

Nota: Mulheres que entraram em trabalho de parto. Destacados em negrito valor de $p < 0,05$.

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade e cesárea prévia.

Nível de significância do Teste de Wald.

TP: Trabalho de parto.

DISCUSSÃO

A verificação da prevalência de práticas obstétricas e fatores associados na Região Sul do Brasil permitiu identificar uma assistência obstétrica que utiliza abusivamente práticas intervencionistas, as quais não garantem benefícios clinicamente significativos (tricotomia e

enema), ou não possuem comprovação de segurança (manobra de Kristeller), ou ainda, práticas que são desaconselhadas dentro de uma rotina assistencial (amniotomia, ocitocina e episiotomia). Por outro lado, percebeu-se uma assistência obstétrica que utiliza poucas práticas comprovadamente benéficas (movimentação, MNF para o alívio da dor); ou práticas que até então não demonstram nem benefícios nem malefícios, mas que podem trazer conforto e bem-estar à mulher (oferta de dieta); ou ainda, a baixa realização de práticas que comprovam benefícios, porém estão associadas ao maior risco de complicações ou à necessidade de outras intervenções, factíveis de correção ou condução, como a posição verticalizada no período expulsivo e a analgesia raquiperidural.

Encontrou-se uma assistência obstétrica em que a metade das gestantes de risco habitual não desencadeou o trabalho de parto e a outra metade foi submetida a uma assistência excessivamente intervencionista, mas com elevado percentual de parto vaginal. A assistência foi marcada pela violência obstétrica, pronunciada na realização de procedimentos desnecessários ou danosos (TESSER et al., 2015); e influenciada pelas características socioeconômicas, obstétricas, das instituições, da atuação dos profissionais de saúde e da presença de acompanhante, com potencial tanto para beneficiar como para comprometer a saúde das mulheres.

Os dados refletem questões culturais institucionais, em rituais de limpeza identificados na realização de tricotomia perineal e enema, em quatro de cada 10 mulheres atendidas. Na institucionalização do parto, observa-se que a raspagem dos pelos pubianos ou perineais tinha como justificativa empírica para a diminuição do risco de infecção na eventualidade de uma laceração perineal ou frente à necessidade de uma episiotomia (BASEVI; LAVENDER, 2014). Já o enema se justificava pela redução nas taxas de infecção das puérperas e dos recém-nascidos (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013), na presença de excreções intestinais no período expulsivo. Ambas as práticas, quando investigadas em revisões sistemáticas, não apresentaram diferenças nas taxas de infecção das mulheres ou dos recém-nascidos. São práticas não recomendadas na rotina assistencial obstétrica, que refletem muito mais uma preferência profissional e não uma indicação clínica (BASEVI; LAVENDER, 2014; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013).

Uma assistência que mantém a restrição na oferta da dieta identificada em oito de cada 10 mulheres atendidas, justificada muitas vezes na previsão de intervenções cirúrgicas e anestésicas, tendo como

exemplo a cesárea. Diretrizes clínicas apontam que uma dieta leve e a ingestão de soluções calóricas, durante o trabalho de parto, diminuem a produção de corpos cetônicos, aumentam os níveis de glicose e insulina, além de promoverem conforto e bem-estar à mulher (BRASIL, 2016). Revisão sistemática de ensaios clínicos sobre a restrição de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto não encontrou associação com a ocorrência de cesárea, parto instrumental, ou Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013). A incidência da Síndrome de Mendelson, pneumonia química decorrente da aspiração de conteúdo estomacal durante procedimento anestésico e na ausência de fatores infecciosos, não pôde ser avaliada na revisão, por ser um evento extremamente raro (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013). Resultados que concluem a não existência de evidências benéficas ou maléficas, e que não justificam a restrição de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto.

Uma assistência que limita a liberdade de movimentação e não favorece o uso de MNF para o alívio da dor. Neste estudo, a movimentação foi caracterizada por ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto, enquanto que o uso de MNF para o alívio da dor considerou o uso de banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, entre outros. Práticas que se mesclam na avaliação de ensaios clínicos, pois objetos que favorecem a movimentação e posição verticalizada (bola, banquinho e cavalinho) foram descritos como MNF para o alívio da dor. Os resultados deste estudo mostraram que duas em cada cinco mulheres permaneceram deitadas no leito hospitalar, posição que antecede efeitos adversos sobre as contrações uterinas e que dificultam o progresso do trabalho de parto, ou que podem ocasionar a redução do fluxo sanguíneo placentário, caso seja adotada a posição de decúbito dorsal (BRASIL, 2016). Quanto aos MNF para o alívio da dor, três em cada 10 mulheres relataram utilizar pelo menos um dos MNF descritos, valores reduzidos ao considerar a massagem uma estratégia de baixo custo e fácil aplicação, pelos profissionais de saúde e/ou pelos acompanhantes.

As evidências sobre a posição materna e movimentação durante o trabalho de parto, apontam a redução na duração do trabalho de parto, menor risco de cesárea e analgesia epidural, sem o aumento de intervenções ou efeitos negativos para a mãe e o bebê (LAWRENCE et al., 2013). Na avaliação do uso de MNF para o alívio da dor, revisão sistemática aponta o banho de imersão e a massagem como estratégias que proporcionam o alívio da dor – menor proporção de mulheres

relatou intensidade da dor moderada ou severa – caracterizando-os como procedimentos não invasivos e seguros, tanto para a mãe como para o bebê (JONES et al., 2012). Resultados que reiteram a liberdade de movimentação das mulheres em trabalho de parto e a adoção da posição mais confortável (BRASIL, 2016).

Uma assistência em que metade das mulheres atendidas foi submetida à ruptura artificial das membranas e administração de ocitocina endovenosa, mesmo na exclusão das mulheres com trabalho de parto induzido. E ainda, a manutenção do cateter venoso no trabalho de parto identificada em sete de cada 10 mulheres atendidas, é uma prática que favorece a prescrição de ocitocina e que já deveria ter sido eliminada há duas décadas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Revisão sistemática de ensaios clínicos sobre a realização exclusiva de amniotomia, não encontrou diferenças na duração do trabalho de parto, taxa de cesárea, taxa de Apgar menor do que sete no quinto minuto de vida e satisfação materna (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013). Sobre o uso exclusivo da ocitocina, também não foram encontradas diferenças na taxa de cesárea ou parto instrumental, porém houve aumento na hiperestimulação uterina associada com mudanças da frequência cardíaca fetal no uso precoce *versus* o uso adiado da ocitocina, assim como uma redução na duração média do trabalho de parto (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2013). No manejo ativo do trabalho de parto, com o uso de amniotomia de rotina, ocitocina para o tratamento da falha de progressão e cuidado individualizado, não foram encontradas diferenças nas taxas de cesárea, uso de analgesia, parto instrumental e complicações maternas ou neonatais (BROWN et al., 2013).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal afirma que não deve ser realizada amniotomia de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem, associada ou não à ocitocina, pela inexistência de benefícios e o aumento de custos gerados pelo redirecionamento de recursos humanos e materiais (BRASIL, 2016). Sugere recomendações para a identificação na falha de progresso do primeiro estágio do trabalho de parto, que incluem fatores ambientais, emocionais e obstétricos, na tentativa de diminuir o uso destas intervenções. E para situações confirmadas da falha de progressão, as opções de manejo incluem a realização de amniotomia seguida da infusão de ocitocina, contudo, reitera que estas práticas diminuem a duração do trabalho de parto, mas não aumentam a chance de parto

vaginal, nem melhoram qualquer outro resultado materno ou neonatal. Sugere ainda, que quando houver indicação para o uso da ocitocina, deve ser ofertada a analgesia epidural (BRASIL, 2016).

Ainda sobre a elevada prevalência na realização de amniotomia e uso de ocitocina, os valores encontrados sugerem uma rotina hospitalar, que suscita questionamentos sobre a participação das mulheres nas decisões, de acordo com recomendações da diretriz do *National Institute for Health and Care Excellence* (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008) do Reino Unido, e os princípios da prática baseada em evidência de que as pacientes devem ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre os seus cuidados e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde. Ademais, a utilização de ocitocina durante o trabalho de parto é a medicação mais comumente associada com resultados adversos perinatais evitáveis e que foi adicionada pelo *Institute for Safe Medication Practices* – organização sem fins lucrativos localizada nos Estados Unidos – para uma pequena lista, juntamente com outros 11 medicamentos que apresentam maior risco de danos, quando utilizados de forma inadvertida (CLARK et al, 2009). Em artigo que aborda os diversos aspectos no uso da ocitocina é afirmado que não se conhece nenhuma outra área na saúde em que uma medicação potencialmente perigosa é administrada para acelerar um processo fisiológico que, se deixado à própria sorte, geralmente se completa sem incorrer no risco de administração (CLARK et al., 2009).

Estudos internacionais apontam o uso mais criterioso da ocitocina, com taxas em gestantes de risco habitual dentro de instituições hospitalares, que variaram entre 23,5% na Inglaterra (BROCKLEHURST, 2011) e 44,3% em nulíparas *versus* 28,1% em múltiparas na Austrália (TRACY et al., 2007); assim como o uso em gestação única e apresentação cefálica, com taxa de 37,3% no Canadá (CHALMERS et al., 2009). Estudos que apresentaram prevalências no uso de ocitocina muito próximas da prevalência na realização de analgesia epidural, com 30,7% na Inglaterra (BROCKLEHURST, 2011), 46,4% em nulíparas *versus* 26,8% em múltiparas na Austrália (TRACY et al., 2007) e 57,3% no Canadá (CHALMERS et al., 2009). Resultados que expressam a maior adesão na oferta de estratégias para um controle mais efetivo da dor, principalmente na vigência da administração de ocitocina.

Identificou-se uma assistência que pouco possibilita o uso de analgesia raquiperidural durante o trabalho de parto (7,92%), apesar de

garantida em Lei desde 1998, pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 1998a). Evidências acerca do uso da analgesia epidural ou raquiperidural, indicam uma redução no nível médio da dor, em medidas realizadas durante todo o trabalho de parto; ausência de diferença nas taxas globais de cesárea e no índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida; apesar da maior propensão à hipotensão, parada das contrações, parto instrumental, febre ou retenção urinária (JONES et al., 2012). A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda a discussão com as gestantes sobre os riscos e benefícios da analgesia regional (raquiperidural) antes do parto e compreende que a solicitação materna é indicação suficiente para a sua realização (BRASIL, 2016).

Uma assistência em que 9 de cada 10 mulheres pariram em posição de litotomia, resultado que sugere uma rotina institucional. A comparação de qualquer posição vertical ou lateral *versus* posição supina ou de litotomia, em revisão sistemática, encontrou menor proporção de parto instrumental, episiotomia e padrões de frequência cardíaca fetal anormal; com maior proporção nas lacerações de segundo grau ou perda estimada de sangue superior a 500ml após o nascimento (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012). Dados que apontam tanto benefícios como malefícios, mas que sugerem a liberdade de escolha da mulher sobre a posição que lhe for mais confortável no período expulsivo (BRASIL, 2016; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012), mesmo na eminência do tratamento de complicações, em posições não supinas.

Uma assistência que realiza a manobra de Kristeller em três de cada 10 mulheres atendidas e que é vista dentro das instituições, como uma tentativa de auxiliar o parto vaginal e evitar o prolongamento do período expulsivo (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009). Prática pouco investigada em ensaios clínicos, pela dificuldade na padronização da pressão manual uterina e mensuração de dados. Em revisão sistemática conduzida, foi incluído apenas um ensaio clínico sobre a pressão uterina realizada através de uma cinta inflável, e que não encontrou diferenças na taxa de parto instrumental ou nos desfechos neonatais como Apgar menor do que sete no quinto minuto de vida, baixos valores de pH no sangue arterial e internação em unidade neonatal. Houve aumento na proporção de integridade perineal e lacerações com o comprometimento do esfíncter anal (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009). Uma prática desaconselhada (BRASIL, 2016) por não existir evidências suficientes para garantir a segurança do bebê e a impossibilidade de conclusões sobre os efeitos no períneo

(VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009), mas que continuam a ser realizadas conforme o relato das mulheres, haja vista a prevalência de 1,16% encontrada nos registros em prontuário (dados não apresentados nas tabelas).

E ainda na avaliação da assistência no período expulsivo, verifica-se o paradigma dominante da episiotomia, com a realização em uma de cada duas mulheres que tiveram parto vaginal. Prática instituída sem questionamentos científicos no início do século XX (DINIZ, 2009), e números que novamente sugerem uma rotina hospitalar. Os benefícios da prática restrita de episiotomia são a menor proporção de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e complicações na cicatrização; sem diferença nas medidas de dor, trauma vaginal severo ou perineal, porém com aumento no risco de trauma perineal anterior (CARROLI; MIGNINI, 2009). Evidências que suscitam questionamentos sobre o significado do uso restrito da episiotomia. Revisão sistemática sugere metas com valores inferiores à 15% em partos vaginais espontâneos e o acompanhamento das circunstâncias que provavelmente justifiquem a sua realização (HARTMANN et al., 2005).

A prevalência de práticas obstétricas em gestantes de risco habitual na Região Sul foi dissemelhante à prevalência nacional encontrada em análise anterior (LEAL et al., 2014), e conduzida com perfil de risco próximo ao analisado neste estudo. Na amostra da Região Sul foram maiores: a prevalência de movimentação, a realização de amniotomia e o uso de ocitocina durante o trabalho de parto, e menor a prevalência de analgesia raquiperidural. A menor prevalência de amniotomia (40,7%), na amostra nacional (LEAL et al, 2014), pode ser explicada em parte, pela exclusão na análise das mulheres com ruptura das membranas anterior à hospitalização e construção da variável a partir dos dados do prontuário; e a menor prevalência de analgesia raquiperidural encontrada na Região Sul se aproxima mais de valor encontrado em estudo anterior (4,0%), conduzido no município de Pelotas/RS, em 2004 (BARROS et al., 2011). Resultados que demonstram, com exceção da movimentação no trabalho de parto, uma assistência ainda mais intervencionista na Região Sul, na comparação com os valores nacionais.

A Pesquisa Nascer no Brasil foi inovadora ao investigar a descrição dos processos e procedimentos empregados na atenção ao parto e nascimento (LEAL et al., 2014), tendo em vista a dificuldade para a confrontação dos dados numa evolução temporal, bem como das prevalências encontradas. Anterior a esta pesquisa, dados nacionais

somente haviam sido descritos na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança realizada no ano de 2006, que identificou uma ampliação do acesso aos serviços de saúde e já elevada prevalência de práticas obstétricas intervencionistas, em detrimento do uso de práticas recomendadas. Na Região Sul, as taxas encontradas anteriormente foram de 78,5% de episiotomia, 37,4% no uso de práticas para o alívio da dor que incluíram a analgesia de parto, e 19,3% na presença de acompanhante (LAGO; LIMA, 2009). Desta forma observa-se uma discreta melhora dos indicadores, mas que estão bem aquém do que recomendam as evidências.

A classificação das mulheres como gestantes de risco habitual permitiu ir além na investigação das práticas obstétricas, pela exclusão de fatores de risco que pudessem de alguma forma justificar a necessidade do uso de intervenções (LEAL et al., 2014). Sendo assim, é compreensível nos resultados deste estudo, a maior prevalência de boas práticas (movimentação e o uso de MNF) em gestantes de risco habitual, e controversa a maior prevalência de práticas intervencionistas (amniotomia, ocitocina, episiotomia). Estes resultados confirmam o uso indiscriminado de práticas que não estão sendo individualizadas, consideradas caso a caso, mas sim, práticas que perfazem o cotidiano da assistência hospitalar (LEAL et al., 2014).

Na avaliação dos fatores associados às práticas obstétricas, as características socioeconômicas e demográficas estiveram ora associadas com o conjunto de boas práticas, ora com o conjunto de práticas intervencionistas, e não determinaram um padrão de assistência. A classe social não esteve associada a nenhuma prática obstétrica; adolescentes (12 a 19 anos) tiveram maior prevalência na utilização das boas práticas; possuir ensino fundamental ou médio completos aumentou a prevalência de boas práticas; e, possuir ensino fundamental aumentou a prevalência de práticas intervencionistas durante o parto. Em contrapartida, foram as mulheres com maior escolaridade e atendidas, tanto no pré-natal como no momento do nascimento com fonte de pagamento privada, as que tiveram maior acesso à analgesia raquiperidural. A despeito dos benefícios, efeitos adversos e indicações supracitadas, a baixa prevalência de analgesia raquiperidural e a maior realização em instituições privadas e localizadas nas capitais apontam considerações sobre o acesso aos serviços de saúde que, embora garantida em Lei, não se mostram acessíveis a toda a população, ferindo o princípio de universalidade que regulariza o Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, 2011).

Entre as características obstétricas, ser primípara favoreceu a realização do conjunto de boas práticas, contudo, também determinou uma conduta mais intervencionista durante o trabalho de parto e parto. Estudos anteriores corroboram com estes achados e identificaram maior proporção na manutenção de cateter venoso (LEAL et al., 2014), manobra de Kristeller (LEAL et al., 2014), realização de episiotomia (CHALMERS et al., 2009; LEAL et al., 2014) e posição supina no período expulsivo (CHALMERS et al., 2009) em primíparas; ao mesmo tempo que uma maior proporção de práticas benéficas como alimentação, movimentação e uso de MNF para o alívio da dor (LEAL et al., 2014). Assim como as mulheres que estiveram grávidas pela primeira vez, as mulheres com história de cesárea prévia não se beneficiaram com uma assistência obstétrica baseada em evidências, e desta vez tiveram maior proporção de intervenções no trabalho de parto, com o incremento de ao menos mais uma prática intervencionista, entre elas a manutenção de cateter venoso, a realização de amniotomia ou a infusão de ocitocina.

A dualidade na assistência à saúde pública ou privada, teve impacto sobre as práticas obstétricas, com menor prevalência de boas práticas quando o pré-natal foi realizado no serviço particular ou plano de saúde, assim como na fonte de pagamento privada ao nascimento; e maior prevalência de práticas intervencionistas no parto vaginal, quando a fonte de pagamento ao nascimento foi privada. Resultados encontrados não só na assistência obstétrica brasileira, mas que apresentam a mesma tendência em países desenvolvidos. A cobertura de saúde privada aumentou a chance de intervenções obstétricas, entre elas a episiotomia, na Austrália (DAHLEN et al., 2014), França (COULM et al., 2012) e Irlanda (LUTOMSKI et al., 2014), que são em parte explicadas, pela forma como estão organizadas a assistência nas maternidades (COULM et al., 2012).

Dois características tiveram grande impacto para a atenção ao parto baseadas em evidências e aproximadas ao modelo humanizado de assistência ao nascimento, foram as instituições reconhecidas pelo prêmio Galba de Araújo e o trabalho de parto acompanhado por enfermeiro/enfermeiro obstetra. O Ministério da Saúde instituiu em 1998, o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, com o objetivo de estimular e destacar os estabelecimentos de saúde que adotam um atendimento humanizado às mulheres brasileiras e aos seus filhos, durante a gestação, parto e pós-parto (BRASIL, 1998b). Reconhecimento que se confirmou como positivo nos resultados deste

estudo, mesmo após transcorridos 10 anos do lançamento da quinta e última edição deste prêmio (BRASIL, 2006).

Já a assistência ao parto por enfermeira obstetra, estratégia também preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), embora tenha apresentado baixa prevalência como principal provedora da assistência, mostrou-se factível na contribuição para uma mudança no paradigma da assistência obstétrica brasileira. São profissionais com formação para o cuidar, que respeitam o parto como um processo fisiológico, incorporam práticas benéficas e realizam menor proporção de procedimentos intervencionistas (DIAS, DOMINGUES, 2005; VELHO, OLIVEIRA, SANTOS, 2010; VOGT et al., 2011). Contudo, quando a atuação do enfermeiro/enfermeira obstetra se deu em conjunto com os médicos durante o trabalho de parto ou quando as especialistas coordenavam o serviço de enfermagem do Centro Obstétrico, não foi verificada maior adesão às boas práticas ou redução nas práticas intervencionistas.

A iniciativa do Hospital Amigo da Criança não esteve associada com nenhuma prática obstétrica. Compreende-se aqui a sua importante contribuição para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; mas, espera-se que com a nova reformulação das diretrizes para a manutenção do título, descritas na Portaria n. 1.153, lançada em 2014, sejam impulsionadas melhorias na assistência obstétrica, a partir do critério global ‘Cuidado Amigo da Mulher’, que estimula boas práticas na atenção ao parto e nascimento, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2014).

A assistência ao nascimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento não mostrou associação no conjunto de boas práticas e colaborou com o aumento no conjunto de práticas intervencionistas no parto vaginal. Ou seja, a continuidade no atendimento implicou em maior intervenção no parto vaginal (posição de litotomia, manobra de Kristeller e/ou episiotomia). Dados em oposição aos resultados de uma revisão sistemática sobre o modelo de cuidado contínuo prestado pela *midwife* – profissionais com ensino superior e que receberam licença para realizar um conjunto definido de competências em obstetria (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014) – que resultou numa assistência com menor proporção na realização de analgesia, episiotomia e parto instrumental, assim como maior satisfação dos sujeitos envolvidos (SANDALL et al., 2016).

Durante a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto; as brasileiras possuem a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher garantida em Lei, desde 2005 (BRASIL, 2005), prática pouco respeitada pelas instituições de saúde e observada nos resultados deste estudo. Em revisão sistemática, a oferta de apoio contínuo esteve associada com benefícios clinicamente significativos, como a maior proporção de parto vaginal e menor proporção de analgesia intraparto, parto instrumental, cesárea, baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida e insatisfação (HODNETT et al., 2013).

Neste estudo, não foram encontradas associações entre a presença de acompanhante e o conjunto de boas práticas ou práticas intervencionistas no trabalho de parto e parto, mas aumentaram as chances de ocorrência da analgesia raquiepidural, resultado que direciona para a falta de preparo dos acompanhantes no provimento de apoio durante o trabalho de parto. Ensaio clínico, realizado no Brasil, não encontrou diferenças na realização de práticas obstétricas (amniotomia, ocitocina e analgesia) na presença de acompanhante de escolha da mulher, contudo descreveram maiores índices de satisfação (BRUGGEMANN et al., 2007). Cabe destacar que, na instituição estudada, havia analgesia de parto como rotina para todas as mulheres atendidas e da mesma forma, a presença do acompanhante não foi suficiente para modificar esta prática assistencial (BRUGGEMANN et al., 2007).

A atenção ao parto hospitalar a que estão sendo submetidas as gestantes de risco obstétrico habitual, na Região Sul do Brasil, é financiada pelo sistema público de saúde e realizada em sua maioria por médicos, profissionais que não garantem uma assistência baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. São valorizados os procedimentos intervencionistas e desnecessários, que potencializam a dor no trabalho de parto e que desvalorizam a fisiologia do nascimento, da mesma forma que não favorecem a adoção de estratégias efetivas para o alívio da dor ou a evolução de um trabalho de parto e parto de forma mais segura e prazerosa.

Por outro lado, chama a atenção que as mulheres acompanhadas no trabalho de parto por enfermeiro/enfermeiro obstetra, ou em instituições com o Prêmio Galba de Araújo, foram as menos submetidas às práticas intervencionistas e com maior proporção no uso das boas práticas, resultados que se aproximam das propostas do Ministério da Saúde, para a humanização da assistência e melhoria dos indicadores maternos e neonatais. Os resultados do atendimento por

enfermeiro/enfermeiro obstetra no trabalho de parto comprovam, ainda, melhores resultados quando possuem autonomia na assistência, ou seja, sem a participação de profissionais médicos na condução do trabalho de parto.

E por fim, torna-se urgente a necessidade de reestruturação da assistência obstétrica na Região Sul do Brasil, com formação e capacitação dos profissionais de saúde para adoção dos princípios da prática baseada em evidência, e maior participação de enfermeiras obstetras e obstetras no atendimento ao trabalho de parto e parto de gestantes de risco habitual. Ao se considerar a *expertise* do profissional, o uso das melhores evidências científicas disponíveis e o respeito aos valores e preferências das mulheres, que são o tripé da prática baseada em evidência, poderá ser oportunizada à mulher uma escolha informada e a redução das práticas obstétricas inadequadas na atenção ao parto.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 16, n. 1, 29-37, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>>.

BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 635-43, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>>.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 11. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236.pub2/full>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.815 de 29 de maio de 1998**. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro e analgesia de parto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mai. 1998a. Disponível em:

<<http://redesindical.com.br/abenfo/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.883 de 04 de junho de 1998**. Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun., 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. **V Prêmio Professor Galba de Araújo**. Ficha de inscrição. 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/PREMIO_GALBA_DE_ARAUJO/index.htm>.

_____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial de União, Brasília, DF, 28 mai., 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, 2016.

BROCKLEHURST, P. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, v. 343, p. 1-13, 2011. Disponível em:
<<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>.

BROWN, H. C. et al. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 9. Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004907.pub3/full>>.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reproductive Health**, v. 4. n. 5, p. 1-7, 2007. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936417>>.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/full>>.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>>.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. CLAP. Saúde da mulher e reprodutiva. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetria**. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

CHALMERS, B. et al. Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. **Birth**, v. 36, n. 1, p. 13-25, 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x/abstract;jsessionid=192DEAF31199D12AF4E9C5585A600C33.f01t03>>.

CLARK, S. L. et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. **AJOG**, v. 200, n. 1, p. 35.e1-35.e6, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808006200>>.

COULM, B. et al. Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? **Birth**, v. 39., n. 3, p. 183-191, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x/abstract>>.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ**, v. 2, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001723.full>>.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention and associated perinatal mortality and morbidity among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW (2000–2008): a linked data population-based cohort study. **BMJ**, v. 4, n. 5, p. 1-10, 2014. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004551.full>>.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>>.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em:
<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf>.

GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J.; SHEHMAR, M.. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/full>>.

HARTMANN, K. et al. Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. **JAMA**, v. 293, n. 17, p. 2141-2148, 2005. Disponível em:
<<http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4974/JCR50003.pdf>>.

HODNETT, E. D. et al.. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/full>>.

JONES, L. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>>.

LAGO, T. D. G. D.; LIMA, L. P. D. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL (Ed.). **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006** : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.: Brasília, 2009.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>>.

LEAL, M. D. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15> >.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>.

LUTOMSKI, J. E. et al. Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 13, p. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898095>>.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica, Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: A Guide to Best Practice. 2. nd. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Evidence-Based-Practice-Nursing-Healthcare-Guide/dp/1605477788>>.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE. **Antenatal care for uncomplicated pregnancies**. National Institute for Health Care Excellence. Clinical guideline. Published date: March 2008. Last updated: March 2016. Disponível em: <nice.org.uk/guidance/cg62>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2002. 40 p.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/full>>.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>>.

SMYTH, R. M.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>>.

STATA, 2013. **Stata**: release 13. Statistical software. StataCorp. 2013. College Station, TX: StataCorp LP.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>.

TRACY, S. et al. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. **Women and Birth**, v. 20, n. 2, p. 41-48, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151920700025X>>.

VASCONCELLOS, M. T. L. D. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 4, p. 652-9, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023>>.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/full>>.

VOGT, S. E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>>.

5.2 MANUSCRITO 2 - TRABALHO DE PARTO *VERSUS* CESÁREA EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL NO SUL DO BRASIL

TRABALHO DE PARTO *VERSUS* CESÁREA EM GESTANTES DE RISCO HABITUAL NO SUL DO BRASIL⁵

Manuela Beatriz Velho⁶

Odaléa Maria Brüggemann⁷

Eleonora d'Orsi⁸

RESUMO: Estudo para verificar a prevalência de trabalho de parto espontâneo, da indução do trabalho de parto e da cesárea eletiva em gestantes de risco habitual, e identificar a contribuição de cada grupo para a taxa global de cesárea; Estimar fatores associados à cesárea em gestantes de risco habitual que tiveram trabalho de parto espontâneo, naquelas submetidas à indução do trabalho de parto e em mulheres com cesárea eletiva. Com dados provenientes da Região Sul, trata-se de um estudo seccional a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo original de base hospitalar composto por puérperas e recém-nascidos. Para a amostra estudada, de 2.668 mulheres, foi realizada uma análise descritiva e multivariável através do Qui-quadrado e Regressão Logística Multinomial. Os resultados mostraram a prevalência do

⁵ Extraído da Tese “Práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil” apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

⁶ Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Enfermeira obstetra na Unidade de Centro Obstétrico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁷ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁸ Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Nota: A pesquisa Nascer no Brasil obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia de Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

trabalho de parto espontâneo (48,0%), indução do trabalho de parto (14,0%) e a prevalência da cesárea no trabalho de parto espontâneo (6,9%), na indução do trabalho de parto (5,6%) e cesárea eletiva (38,0%); frequências que contribuíram para uma taxa global de 50,5% de cesárea. Características obstétricas como primiparidade e história de cesárea prévia estiveram associadas à cesárea, independente do trabalho de parto. A cesárea eletiva esteve associada com idade ≥ 35 anos (ORaj 5,45 IC95% 3,16-9,39), classe social AB (ORaj 3,10 IC95%1,92-4,99), gestação entre 37 e 38 semanas (ORaj 1,65 IC95%1,22-2,24), mesmo profissional no pré-natal e nascimento (ORaj 13,83 IC95% 8,85-21,61) e fonte de pagamento privada ao nascimento (ORaj 11,50 IC95%6,64-19,93). Os resultados apontam, para gestantes de risco habitual no Sul do Brasil, uma elevada taxa de cesárea eletiva e fatores socioeconômicos, demográficos, obstétricos, pré-natais, profissionais ou institucionais que não a justificam.

Palavras-Chave: Trabalho de Parto. Trabalho de Parto Induzido. Cesárea. Risco Aceitável.

INTRODUÇÃO

Observa-se nas últimas décadas uma epidemia global de cesárea, caracterizada pelo crescimento avançado, em diversos países, das taxas nacionais. Entre os anos de 1987 e 2007, países desenvolvidos registraram um acréscimo de 48,9% na sua realização, com sinais de uma desaceleração ou mesmo a estabilização das taxas, nos últimos anos pesquisados (DECLERQ et al., 2011). Ao analisar a situação do Brasil, a evolução temporal das taxas de cesárea evidencia uma curva ainda ascendente, além de uma das maiores taxas de cesárea encontradas do mundo (BÉTRAN et al., 2007). Na década de 70, os primeiros registros foram de 15,0% na realização de cesáreas, com elevação das taxas até 40,2% na década de 90, período em que se registrou um leve declínio, 36,9% no ano de 1999, e que, posteriormente, manteve ascensão e atingiu o seu ápice em 2014, com 57,0% de cesárea entre os nascidos vivos (BRASIL, 2014a, 2017b; VICTORA et al., 2011).

Um consenso amplamente aceito na literatura, proclamado em 1985 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de que não existem justificativas para taxas de cesárea maiores do que 10% ou 15%, frente aos países com as menores taxas de mortalidade materna e perinatal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Fato confirmado em

estudo ecológico, com dados provenientes de países desenvolvidos em três décadas de estudo, na avaliação da mortalidade materna e perinatal, em análise ajustada de acordo com o Produto Interno Bruto per capita e o Índice de Desenvolvimento Humano. O estudo concluiu que as taxas de cesárea para a inflexão na curva de mortalidade materna são próximas de 15%, enquanto que para a mortalidade perinatal são próximas de 10% (YE et al., 2014).

Diversos são os fatores que contribuíram para o aumento na realização de cesáreas. Os avanços nas técnicas cirúrgicas, de anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, tornaram este procedimento técnico bastante seguro (BRASIL, 2001). Fatores clínicos, demográficos, socioeconômicos e relacionados à estrutura dos serviços de saúde, têm sido extensivamente estudados. Na realidade brasileira, estudos mostraram associação na realização de cesárea com idade, escolaridade, classe social, número de consultas no pré-natal, idade gestacional, dilatação cervical no momento da admissão para o trabalho de parto, paridade, história de cesárea prévia, horário de nascimento, atendimento pelo mesmo profissional no pré-natal e nascimento, e em hospitais com o financiamento particular da assistência (BÉHAGUE, VICTORA; BARROS, 2002; BARROS et al., 2011; d'ORSI et al., 2006; GOMES et al., 1999; FREITAS et al., 2005; RIBEIRO et al., 2007; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

A atribuição das elevadas taxas de cesárea pelas instituições, tendo em vista o atendimento de mulheres com características demográficas e obstétricas de risco aumentado, foram refutadas em estudo realizado na União Europeia (BRAGG et al., 2010). A solicitação de cesárea pelas mulheres, como atribuição às elevadas taxas, também não encontrou respaldo em estudos anteriores. Revisão sistemática de estudos observacionais identificou uma preferência global pela cesárea, de apenas 15,6% das mulheres. E apesar da análise multivariável ter identificado um maior impacto na preferência pela cesárea, em países de média renda quando comparados com países de alta renda, observou-se na América Latina que uma em cada cinco mulheres se declararam a favor da cesárea (MAZZONI et al., 2012).

No Brasil, políticas e programas públicos envidam esforços para o incentivo ao parto normal, na tentativa de controle do avanço indiscriminado, no uso da tecnologia cirúrgica. Suas estratégias têm sido amplas e envolvem desde mulheres, profissionais e instituições de saúde, assim como, instâncias administrativas públicas e privadas. Algumas das estratégias instituídas foram: a inclusão do pagamento da

analgésia de parto e da assistência prestada por enfermeiro obstetra ao parto normal sem distocia (BRASIL, 1998a); a determinação de uma remuneração máxima no percentual de cesáreas, em relação ao total de partos por hospital (BRASIL, 1998b); a implementação do Prêmio Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento da humanização da assistência no atendimento obstétrico e neonatal (BRASIL, 1998c); a instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com garantias ao atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2001); e a certificação dos hospitais com o título de Amigo da Criança (BRASIL, 2014b), que incluem ações de apoio e boas práticas durante ao parto normal. No Setor de Saúde Suplementar foram elaboradas estratégias para o desenvolvimento e implementação de modelos de atenção ao parto alternativo aos modelos vigentes (BRASIL, 2008), ao considerar que as instituições de saúde particulares possuem a maior prevalência de cesárea (80,8%) na realidade brasileira (LAGO; LIMA, 2009).

Diretrizes clínicas reconhecem a gravidez como um processo fisiológico e, como tal, qualquer intervenção oferecida deve ter benefícios comprovados e ter sido aceita pelas mulheres grávidas (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008). Sendo assim, a admissão das mulheres para a assistência ao parto e nascimento deve garantir uma assistência baseada em evidências, que resultem em avanços na melhoria da saúde, da segurança, dos custos e dos resultados, incluindo a diminuição da morbidade e mortalidade dos sujeitos envolvidos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010).

O desenvolvimento deste estudo para identificar os fatores associados à realização de cesáreas em gestantes classificadas como de risco habitual, na Região Sul do Brasil, fundamenta-se na hipótese de que são encontradas diferentes associações na relação entre as características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, com a realização de cesáreas em mulheres que tiveram trabalho de parto espontâneo, em mulheres submetidas à indução do trabalho de parto e em mulheres que realizaram cesárea eletiva. Sendo assim, os objetivos deste estudo foram: Verificar a prevalência de trabalho de parto espontâneo, da indução do trabalho de parto e da cesárea eletiva em gestantes de risco habitual, e identificar a contribuição de cada grupo para a taxa global de cesárea; Estimar fatores associados à cesárea em gestantes de risco habitual que tiveram trabalho de parto espontâneo,

naquelas submetidas à indução do trabalho de parto e em mulheres com cesárea eletiva.

MÉTODO

A Pesquisa Nascido no Brasil se caracterizou como um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos. Participaram da pesquisa todas as puérperas hospitalizadas por ocasião do nascimento de seus conceptos, vivos ou mortos, com peso ao nascer ≥ 500 g e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas. O primeiro estágio para determinação do tamanho da amostra considerou elegíveis todos os hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, conforme referência do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Os hospitais foram estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (público, misto e privado). No segundo estágio para determinação do tamanho da amostra, um método de amostragem inversa foi realizado, com o intuito de alcançar o número de pelo menos sete dias de coleta de dados, em cada hospital (VASCONCELLOS et al., 2014).

A frequência de 46,6% no desfecho cesárea (dado referente ao ano 2007) foi considerada para o cálculo da amostra em cada estrato, com significância de 5% para detectar diferenças de 14% entre os tipos de serviço, poder de 95% e efeito de desenho de 1,3, resultando numa amostra mínima de 450 mulheres por estrato. A amostra final nacional foi composta por 23.894 mulheres distribuídas em 266 hospitais, com a realização de 90 entrevistas por hospital. O cálculo amostral do estudo nacional permite analisar desfechos com magnitude superior a 3% em cada região geográfica. Maiores informações acerca do desenho amostral estão detalhadas em Vasconcellos e colaboradores (2014).

Foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas, após um período de seis horas do nascimento; dados foram extraídos dos prontuários da puérpera e do recém-nascido; cartões de pré-natal foram fotografados. Acrescido a isso, informações sobre a instituição hospitalar foram coletadas através de entrevista com o gestor do hospital (LEAL et al., 2012).

Neste estudo, foram analisados os dados de mulheres classificadas como gestantes de risco habitual, provenientes da Região Sul do Brasil, com coleta de dados entre março e agosto de 2011. Fatores obstétricos e neonatais foram considerados para determinar uma *proxy* do risco habitual, com potencial para excluir gestantes com outras

patologias prévias e/ou gestacionais não inclusas. A identificação dos critérios de inclusão e exclusão foi baseado nos estudos de Dahlen e colaboradores (2012) e de uma análise já publicada sobre os dados nacionais da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014). Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas ao nascer, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. Os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e vírus da imunodeficiência humana positivo. As informações biométricas apresentaram um elevado número de perdas e por este motivo, valores de índice de massa corporal não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual.

A Região Sul do Brasil foi composta por 4.187 mulheres, distribuídas em 46 instituições, das quais 2.668 foram classificadas como gestantes de risco habitual. Na análise foram verificadas as prevalências de mulheres que tiveram trabalho de parto espontâneo, mulheres submetidas à indução do trabalho de parto e com cesárea eletiva, assim como, a proporção de cesárea em cada grupo de mulheres e suas respectivas contribuições para a taxa global de cesárea. Realizou-se uma análise descritiva do desfecho tipo de parto (parto vaginal, cesárea com trabalho de parto espontâneo, cesárea com indução do trabalho de parto e cesárea eletiva) segundo a distribuição das características socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde. Em seguida, fez-se uma análise multivariável do desfecho cesárea com trabalho de parto espontâneo, cesárea com trabalho de parto induzido ou cesárea eletiva, na comparação com o desfecho parto vaginal, para identificação de associações com as mesmas características investigadas na análise descritiva. Foi estimada a Odds Ratio bruta e ajustada, bem como seus respectivos intervalos de confiança de 95%; produto de uma Regressão Logística Multinomial. A análise ajustada considerou como fatores de confusão a idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade, idade gestacional ao nascimento e história de cesárea prévia. Os fatores de confusão foram determinados a partir da definição conceitual e com base em estudos anteriores sobre o desfecho (BÉHAGUE, VICTORA; BARROS, 2002; BARROS et al., 2011; d'ORSI et al., 2006; GOMES et al., 1999; FREITAS et al., 2005; RIBEIRO et al., 2007; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Para a construção das variáveis foram utilizadas diferentes fontes. Variáveis construídas a partir do prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, entrevista com a puérpera na maternidade e cartão do pré-natal: cesárea, trabalho de parto espontâneo, indução do trabalho de parto, idade, escolaridade, classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), paridade, idade gestacional, número de consultas no pré-natal, história de cesárea prévia e fonte de pagamento do nascimento. Variáveis construídas a partir da entrevista com a puérpera na maternidade: local de realização do pré-natal e atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento. Construídas a partir de informações do questionário de estrutura: hospital Amigo da Criança, hospital Galba de Araújo, hospital ser referência para o parto de gestante de risco e presença de enfermeira obstetra na coordenação do serviço de enfermagem do Centro-Obstétrico. E variável construída a partir da localização geopolítica.

A análise de dados foi realizada no *software* estatístico Stata/SE versão 13 (Stata Corp., *College Station*, Estados Unidos) (STATA, 2013) e foram considerados os pesos amostrais, baseados na probabilidade inversa de inclusão na amostra. O processo de calibração foi usado em cada estrato selecionado para assegurar que as estimativas dos totais fossem equivalentes ao número de nascimentos em hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2011. Os resultados apresentados são estimativas da população do estudo, baseados na amostra.

A Pesquisa Nascer no Brasil obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, sob o Parecer n. 92/2010. Antes de cada entrevista, foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação das puérperas e do gestor do hospital.

RESULTADOS

Aproximadamente metade (48,0%) das mulheres de risco habitual apresentou trabalho de parto espontâneo, com a prática da indução do trabalho de parto realizada em uma de cada sete mulheres atendidas (14,0%) e mais de um terço das mulheres foi submetida à cesárea eletiva (38,0%). A contribuição na realização da cesárea segundo o grupo de mulheres com trabalho de parto espontâneo (6,9%), com indução do trabalho de parto (5,6%) e cesárea eletiva (38,0%), apresentou diferença

estatisticamente significativa para a taxa global de cesárea (50,5%), que atingiu uma em cada duas mulheres atendidas (Tabela 1).

Tabela 1 - Trabalho de parto espontâneo, indução do trabalho de parto, e cesárea eletiva em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 2.668)

	Taxa global de cesárea 50,5% (IC95% 44,0-56,9)		
	Prevalência % (IC95%)	Proporção de cesárea % (IC95%)	Contribuição para a taxa global de cesárea % (IC95%)
TP espontâneo	48,0 (42,2-53,8)	14,3 (11,2-18,1)	6,9 (5,3-8,9)
Indução do TP	14,0 (11,3-17,3)	40,0 (31,8-48,9)	5,6 (4,1-7,6)
Cesárea eletiva	38,0 (31,3-45,1)	100,0	38,0 (31,3-45,1)

TP: Trabalho de parto.

Por conseguinte, a análise descritiva do desfecho tipo de parto segundo as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas avaliadas, apresentou as maiores prevalências na cesárea eletiva. Prevalências que ultrapassaram mais da metade das mulheres atendidas com idade ≥ 35 anos (55,4%); com ensino superior completo (72,1%); que pertenciam a uma classe social mais favorecida, classe A/B (56,8%), ou com história de cesárea prévia (69,2%). A prevalência da cesárea eletiva em mulheres primíparas (38,9%) bem como com idade gestacional entre 37 e 38 semanas (47,4%), também foram elevadas na amostra. Todas estas características investigadas apresentaram diferença estatisticamente significativa, com as menores prevalências de cesárea encontradas em mulheres com trabalho de parto espontâneo, ou induzido (Tabela 2).

A chance de cesárea comparada ao parto vaginal de acordo com o início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido) se mostrou associada às variáveis obstétricas: primiparidade e história de cesárea prévia. No entanto, quando investigadas associações da cesárea eletiva na comparação com o parto vaginal, além das características obstétricas, as características demográficas e socioeconômicas também apresentaram associação (Tabela 3).

Tabela 2 - Prevalência do desfecho parto vaginal e cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido ou realizada de forma eletiva segundo as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 2.668)

	Total % (IC95%)	Parto vaginal % (IC95%)	Cesárea TP espontâneo % (IC95%)	Cesárea TP induzido % (IC95%)	Cesárea eletiva % (IC95%)
Idade					
12 a 19 anos	17,8 (15,4-20,6)	66,6 (58,3-73,9)	9,9 (5,8-16,4)	7,0 (4,2-11,5)	16,5 (11,9-22,4)
20 a 34 anos	71,6 (69,2-74,0)	48,1 (41,6-54,6)	5,9 (4,6-7,5)	5,3 (3,9-7,2)	40,7 (34,0-47,9)
35 ou mais	10,6 (9,0-12,3)	30,9 (23,1-39,9)	8,4 (4,3-15,8)	5,3 (1,5-17,2)	55,4 (45,4-64,9)
Escolaridade					
Fund. incomp.	23,3 (19,8-27,2)	67,5 (61,5-72,9)	7,8 (4,7-12,8)	4,6 (3,2-6,5)	20,1 (15,8-25,4)
Fund comp.	27,5 (24,8-30,4)	60,2 (53,7-66,4)	6,0 (3,7-9,7)	8,0 (4,8-13,2)	25,8 (20,2-32,2)
Médio comp.	37,7 (34,4-41,0)	40,2 (33,2-47,7)	7,3 (5,3-10,0)	5,1 (3,5-7,5)	47,3 (39,1-55,7)
Super. comp.	11,5 (8,4-15,5)	18,6 (13,4-25,3)	5,6 (3,6-8,4)	3,7 (1,9-7,3)	72,1 (64,3-78,8)
Classe ABIPEME					
D/E	9,0 (7,2-11,2)	68,9 (62,1-75,1)	9,1 (4,4-17,6)	5,9 (3,3-10,5)	16,1 (11,5-22,1)
C	52,7 (48,7-56,7)	58,2 (51,5-64,6)	6,6 (5,0-8,8)	7,2 (4,9-10,4)	28,0 (22,5-34,2)
A/B	38,3 (33,4-43,5)	33,0 (26,4-40,3)	6,7 (4,6-9,7)	3,5 (2,1-5,7)	56,8 (48,4-64,8)
Paridade					
≥ 1	53,8 (50,8-56,7)	53,4 (47,3-59,4)	6,3 (4,7-8,5)	3,1 (2,0-4,7)	37,2 (30,8-44,1)
0	46,3 (43,3-49,2)	45,1 (37,8-52,5)	7,5 (5,4-10,2)	8,6 (6,1-11,9)	38,9 (31,3-47,1)
IG					
37 a 38 semanas	37,7 (34,2-41,4)	42,7 (35,2-50,5)	6,7 (4,5-9,6)	3,2 (2,1-5,1)	47,4 (39,1-55,9)
39 a 40 semanas	52,7 (50,0-55,3)	53,7 (47,1-60,2)	7,0 (5,1-9,5)	5,4 (3,9-7,5)	33,9 (27,5-41,0)
41 semanas	9,6 (9,6-11,6)	53,7 (44,3-62,9)	7,1 (3,5-14,0)	16,1 (9,7-25,6)	23,0 (16,8-30,8)
Cesárea prévia					
Não	76,3 (73,7-78,6)	59,2 (52,3-65,7)	5,8 (4,4-7,6)	6,8 (4,9-9,3)	28,3 (22,0-35,5)
Sim	23,7 (21,4-26,3)	18,7 (13,9-24,6)	10,3 (7,3-14,3)	1,9 (0,9-3,9)	69,2 (61,0-76,3)

TP: Trabalho de parto

Tabela 3 - Relação entre cesárea (cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido, ou realizada de forma eletiva) e parto vaginal segundo as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011 (n=2.668)

Idade	Cesárea TP espontâneo			Cesárea TP Induzido			Cesárea eletiva		
	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*
12 a 19 anos	Referência			Referência			Referência		
20 a 34 anos	0,82 (0,45-1,51)	0,68 (0,35-1,33)	0,252	1,04 (0,58-1,88)	1,75 (0,83-3,69)	0,135	3,42 (2,60-4,51)	2,06 (1,46-2,89)	<0,001
35 ou mais	1,83 (0,72-4,63)	1,94 (0,59-6,34)	0,268	1,63 (0,37-7,10)	3,73 (0,82-16,95)	0,087	7,23 (4,55-11,49)	5,45 (3,16-9,39)	<0,001
Escolaridade									
Fund. incomp.	Referência			Referência			Referência		
Fund comp.	0,86 (0,41-1,81)	0,82 (0,41-1,67)	0,581	1,97 (1,13-3,45)	1,51 (0,95-2,42)	0,080	1,43 (1,10-1,87)	1,23 (0,89-1,70)	0,197
Médio comp.	1,56 (0,88-2,77)	1,56 (0,87-2,79)	0,132	1,89 (1,30-2,74)	1,28 (0,84-1,95)	0,249	3,94 (2,73-5,68)	2,50 (1,65-3,79)	<0,001
Super. comp.	2,57 (1,19-5,58)	1,80 (0,70-4,66)	0,219	2,96 (1,40-6,24)	2,13 (0,94-4,82)	0,069	12,96 (8,08-20,78)	4,44 (2,55-7,74)	<0,001
Classe ABIPME									
D/E	Referência			Referência			Referência		
C	0,87 (0,45-1,68)	0,91 (0,45-1,82)	0,783	1,43 (0,76-2,70)	1,18 (0,59-2,36)	0,642	2,06 (1,43-2,98)	1,63 (1,03-2,58)	0,037
A/B	1,55 (0,75-3,21)	1,28 (0,61-2,67)	0,506	1,23 (0,53-2,86)	0,81 (0,30-2,17)	0,675	7,38 (4,72-11,55)	3,10 (1,92-4,99)	<0,001
Paridade									
≥ 1	Referência			Referência			Referência		
0	1,40 (0,98-2,01)	3,95 (2,08-7,48)	<0,001	3,29 (2,18-4,96)	4,46 (2,47-8,06)	<0,001	1,24 (1,01-1,52)	6,21 (4,07-9,48)	<0,001
IG									
37 a 38 semanas	1,20 (0,72-2,00)	1,23 (0,70-2,16)	0,466	0,75 (0,49-1,13)	0,79 (0,51-1,21)	0,266	1,76 (1,40-2,21)	1,65 (1,22-2,24)	0,002
39 a 40 semanas	Referência			Referência			Referência		
41 semanas	1,02 (0,49-2,12)	1,16 (0,54-2,48)	0,705	2,97 (1,67-5,29)	2,69 (1,64-4,40)	<0,001	0,68 (0,44-1,06)	0,85 (0,52-1,39)	0,517
Cesárea prévia									
Sim	Referência			Referência			Referência		
Não	5,59 (3,92-7,99)	14,83 (8,44-26,06)	<0,001	0,88 (0,44-1,75)	2,10 (0,99-4,45)	0,054	7,76 (5,60-10,74)	25,89 (16,02-41,83)	<0,001

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPME, paridade, idade gestacional ao nascimento e história de cesárea prévia.

Nível de significância pelo Teste de Wald.

Nota: Destacados em negrito valor de p <0,05.

TP: Trabalho de parto

A cesárea eletiva foi mais comum nas mulheres com história de cesárea prévia (OR 25,89 IC95% 16,02 a 41,83) na comparação com mulheres sem história de cesárea prévia; em primíparas (OR 6,21 IC95% 4,07 a 9,48) comparadas às múltíparas; em mulheres com idade \geq a 35 anos (OR 5,45 IC95% 3,16 a 9,39) e entre 20-34 anos (OR 2,06 IC95% 1,46 a 2,89) na comparação com mulheres entre 12 e 19 anos; no superior completo (OR 4,44 IC95% 2,55 a 7,74) ou ensino médio completo (OR 2,50 IC95% 1,65 a 3,79) em relação ao ensino fundamental incompleto; em mulheres pertencentes à classe social A/B (OR 3,10 IC95% 1,92 a 4,99) e C (OR 1,63 IC95% 1,03 a 2,58) quando comparadas à classe social D/E; e, nas gestações entre 37 e 38 semanas (OR 1,65 IC95% 1,22 a 2,24) na comparação com gestações entre 39 e 40 semanas (Tabela 3).

Entre as características da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, a análise descritiva também apresentou diferença significativa no desfecho tipo de parto. A prevalência da cesárea eletiva ultrapassou em mais de 70% quando as mulheres fizeram o pré-natal no serviço de saúde particular, ou com plano de saúde (71,1%); com fonte de pagamento privada ao nascimento (81,0%) e atendidas pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento (76,4%). De igual modo, todas estas características apresentaram menor frequência, quando as cesáreas foram avaliadas no trabalho de parto espontâneo, ou induzido. Na avaliação da cesárea eletiva, as características institucionais que apresentaram as menores prevalências foram os hospitais com o título de Amigo da Criança (22,2%) e as instituições reconhecidas com o prêmio Professor Galba de Araújo (14,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência do desfecho parto vaginal e cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido, ou realizada de forma eletiva segundo e as características da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011 (n = 2.668)

	Total % (IC95%)	Parto vaginal % (IC95%)	Cesárea TP espontâneo % (IC95%)	Cesárea TP induzido % (IC95%)	Cesárea eletiva % (IC95%)
Local do pré-natal					
Público	62,3 (54,1-69,8)	65,3 (60,0-70,3)	7,7 (5,6-10,5)	6,8 (4,7-9,7)	20,2 (16,3-24,7)
Particular/plano de saúde	33,6 (26,2-41,9)	20,6 (15,8-26,4)	4,8 (3,3-7,0)	3,5 (2,2-5,5)	71,1 (64,0-77,4)
Público e particular	4,2 (3,2-5,4)	44,0 (31,3-57,6)	10,3 (5,5-18,3)	4,1 (1,5-10,5)	41,7 (31,4-52,8)
Número de consultas no pré-natal					
< 6 consultas	20,8 (17,5-24,5)	63,3 (58,0-68,4)	8,4 (4,8-14,2)	3,8 (2,3-6,2)	24,5 (19,2-30,5)
6 consultas ou mais	79,2 (75,5-82,5)	45,8 (38,7-53,1)	6,5 (5,1-8,2)	6,2 (4,4-8,5)	41,6 (34,2-49,4)
Fonte de pagamento do nascimento					
Pública	74,4 (64,0-82,6)	61,9 (56,4-67,2)	7,9 (5,9-10,6)	7,0 (5,1-9,5)	23,2 (18,9-28,1)
Privada	25,6 (17,4-36,0)	13,5 (9,8-18,3)	3,8 (2,4-5,8)	1,7 (0,8-3,5)	81,0 (75,9-85,3)
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento					
Não	66,7 (58,3-74,2)	66,3 (61,1-71,1)	7,8 (5,9-10,4)	7,0 (5,1-9,7)	18,8 (15,1-23,2)
Sim	33,3 (25,8-41,7)	15,9 (11,9-20,9)	4,9 (2,9-8,1)	2,8 (1,5-5,2)	76,4 (70,2-81,6)
Amigo da Criança					
Não	53,2 (37,4-68,3)	36,0 (28,4-44,4)	7,9 (5,4-11,4)	4,3 (2,5-7,3)	51,8 (42,2-61,3)
Sim	46,8 (31,7-62,6)	64,9 (57,9-71,4)	5,7 (4,3-7,6)	7,2 (5,1-10,0)	22,2 (16,7-29,0)
Galinha de Araujo					
Não	95,6 (82,7-99,0)	48,4 (41,9-54,9)	7,0 (5,3-9,1)	5,6 (4,0-7,7)	39,0 (32,3-46,3)
Sim	4,4 (1,0-17,4)	75,0 (63,1-84,0)	3,8 (3,2-4,6)	6,5 (2,9-14,0)	14,7 (4,5-39,0)
Localização					
Interior	75,4 (61,0-85,7)	48,9 (41,9-55,8)	7,2 (5,2-9,8)	5,9 (4,0-8,5)	38,1 (31,1-45,7)
Capital	24,6 (14,3-39,0)	51,7 (37,0-66,2)	6,0 (4,1-8,6)	4,9 (3,2-7,4)	37,5 (22,5-55,2)
Referência gestante de risco					
Não	52,3 (36,6-67,6)	44,4 (34,5-54,7)	6,2 (4,1-9,3)	3,6 (2,2-5,8)	45,9 (35,0-57,2)
Sim	47,7 (32,4-63,4)	55,2 (47,3-62,9)	7,6 (5,4-10,6)	7,9 (5,5-11,1)	29,3 (22,4-37,3)
Enfermeira obstetra na instituição					
Não	56,0 (40,1-70,8)	44,1 (36,3-52,2)	5,7 (4,3-7,5)	6,3 (4,1-9,5)	43,9 (35,3-52,9)
Sim	44,0 (29,2-60,0)	56,5 (46,5-66,0)	8,3 (5,5-12,6)	4,8 (3,2-7,1)	30,4 (21,1-41,6)

TP: Trabalho de parto

Na análise multivariável não foram encontradas associações com as características do pré-natal, nas cesáreas realizadas no trabalho de parto espontâneo ou induzido, na comparação com o parto vaginal. A chance de cesárea com trabalho de parto espontâneo foi 2,46 vezes maior (IC95% 1,33 a 4,55) quando realizado pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento. Na cesárea eletiva, associações positivas na análise multivariável foram encontradas na realização do pré-natal em serviço particular/plano de saúde (OR 7,39 IC95% 4,81 a 11,36), ou no serviço particular e público simultaneamente (OR 2,20 IC95% 1,16 a 4,16), na comparação com pré-natal no serviço público; na realização de seis consultas ou mais no pré-natal (OR 1,49 IC95% 1,07 a 2,08), quando comparada com menos de seis consultas; com fonte de pagamento privada (ORaj 11,50 IC95% 6,64-19,93), na comparação com fonte pública de pagamento ao nascimento; e pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento (OR 13,83 IC95% 8,85 a 21,61) (Tabela 5).

As características institucionais, como possuir o título de Hospital Amigo da Criança ou o prêmio Professor Galba de Araújo, mantiveram associação na análise ajustada, como fator de proteção para a realização da cesárea no trabalho de parto espontâneo e na cesárea eletiva. Possuir enfermeira obstetra na coordenação do serviço de enfermagem do Centro Obstétrico reduziu em 46% (IC95% 0,30 a 0,97) a chance da cesárea com trabalho de parto induzido e 50% a cesárea eletiva (IC95% 0,28 a 0,90) (Tabela 5). A localização do hospital no interior ou capital e ser referência para o atendimento ao parto de gestante de risco obstétrico foram características que não apresentaram associação com a cesárea, independente do momento de sua realização (dados não apresentados nas tabelas).

Tabela 5 - Relação entre cesárea (cesárea com trabalho de parto espontâneo, induzido, ou realizada de forma eletiva) e parto vaginal segundo as características da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011 (n= 2.668)

Local do pré-natal	Cesárea TP espontâneo			Cesárea TP induzido			Cesárea eletiva		
	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*	OR (IC95%)	ORaj* (IC 95%)	Valor de p*
Local do pré-natal	Referência			Referência			Referência		
Público	1,97 (1,17-3,31)	1,53 (0,83-2,81)	0,170	1,63 (0,96-2,77)	1,63 (0,86-3,08)	0,127	11,20 (7,83-16,03)	7,39 (4,81-11,36)	<0,001
Particular/plano de saúde	1,98 (0,86-4,53)	1,58 (0,64-3,93)	0,315	0,89 (0,27-2,92)	0,79 (0,23-2,70)	0,697	3,07 (1,76-5,38)	2,20 (1,16-4,16)	0,017
Público e particular									
Número de consultas no pré-natal	Referência			Referência			Referência		
< 6 consultas	1,06 (0,61-1,85)	0,90 (0,50-1,60)	0,711	2,24 (1,30-3,84)	1,44 (0,82-2,52)	0,196	2,35 (1,69-3,27)	1,49 (1,07-2,08)	0,021
6 consultas ou mais									
Fonte de pagamento do nascimento	Referência			Referência			Referência		
Pública	2,17 (1,11-4,24)	1,66 (0,71-3,92)	0,238	1,11 (0,50-2,48)	1,01 (0,34-3,00)	0,987	16,02 (10,09-25,44)	11,50 (6,64-19,93)	<0,001
Privada									
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento	Referência			Referência			Referência		
Não	2,61 (1,39-4,90)	2,46 (1,33-4,55)	0,005	1,64 (0,83-3,25)	1,82 (0,80-4,13)	0,147	16,93 (11,49-25,07)	13,83 (8,85-21,61)	<0,001
Amigo da Criança									
Não	0,40 (0,24-0,65)	0,39 (0,24-0,65)	<0,001	0,93 (0,46-1,87)	0,85 (0,42-1,73)	0,648	0,24 (0,14-0,41)	0,27 (0,16-0,48)	<0,001
Sim									
Galba de Araújo	Referência			Referência			Referência		
Não	0,35 (0,26-0,471)	0,29 (0,18-0,47)	<0,001	0,75 (0,36-1,57)	0,74 (0,36-1,54)	0,417	0,24 (0,07-0,89)	0,23 (0,10-0,55)	0,001
Sim									
Enfermeira obstetra na instituição	Referência			Referência			Referência		
Não	1,14 (0,65-2,02)	1,04 (0,58-1,86)	0,896	0,59 (0,32-1,09)	0,54 (0,30-0,97)	0,040	0,54 (0,29-1,02)	0,50 (0,28-0,90)	0,022
Sim									

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME, paridade, idade gestacional ao nascimento e história de cesárea prévia.

Nível de significância pelo Teste de Wald.

Nota: Destacados em negrito valor de p < 0,05.

TP: Trabalho de parto

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma reduzida prevalência do trabalho de parto espontâneo, uma elevada prevalência na realização da cesárea e a presença da indução do trabalho de parto, mesmo em gestantes de risco habitual. São dados que fornecem um panorama geral da atenção ao parto, na Região Sul do Brasil, e posto em conjunto com a elevada prevalência da cesárea eletiva e demais associações encontradas segundo as características investigadas, retratam uma assistência ao parto intervencionista e influenciada por fatores socioeconômicos, especialmente pela ausência de elementos de risco obstétricos prévios ou gestacionais, que pudessem justificar a condução da assistência ao parto.

A prevalência do desencadeamento do trabalho de parto de forma espontânea, identificada na admissão das mulheres para a assistência ao parto, mostrou-se uma análise inovadora, haja vista a dificuldade para caracterização do trabalho de parto espontâneo e/ou a ausência de dados nacionais/regionais para a confrontação dos dados. Neste estudo, o trabalho de parto foi considerado espontâneo quando havia o registro do trabalho de parto espontâneo e a dilatação cervical era ≥ 4 cm na admissão para o trabalho de parto; assim como gestantes sem o registro do tipo de trabalho de parto, mas que apresentavam dilatação ≥ 4 cm. Desta forma, a prevalência do trabalho de parto espontâneo, na Região Sul do Brasil (48,0%), mostrou-se inferior à maioria dos dados encontrados, seja no único estudo com dados provenientes do Brasil, ou em países pertencentes à União Europeia. No ano de 2007, estudo conduzido em hospitais que eram referência para o parto de baixo risco no município de Goiânia/GO, identificou uma prevalência de 68,3% de trabalho de parto espontâneo (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Dados nacionais de países da União Europeia, em 2010, independente da classificação de risco obstétrico, tiveram as menores prevalências de trabalho de parto espontâneo a iniciar com 48,0% na República do Chipre; 55,9% em Luxemburgo; e 56,0% na Irlanda do Norte; seguidas das maiores prevalências na Finlândia (74,7%); Suécia/República Checa (77,4%); e Letônia (78,6%) (EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010).

Sobre a indução do trabalho de parto, observa-se esta ser uma prática obstétrica cada vez mais frequente na assistência ao parto. Diretrizes clínicas reconhecem que o trabalho de parto induzido tem um impacto sobre a experiência das mulheres no nascimento, podendo ser menos eficiente e mais doloroso do que o trabalho de parto espontâneo,

e mais propenso ao uso de analgesia epidural ou parto instrumental (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008). Revisão de ensaios clínicos sobre os benefícios e riscos de uma política de indução do trabalho de parto, com gestações entre 37 e 42 semanas, identificou menores chances de morte perinatal na indução do trabalho de parto com 41 semanas ou mais de idade gestacional, menores chances na síndrome de aspiração de mecônio e na realização de cesáreas, em comparação com uma política de conduta expectante; porém, sem encontrar diferenças estatisticamente significativas nas taxas de admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (GÜLMEZOGLU et al., 2012).

As mulheres devem ser aconselhadas durante o pré-natal sobre a indução do trabalho de parto, seus riscos, benefícios e alternativas (McCARTHY; KENNY, 2011). Sugere-se que, em gestações não complicadas, a indução do trabalho de parto seja oferecida entre 41 e 42 semanas de idade gestacional, para que sejam evitados os riscos de uma gestação prolongada. O momento exato da indução deve levar em conta as preferências da mulher e as circunstâncias locais. Situações em que as mulheres optem pela não indução do trabalho de parto devem ser respeitadas, e cabe aos profissionais de saúde discutir os cuidados com a gestação a partir de então (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008).

Os métodos para indução do trabalho de parto podem variar entre países e até mesmo entre maternidades (EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010). Protocolos para a indução do trabalho de parto recomendam o descolamento das membranas amnióticas e o uso de métodos farmacológicos (prostaglandinas e ocitocina) (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2001); no entanto, alguns lugares também consideram a ruptura artificial das membranas (EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010). Para este estudo, foram consideradas induções do trabalho de parto a utilização de medicamentos como o misoprostol e/ou ocitocina, em mulheres sem o diagnóstico de trabalho de parto espontâneo.

A despeito das considerações sobre o método de indução e a tendência ascendente na sua realização, observa-se uma extensa variação nas taxas de indução do trabalho de parto, em diversos países (McCARTHY; KENNY, 2013). Na Europa, frequências abaixo de 10% foram identificadas nos países bálticos e República Checa, enquanto que

na Bélgica, Malta e Irlanda do Norte as frequências estiveram acima de 27% (EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010). Estudo observacional conduzido na América Latina e que incluiu o Brasil no método amostral, identificou em mulheres de baixo risco uma prevalência de 4,9% de indução eletiva do trabalho de parto (GUERRA et al, 2011). Sendo assim, os resultados deste estudo sobre a prevalência da indução do trabalho de parto, quando comparados com outras realidades, não foram expressivamente reduzidos ou elevados. Contudo, a elevada prevalência de cesárea eletiva pode estar relacionada a não realização da indução do trabalho de parto; associações não avaliadas neste estudo.

Estudar a prática da cesárea, segundo o trabalho de parto na Região Sul do Brasil, proporcionou identificar a expressiva contribuição do grupo de mulheres que realizaram uma cesárea eletiva, para a taxa global de cesárea. Prática identificada a partir das mulheres que não apresentaram o diagnóstico de trabalho de parto espontâneo e que não foram submetidas à indução do trabalho de parto, conceitualmente definidas neste estudo, como cesárea eletiva.

Na confrontação destes dados, as taxas de cesáreas planejadas ou realizadas antes do desencadeamento do trabalho de parto na União Europeia, variaram entre 3,8% na Romênia e 17,9% em Luxemburgo; excetuando-se as duas maiores prevalências encontradas – Itália (24,9%) e República do Chipre (38,8%) – países reconhecidos pelas elevadas taxas de intervenção na assistência ao parto (EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT, 2010). No Brasil, o relato de mulheres sobre a prevalência de cesárea eletiva, foi identificado em apenas um estudo (23,0%), conduzido no município de Pelotas/RS, com associações da maior frequência em mulheres mais velhas e com maior poder aquisitivo (BARROS et al., 2011).

Os resultados da análise multivariável, na realização de cesáreas no trabalho de parto espontâneo, induzido, e cesárea eletiva na Região Sul do Brasil, em comparação com o parto vaginal, possibilitou identificar diferentes associações. Foram fatores preditores para a realização de cesárea com trabalho de parto espontâneo: ser primípara, ter história de cesárea prévia e ser atendida pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento; e fatores de proteção ser atendida em hospital Amigo da Criança ou Galba de Araújo. Na cesárea com trabalho de parto induzido, foram identificados apenas fatores preditores como: ser primípara, gestações com 41 semanas e possuir história de cesárea prévia. Na cesárea eletiva, a maioria das características

investigadas apresentou associação, entre os fatores preditores estiveram: idade \geq a 20 anos; ensino médio ou superior completo; classe social A/B e C; ser primípara; gestações entre 37 e 38 semanas; possuir história de cesárea prévia; ter realizado o pré-natal no serviço de saúde privado/plano de saúde ou público/particular; seis ou mais consultas de pré-natal; fonte de pagamento privada na assistência ao nascimento e atendidas pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento. Os fatores de proteção identificados para a cesárea eletiva foram ser hospital Amigo da Criança, Galba de Araújo e possuir enfermeira obstetra na coordenação do serviço de enfermagem do Centro Obstétrico.

Dentre as características que apresentaram associação com a cesárea, independente do momento de ocorrência em relação ao trabalho de parto, as características obstétricas como ser primípara e possuir história de cesárea prévia, foram as mais frequentes. Dados que corroboram com estudos anteriores conduzidos no Brasil (d'ORSI et al., 2006; FREITAS et al., 2005; SAKAE; FREITAS; d'ORSI, 2009) e que requerem especial atenção, pois representam uma cascata de eventos subsequentes, na história reprodutiva das mulheres (FREITAS et al., 2005). Situação semelhante foi identificada na União Europeia, na qual países, com elevadas taxas de cesárea em mulheres primíparas, apresentaram maior tendência para elevadas taxas de cesárea em mulheres com história de cesárea prévia (MACFARLANE et al., 2015).

Os fatores preditores encontrados para a cesárea eletiva refletem características socioeconômicas e uma assistência obstétrica financiada pela saúde suplementar ou por recursos próprios dos indivíduos. Resultados de pesquisas realizadas no Sul do Brasil, independente dos fatores de risco das mulheres investigadas, evidenciaram que a elevação da escolaridade e classe social materna repercutiram na elevação das taxas de cesárea (BARROS et al., 2011; FREITAS et al., 2005); e instituições privadas apresentaram maiores prevalências na comparação com instituições públicas (BARROS et al., 2011). Associações encontradas que ratificam a influência de fatores não clínicos, para a realização da cesárea.

A prática obstétrica da interrupção da gestação através de uma cesárea eletiva, com data e hora marcada, realizada precocemente, e como forma de controlar a via de nascimento, pode ser revelada na maior chance de cesárea com idade gestacional entre 37 a 38 semanas e no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, juntamente com a Sociedade de Medicina Materno-Fetal lançaram em 2013, uma nova classificação para a idade gestacional acima de 37 semanas. A julgar pela menor incidência de resultados adversos neonatais em gestações não complicadas entre 39 semanas a 40 semanas e seis dias, as entidades sugerem que gestações entre 37 semanas e 38 semanas e seis dias sejam consideradas a termo precoce, gestações entre 39 semanas e 40 semanas e seis dias a termo completa e gestações entre 41 semanas e 41 semanas e seis dias a termo tardio (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013). Os resultados deste estudo endossam o maior risco a que estão expostos os recém-nascidos, pela maior chance na realização de cesárea eletiva, em gestações a termo precoce. E a maior chance de cesárea no trabalho de parto induzido, em gestações a termo tardio, demonstra resultados diferentes das evidências científicas, de que as induções do trabalho de parto reduzem as taxas de cesárea (GÜLMEZOGLU et al., 2012).

A recém-lançada Resolução n. 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM) relata em seu primeiro e segundo artigos, que é direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização da cesárea, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesárea, seus respectivos benefícios e riscos; e que somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016). Posição que permitirá às mulheres, antes de 39 semanas de gestação, o desencadeamento espontâneo do trabalho de parto, uma redução significativa dos riscos relativos a não maturidade do feto intraútero e numa perspectiva positiva, uma escolha melhor informada sobre a via de parto.

Já associações na realização da cesárea com trabalho de parto espontâneo e em cesáreas eletivas, pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento, acrescida de associações na realização de cesárea eletiva quando foram realizadas seis ou mais consultas no pré-natal, confirmam a maior chance de intervenção na assistência ao parto, quando existe a formação de um vínculo entre as mulheres e os profissionais de saúde do pré-natal. Situação em desacordo com os esforços do CFM que, através do Parecer n. 39/2012, legitima a complementação na remuneração por parte das mulheres, no trabalho de médicos conveniados a alguma operadora de saúde suplementar, para o incentivo ao parto normal no atendimento obstétrico fora do plantão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). Também são dados

que se opõem às evidências encontradas no atendimento contínuo por *midwives*, profissionais com nível superior de ensino e que receberam licença para realizar um conjunto definido de competências em obstetrícia (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA, 2014). A revisão de ensaios clínicos mostrou que, a continuidade no atendimento por *midwife* durante a gestação e o trabalho de parto aumentou a chance das mulheres de receberem assistência ao parto por *midwife* conhecida e, ainda, maior chance de parto vaginal espontâneo (SANDALL et al., 2016).

Dentre as características das instituições de saúde, a realização da cesárea eletiva apresentou as menores prevalências em hospitais públicos, com o título de Amigo da Criança e em instituições reconhecidas com o Prêmio Professor Galba de Araújo, que se mantiveram na análise multivariável. Apesar do potencial efeito de causalidade reversa nas duas últimas associações descritas, reitera-se que a coleta de dados foi posterior à obtenção dos títulos e que estes hospitais apresentaram dados de uma assistência menos intervencionista. Portanto, sob o olhar das políticas públicas, estas estratégias sugerem um impacto positivo na redução da cesárea eletiva, porém, ao considerarmos a prevalência da taxa global de cesárea encontrada, são taxas que demonstram estarem muito aquém das recomendações da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985).

As associações identificadas na realização da cesárea eletiva sugerem uma rotina padronizada para um perfil de mulheres que não considera os riscos a que estão sendo expostas mulheres e recém-nascidos. O desafio de avaliar riscos e benefícios, associados à cesárea eletiva ou intraparto, foi descrito em estudo multicêntrico conduzido na América Latina, com uma amostra de quase 100.000 mulheres atendidas, entre os anos de 2004 e 2005. Os dados iniciais descreveram a maior prevalência de complicações em mulheres que tiveram cesárea eletiva, do que em mulheres com cesárea intraparto. A avaliação da presença de pelo menos um dos eventos incluídos no índice de morbidade (transfusão sanguínea, histerectomia, admissão em UTI e permanência no hospital maior do que sete dias) e mortalidade materna, apresentou duas vezes maior chance de ocorrência tanto na cesárea eletiva como na cesárea intraparto, quando comparadas ao parto vaginal; e o tratamento com antibiótico em mulheres submetidas à cesárea eletiva ou intraparto, após o nascimento, foi quatro a cinco vezes maior do que em mulheres com parto vaginal (VILLAR et al., 2007).

Na avaliação dos resultados neonatais no mesmo estudo, agora em gestações únicas e com apresentação cefálica, a realização de cesárea sem trabalho de parto dobrou a chance de internação por sete dias ou mais em UTI Neonatal, quando comparada com o parto vaginal ocorrido no trabalho de parto espontâneo; efeito também observado na comparação da cesárea realizada no trabalho de parto espontâneo, porém em menor proporção. A avaliação do óbito neonatal até o momento da alta hospitalar foi praticamente duas vezes maior na cesárea realizada sem trabalho de parto, e não apresentou associação na cesárea realizada durante o trabalho de parto espontâneo; novamente na comparação com o parto vaginal ocorrido no trabalho de parto espontâneo. A exclusão dos casos de sofrimento fetal, entre as indicações para a realização da cesárea, não modificou as associações destacadas (VILLAR et al., 2007).

Não foram encontradas associações com a realização de cesárea, independente do momento de ocorrência segundo o trabalho de parto, na localização dos hospitais (capital e interior) ou na instituição ser referência para o atendimento ao parto, em gestantes com algum risco. São dados que sugerem uma mudança no padrão de realização da cesárea, antes com maiores prevalências no meio urbano (LAGO; LIMA, 2009) e quiçá uma interpretação da possibilidade, de que a epidemia de cesárea esteja se difundindo em cidades localizadas no interior dos estados.

A presença da enfermeira obstetra na coordenação do serviço de enfermagem do Centro Obstétrico implicou em menor chance na ocorrência de cesárea no trabalho de parto induzido e na cesárea eletiva, na comparação com o parto vaginal. Dados que suscitam futuras investigações ao considerar que políticas públicas promovem uma maior inserção destas profissionais em hospitais públicos, pelo reconhecimento da sua atuação no contexto da humanização da assistência ao parto (BRASIL, 2001).

Simultaneamente a coleta dos dados aqui apresentados, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, em 2011, a Rede Cegonha, uma estratégia que visa à implementação de uma rede de cuidados que assegurem às mulheres o direito de uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil, a estratégia prevê recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, bem como a adequação da ambiência em serviços que realizam partos (BRASIL, 2015). Estratégias que fortalecem a atuação da enfermeira obstetra e

obstetrix na assistência ao parto de baixo risco, com base em modelos precedentes internacionais, que conseguiram manter as taxas de cesárea em patamares aceitáveis (BRASIL, 2014c).

Novas estratégias também foram lançadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da mesma forma, direcionadas para o estímulo ao parto normal e a redução das cesáreas desnecessárias. A Resolução Normativa n. 368, lançada no início de 2015, dispôs sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cesáreas, e partos vaginais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico; assim como, determinou a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante. A ANS compreende que fornecer informações qualificadas à mulher sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário, torna-a mais segura sobre sua decisão em relação ao parto e o discernimento do que é melhor para sua saúde e a de seu bebê (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

O presente estudo evidencia a cesárea eletiva com a maior contribuição para a elevada taxa de cesárea, em gestantes de risco habitual na Região Sul do Brasil. Os resultados apontam associações entre a cesárea eletiva e a maior escolaridade, mais elevada classe social, idade gestacional a termo precoce, o maior número de consultas no pré-natal, a continuidade no atendimento pelo mesmo profissional no pré-natal e nascimento, e características institucionais como o local em que realizou o pré-natal e a fonte de pagamento da assistência ao parto, como características que não justificam a sua realização. Um procedimento cirúrgico que se caracteriza como objeto de consumo acessível segundo um padrão de renda e que aponta a conveniência na sua realização em mulheres com as melhores condições sociais, justamente as quais são as menos susceptíveis de se beneficiarem com uma cesárea (BELIZÁN et al., 1999; FREITAS et al., 2005; GOMES et al., 1999; YAZLLE et al., 2001).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução normativa - RN nº 368**, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da

gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG. Committee opinion. **Definition of term pregnancy**. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Society for Maternal-Fetal Medicine Number 579. November 2013.

BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 635-43, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>>.

BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, v. 324, n. 942, p. 1-6, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>>.

BÉLIZAN, J. M. et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, v. 319, n. 7222, p. 1397-402, 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28283/>>.

BETRÁN, AP. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 21, n.2, p. 98-113, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x/abstract>>.

BRAGG, F. et al. Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. **BMJ**, v. 341, n. c5065, p. 1-8, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5065>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998**. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações

Hospitales do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro e analgesia de parto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mai. 1998a. Disponível em: <<http://redesindical.com.br/abenfo/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816 de 29 de maio de 1998.** Determina que no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar, SISA, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesáreas, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mai., 1998b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.883 de 04 de junho de 1998.** Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun., 1998c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro 2008.

_____. 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. 2011b. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo Região**. Tipo de parto: cesário, Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial de União, Brasília, DF, 28 mai., 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

_____. Portal da Saúde. Rede Cegonha. 2014c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial de União, Brasília, DF, 08 jan. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. CLAP. Saúde da mulher e reprodutiva. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetria**. Montevideu: CLAP/SMR, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Parecer nº 39 de 8 de novembro de 2012**. Cobrança de honorários, por médicos obstetras, pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto. 2012. Disponível em: <www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2012/39_2012.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. **Resolução nº 2.144 de 17 de março de 2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **British Medical Journal Publishing Group**, v. 2, n. 5, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001723.full>>.

DECLERCQ, E. et al. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007. **Birth**, v. 38, n. 2, p. 99-104, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00459.x/abstract>>.

d'ORSI, E. et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2067-2078, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000012>>.

EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>>.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesárea em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 761-7, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500010>>.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesárea em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500012>>.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>>.

GOMES, U. A. et al. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978–1979 and 1994. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, n. 4, p. 687-694, 1999. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/28/4/687.long>>.

GUERRA, V. G. et al. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. **Bull. World Health Organ**, v. 89, p. 657–665, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/08-061226/en/>>.

GÜLMEZOGLU, A. M. et al. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 6. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub3/full>>.

LAGO, T. D. G. D.; LIMA, L. P. D. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL (Ed.). **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento: Brasília, 2009.**

LEAL, M. D. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 15, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15> >.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>.

MACFARLANE, A. J. et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 559,568, 2015.

MAZZONI, A. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG**, v. 118, n. 4, p. 391-399, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312015>>.

McCARTHY, F. P.; KENNY, L. C. Induction of labour. **Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2011. Disponível em: <[http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214\(10\)00179-X/abstract](http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S1751-7214(10)00179-X/abstract)>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A Guide to Best Practice**. 2. nd. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Evidence-Based-Practice-Nursing-Healthcare-Guide/dp/1605477788>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE. **Antenatal care for uncomplicated pregnancies**. National Institute for Health Care Excellence. Clinical guideline. Published date: March 2008. Last updated: March 2016. Disponível em: <nice.org.uk/guidance/cg62>.

RIBEIRO, V. S. et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Braz J Med Biol Res**, v. 40, n. 9, p. 1211-1220, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2006005000130>>.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Setting standards to improve women's health. **Induction of labour**. Evidence-based Clinical Guideline Number 9, 2001.

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. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; d'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011>>.

STATA, 2013. **Stata**: release 13. Statistical software. StataCorp. 2013. College Station, TX: StataCorp LP.

VASCONCELLOS, M. T. L. D. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract)>.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, v. 335, n. 1025, p. 1-10, 2007. Disponível em: <[doi:10.1136/bmj.39363.706956.55](https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. Boston: **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext?version=printerFriendly)>.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 202-206, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200015>>.

YE, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-244, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12104/pdf>>.

5.3 MANUSCRITO 3 - MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E FATORES ASSOCIADOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E FATORES ASSOCIADOS NA REGIÃO SUL DO BRASIL⁹

Manuela Beatriz Velho¹⁰
Odaléa Maria Brüggemann¹¹
Eleonora d'Orsi¹²

RESUMO: O objetivo do estudo foi identificar modelos de assistência obstétrica em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados aos modelos de assistência, Estimar associação entre os modelos de assistência obstétrica identificados em gestantes de risco obstétrico habitual e os desfechos maternos e neonatais na Região Sul do Brasil. Estudo seccional a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, de base hospitalar, composto por puérperas e recém-nascidos. Foram identificadas 2.668 gestantes de risco habitual. Procedeu-se uma análise exploratória com a utilização da proporção de práticas por hospital, entre elas o desencadeamento do trabalho de parto, presença de acompanhante, cesárea e contato pele a pele, para a obtenção de modelos de assistência obstétrica denominados Boas Práticas,

⁹ Extraído da Tese “Práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil” apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

¹⁰ Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Enfermeira obstetra na Unidade de Centro Obstétrico do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

¹¹ Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Pesquisadora do CNPq. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

¹² Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Nota: A pesquisa Nascer no Brasil obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia de Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Intervencionista I, e Intervencionista II; seguida de uma análise inferencial das características associadas. Os resultados mostraram que desigualdades sociais no acesso ao financiamento público ou privado, fatores culturais e a atuação dos profissionais de saúde apresentaram associações com os modelos de assistência. A assistência pública apresentou diferentes contextos, um primeiro alicerçado em políticas públicas e na prática baseada em evidência; e um segundo, que sugere a intencionalidade pelo parto vaginal sem considerar os princípios de humanização; enquanto que a assistência privada é padronizada e centrada no profissional médico, com maiores níveis de intervenção. Conclui-se o predomínio dos modelos de assistência obstétrica intervencionistas, uma assistência na contramão das melhores evidências, e que a mulheres assistidas em hospitais públicos possuem maior chance de serem beneficiadas com as melhores práticas.

Palavras-Chave: Cesárea. Assistência Perinatal. Prática Clínica Baseada em Evidências.

INTRODUÇÃO

Recomendações para a prática assistencial em saúde baseada nas melhores evidências disponíveis visam proporcionar a mais alta qualidade no atendimento, para o alcance da melhoria da saúde, da segurança, dos custos e dos resultados, incluindo a diminuição da morbidade e mortalidade dos sujeitos envolvidos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010). São práticas que fundamentam uma clínica profissional e incorporam as preferências do cliente para a tomada de decisões sobre os seus cuidados e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008).

Em obstetrícia, soma-se a este conceito a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a atenção ao parto, na qual deve ser realizada o mínimo possível de intervenção compatível com a segurança da mãe e do futuro recém-nascido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Esta recomendação é decorrente da adoção de práticas obstétricas que se difundiram na rotina assistencial, mesmo antes da existência de evidências que apoiassem o seu uso, e que permanecem até os dias atuais. São exemplos destas práticas na realidade brasileira, a elevada taxa de cesárea (56,6%) (BRASIL, 2014a), episiotomia (53,5%) e manobra de Kristeller (36,1%) (LEAL et

al, 2014), além da baixa frequência de práticas comprovadamente benéficas e que favorecem o bem-estar materno e fetal, como a presença contínua do acompanhante (18,8%) (DINIZ et al., 2014), métodos não farmacológicos para o alívio da dor (26,7%) (LEAL et al, 2014) e o contato precoce pele a pele entre mãe e bebê (28,2%) (MOREIRA et al., 2014). Práticas que transformaram a assistência obstétrica de um evento com evolução natural e fisiológica, para um evento marcado pelo excesso de intervenções.

No Brasil, programas públicos têm seus princípios estabelecidos sobre a humanização da assistência ao nascimento, com o principal objetivo de assegurar um melhor acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério às mulheres e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania. Um programa que compreende na humanização da assistência, o atendimento ético e solidário por parte dos profissionais e das instituições, em ambiente acolhedor e que rompa com o tradicional isolamento imposto às mulheres; e na perspectiva da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, a adoção de uma assistência baseada em evidência, com medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento (BRASIL, 2002; 2011a). O fato é que são encontradas dificuldades para a efetiva implementação dos programas e adequação dos serviços de saúde, que esbarram em questões administrativas, sociais, econômicas e culturais, além de práticas consolidadas, muitas vezes baseadas na conveniência de profissionais e instituições de saúde (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002; PATAH; MALIK, 2011).

Neste contexto, surgem modelos de assistência obstétrica que se diferem na organização da assistência à saúde. A partir desta premissa, manifesta-se o questionamento de como se organiza a assistência ao nascimento para gestantes classificadas como de risco habitual, na Região Sul do Brasil. Propõem-se a identificação de modelos de assistência obstétrica, a partir da frequência de práticas obstétricas baseadas em evidências, bem como de práticas intervencionistas, nas instituições de saúde. Além disso, o estudo também se propõe a verificar nos diferentes modelos de assistência obstétrica, associações com as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde. E por último, a avaliação da associação entre os desfechos maternos e neonatais, de acordo com os modelos de assistência obstétrica. Para tanto, os objetivos deste estudo foram: identificar modelos de assistência

obstétrica em gestantes de risco habitual e estimar fatores associados aos modelos de assistência, Estimar associação entre os modelos de assistência obstétrica identificados em gestantes de risco obstétrico habitual e os desfechos maternos e neonatais.

MÉTODOS

Os dados analisados são provenientes da Região Sul, a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos. A determinação do tamanho da amostra no estudo original se constituiu de três etapas. A primeira etapa considerou elegíveis todos os hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, conforme referência do Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Os hospitais foram estratificados pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital) e tipo de hospital (privado, público e misto). Na segunda etapa, foi realizado um método de amostragem inversa, para garantir o número mínimo de sete dias de coleta de dados, em cada hospital. A terceira etapa foi composta pelas puérperas hospitalizadas por ocasião do nascimento de seus conceitos, vivos ou mortos, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas.

O cálculo amostral em cada estrato foi determinado a partir da frequência de 46,6% do desfecho parto cesáreo (dado referente ao ano 2007), com significância de 5% para detectar diferenças de 14% entre os tipos de serviço, poder de 95% e efeito de desenho de 1,3, o que resultou numa amostra mínima de 450 mulheres por estrato. Participaram do estudo nacional 23.894 mulheres, distribuídas em 266 hospitais, sendo realizadas 90 entrevistas em cada hospital. O cálculo amostral do estudo nacional permite analisar desfechos com magnitude superior a 3% em cada região geográfica. Informações adicionais sobre o desenho amostral estão detalhadas em Vasconcellos e colaboradores (2014).

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas face a face com as puérperas, após um período de seis horas do evento do nascimento, durante a internação hospitalar; de dados obtidos dos prontuários da puérpera e do recém-nascido; e dos cartões de pré-natal fotografados para posterior coleta de dados. Informações sobre a instituição hospitalar foram coletadas através de entrevista com o gestor do hospital; bem como informações sobre o pós-parto, coletadas através de entrevistas telefônicas realizadas com as puérperas, entre o 45^o dia e sexto mês após o nascimento (LEAL et al., 2012).

A amostra da Região Sul foi composta por 4.187 participantes, das quais, 2.668 mulheres foram consideradas gestantes de risco habitual, entrevistadas em 46 hospitais entre março e agosto de 2011. Para determinar uma *proxy* do risco habitual, foram elencados fatores obstétricos e neonatais com o potencial de excluir gestantes com outras patologias prévias e/ou gestacionais não incluídas. A identificação dos critérios de inclusão e exclusão foi baseada nos estudos de Dahlen e colaboradores (2012) e de uma análise já publicada sobre os dados nacionais da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014). Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade gestacional entre 37 e 41 semanas ao nascer, gravidez única, feto em apresentação cefálica, peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g. Os critérios de exclusão foram: mulheres com história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional e com o resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana. Valores do Índice de Massa Corporal não foram considerados na determinação da gestante de risco habitual, pelo elevado número de perdas sobre as informações biométricas.

Para identificação dos modelos de assistência obstétrica, realizou-se uma análise exploratória através da técnica de agrupamento não hierárquico (*cluster*), técnica que permite medir a distância das variáveis na busca por uma similaridade entre as observações. Em outras palavras, uma análise que busca uma homogeneidade interna e uma heterogeneidade externa (STATA, 2013). As variáveis selecionadas para a elaboração dos agrupamentos foram: ter tido trabalho de parto, presença de acompanhante no trabalho de parto e/ou nascimento, realização de cesárea e contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento. Foram calculadas as proporções destas variáveis por hospital, para todos os 46 incluídos na amostra. A partir da análise de cluster, foram identificadas três categorias de modelo de assistência obstétrica, denominados modelo com Boas Práticas, Intervencionista I, e Intervencionista II, com a apresentação da proporção das práticas em cada modelo e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Uma análise descritiva foi conduzida para verificar em cada modelo de assistência obstétrica a distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde. Na análise multivariável foram estimados os fatores associados ao desfecho modelo de assistência obstétrica, através da Regressão Logística Multinomial, com utilização da categoria Boas Práticas como referência para verificar associações com as categorias dos modelos de assistência

Intervencionista I e II, na investigação de associações com as mesmas variáveis da análise descritiva. A Regressão Logística Multinomial permitiu estimar a Odds Ratio (OR) bruta, ajustada e seus respectivos IC95%.

Em seguida, foram apresentadas as frequências dos desfechos maternos e neonatais investigados e as associações com os modelos de assistência obstétrica agora analisados como variáveis de exposição. A partir da percepção da mulher, os desfechos maternos investigados foram: respeito dos profissionais, privacidade no trabalho de parto e parto, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas, participação nas decisões, violência obstétrica (verbal, psicológica ou física) e satisfação geral com o atendimento. Com exceção do desfecho violência (variável dicotômica), os demais desfechos maternos se questionaram com cinco opções de resposta (péssimo, ruim, regular, bom e excelente) e agrupados em variáveis dicotômicas: não (péssimo, ruim e regular) e sim (bom e excelente). Os desfechos neonatais investigados foram a realização de qualquer manobra de reanimação no recém-nascido (uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambú e máscara, intubação orotraqueal, massagem cardíaca ou uso de drogas), internação hospitalar (qualquer forma de internação do recém-nascido) e alta em aleitamento materno exclusivo. Foi realizada uma análise multivariável dos desfechos maternos e neonatais através da Regressão Logística, novamente com a verificação da Odds Ratio bruta, ajustada, bem como seus respectivos IC95%.

As variáveis construídas a partir do prontuário da mãe, prontuário do recém-nascido, cartão de pré-natal e entrevista com a puérpera na maternidade foram: idade, escolaridade, classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), paridade, idade gestacional e fonte de pagamento do nascimento. A partir da entrevista com a puérpera na maternidade, se construíram as variáveis: local de realização do pré-natal; preferência inicial pela via de parto; compreensão a partir do pré-natal sobre a segurança do tipo de parto; decisão pela via de parto no final da gestação e atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento. A partir da entrevista com o gestor do hospital, se construíram as variáveis: hospital Amigo da Criança e Galba de Araújo. Com relação às variáveis correspondentes aos desfechos maternos, e alta em aleitamento materno exclusivo, estas se construíram a partir da entrevista com a puérpera por telefone; e as demais variáveis de desfecho neonatal, manobras de reanimação no recém-nascido e

internação hospitalar, foram construídas a partir das informações constantes no prontuário.

Para todas as análises ajustadas, consideraram-se como fatores de confusão a idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME e paridade. Os fatores de confusão foram determinados a partir da definição conceitual e de análises anteriores dos desfechos estudados (VILLAR et al., 2007; D'ORSI et al., 2014). O *software* estatístico Stata/SE versão 13 (Stata Corp., *College Station*, Estados Unidos) foi utilizado para a análise estatística dos dados (STATA, 2013), tendo em vista a estrutura do plano amostral e os pesos amostrais, elaborados de forma a compensar as perdas de seguimento.

A Pesquisa Nascir no Brasil foi norteadada pela Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, sob o Parecer n. 92/2010. O consentimento de participação dos diretores e das puérperas foi obtido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O agrupamento por similaridade da proporção de práticas por hospital, considerando a prevalência na amostra das práticas ter tido trabalho de parto (56,6%), presença do acompanhante no trabalho de parto e/ou nascimento (70,2%), realização de cesárea (50,5%) e contato precoce pele a pele (33,0%); permitiu a identificação de três modelos de assistência obstétrica, foram eles: modelo com Boas Práticas, Intervencionista I, e Intervencionista II (Tabela e Gráfico 1).

O primeiro agrupamento, denominado modelo de assistência obstétrica com Boas Práticas, apresentou uma prevalência de 31,3% entre as mulheres atendidas e recebeu esta nomeação pelas proporções das práticas identificadas terem sido as mais próximas das recomendadas pelas evidências. O modelo com Boas Práticas se caracterizou pela mais elevada proporção de trabalho de parto (69,7%), presença de acompanhante (88,1%), e realização de contato pele a pele (51,8%) na comparação com a prevalência na totalidade da amostra e ainda, a menor proporção de cesárea (37,9%) (Tabela e Gráfico 1).

Tabela 1 - Modelos de assistência obstétrica (cluster) segundo proporções de práticas por hospital em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011

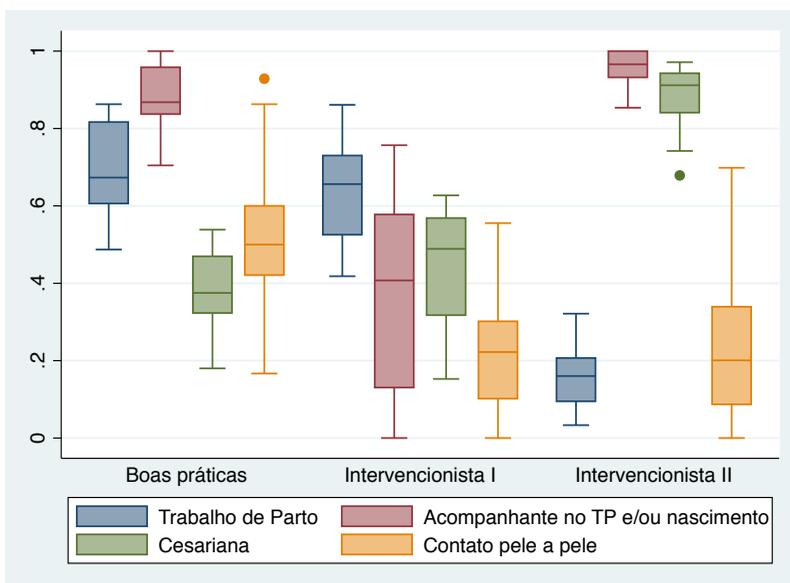
	Prevalência das práticas na amostra (n = 2.668) % (IC95%)	Modelo de assistência obstétrica (n = 46)		
		Boas Práticas (31,3%) % (IC95%)	Intervencionista I (40,0%) % (IC95%)	Intervencionista II (28,6%) % (IC95%)
Trabalho de parto	56,6 (49,8-63,2)	69,7 (62,7-76,8)	64,4 (57,9-70,9)	16,1 (10,3-22,0)
Acompanhante no TP e/ou nascimento	70,2 (60,7-78,3)	88,1 (83,3-92,9)	35,8 (24,1-47,5)	95,8 (92,9-98,7)
Cesárea	50,5 (44,0-56,9)	37,9 (31,5-44,3)	42,7 (35,1-50,2)	88,0 (82,2-93,8)
Contato pele a pele	33,0 (26,9-39,8)	51,8 (40,1-63,4)	22,7 (16,0-29,4)	24,3 (10,1-38,4)

TP: trabalho de parto.

O segundo modelo denominado Intervencionista I, apresentou a maior prevalência entre mulheres atendidas (40,0%), e se caracterizou pela proporção de mulheres que entraram em trabalho de parto (64,4%) acima da prevalência na amostra, enquanto a proporção de cesárea (42,7%) foi abaixo. No entanto, práticas consideradas benéficas como a presença do acompanhante (35,8%) e o contato pele a pele (22,7%) estiveram abaixo da prevalência na amostra (Tabela e Gráfico 1).

O terceiro modelo denominado Intervencionista II (28,6%) foi o menos prevalente entre as mulheres atendidas e se caracterizou pela proporção de trabalho (16,1%) e contato pele a pele (24,3%) abaixo da prevalência na amostra, com destaque para as expressivas proporções da presença de acompanhante (95,8%) e realização de cesárea (88,0%) (Tabela e Gráfico 1).

Gráfico 1 - Boxplot do modelo de assistência obstétrica (cluster) segundo proporção de práticas por hospital em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 46)



Dentre as características das gestantes de risco habitual incluídas no estudo, foi maior a frequência de mulheres com idade entre 20 e 34 anos (71,6%); com ensino médio completo (37,7%); pertencentes à

classe social C (52,7%); múltiparas (53,8%); com idade gestacional entre 39 e 40 semanas (52,7%); pré-natal realizado no serviço público (62,3%); atendidas na maior parte das consultas de pré-natal por profissional médico (95,1%); com preferência no início da gestação pelo parto vaginal (64,2%); que compreenderam, a partir das informações fornecidas no pré-natal, ser o parto vaginal mais seguro para a mãe (56,3%); que escolheram o parto vaginal como via de parto no final da gestação (48,0%); tiveram fonte de pagamento pública ao nascimento (74,4%); atendidas em hospitais não possuidores do prêmio Galba de Araújo (95,6%); e, que não tiveram a continuidade no atendimento pelo mesmo profissional de saúde, no pré-natal e nascimento (66,7%) (Tabela 2).

A análise descritiva da proporção de mulheres, em cada modelo de assistência obstétrica, apresentou maior prevalência nos modelos Boas Práticas e Intervencionista I, de mulheres pertencentes à classe social C; múltiparas; com gestações entre 39 e 40 semanas; que realizaram pré-natal no serviço público; que tinham preferência inicial pelo parto vaginal; compreenderam, a partir de informações fornecidas no pré-natal, ser o parto vaginal mais seguro para a mãe; que optaram pelo parto vaginal no final da gestação; tiveram fonte pública na assistência ao nascimento; e, a não continuidade da assistência pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento. Já no modelo Intervencionista II, a maior prevalência foi de mulheres com ensino médio completo; pertencentes à classe social A/B; primíparas; com idade gestacional entre 37 e 38 semanas; que realizaram o pré-natal no serviço particular ou plano de saúde; com igualdade na prevalência sobre a preferência inicial pelo parto vaginal ou cesárea e a compreensão de que ambos são seguros; que optaram pela cesárea no final da gestação; assistidas em hospitais sem o título de Amigo da Criança ou Galba de Araújo; com fonte de pagamento privada da assistência ao nascimento; e, a continuidade no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características na amostra e proporção de mulheres em cada modelo de assistência obstétrica, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 2.668)

	Total (%)	Modelo de assistência obstétrica	
		Boas Práticas % (IC95%)	Intervencionista I % (IC95%)
			Intervencionista II % (IC95%)
Idade			
12 a 19 anos	17,8 (15,4-20,6)	21,4 (18,0-25,1)	19,7 (15,7-24,3)
20 a 34 anos	71,6 (69,2-74,0)	69,7 (65,3-73,7)	70,4 (66,7-73,8)
35 ou mais	10,6 (9,0-12,3)	9,0 (7,3-11,1)	10,0 (7,9-12,5)
Educationalidade			
Ensino Fundamental incompleto	23,3 (19,8-27,2)	28,0 (22,0-34,9)	28,2 (25,1-31,6)
Ensino Fundamental completo	27,5 (24,8-30,4)	31,8 (28,0-35,8)	31,2 (28,7-33,8)
Ensino Médio completo	37,7 (34,4-41,0)	32,8 (27,8-38,3)	35,2 (32,0-38,5)
Ensino Superior completo	11,5 (8,4-15,5)	7,4 (5,1-10,7)	5,4 (3,5-8,4)
Classe ABIPEME			
D/E	9,0 (7,2-11,2)	11,9 (8,5-16,3)	9,6 (7,3-12,7)
C	52,7 (48,7-56,7)	57,1 (53,0-61,0)	58,9 (54,6-63,0)
A/B	38,3 (33,4-43,5)	31,1 (25,2-37,6)	31,5 (27,4-35,9)
Paridade			
≥ 1	53,8 (50,8-56,7)	54,8 (49,6-59,9)	56,3 (51,4-61,0)
0	46,3 (43,3-49,2)	45,2 (40,1-50,5)	43,7 (39,0-48,6)
Idade gestacional			
37 a 38 semanas	37,7 (34,2-41,4)	32,9 (27,8-38,4)	35,8 (31,0-40,9)
39 a 40 semanas	52,7 (50,0-55,3)	54,5 (50,9-58,0)	53,9 (49,5-58,2)
41 semanas	9,6 (9,6-11,6)	12,6 (9,5-16,6)	10,3 (8,4-12,5)
Local de realização do pré-natal			
Serviço público	62,3 (54,1-69,8)	72,6 (66,3-78,2)	76,2 (68,3-82,7)
Serviço particular ou plano de saúde	33,3 (26,2-41,9)	22,1 (17,3-27,7)	20,3 (13,7-29,0)
Serviço público e particular	4,2 (3,2-5,4)	5,3 (3,5-8,1)	3,5 (2,1-5,8)
Profissional que atendeu a maior parte das consultas de pré-natal			
Enfermeiro	5,0 (3,3-7,4)	8,6 (5,3-13,7)	4,0 (2,1-7,3)
Médico	95,1 (92,6-96,7)	91,4 (86,3-94,7)	96,0 (92,7-97,9)
Preferência inicial pela via de parto			
Parto vaginal	64,2 (60,5-67,7)	69,8 (62,6-76,1)	66,9 (63,4-70,2)
Cesárea	29,0 (25,7-32,5)	22,9 (18,7-27,7)	26,3 (23,0-29,9)
Não tinha preferência	6,8 (5,1-9,0)	7,3 (3,9-13,5)	6,8 (5,0-9,3)

Continua

Tabela 2 - Distribuição das características na amostra e proporção de mulheres em cada modelo de assistência obstétrica, segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011 (n= 2.668)

	Total (%)	Modelo de assistência obstétrica		
		Boas Práticas % (IC95%)	Intervencionista I % (IC95%)	Intervencionista II % (IC95%)
Aconselhamento sobre o tipo de parto no pré-natal				
Parto vaginal é mais seguro	56,3 (52,3-60,2)	60,0 (54,3-65,5)	61,6 (56,7-66,3)	37,4 (28,5-47,3)
Cesárea é mais segura	8,6 (7,1-10,3)	6,4 (4,5-9,0)	7,6 (5,8-9,9)	14,9 (10,5-20,9)
Ambos são seguros	27,2 (23,9-30,8)	25,7 (22,1-29,8)	22,3 (18,3-26,9)	40,8 (30,1-52,5)
Não ficou esclarecida	8,0 (6,1-10,3)	7,9 (5,5-11,3)	8,5 (5,1-13,8)	6,8 (3,7-12,2)
Decisão pela via de parto no final da gestação				
Parto vaginal	48,0 (42,6-53,5)	59,2 (51,2-66,8)	50,2 (44,1-56,2)	22,3 (15,0-31,9)
Cesárea	32,7 (26,7-39,2)	18,7 (13,3-25,8)	27,5 (22,3-33,4)	70,1 (57,5-80,2)
Não tinha preferência	19,3 (15,8-23,4)	22,0 (15,2-30,7)	22,3 (17,1-28,6)	7,6 (4,5-12,6)
Fonte de pagamento do nascimento				
Pública	74,4 (64,0-82,6)	90,3 (81,5-95,2)	89,6 (82,3-94,2)	10,7 (1,3-52,3)
Privada	25,6 (17,4-36,0)	9,7 (4,8-18,5)	10,4 (5,8-17,7)	89,3 (47,7-98,7)
Hospital Amigo da Criança				
Não	53,2 (37,4-68,3)	27,0 (8,0-61,0)	54,4 (29,6-77,2)	100,00
Sim	46,8 (31,7-62,6)	73,0 (39,0-92,0)	45,6 (22,8-70,4)	-
Hospital Galba de Araújo				
Não	95,6 (82,7-99,0)	92,7 (55,8-99,2)	96,1 (72,7-99,6)	100,00
Sim	4,4 (1,0-17,4)	7,3 (0,8-44,2)	3,9 (0,4-27,4)	-
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento				
Não	66,7 (58,3-74,2)	79,3 (67,1-87,7)	77,6 (69,1-84,4)	18,9 (7,7-39,4)
Sim	33,3 (23,8-41,7)	20,8 (12,3-32,9)	22,4 (15,6-31,0)	81,1 (60,6-92,3)

Conclusão

Mulheres com idade entre 20 e 34 anos e o atendimento na maior parte das consultas de pré-natal por profissional médico se mantiveram prevalentes em todos os modelos de assistência obstétrica. Na distribuição das variáveis em cada modelo foi observada a maior participação do profissional enfermeiro no pré-natal e atendimento em hospital Amigo da Criança no modelo com Boas Práticas; enquanto uma maior proporção de mulheres compreenderam ser a cesárea mais segura para a mãe, a partir de informações fornecidas no pré-natal, no modelo Intervencionista II (Tabela 2).

A análise multivariável das características associadas aos modelos de assistência obstétrica identificou associações nos modelos Intervencionista I e II, na comparação com o modelo de Boas Práticas. Dentre as características socioeconômicas e demográficas, a única associação que apresentou um efeito gradiente positivo foi o aumento da escolaridade materna com o atendimento no modelo Intervencionista II. Já entre as características obstétricas, a única variável associada aos modelos foi a idade gestacional, com 1,63 vezes (IC95% 1,16-2,29) maior chance nas gestações entre 37 e 38 semanas e 76% (IC95% 0,16-0,36) menor chance nas gestações com 41 semanas, na comparação com gestações entre 39 e 40 semanas, no modelo Intervencionista II (Tabela 3).

Dentre as características do pré-natal, o atendimento por profissional médico na maior parte das consultas de pré-natal foi 2,29 vezes (IC95% 1,05-4,97) maior no modelo Intervencionista I e 17,81 vezes (IC95% 5,06-62,70) maior no modelo Intervencionista II, na comparação com o profissional enfermeiro. A realização do pré-natal em serviço particular ou plano de saúde teve 13,88 vezes (IC95% 2,60-73,97) maior chance, quando comparado com o serviço público; e foi maior a compreensão de que a cesárea é mais segura para a mãe (OR=2,61 IC95% 1,49-4,55), ou tanto a cesárea como o parto vaginal são seguros (OR=1,75 IC95% 1,11-2,78), na comparação com mulheres que compreenderam ser o parto vaginal mais seguro, no modelo Intervencionista II. Características que podem ter influenciado a escolha pela via de parto, com 7,23 vezes maior chance (IC95% 4,08-12,81) na escolha pela cesárea no modelo Intervencionista II, dado também encontrado em menor proporção no modelo Intervencionista I, com 1,77 vezes (IC95% 1,14-2,75) maior chance na escolha pela cesárea, quando comparados com a decisão pelo parto vaginal (Tabela 3).

Tabela 3 – Odds ratio (OR) bruta e ajustada para o desfecho modelo de assistência obstétrica (referência modelo Boas Práticas) segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual, Região Sul do Brasil, 2011 (n= 2.668)

Continua

	Modelo de assistência obstétrica					
	Intervencionista I	Intervencionista II	Valor de p ^a	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	Valor de p ^b
	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)		OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	
Idade						
12 a 19 anos	0,91 (0,66-1,26)	0,94 (0,65-1,35)	0,723	0,29 (0,19-0,46)	0,71 (0,46-1,10)	0,123
20 a 34 anos	Referência			Referência		
35 ou mais	1,10 (0,80-1,50)	1,11 (0,79-1,55)	0,556	1,46 (0,90-2,37)	1,25 (0,80-1,95)	0,314
Escolaridade						
Ensino Fundamental incompleto	Referência			Referência		
Ensino Fundamental completo	0,97 (0,73-1,30)	0,95 (0,74-1,22)	0,666	2,78 (1,53-5,05)	2,60 (1,55-4,37)	0,001
Ensino Médio completo	1,07 (0,73-1,56)	1,00 (0,72-1,38)	0,986	12,24 (5,68-26,37)	8,78 (4,89-15,75)	<0,001
Ensino Superior completo	0,73 (0,36-1,47)	0,66 (0,34-1,27)	0,206	34,04 (12,16-95,27)	18,72 (8,43-41,59)	<0,001
Classe ABIPME						
D/E	Referência			Referência		
C	1,27 (0,84-1,91)	1,27 (0,85-1,91)	0,237	3,22 (1,05-9,86)	1,88 (0,64-5,50)	0,245
A/B	1,25 (0,71-2,19)	1,32 (0,77-2,26)	0,313	12,84 (2,63-62,71)	3,17 (0,70-14,26)	0,129
Paridade						
> 1	Referência			Referência		
0	0,94 (0,72-1,23)	0,97 (0,71-1,31)	0,835	1,41 (1,11-1,78)	1,11 (0,84-1,47)	0,451
Idade gestacional						
37 a 38 semanas	1,10 (0,83-1,46)	1,12 (0,84-1,49)	0,438	1,82 (1,32-2,51)	1,63 (1,16-2,29)	0,006
39 a 40 semanas	Referência			Referência		
41 semanas	0,83 (0,60-1,14)	0,82 (0,59-1,13)	0,223	0,21 (0,14-0,31)	0,24 (0,16-0,36)	<0,001
Local de realização do pré-natal						
Serviço público	Referência			Referência		
Serviço particular ou plano de saúde	0,87 (0,52-1,48)	0,84 (0,49-1,44)	0,513	22,85 (4,37-119,37)	13,88 (2,60-73,97)	0,003
Serviço público e particular	0,63 (0,33-1,20)	0,60 (0,33-1,10)	0,098	3,81 (0,77-18,72)	2,74 (0,52-14,31)	0,226
Profissional que atendeu a maior parte das consultas de pré-natal						
Enfermeiro	Referência			Referência		
Médico	2,27 (1,04-4,94)	2,29 (1,05-4,97)	0,037	24,84 (7,69-80,29)	17,81 (5,06-62,70)	<0,001
Preferência inicial pela via de parto						
Parto vaginal	Referência			Referência		
Cesárea	1,20 (0,89-1,62)	1,20 (0,89-1,63)	0,230	2,96 (2,09-4,19)	2,55 (1,72-3,77)	<0,001

Tabela 3 – Odds ratio (OR) bruta e ajustada para o desfecho modelo de assistência obstétrica (referência modelo Boas Práticas) segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil, 2011 (n= 2.668)

	Modelo de assistência obstétrica						Valor de p*
	Intervencionista I			Intervencionista II			
	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	Valor de p*	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	Valor de p*	
Preferência inicial pela via de parto							
Parto vaginal	Referência			Referência			
Cesárea	1,20 (0,89-1,62)	1,20 (0,89-1,63)	0,230	2,96 (2,09-4,19)	2,55 (1,72-3,77)	<0,001	
Não tinha preferência	0,97 (0,47-1,99)	1,00 (0,49-2,07)	0,993	1,18 (0,50-2,76)	0,96 (0,42-2,21)	0,928	
Aconselhamento sobre o tipo de parto no pré-natal							
Parto vaginal é mais seguro	Referência			Referência			
Cesárea é mais segura	1,16 (0,73-1,84)	1,17 (0,74-1,84)	0,494	4,19 (2,27-7,75)	2,61 (1,49-4,55)	0,001	
Ambos são seguros	0,84 (0,61-1,16)	0,85 (0,62-1,17)	0,307	2,51 (1,45-4,36)	1,75 (1,11-2,78)	0,018	
Não ficou esclarecida	1,05 (0,56-1,96)	1,09 (0,59-2,02)	0,774	1,23 (0,67-2,25)	1,87 (1,02-3,42)	0,042	
Decisão pela via de parto no final da gestação							
Parto vaginal	Referência			Referência			
Cesárea	1,73 (1,09-2,75)	1,77 (1,14-2,75)	0,012	9,94 (5,42-18,21)	7,23 (4,08-12,81)	<0,001	
Não tinha preferência	1,20 (0,71-2,02)	1,18 (0,70-2,02)	0,526	0,91 (0,53-1,57)	0,94 (0,56-1,59)	0,813	
Fonte de pagamento do nascimento							
Pública	Referência			Referência			
Privada	1,08 (0,44-2,68)	1,18 (0,48-2,89)	0,718	78,26 (9,75-628,14)	66,99 (7,61-589,73)	<0,001	
Mesmo profissional no pré-natal e nascimento							
Não	Referência			Referência			
Sim	1,10 (0,54-2,24)	1,14 (0,54-2,40)	0,732	16,36 (5,59-47,87)	9,63 (3,61-25,70)	<0,001	

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME e primiparidade.

Nível de significância pelo Teste de Wald.

Nota: Destacados em negrito valor de p <0,05.

No modelo Intervencionista II, o atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento foi 9,63 vezes maior (IC95% 3,61-25,70) *versus* a não continuidade na assistência; e a chance de custear o nascimento com plano de saúde ou desembolso direto foi 66,99 vezes maior (IC95% 7,61-589,73) na comparação com o pagamento público. Neste último resultado, o IC95% apresentou grande amplitude, porém iniciou com uma chance 7,61 vezes maior no menor valor do IC95%, e ainda valor de $p < 0,001$, o que representa uma forte associação (Tabela 3).

A percepção das mulheres sobre o atendimento foi elevada no quesito satisfação e aspectos relacionados, acima de 85,8%. Mulheres atendidas no modelo Intervencionista II, quando comparadas ao modelo com Boas Práticas, tiveram maiores chances de se sentirem respeitadas pelos profissionais (OR=1,84 IC95% 1,03-3,30), terem privacidade no trabalho de parto, e parto (OR=1,94 IC95% 1,10-3,41), clareza nas informações (OR=2,00 IC95% 1,27-3,16), tempo disponível para fazer perguntas (OR=2,16 IC95% 1,42-3,28), participação nas decisões (OR=2,78 IC95% 1,53-5,07), e satisfação geral com o atendimento (OR=2,96 IC95% 1,56-5,65). No modelo Intervencionista I, as mulheres tiveram 45% menos chance (IC95% 0,34-0,88) de se sentirem respeitadas pelos profissionais, na comparação com o modelo de assistência obstétrica com Boas Práticas. O desfecho violência verbal, psicológica ou física, obteve uma prevalência de 4,30% e não apresentou associação com os modelos de assistência (Tabela 4).

Tabela 4 - Percepção da mulher sobre respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas, participação nas decisões, violência (verbal, psicológica ou física) e satisfação geral com o atendimento segundo modelo de assistência obstétrica em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011 (n= 2.235)

	% (IC95%)	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	Valor p [#]
Respeito dos profissionais	88,7 (85,7-91,1)			
Boas Práticas	90,4 (86,9-93,1)	Referência		
Intervencionista I	83,9 (79,1-87,7)	0,55 (0,34-0,89)	0,55 (0,34-0,88)	0,015
Intervencionista II	95,8 (93,5-97,2)	2,39 (1,35-4,23)	1,84 (1,03-3,30)	0,040
Privacidade no trabalho de parto e nascimento	92,7 (90,7-94,3)			
Boas Práticas	93,0 (90,4-94,9)	Referência		
Intervencionista I	90,4 (86,5-93,2)	0,71 (0,43-1,18)	0,71 (0,42-1,18)	0,181
Intervencionista II	97,3 (95,8-98,3)	2,76 (1,55-4,90)	1,94 (1,10-3,41)	0,022
Clareza nas explicações	86,3 (83,8-88,5)			
Boas Práticas	85,5 (81,5-88,8)	Referência		
Intervencionista I	83,6 (79,7-86,9)	0,87 (0,58-1,29)	0,88 (0,59-1,31)	0,518
Intervencionista II	93,5 (90,8-95,4)	2,44 (1,52-3,91)	2,00 (1,27-3,16)	0,004
Tempo disponível para fazer perguntas	85,8 (83,1-88,1)			
Boas Práticas	85,5 (82,4-88,1)	Referência		
Intervencionista I	82,3 (77,7-86,2)	0,79 (0,55-1,15)	0,80 (0,54-1,16)	0,234
Intervencionista II	93,8 (91,0-95,7)	2,55 (1,61-4,04)	2,16 (1,42-3,28)	0,001
Participação nas decisões	87,5 (85,1-89,6)			
Boas Práticas	87,7 (83,6-90,9)	Referência		
Intervencionista I	84,0 (80,5-86,9)	0,74 (0,49-1,11)	0,75 (0,49-1,14)	0,173
Intervencionista II	94,9 (91,8-96,9)	2,62 (1,43-4,82)	2,78 (1,53-5,07)	0,001
Violência verbal, psicológica ou física	4,3 (3,5-5,3)			
Boas Práticas	3,7 (2,8-4,7)	Referência		
Intervencionista I	5,6 (4,0-7,7)	1,55 (1,00-2,41)	1,53 (0,99-2,36)	0,054
Intervencionista II	2,8 (1,9-4,1)	0,76 (0,47-1,21)	0,73 (0,43-1,23)	0,231
Satisfação geral	92,3 (90,5-93,8)			
Boas Práticas	91,4 (88,8-93,4)	Referência		
Intervencionista I	90,6 (87,6-92,9)	0,91 (0,59-1,39)	0,88 (0,58-1,34)	0,548
Intervencionista II	97,9 (96,3-98,8)	4,32 (2,32-8,02)	2,96 (1,56-5,65)	0,001

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME e primiparidade.

[#]Nível de significância pelo Teste de Wald.

Nota: Destacados em negrito valor de p < 0,05.

Entre os desfechos neonatais estudados, um em cada 10 recém-nascidos foi reanimado em sala de parto, com associações que mostraram o dobro de chance ou mais de ocorrência, nos modelos de assistência Intervencionista I (OR=2,02 IC95% 1,08-3,78) e II (OR=2,83 IC95% 1,34-5,97). A internação hospitalar do recém-nascido teve uma prevalência de 4,7% e não esteve associada aos modelos de assistência. Alta em aleitamento materno exclusivo obteve uma prevalência elevada (94,0%), e uma associação com 49% menor chance de ocorrência (IC95% 0,26-0,99), no modelo de assistência

Intervencionista II, na comparação com o modelo de Boas Práticas (Tabela 5).

Tabela 5 - Desfechos neonatais (manobras de reanimação, internação hospitalar e alta em aleitamento materno exclusivo) segundo modelo de assistência obstétrica em gestantes de risco habitual. Região Sul do Brasil. 2011

	% (IC95%)	OR (IC95%)	ORaj* (IC95%)	Valor p [#]
Manobras de reanimação (n=2.648)	10,8 (8,1-4,3)			
Boas Práticas	6,4 (4,5-9,0)	Referência		
Intervencionista I	12,1 (7,7-18,5)	2,02 (1,08-3,75)	2,02 (1,08-3,78)	0,029
Intervencionista II	16,4 (9,4-26,8)	2,87 (1,38-5,95)	2,83 (1,34-5,97)	0,007
Internação hospitalar (n=2.648)	4,7 (3,6-6,1)			
Boas Práticas	6,3 (4,2-5,8)	Referência		
Intervencionista I	4,2 (3,1-5,8)	0,66 (0,38-1,13)	0,66 (0,38-1,12)	0,119
Intervencionista II	2,8 (1,6-4,7)	0,42 (0,21-0,86)	0,47 (0,22-1,02)	0,057
Alta em aleitamento materno exclusivo (n=2.228)	94,0 (91,7-95,6)			
Boas Práticas	96,2 (93,4-96,1)	Referência		
Intervencionista I	93,3 (88,6-96,1)	0,54 (0,24-1,23)	0,53 (0,24-1,17)	0,112
Intervencionista II	91,2 (88,3-93,4)	0,41 (0,21-0,79)	0,51 (0,26-0,99)	0,049

* OR ajustada para idade, escolaridade, classe econômica ABIPEME e primiparidade.

Nível de significância pelo Teste de Wald.

Nota: Destacados em negrito valor de $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A identificação dos modelos de assistência obstétrica permitiu o reconhecimento de distintas formas de organização e condução da assistência, assim como uma aproximação com o perfil das mulheres atendidas em cada modelo. A escolha das práticas para a elaboração dos modelos, entre elas ter tido trabalho de parto, presença de acompanhante no trabalho de parto e/ou nascimento, cesárea e contato pele a pele, encontra-se fundamentada na prática baseada em evidência ou nos princípios de humanização da assistência. Essas escolhas se devem pela elevada prevalência na realização de cesárea eletiva, ou seja, baixa prevalência de mulheres que entraram em trabalho de parto em determinadas instituições; fato que impossibilitou o uso de práticas realizadas durante o trabalho de parto, ou parto. Ademais, a decisão por estudar mulheres classificadas como gestantes de risco habitual se justifica pela inexistência de fatores de risco obstétricos ou prévios, que pudessem indicar a realização ou não das práticas obstétricas, ou ainda, a necessidade de serem atendidas em instituições que são referência para gestantes de risco obstétrico.

A presença de acompanhante e o contato pele a pele na assistência ao nascimento possuem respaldo em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados. Mulheres com apoio contínuo intraparto

foram mais propensas ao parto vaginal espontâneo e menos propensas à analgesia intraparto, parto instrumental, cesárea ou na declaração de insatisfação com a experiência; além de terem menor duração do trabalho de parto e menor proporção de recém-nascido com baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida (HODNETT et al., 2013). Já a realização de contato pele a pele possui evidências de benefícios para o recém-nascido, como a diminuição do choro, a estabilidade cardiorrespiratória e o aumento na duração do aleitamento materno; sem a observação de efeitos negativos aparentes a curto ou longo prazo (MOORE et al., 2012).

No que concerne a prática da cesárea, não existem evidências a partir de ensaios clínicos randomizados, haja vista ser controversa a realização de uma cesárea planejada, em gestação a termo e sem uma indicação clínica, pois envolve um procedimento cirúrgico no qual não existe um problema, nem quaisquer complicações (LAVENDER et al., 2012); além da dificuldade para identificar mulheres que não se importem com a via de parto. Neste contexto, o desafio de avaliar efeitos benéficos ou prejudiciais na prática da cesárea, foi descrito em estudo ecológico realizado com dados de países desenvolvidos, na análise de três décadas de assistência (1980-2010); e em estudo multicêntrico realizado na América Latina entre 2004 e 2005, com amostra de quase 100.000 mulheres atendidas. O estudo ecológico identificou na taxa de 15% de cesárea, as maiores reduções na mortalidade materna e nas taxas de 10%, as maiores contribuições para a redução na mortalidade neonatal e infantil (YE et al., 2014). O estudo multicêntrico encontrou duas vezes maior chance na ocorrência de pelo menos um dos eventos no índice de morbidade (transfusão sanguínea, histerectomia, admissão em UTI e permanência no hospital maior do que sete dias) e mortalidade materna, tanto na cesárea eletiva como na cesárea intraparto, quando comparadas com o parto vaginal. Na avaliação dos resultados neonatais, em gestações únicas e com apresentação cefálica, a realização de cesárea sem trabalho de parto aumentou a chance de internação por sete dias ou mais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e a ocorrência do óbito neonatal até o momento da alta hospitalar, quando comparada com o parto vaginal ocorrido no trabalho de parto espontâneo (VILLAR et al., 2007).

A inclusão do desencadeamento do trabalho de parto para a identificação dos modelos de assistência, justifica-se pelo simples fato de ser uma condição esperada para gestantes de risco habitual; e integrou o trabalho de parto espontâneo e o trabalho de parto induzido

com sucesso. Na humanização da assistência, o desencadeamento do trabalho de parto é reconhecido, na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRASIL, 2002).

Na identificação dos modelos de assistência obstétrica, foi observado no modelo Boas Práticas a maior utilização das práticas baseadas em evidência e a maior aproximação do conceito de humanização da assistência ao nascimento. E apesar deste modelo ter apresentado a menor proporção de cesáreas entre todos os demais modelos, os valores encontrados ainda estão acima dos preconizados pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), ou por estudo supracitado sobre o tema (YE et al., 2014); valores que refletem a atual realidade da assistência obstétrica brasileira.

No modelo Intervencionista I, comparado com o modelo de Boas Práticas, observou-se uma discreta redução na proporção do desencadeamento do trabalho de parto, e discreta elevação na proporção de cesárea, com as mais baixas proporções, dentre todos os modelos, da presença de acompanhante e da realização do contato pele a pele. Um modelo que sugere a intencionalidade pelo parto vaginal como resultado final, porém, que não considera a realização de práticas que promovem apoio e suporte à mulher ou bem-estar ao recém-nascido.

No modelo Intervencionista II são encontradas as mais baixas proporções de mulheres que entraram em trabalho de parto, uma redução na proporção do contato pele a pele, seguidas das mais elevadas proporções da presença de acompanhante e da realização de cesárea, esta última com taxa clinicamente injustificável. Um modelo que se aproxima da assistência tecnocrática, que compreende o corpo da mãe como uma máquina e o bebê como resultado de um processo de produção industrial, com valorização e uso abusivo de tecnologia (DAVIS-FLOYD, 2001).

Diferenças nas variáveis socioeconômicas, demográficas, obstétricas, da assistência pré-natal, das instituições e da atuação dos profissionais de saúde, puderam ser observadas em cada modelo de assistência obstétrica identificado. As mulheres de menor escolaridade, classe social menos favorecida e que realizaram o atendimento público no pré-natal ou nascimento, foram mais prevalentes nos modelos de assistência com Boas Práticas e Intervencionista I; enquanto a maior escolaridade, mais elevada classe social e o atendimento no pré-natal ou nascimento com financiamento privado, foram prevalentes no modelo Intervencionista II.

Sobre as características da assistência pré-natal, apesar da pequena participação do profissional enfermeiro na amostra, sua participação foi mais prevalente no modelo com Boas Práticas, menos prevalente no modelo Intervencionista I e, menor ainda, no modelo Intervencionista II. A preferência pelo parto vaginal no início da gestação, a compreensão a partir de informações transmitidas durante o pré-natal de que o parto vaginal é mais seguro e a decisão pelo parto vaginal no final da gestação, foram mais prevalentes nos modelos com Boas Práticas e Intervencionista I. Já no modelo Intervencionista II, foi identificada a igualdade na preferência inicial pelo parto vaginal ou pela cesárea, a compreensão de que a cesárea é mais segura, ou tanto o parto vaginal como a cesárea são seguros para a mãe; e a decisão pela cesárea no final da gestação. Importante observar que a maior continuidade no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento, ocorreu no modelo Intervencionista II.

Quanto à idade gestacional, a maior prevalência de gestações entre 39 e 40 semanas foi encontrada nos modelos com Boas Práticas e Intervencionista I, ao passo que no modelo Intervencionista II, foi encontrada maior prevalência de gestações entre 37 e 38 semanas. E os programas e políticas públicas como o título Hospital Amigo da Criança ou o reconhecimento das instituições com o prêmio Galba de Araújo, ambas as iniciativas que promovem e reconhecem a humanização da assistência no atendimento obstétrico e neonatal (BRASIL, 1998; 2014b) foram mais prevalentes no modelo com Boas Práticas, menos prevalentes no modelo Intervencionista I, e inexistentes no modelo Intervencionista II.

A análise multivariável validou diferenças nos modelos de assistência obstétrica, na identificação dos fatores preditores nos modelos Intervencionistas I e II, comparados com o modelo Boas Práticas. Foram fatores preditores no modelo Intervencionista I, o atendimento na maior parte das consultas de pré-natal por profissional médico e a decisão pela cesárea no final da gestação. No modelo Intervencionista II, foram encontradas chances cada vez maiores no atendimento das mulheres, conforme aumentou o grau de escolaridade materna. E numa avaliação temporal dos demais fatores preditores no modelo Intervencionista II, percebe-se uma cascata de eventos que têm início no atendimento pré-natal e atinge o seu ápice, nas elevadas taxas de cesárea encontradas. Ou seja, o pré-natal realizado em serviço particular ou plano de saúde; com a maior parte das consultas acompanhada por profissional médico; a preferência inicial das

mulheres pela cesárea; a compreensão, a partir do aconselhamento durante o pré-natal, de que tanto a cesárea como o parto vaginal são seguros para a mãe; a decisão pela cesárea no final da gestação; a continuidade na assistência pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento; a interrupção da gestação entre 37 e 38 semanas de idade gestacional; com fonte de pagamento privada da assistência ao nascimento foram características que apresentaram associação positiva na análise ajustada.

Os resultados deste estudo mostraram que as desigualdades sociais no acesso ao financiamento público ou privado da assistência à saúde permearam a formação dos modelos de assistência obstétrica. Que a assistência pública à saúde apresenta diferentes contextos; um primeiro, alicerçado sobre os programas públicos e que oferece a mais alta qualidade; e um segundo, que demonstra preocupações com os elevados índices de cesárea, porém, que não considera os princípios de humanização da assistência. Que a assistência privada é padronizada e centrada no profissional médico, com maiores níveis de intervenção. E por último, que fatores culturais e a atuação dos profissionais de saúde estiveram intimamente relacionados aos modelos de assistência obstétrica identificados.

No modelo de assistência obstétrica Boas Práticas, foi possível constatar o atendimento pelo sistema público de saúde e demais características, que se assemelharam ao que preconizam as políticas e os programas do Ministério da Saúde brasileiro. Órgão que reconhece na assistência pré-natal o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados e ainda, como de sua competência, o estabelecimento de políticas e normas técnicas para uma assistência de qualidade. No serviço público de saúde, o acompanhamento pré-natal incorpora a participação de profissionais médicos e enfermeiros em consultas subsequentes, com avaliação periódica da classificação de risco gestacional e quando indicado, o encaminhamento para o serviço de referência. Dentre as atividades para uma assistência pré-natal efetiva, são descritas a preparação e o incentivo ao parto normal, na qual se observam campanhas publicitárias para a conscientização sobre seus benefícios e, mais atualmente, campanhas para o esclarecimento das condutas e procedimentos benéficos ou procedimentos que não devem ser realizados de forma rotineira, na assistência obstétrica (BRASIL, 2000; 2016).

São ainda características compatíveis com o modelo de Boas Práticas, orientações provenientes de diretrizes internacionais para a

assistência obstétrica, de que o acesso à informação de qualidade durante o período gestacional busca o empoderamento das mulheres para uma vivência plena deste processo e uma conscientização para a escolha do melhor tratamento (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2008). Ou seja, a compreensão das mulheres a partir de informações transmitidas durante o pré-natal, de que o parto vaginal é mais seguro para a mãe e, a julgar os riscos a que estão expostas as mulheres submetidas à cesárea (VILLAR et al., 2007), a decisão final pelo parto vaginal, na ausência de indicações clínicas para uma cesárea.

No modelo de assistência obstétrica Intervencionista I, observa-se a outra face na dualidade da assistência prestada pelo sistema público de saúde. Diferenças encontradas na formação dos modelos (diferença na proporção de práticas por hospital) ou na ausência de associações tanto na comparação do financiamento da assistência, quanto das características socioeconômicas e demográficas da clientela entre os modelos com Boas Práticas e Intervencionista I, confirmam esta afirmação. Resultados que ratificam a dificuldade na implementação dos programas públicos e a adequação dos serviços de saúde, quer com práticas institucionais enraizadas, quer com profissionais tecnocráticos inseridos nas instituições, que desconhecem ou ignoram os benefícios de uma prática baseada em evidência ou fundamentada nos princípios de humanização. A maior proporção no atendimento por profissional médico durante o pré-natal, que pode estar relacionada à maior proporção na decisão final pela cesárea, foram associações que trouxeram distinção no atendimento realizado no modelo Intervencionista I, na comparação com o atendimento realizado no modelo Boas Práticas. À vista dos resultados destes modelos, compreende-se que as mulheres com as mais baixas escolaridades, ora possuem acesso a mais alta qualidade da assistência, ora são submetidas a uma assistência intervencionista e desumanizada.

Já no modelo Intervencionista II, observa-se o predomínio da assistência privada à saúde, com características distintas dos outros dois modelos. Surgem fatores culturais, como a maior chance da preferência inicial pela cesárea, preferência que não foi desconstruída durante o pré-natal, ao contrário, tornou-se consolidada na percepção das mulheres como uma via de parto segura. Aspecto que levanta questionamentos sobre a qualidade das informações transmitidas e novamente, a influência dos profissionais, pois não foram encontradas diferenças na preferência inicial pela via de parto, na análise descritiva das mulheres

incluídas neste modelo. A interpretação de estudos anteriores apoia este questionamento, de que as mulheres confiam nas informações fornecidas durante o pré-natal e acreditam que as indicações para a realização de uma cesárea resultaram em maior segurança, mesmo ultrapassando a frequência de valores aceitáveis (POTTER et al., 2001).

Soma-se a isto, a constituição de um modelo com mulheres de maior escolaridade e que por este motivo, deveriam ter maior acesso à informação de qualidade e a contestação baseada em cientificidade por parte dos profissionais, para a não adoção das melhores práticas, ou seja, a decisão por uma cesárea. Mulheres que foram acompanhadas no pré-natal por profissional médico e que tiveram a continuidade no atendimento no momento do nascimento, característica que promove uma relação de confiança. Porém este fato implicou na realização de um procedimento cirúrgico com data e hora marcada, evidenciado pela baixa prevalência de mulheres que entraram em trabalho de parto e pela realização da cesárea antes da 39^a semana de gestação, com maior chance de resultados adversos neonatais (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013).

Por conseguinte, uma assistência com a falsa pretensão de humanização e segurança, que respalda e fortalece a decisão final pela cesárea, possibilita a presença massiva do acompanhante, mas não considera os riscos a que estão sendo expostos mulheres e recém-nascidos. Além do mais, são práticas que comprometem a vida reprodutiva futura destas mulheres, pelo maior risco de complicações placentárias, em gestações subsequentes (SILVER, 2012).

Os resultados encontrados no modelo de assistência obstétrica Intervencionista II endossam uma assistência padronizada e centrada no profissional médico. Profissionais que possuem formação desenvolvida em hospitais de referência, com maior nível de complexidade para o atendimento de situações que realmente necessitam de intervenções. Características que podem limitar a formação e a capacitação para o acompanhamento do trabalho de parto e parto, na perspectiva de uma assistência obstétrica fisiológica (SASS; WHANG, 2009). Neste contexto, tem-se a atuação de enfermeiras obstetras, obstetrizes e *midwives* na atenção ao parto, profissionais com formação específica para o atendimento de mulheres sem complicações (PAGE, 2001), porém que encontram pouco espaço ou autonomia, numa assistência excessivamente medicalizada (SANCHES; MAMEDE; VIVANCO, 2012). Profissionais que realizam comprovadamente menos intervenções na assistência ao trabalho de parto, e parto (DIAS, DOMINGUES, 2005;

VOGT et al., 2011; SANDALL et al., 2016), com maiores índices de satisfação dos sujeitos envolvidos (SANDALL et al., 2016).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) envida esforços para a reversão das elevadas taxas de cesárea neste setor, com a implementação do que chama modelos de atenção ao parto alternativos (BRASIL, 2008). Estudo que comparou resultados de um hospital típico do setor de saúde suplementar, que apresentou características próximas do modelo Intervencionista II identificado; com a implementação de um hospital atípico, que possuía diferentes equipes no pré-natal e na atenção ao parto, o trabalho colaborativo entre enfermeiras obstetras e médicos na atenção ao parto, e o pagamento dos profissionais por tempo de serviço, independente do número de procedimentos realizados; mostrou menor prevalência de cesáreas nos hospitais atípicos (47,8% *versus* 90,8%) (TORRES et al., 2014).

Na investigação da satisfação com o atendimento recebido, a percepção da mulher foi questionada sobre determinados aspectos da assistência, com a finalidade de resgatar a experiência vivenciada durante a internação (d'ORSI et al., 2014). Apesar do modelo Intervencionista II ter apresentado os maiores índices de intervenções obstétricas, as mulheres atendidas neste modelo tiveram maior chance de se sentirem respeitadas, de terem maior privacidade no trabalho de parto e nascimento, maior clareza nas informações, maior tempo disponível para fazerem perguntas e participação nas decisões; percepções que resultaram em maior chance de satisfação com o atendimento recebido, na comparação com o modelo de Boas Práticas. São associações condizentes com estudos sobre a satisfação, nos quais seus resultados são produtos da expectativa em relação ao atendimento, independente da qualidade dos serviços prestados (ESPIRIDIANO; TRAD, 2006). Ademais, a interrupção da gestação em mulheres que não entraram em trabalho de parto pode ter contribuído para as associações com os aspectos relacionados à satisfação, como já descritos em resultados de análises anteriores da Pesquisa Nascer no Brasil (d'ORSI et al., 2014), pelo menor tempo de internação e menor contato com a equipe de saúde.

A percepção de violência pelas mulheres esteve presente no atendimento, independente do modelo de assistência obstétrica identificado, violência contextualizada na forma verbal por gritos ou insultos à mulher; psicológica, por ameaça, humilhação ou negação no atendimento/oferta de algum tipo de alívio da dor; e física, em ações como empurrar, machucar ou realizar exame de toque de forma

dolorosa. São aspectos que ganham visibilidade na atualidade, pelo maior número de pesquisas conduzidas sobre o tema e que merecem atenção, pois representam a desumanização da assistência e a perpetuação da opressão feminina na assistência à saúde (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014). Uma violência que vai além das contextualizações supracitadas, pois engloba a realização de práticas obstétricas desnecessárias e por vezes danosas (TESSER et al., 2015).

Outro aspecto muito discutido na satisfação com o atendimento se dá, nos maiores índices encontrados, quando ocorre a continuidade do atendimento prestado pelo mesmo profissional de saúde, no pré-natal e nascimento (SANDALL et al., 2016; ESPIRIDIANO; TRAD, 2006). Neste estudo, a fragmentação da assistência à saúde foi identificada na descontinuidade do atendimento em instituições públicas. No entanto, a maior satisfação na proximidade ofertada pelo atendimento privado, através da continuidade na assistência, não garantiu os melhores resultados em saúde. No modelo Intervencionista II, a chance de reanimação do recém-nascido em sala de parto mais que dobrou em relação ao modelo com Boas Práticas, associação também resultante da adoção de práticas obstétricas inadequadas, apesar de não ter sido encontrada diferença na proporção de recém-nascidos internados após o nascimento. Outra característica com benefícios comprovados para mulheres e recém-nascidos – o aleitamento materno exclusivo – que demanda conhecimento, habilidade e apoio dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2011b), apresentou menor chance de alta em aleitamento materno exclusivo no modelo Intervencionista II, na comparação com o modelo Boas Práticas.

As associações encontradas nos modelos de assistência obstétrica, de acordo com a fonte de pagamento pública ou privada, mostraram desigualdades sociais de acesso que não se mantiveram na análise da classe social. Isto posto, leva à compreensão de que as mulheres, independente da classe social, buscam serviços de qualidade, reconhecidos nos preceitos de humanização da assistência obstétrica, neste caso, o modelo com Boas Práticas. E o que leva as mulheres para o atendimento no modelo Intervencionista II? Na fuga do parto vaginal traumático ofertado no modelo Intervencionista I, a solução pode estar no agendamento de uma cesárea. Nos dados comprovados em estudo anterior se identificou na fala de mulheres a descrição da baixa qualidade dos cuidados prestados em obstetrícia, além de condutas assistenciais negligentes, resultantes do preconceito social existente no país; e em mulheres de classe social menos favorecida, o direcionamento

da renda para os serviços medicalizados, na busca pelo agendamento de uma cesárea (BÉHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002).

O desenvolvimento deste estudo não elucida todos os motivos que justificam o atendimento em determinado modelo de assistência. Há fatores que estão além das características identificadas e contemplam questões de ordem política, cultural, institucional e organizacional, com destaque nesta última, para a remuneração dos profissionais de saúde e os incentivos de produtividade (MAIA, 2008). Acrescido a isto, houve limitações à baixa prevalência do trabalho de parto, característica que impossibilitou a verificação de associações entre as práticas durante o trabalho de parto e os modelos de assistência obstétrica identificados.

Observa-se na Região Sul do Brasil, o predomínio de uma assistência obstétrica na contramão das melhores evidências, com praticamente sete em cada 10 mulheres atendidas nos modelos de assistência obstétrica Intervencionista I e II, além das elevadas taxas de cesárea encontradas no modelo Boas Práticas. E o que se pode fazer para mudar esta realidade? O fato é que as mulheres precisam de uma escolha informada e não de um consentimento informado, pois as evidências científicas acumuladas sobre a prática obstétrica humanizada não foram suficientes para a modificação da atitude dos profissionais, ou da reestruturação dos serviços de saúde (MAIA, 2008). Além disso, as mulheres não devem se sentir coagidas para a realização de um procedimento cirúrgico, pelo simples fato de não se sentirem seguras, ou pela falta de atendimento profissional adequado para a vivência de um trabalho de parto e nascimento humanizados (LEONE; PADMADAS; MATTHEWS, 2008).

Conclui-se a partir deste estudo, que a mulheres assistidas em hospitais públicos possuem maior chance de serem beneficiadas com as melhores práticas; que o acompanhamento das mulheres durante o pré-natal tem impacto sobre a forma como o atendimento é prestado no momento do nascimento, assim como o financiamento público ou privado da assistência à saúde; e que nem o vínculo construído durante o pré-natal, nem a assistência privada à saúde asseguram um melhor atendimento obstétrico. É urgente a necessidade de mudança na estrutura dos serviços de saúde, principalmente no atendimento às gestantes de risco habitual, mulheres que necessitam de acompanhamento, cuidado, apoio e não intervenção. Que a exemplo de países desenvolvidos (SANDALL et al., 2016) e de pesquisas nacionais (DIAS, DOMINGUES, 2005; VOGT et al, 2011; TORRES et al., 2014), o Brasil necessita de maior inserção e atuação de enfermeiras obstetras e

obstetrizes, na assistência prestada durante a gestação e o parto, seja dentro ou fora de instituições hospitalares. Estratégia reconhecida pela Rede Cegonha para a melhoria da saúde materna e infantil, com ampliação do número de Centros de Parto Normal, porém que carecem de maior atenção dos nossos governantes, para uma efetiva concretização. E que o modelo de assistência à saúde que prevalece na iniciativa privada, encontra-se distorcido na visão de segurança das mulheres e não possibilita nem ao menos, a experiência do desencadeamento do trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG. Committee opinion. **Definition of term pregnancy**. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Society for Maternal-Fetal Medicine Number 579. November 2013.

BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, v. 324, n. 942, p. 1-6, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.883 de 04 de junho de 1998**. Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun., 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º de jun, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro 2008.

_____. 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. 2011a. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo Região**. Tipo de parto: cesário, Brasília, 2014a. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial de União, Brasília, DF, 28 mai., 2014b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde SUS. Incentivo ao parto normal. 2016. Disponível em:
<<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incen-tivo-ao-parto-normal>>.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 75 Suppl 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: <doi:10.1016/S0020-7292(01)00510-0>.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>>.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl.1, p. S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>>.

d'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl.1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>>.

ESPIRIDIDÃO; M. A.; TRAD; L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016>>.

HODNETT, E. D. et al.. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/full>>.

LAGO, T. D. G. D.; LIMA, L. P. D. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL (Ed.). **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.**: Brasília, 2009.

LAVENDER, T. et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub3 Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004660.pub3/full>>.

LEAL, M. D. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15> >.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>.

LEONE, P.; PADMADAS, S. S.; MATTHEWS, S. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: An analysis of six countries. **Soc Sci Med.**, v. 67, n. 8, p. 1236-1246, 2008. Disponível em: <[doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.032)>.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica, Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: A Guide to Best Practice. 2. nd. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Evidence-Based-Practice-Nursing-Healthcare-Guide/dp/1605477788>>.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>>.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE. **Antenatal care for uncomplicated pregnancies**. National Institute for Health Care Excellence. Clinical guideline. Published date: March 2008. Last updated: March 2016. Disponível em: <nice.org.uk/guidance/cg62>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PAGE, L. Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 75, p. S81–S88, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072920100515X>>.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>>.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ**, v. 323, n. 7322, p. 1155–8, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59849>>.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê humanização do parto**. Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2002. 40 p.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 418-26, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200021>>.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>.

SASS, N.; WHANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesárea no Brasil. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 133-7, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>.

SILVER, R. M. Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. **Seminars in Perinatology**, v. 36, n. 5, p. 315-323, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000512000481>>.

SOUZA; J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S11-S13, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>>.

STATA, 2013. **Stata**: release 13. Statistical software. StataCorp. 2013. College Station, TX: StataCorp LP.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>.

TORRES, J. A. et al. Cesárea e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de

atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S220-S231, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129813>>.

VASCONCELLOS, M. T. L. D. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, v. 335, n. 1025, p. 1-10, 2007. Disponível em: <[doi:10.1136/bmj.39363.706956.55](https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55)>.

VOGT, S. E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>>.

YE, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-244, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12104/pdf>>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do estudo “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento” possibilitou a obtenção de um retrato da assistência obstétrica e a compreensão da trajetória reprodutiva de mulheres, que até então não haviam sido descritas em tamanho detalhe no âmbito nacional. Pesquisadores renomados de diversas instituições científicas, profissionais de saúde, alunos de graduação e pós-graduação estiveram envolvidos em diferentes momentos, desde a elaboração do macroprojeto, construção dos instrumentos, definição da logística do estudo, organização do trabalho de campo e coleta de dados; todos comprometidos para a garantia do rigor metodológico e científico. A amostra representativa por região tornou possível a análise das características ou peculiaridades das diferentes regiões do Brasil e a compreensão de como se configura a assistência obstétrica em cada uma delas. A oportunidade que esta pesquisadora teve de participar como supervisora da coleta de dados, em oito hospitais no estado de Santa Catarina e com dedicação exclusiva durante um período de três meses, propiciou-lhe conhecer a estrutura e a dinâmica dos hospitais, observar os diferentes cenários de assistência e ainda, o domínio dos instrumentos utilizados para a coleta de dados, que foram aspectos fundamentais para a construção desta tese.

A descrição das práticas obstétricas na atenção ao parto em gestantes de risco habitual no Sul do Brasil permitiu desvelar uma assistência obstétrica na qual 38,0% das mulheres foram submetidas à interrupção da gestação através de uma cirurgia eletiva, a cesárea. Ainda sobre o total de mulheres, 14,0% vivenciaram a indução de um trabalho de parto e 56,6% desencadearam o trabalho de parto, tendo sido ele espontâneo, ou induzido com sucesso. Visto de outra forma, somente metade das gestantes de risco habitual desencadeou o trabalho de parto espontaneamente (48,0%), o que retrata um modo de conduzir a assistência que impede o exercício da cidadania, uma vez que o trabalho de parto é um ato intrínseco ao processo reprodutivo das mulheres e que contribui para os melhores resultados em saúde. Por outro lado, mulheres que vivenciaram um trabalho de parto, tiveram o desprazer de uma assistência excessivamente intervencionista, com a realização de procedimentos contrários às evidências científicas e que por este motivo se caracterizam como atos de violência obstétrica.

No oposto deste cenário, observou-se maior prevalência da cesárea eletiva em mulheres com as maiores escolaridades, atendidas

pelo setor complementar de saúde ou com desembolso direto para o pagamento da assistência. Gestações que foram interrompidas precocemente e que na existência de cesárea prévia, poucas tiveram a prova de trabalho de parto e ainda, uma pequena parcela de mulheres evoluiu para um parto vaginal após uma cesárea. Dentre as mulheres que realizaram um maior número de consultas no pré-natal e que foram privilegiadas no atendimento pelo mesmo profissional de saúde no pré-natal e nascimento, estas tiveram uma maior chance do ônus de uma cesárea eletiva, assistência comprovadamente com maiores riscos tanto para a mãe como para o bebê.

Mulheres que desencadearam o trabalho de parto, foram frequentemente submetidas a procedimentos como tricotomia, enema, amniotomia, ocitocina, posição ginecológica, manobra de Kristeller e episiotomia, práticas em nome da higiene, do maior controle sobre o nascimento e da pressa em agilizar o término do processo. Contudo, práticas que promovem o conforto e bem-estar, que empoderam as mulheres para a vivência plena do nascimento de um filho, entre elas a oferta de dieta, a movimentação, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e a presença de um acompanhante, ou foram proibidas, ou não foram estimuladas. Desigualdades sociais e geográficas estiveram presentes no controle efetivo da dor no trabalho de parto, sendo as mulheres com maior escolaridade, maior classe social, atendidas em instituições privadas e nas capitais, as que tiveram maior acesso ao recurso da analgesia raquiperidural. Ou seja, parir no Sul do Brasil passou a ser um ato de coragem.

E apesar de todo este arcabouço obstétrico, foram nas instituições públicas que as mulheres tiveram uma assistência com as melhores práticas, em especial naquelas reconhecidas pelo Prêmio Galba de Araújo, ou nas instituições em que as mulheres tiveram uma enfermeira/enfermeira obstetra no atendimento durante o trabalho de parto.

Sobre os modelos de assistência obstétrica, os resultados mostram que as desigualdades sociais no acesso ao financiamento público ou privado, os fatores culturais como a preferência pela via de parto e a atuação dos profissionais de saúde são as características que mais se aproximam dos modelos de assistência obstétrica identificados. Foram descritos os modelos denominados Boas Práticas, Intervencionista I e II, nomes que os representam pela proporção das práticas: ter tido trabalho de parto, presença de acompanhante, cesárea e contato pele a pele. A interpretação das associações identificadas mostra diferentes contextos

na assistência pública, um primeiro alicerçado sobre as políticas públicas e no qual prevalecem as boas práticas, e um segundo, que sugere a intencionalidade pelo parto vaginal, mas que não considera os princípios de humanização; enquanto que na assistência privada à saúde, o atendimento se mostrou padronizado e centrado no profissional médico, marcado pelos maiores níveis de intervenção.

Sobre os aspectos metodológicos, tem destaque o desenho do estudo, estudo seccional ou transversal, que nesta tese teve a finalidade de estimar a presença ou ausência de práticas obstétricas em uma determinada população, com coleta simultânea do desfecho e exposição, e que por este motivo, impede a inferência de causalidade. Limitações devem ser consideradas pelo viés de compreensão, haja vista a utilização do relato das mulheres, para a elaboração de algumas das variáveis utilizadas.

Os achados dessa pesquisa apontam para a urgente necessidade de uma reestruturação nos serviços de assistência obstétrica, ofertados às gestantes de risco habitual na Região Sul do Brasil. Comprova-se o resultado positivo da assistência prestada por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto, um atendimento que precisa ser ampliado. Para tanto, é imprescindível a maior inserção dessas profissionais na atenção ao parto nos hospitais e a construção de Centros de Parto Normal, já preconizados pela Rede Cegonha, mas que depende do envolvimento dos gestores de saúde. Além do mais, este cenário poderá sofrer mudanças significativas se houver, de forma concomitante, uma profunda mudança nas práticas adotadas pelos profissionais de saúde já atuantes e no processo de formação de todos os envolvidos na assistência ao parto e nascimento, com vistas à adoção das evidências científicas.

No tripé da prática baseada em evidências, considera-se a *expertise* dos profissionais, as melhores evidências científicas e os valores e crenças dos usuários, com a participação ativa destes sobre o processo decisório, para a implementação do melhor cuidado ou tratamento. Assim, as mulheres precisam de uma decisão informada e não de um consentimento informado, elas precisam estar mais engajadas e serem mais ativas na compreensão sobre os seus direitos e o alcance de uma posição mais importante, na tomada de decisões sábias sobre os procedimentos que atuam sobre os seus corpos e repercutem sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Em pleno século XXI, quando se vive a era das melhores evidências científicas disponíveis, não se pode aceitar uma prática ditada pelos profissionais e permeada por fatores ambientais

e organizacionais, que ignoram a ética do cuidado em saúde e a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução normativa - RN nº 368**, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2015.

BARACHO, S. M. et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 9, n. 4, p. 409-414, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400004>>.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 11. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236.pub2/full>>.

BETRAN, A. P.; TORLONI, M. R.; ZHANG, J. J.; GÜLMEZOGLU, A. M. WHO Statement on Caesarean Section Rates. **BJOG**, v. 123, n.5, p. 667-670, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13526/full>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 1975.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília 1984.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set., 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815 de 29 de maio de 1998.** Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro e analgesia de parto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mai. 1998a. Disponível em: <<http://redesindical.com.br/abenfo/arqs/outros/Portaria%202.815.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816 de 29 de maio de 1998.** Determina que no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar, SISA, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesáreas, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de mai., 1998b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.883 de 04 de junho de 1998.** Institui o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de jun., 1998c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999.** Dispõe sobre a criação e regulamentação dos Centros de Parto Normal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de ago. 1999. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20nC2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência ao pré-natal:** manual técnico.: Brasília 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas:** guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466 de 10 de maio de 2000.** Estabelecer como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesáreas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de mai., 2000c. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P466_00obst.doc>. Acesso em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília 2004b.

_____. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** relatório nacional de acompanhamento/coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: MP, SPI, 2007.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil:** cenários e perspectivas. Rio de Janeiro 2008a.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC N° 36, de 03 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal., 2008b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de mortalidade**, Brasília, 2011a. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/C03b.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS - a Rede Cegonha. 2011b. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n° 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2011c. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Proporção de partos cesáreos.** Brasília, 2012. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013.** Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial de União, Brasília, DF, 29 mai., 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html>. Acesso em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos. **Nascimento por residência da mãe segundo Região.** Tipo de parto: cesáreo, Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial de União, Brasília, DF, 28 mai., 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

_____. **Portal da Saúde.** Rede Cegonha. 2014c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial de União,

Brasília, DF, 08 jan. 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acessado em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesárea**. Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, 2016b.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.

Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007123.pub3/full>>.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081.

DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>>.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA. CLAP.

Saúde da mulher e reprodutiva. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia**. Montevideú: CLAP/SMR, 2014.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a09.pdf>>.

COULM, B. et al. Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? **Birth**, v. 39., n. 3, p. 183-191, 2012. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2012.00547.x/abstract>>.

CRUZ, A. P.; BARROS, S. M. O. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 3, p. 366-371, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300009>>.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ**, v. 2, p. 1-8, 2012. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001723.full> >.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 75 Suppl 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: <[doi:10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)>.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>>.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl.1, p. S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>>.

d'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. supl.1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>>.

FIGUEIREDO, G. D. S. et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 181-185, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>>.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. UNICEF.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acessado em: 29 jun. 2016.

GOLDMAN, R. E. et al. A prática da episiotomia no parto humanizado.

Nursing, v. 10, n. 115, p. 550-554, 2007. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=518618&indexSearch=ID>>.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. **The Lancet**, v. 359, n. 9300, p. 57-61, 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07283-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07283-5/fulltext)>.

GÜLMEZOGLU, A. M. et al. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 6. Art. No.: CD004945. DOI:

10.1002/14651858.CD004945.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub3/full>>.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M.. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/full>>.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, v. 186, n. 5, p. S160, S174, 2002. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011880>>.

HODNETT, E. D. et al.. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/full>>.

JONES, L. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>>.

KOETTKER, J. G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000051>>.

LAGO, T. D. G. D.; LIMA, L. P. D. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL (Ed.). **Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.**: Brasília, 2009.

LAVENDER, T. et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub3 Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004660.pub3/full>>.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>>.

LEAL, M. D. C. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento (projeto). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

LEAL, M. D. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012. Disponível em: <<http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>>.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl. 1, p. S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>.

LOBO, S. F. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300037>>.

MCNAMEE, R. Confounding and confounders. **Occupational & Environmental Medicine**, v. 60, n. 3, p. 227-234, 2003.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A Guide to Best Practice**. 2. nd. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Disponível em: <<http://www.amazon.com/Evidence-Based-Practice-Nursing-Healthcare-Guide/dp/1605477788>>.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full>>.

MOUTA, R. J. O. et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 472-476, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16178>>.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - Plataforma de Cairo, 1994.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014**. Nova York, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. Supl. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>>.

PAGE, L. Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 75, p. S81-S88, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072920100515X>>.

PEDIATRICS. **The Apgar score**. v. 117, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444.full>>.

PEREIRA, A. L. F.; ARAÚJO, C. S. et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 14, n. 4, p. 831-840, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-693855>>.

PEREIRA, A. L. F.; AZEVEDO, L. G. F. et al. Assistência materna e neonatal na Casa de Parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 4, n. 2, p. 2905-2913,

2012. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22438>>.

PEREIRA, A. L. F.; DANTAS, F. Características assistenciais dos partos normais atendidos pelas enfermeiras obstétricas. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 6, n. 1, p. 76-82, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2066/pdf_756>.

PEREIRA, A. L. D. F.; NAGIPE, S. F. S. A. et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 3, p. 566-573, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300011>>.

PEREIRA, A. L. F. et al. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 17-23, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>>.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. REHUNA. 2014. Disponível em:

<<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acessado em: 13 out. 2014.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/full>>.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>>.

ROBSON, M. S. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, n. 1, p. 179-194, 2001. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693400901561>>.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22096>>.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 240-256, 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/413>>.

SCHNECK, C. A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 77-86, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>>.

SILVA, T. F. D.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. D. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-87, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-592337>>.

SILVA, F. M. B. et al. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 15/16, p. 2209-2218, 2012. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=201608126&lang=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid>>.

SILVA F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendacoes da Organizacao Mundial da Saude. **Rev. esc. enferm.**

USP, v. 47, n. 5, p. 1031-1038, 2013. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>>.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>>.

SMYTH, R. M.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sao Paulo, 2016. Disponível em:
<<http://www.sbp.com.br/reanimacao>>.

SOUZA, J. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s1, p. 1-4, 2014. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12735/abstract>>.

SOUZA, M. H. D. N.; TYRRELL, M. A. R. Políticas de Salud a la mujer en Brasil, 1974-2004. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 70-76, 2011. Disponível em:
<<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-20231>>.

STATA, 2013. **Stata**: release 13. Statistical software. StataCorp. 2013. College Station, TX: StataCorp LP.

VASCONCELLOS, M. T. L. D. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad. Saúde**

Pública, v. 30, n. suppl. 1, p. S49-S58, 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>>.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 4, p. 652-9, 2010. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023>>.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/full>>.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em:
<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract)>.

VOGT, S. E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>>.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 75 Suppl 1, p. S25-37, 2001. Disponível em:
<[doi:10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. Boston: **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985. Disponível em:
<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext?version=printerFriendly](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext?version=printerFriendly)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice**. Integrated management of pregnancy and childbirth. Geneva, 2015.

YE, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-244, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12104/pdf>>.

ANEXOS

ANEXO B - Lista de Seleção Aleatória de Puérperas

Lista de M�es Selecionadas - 4 Entrevistas		
Quantidade de Partos g�zicos	Entrevistas	Substitui�o
5	1 2 4 8	
6	1 2 4 8 5	
7	1 2 3 8	4 7
8	3 4 5 7	8 1 2 6
9	2 4 6 8	9 7 1 5 3
10	1 2 5 8	6 7 4 2 9
11	1 2 4	8 10 7 5 3 9 11
12	1 7 10 11	12 5 4 6 9 2 3 8
13	1 4 8	12 6 2 13 5 3 7 11 10
14	5 6	8 12 7 10 14 4 1 9 13
15	2 6 14	13 1 9 8 11 12 4 7 13 10 3
16	3 5 7 14	13 14 2 12 6 6 11 4 1 13 16 9
17	2 12 13 14	17 4 11 15 1 6 10 9 3 8 16 7
18	1 8 10 12	4 3 12 14 9 6 2 17 18 3 11 7 16
19	2 4 6	11 4 7 16 10 1 3 13 12 17 8 14 18 19
20	3 5 7 14	13 10 12 1 11 17 16 14 18 4 4 6 15 20 8 2
21	2 9 18 14	10 16 8 21 4 6 3 14 12 15 10 1 11 17 7 8 13
22	3 6 9 10	19 1 7 18 22 19 16 5 17 21 11 4 14 8 2 12 13
23	4 14 16	17 9 8 20 8 8 11 13 7 16 18 16 2 22 23 10 1 12
24	3 4 7 8	12 1 14 24 13 22 23 6 19 10 18 16 20 15 21 4 13 7 8
25	5 6 10 24	12 9 21 22 3 16 4 11 18 20 17 7 6 19 12 24 2 14 14 13
26	4 5 12 17 23	3 10 20 10 25 15 1 8 22 16 7 11 24 21 14 13 2 6 19 28 9
27	8 18 20 21	11 27 2 10 4 14 1 6 24 15 19 7 23 13 17 12 23 16 20 3 5 9
28	6 8 17 26	10 20 11 2 9 16 7 10 21 7 26 14 4 11 16 5 18 27 24 20 1 23 13
29	1 4 9 14	11 16 26 7 20 10 24 20 18 12 3 3 5 13 23 28 27 29 18 4 6 4 11 22 17
30	7 12 22 24	10 8 3 23 28 27 29 25 17 21 19 18 14 18 4 2 1 5 13 11 6 15 10 6 27 28
31	8 12 20 21	11 27 20 17 22 26 19 2 29 5 20 11 1 28 14 25 4 18 7 16 6 13 24 10 6 3
32	12 19 24	26 18 16 19 26 17 27 29 4 1 11 1 18 30 21 3 26 16 5 2 7 6 8 19 14
33	9 13 17 24	3 21 20 24 14 4 27 28 1 28 25 28 7 18 19 23 15 2 5 21 30 30 14 11 8 16 8 18
34	3 5 6 14	14 4 17 38 6 9 19 16 17 29 25 11 22 32 26 24 39 7 21 24 13 21 12 20 2 1 33 14 23
35	3 11 23 21	13 28 4 35 34 18 27 29 25 17 13 6 6 24 25 20 28 8 12 5 21 30 18 14 20 2 1 7 32 15
36	14 21 27 28	2 26 8 4 4 22 8 26 24 12 26 7 19 28 33 10 28 18 20 31 15 23 11 17 3 18 38 1 34 13
37	11 14 27 31 35	14 16 21 15 17 31 4 8 5 15 25 28 18 27 29 23 4 10 19 21 2 3 37 7 26 3 19 24 24 26 26
38	10 18 23 31	6 16 35 20 8 3 14 13 33 34 3 29 25 28 17 31 21 17 35 8 16 4 27 34 26 5 13 7 1 22 15 30
39	9 23 31 35	16 33 34 11 39 27 28 26 18 13 8 30 15 3 12 4 22 17 37 1 19 28 35 7 6 5 10 24 14 25 18 28 2 21 25
40	2 3 11 22	18 30 13 9 34 18 26 20 23 29 31 2 25 39 38 38 8 27 16 15 23 37 6 17 24 5 19 14 26 12 40 4 21 32 7 10

Lista de Seleç�o Aleat�ria de Pu�rperas - 6 Entrevistas		
Quantidade de Partos g�zicos	Entrevistas	Substitui�o
5	1 2 4 6 8 1	
6	2 3 4 6 8 4	1 7
9	1 2 3 4 6 8	6 7 9
10	1 2 4 6 7 9	10 2 6 7
11	1 2 3 4 7 9	14 6 10 11 5
12	4 6 7 8 10	2 3 11 1 12 3
13	1 4 5 8 10 11	2 12 3 13 9 7 6
14	3 6 7 10 11 13	2 9 12 4 1 3 8 14
15	3 4 7 11 13 15	14 4 6 8 15 9 7 1 10
16	2 4 8 10 11 13	14 16 3 13 5 7 1 9 6 13
17	2 3 11 13 15 17	12 8 5 4 7 1 8 10 16 14
18	2 4 9 12 14 15	11 10 13 4 7 10 8 1 3 17 6
19	4 6 10 11 13 15	12 8 7 12 15 16 16 7 9 16 24 1
20	3 6 6 9 10 10	17 16 18 2 13 14 4 13 20 1 15 7 11 8
21	3 4 12 13 15 21	6 10 5 1 14 19 2 20 7 8 17 15 9 11 16
22	1 7 8 10 12 21	20 9 15 22 4 2 11 17 6 16 12 11 14 12
23	6 7 10 13 15 21	20 11 24 16 17 15 14 27 26 16 1 10 8 2 27 4 12 19 3 20
24	3 7 8 12 19 24	10 14 22 17 3 10 18 8 20 5 1 4 13 20 11 21 18
25	1 2 13 14 15 21	19 20 22 7 5 24 21 3 17 8 20 19 9 4 12 11 18 6
26	1 11 17 18 26 29	6 5 19 22 16 15 10 24 4 13 2 12 8 23 6 7 3 21 14 20
27	6 8 10 20 25 29	20 11 24 16 17 15 14 27 26 16 1 10 8 2 27 4 12 19 3 20
28	6 7 10 20 25 29	1 3 2 13 25 8 22 28 4 13 15 11 18 21 9 17 14 10 28 24 3 16
29	2 3 16 18 22 29	11 24 6 12 14 9 4 8 10 18 19 28 13 20 28 26 17 21 5 1 29
30	9 11 15 17 22 29	20 28 12 16 10 4 23 13 1 21 26 5 2 16 7 8 30 26 14 25 19
31	3 12 18 19 25 29	7 26 1 12 21 18 16 7 2 20 20 25 16 1 29 21 4 21 17 16
32	5 10 13 20 25 29	16 4 31 30 8 21 3 20 17 26 18 20 2 7 12 23 9 18 6 11 27 1 14 23 15 29
33	9 12 14 15 25 29	10 27 23 15 25 6 13 33 20 29 17 18 1 5 24 21 30 7 31 32 19 2 8 4 3 11 32
34	3 12 22 23 25 29	8 27 26 14 19 29 25 18 24 21 1 5 20 23 4 7 15 11 6 2 17 21 30 8 26 16 10
35	6 8 18 20 25 29	10 11 11 18 29 17 24 7 20 27 20 9 13 24 14 16 1 14 16 2 14 29 23 24 5 31 29
36	8 13 20 23 25 29	10 27 11 1 22 19 28 31 5 1 26 4 20 2 25 12 39 18 38 24 2 9 7 3 14 16 19 17 21
37	6 9 18 19 28 30	28 21 8 2 22 32 14 7 12 29 27 11 20 11 10 5 23 25 15 1 35 3 17 13 21 25 16 4 37 23 24
38	15 18 21 25 30 36	6 39 25 14 32 22 19 5 11 24 27 2 26 11 36 6 8 13 1 17 23 20 10 4 28 12 29 37 1 34
39	3 4 18 19 28 30	10 11 11 18 29 17 24 7 20 27 20 9 13 24 14 16 1 14 16 2 14 29 23 24 5 31 29
40	8 16 21 29 36 40	31 32 2 26 6 10 26 12 30 13 7 24 14 39 24 23 18 22 30 17 4 35 27 11 53 40 37 6 1 9 15 29 19

Lista de Seleção Aleatória de Puérperas - 8 Entrevistas

Quantidade de Partos diários	Entrevistas	Substituição
9	1 2 3 4 5 6 7 8	8
10	1 2 4 5 6 8 9 10	7 3
11	1 3 4 5 6 8 9 10 11	2 7 8
12	1 2 3 4 5 6 8 9 10	11 8 12 7
13	1 2 3 5 9 10 11 12	13 7 8 6 4
14	2 3 6 7 8 10 12 13	14 9 5 8 11
15	2 6 7 9 11 12 13 15	1 4 5 3 8 10 14
16	1 3 5 6 7 8 10 11	4 2 14 12 16 9 15 13
17	2 3 6 9 11 14 15 17	4 12 13 16 5 7 8 10 1
18	1 3 12 17 11 4 2 5	8 7 10 13 14 16 9 8
19	3 4 8 11 12 15 17 19	16 18 7 5 9 10 2 12 6 1 14
20	4 8 9 12 14 15 20	7 5 11 16 10 13 2 17 18 6 1 19
21	1 6 8 9 12 16 18 21	18 17 4 11 14 13 5 20 2 5 15 7 19
22	2 4 5 6 8 10 13 19	16 21 7 17 1 18 20 22 3 9 11 15 12 14
23	3 6 7 14 15 16 20 23	8 22 19 11 17 1 8 13 12 21 4 3 18 2 10
24	2 7 8 10 12 16 18 24	3 15 22 16 1 8 12 14 16 23 18 8 11 4 5 21
25	2 3 4 8 12 16 19 21	17 24 25 5 1 14 18 13 7 9 22 10 20 23 11 6
26	3 7 10 12 15 16 19 24	11 18 20 1 4 6 17 9 26 13 14 2 25 22 23 5 21
27	2 4 5 6 10 12 20 23	26 9 27 18 11 17 14 19 24 3 28 1 22 21 15 7 13 16 8
28	3 5 6 11 12 18 20 27	23 8 16 7 19 26 1 21 4 14 22 10 9 24 17 13 20 3 28 16
29	1 6 10 20 21 22 24 26	13 26 7 25 19 27 9 14 8 17 11 4 3 11 24 7 8 17 18 20
30	5 6 14 20 21 23 24 28	11 16 4 12 2 27 15 17 29 13 1 19 7 1 10 20 18 14 8 20 6 22
31	4 7 8 9 15 19 23 28	2 22 25 18 16 3 17 10 1 20 14 5 21 12 25 31 11 29 24 26 13 6 27
32	2 6 9 17 19 25 27 30	20 24 14 15 8 23 28 16 26 1 10 3 21 29 23 31 11 8 32 12 18 7 4 13
33	2 8 13 20 25 28 32 33	9 17 27 5 20 31 21 29 12 10 7 15 6 14 28 16 30 11 1 19 22 24 4 18 3
34	1 6 8 9 13 16 19 27	10 22 23 21 26 12 28 10 24 20 5 26 34 23 35 11 4 7 2 23 14 17 25 16 28 29
35	4 9 14 20 21 23 24 28	17 11 20 1 6 1 12 26 24 34 31 1 26 18 18 27 7 15 32 22 23 23 3 5 10 2 25
36	1 2 4 7 8 11 15 24	18 13 25 5 12 22 10 12 30 20 20 33 14 29 18 22 21 3 27 36 17 29 24 31 6 31
37	2 3 8 26 27 30 37	8 18 7 16 14 10 35 12 32 20 20 21 28 9 23 13 4 18 6 11 15 29 36 34 31 30 22 17 1
38	1 2 5 10 17 27 30 36	24 3 11 36 26 10 37 32 9 23 18 21 31 34 16 15 22 6 33 25 26 4 20 7 29 19 28 14 12 6
39	8 13 14 21 22 26 30 36	10 1 4 11 20 31 3 17 28 22 10 34 37 24 23 3 38 38 25 37 2 4 5 26 10 30 29 7 29
40	2 7 8 16 22 24 30 38	17 6 25 2 20 27 30 14 40 35 1 21 14 28 16 3 26 33 19 18 36 10 20 15 9 12 34 23 31 37 11

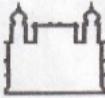
Lista de Seleção Aleatória de Puérperas - 10 Entrevistas

Quantidade de Partos diários	Entrevistas	Substituição
11	1 2 3 4 5 7 8 9 10 11	6
12	1 2 3 4 6 7 8 9 10	11 10
13	1 3 5 6 8 9 10 11 12 13	7 2 4
14	1 4 5 6 7 8 10 11 12 13	3 14 2 9
15	1 3 4 5 6 7 8 9 10 15	12 11 13 14 2
16	1 2 3 4 5 7 8 11 14 16	10 12 15 9 13 6
17	1 1 4 5 7 10 13 15 16 17	11 6 16 12 9 14 8 2
18	3 4 5 6 7 8 9 14 15 16	1 18 17 13 11 10 2 12
19	2 3 5 6 11 12 13 15 18 19	1 9 16 4 8 10 7 14 17
20	2 3 6 9 11 14 15 17 18 19	12 20 13 8 5 16 1 4 10 7
21	2 3 4 6 7 10 13 14 16 17	20 9 19 11 6 15 1 18 21 8 12
22	4 8 10 11 12 15 16 20 22	13 14 9 3 8 2 21 15 1 17 7 19
23	5 6 8 11 13 15 16 19 24 25	12 13 22 4 20 1 10 15 14 9 18 3 7
24	2 6 10 13 14 15 18 21 23 24	6 3 4 5 17 18 12 22 16 7 3 1 20
25	3 8 10 14 20 21 22 23 24 25	19 7 13 11 6 15 2 1 16 17 12 5 16 4 9
26	1 2 3 7 10 15 16 22 23 26	11 26 25 19 4 20 18 6 5 9 17 13 8 14 21 12
27	2 4 9 11 14 17 19 21 24 26	10 1 10 2 26 7 16 12 25 6 27 13 22 3 8 20 15
28	3 4 7 8 11 12 17 19 21 27	16 16 16 2 13 23 22 29 9 13 24 5 20 16 25 16 8 1
29	1 6 9 15 17 18 21 23 24 27	2 12 10 20 26 14 13 26 5 29 19 25 16 4 7 6 3 11 22
30	9 12 13 15 17 19 23 27 29 30	25 7 16 10 22 21 20 1 24 26 26 5 14 11 6 9 4 8 16 3
31	3 7 9 13 14 15 18 19 22 29	28 16 21 19 11 1 27 20 23 25 4 26 5 2 8 31 12 17 24 30 6
32	5 10 12 14 16 19 22 26 29 30	28 3 8 9 1 11 21 21 24 18 7 28 2 20 8 32 27 13 4 17 23 15
33	4 5 7 12 17 18 21 22 24 25	23 22 22 27 2 31 15 16 20 14 8 19 30 10 1 5 11 16 26 13 9 30
34	3 5 11 13 15 17 21 23 27 30	32 4 20 12 24 29 25 19 31 1 20 2 16 8 7 24 22 28 14 28 6 6 18 10
35	3 4 5 11 26 27 28 30 35	34 16 21 7 10 2 32 22 1 8 34 29 12 13 14 17 6 28 18 24 33 23 9 15
36	2 3 10 11 14 16 19 25 28 34	22 30 17 27 7 36 32 13 12 5 6 34 4 1 31 6 3 1 9 15 29 28 16 26 25 23 21
37	4 5 9 13 15 16 30 34 35 37	6 1 12 26 20 3 23 10 36 11 17 14 22 8 24 19 26 29 32 7 27 28 16 33 31 21 0
38	5 8 11 20 21 22 29 30 34	16 13 17 30 34 36 19 3 32 34 3 4 26 12 25 23 28 7 14 11 24 30 10 27 18 37 3 29
39	6 11 12 24 26 28 30 34 35	16 18 24 26 28 36 18 29 21 3 10 29 20 11 27 25 21 1 18 17 27 5 4 26 29 16 29 3 7
40	1 4 14 15 17 24 27 30 33 39	40 19 10 16 16 34 36 29 22 11 31 20 38 21 7 2 3 5 9 4 28 35 13 37 52 8 25 12 21

Lista de Seleção Aleatória de Puerperas - 12 Entrevistas

Quantidade de Partos gêmeos	Entrevistas	Substituição
13	1 2 3 5 6 7 8 9 10 11 12 13	4
14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	13 14
15	1 2 3 4 5 6 8 10 11 12 14 15	7 9 13
16	1 2 3 4 5 7 9 10 11 14 15 16	8 13 12 6
17	2 3 4 6 7 8 9 12 13 14 15 17	5 16 11 10 1
18	1 2 4 5 7 8 9 12 13 15 16 17	11 6 18 3 10 14
19	1 2 3 4 7 8 9 12 15 16 18 19	14 6 17 5 13 11 10
20	1 2 5 6 7 8 9 10 11 16 18 19	13 14 3 17 15 12 4 20
21	1 2 7 10 11 12 13 16 17 18 19 20	8 4 3 15 21 5 6 9 14
22	1 2 3 6 7 8 10 12 14 16 20 21	22 13 4 9 18 5 15 11 17 19
23	1 3 5 6 8 9 10 12 16 17 19 22	20 18 7 13 23 15 2 14 21 4 11
24	1 2 3 4 5 6 9 11 15 17 18 21	20 14 10 24 22 8 7 13 12 19 16 23
25	1 3 5 6 7 8 9 10 11 16 18 19	25 2 22 24 15 17 4 23 21 20 12 13 14
26	2 4 6 7 8 9 10 11 13 17 19 23	12 16 21 22 18 3 14 5 20 26 15 25 24 1
27	1 3 5 8 13 14 15 17 19 21 23 26	22 2 25 27 24 11 12 10 18 9 20 16 7 4 8
28	1 2 3 4 7 9 11 15 19 22 24 28	25 17 5 26 18 12 14 8 16 27 23 13 10 21 6 29
29	1 6 8 10 11 19 20 21 24 26 27 28	23 5 22 17 16 2 18 3 12 9 7 14 4 15 13 29 25
30	1 5 9 13 14 16 20 22 24 26 27 28	11 10 18 6 17 7 12 8 25 30 29 23 19 2 4 15 3 21
31	7 13 14 15 18 20 23 25 26 27 28 29	31 30 10 4 3 6 17 8 19 11 5 2 22 24 16 12 9 1 21
32	2 3 5 10 15 18 19 21 22 25 26 30	11 27 32 20 16 17 6 9 29 7 13 4 28 24 31 1 23 12 8 14
33	3 7 9 10 14 16 18 19 21 25 30 32	29 26 17 27 15 8 20 4 11 12 22 24 31 13 23 2 1 6 33 28 5
34	1 8 10 15 16 17 18 22 26 29 31 33	2 4 34 21 5 30 14 19 23 11 24 28 3 6 27 9 32 7 12 25 13 20
35	1 4 7 10 12 14 17 21 22 23 26 30	34 35 32 29 28 2 20 15 13 18 33 27 5 9 6 11 8 3 24 19 16 31 25
36	2 4 7 10 12 13 20 22 25 31 33 35	9 21 8 26 30 32 18 14 1 29 24 19 28 3 15 36 17 16 5 27 6 34 11 23
37	2 5 16 22 24 27 28 29 31 32 34 36	10 19 20 37 12 4 6 18 1 15 13 33 35 7 8 30 23 11 9 26 17 21 3 25 14
38	6 7 8 12 14 16 17 18 32 33 35 36	15 22 5 28 37 29 9 30 20 34 4 24 11 3 23 38 21 10 13 31 2 26 27 25 1 19
39	1 7 8 10 11 14 17 18 21 24 26 38	6 37 31 39 35 12 34 20 33 5 29 15 4 9 28 2 32 3 22 13 36 23 25 16 27 19 30
40	2 3 5 6 10 13 16 27 34 36 39 40	7 37 1 14 4 26 20 29 18 31 23 15 30 22 26 8 33 21 24 35 11 9 38 19 12 17 28 32

ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10
CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as conseqüências da cesariana desnecessária no Brasil)"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
 Presidente do Comitê de
 Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Gestor)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezado(a) Diretor da(o) Maternidade/Hospital _____, esta unidade foi sorteada para compor a amostra da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito sobre Parto e Nascimento”, sob a coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização destes e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém-nascidos. A participação dessa unidade irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Entre os procedimentos utilizados, serão realizadas entrevistas individuais com as puérperas durante o período de internação, preferencialmente no pós-parto imediato. Além disso, será preenchido um questionário com base em dados disponíveis no prontuário médico de cada puérpera e seu concepto, e outro com o(a) Diretor(a) da unidade e outros profissionais, contendo quesitos sobre o perfil da maternidade, recursos humanos, gestão, relação com seus usuários e o processo de trabalho das unidades.

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir. Se houver alguma questão que o(a) entrevistado(a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores.

A pesquisa não é representativa por unidade de saúde, as informações desta unidade servirão para compor um perfil do atendimento no estrato do qual ela faz parte (pública, privada ou mista), bem como na região do país no qual se encontra. Deste modo, não haverá divulgação de informações específicas da unidade de saúde.

Declaro ter sido informado(a) e concordo com a realização da pesquisa nesta unidade de saúde.

Assinatura do gestor(a) da unidade

Pesquisadores responsáveis

Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado

Rua Leopoldo Bulhões 1.480, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

Tel: (21) 2598-2620 ou 2598-2621.

E-mail: nascernobrasil@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.nascernobrasil.ensp.fiocruz.br>

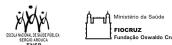
Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – térreo Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ / CEP 21041-210.

Tel e Fax: (21) 2598-2863; Horário de atendimento do CEP/ENSP ao público: 14:00 às 17:00 horas.

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>.

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Puérpera)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de ensino e pesquisa do país.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto, e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi a assistência prestada desde o pré-natal até o presente momento. Além disso, pedimos seu consentimento para consultar algumas informações nos prontuários e fotografar o cartão da gestante, caso o tenha. A entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber sobre a sua saúde e a do seu bebê ou poderemos visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa

(passar para o Boloco I da entrevista)

Não aceitou participar da pesquisa

(solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa”)

Coordenação Geral: Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Theme.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 808 - Rio de Janeiro. Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax - (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: _____

Nome e telefone do coordenador estadual: _____

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa

1. Motivo da Recusa: _____
2. Idade da mãe: anos
3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino 1. Fundamental 2. Médio 3. Superior
4. Raça ou cor (**opinião do entrevistador**):
1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena
5. Tipo de parto:
1. Normal 2. Cesariana

ANEXO F – Questionário Hospitalar Puérpera (QHP)



“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”

Questionário Hospitalar – Puérpera

2011

Disponível na íntegra em:

<<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/questionarios-eletronicos>>.

ANEXO H – Entrevista Domiciliar por Telefone (EDP)

Entrevista domiciliar por telefone

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE 43 A 60 DIAS APÓS O PARTO

*Boa noite, meu nome é **MARIA** e faço parte da equipe de pesquisa Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. Eu gostaria de falar com a sra **CONCEIÇÃO**, ela está?*

*A sra contribuiu para a nossa pesquisa logo após o seu parto na **MATERNIDADE SANTA RITA**. Naquela época a sra foi informada que entraríamos em contato para saber como estão passando a sra e seu bebê. A sra poderia me responder algumas perguntas agora? Demora no máximo 10 minutos.*

BLOCO I - Identificação da puérpera e dados da internação para o parto

Nome:

Idade:

Tipo de Gestação:

Tipo de Parto:

Maternidade:

Data do parto:

Situação da Mãe:

Data da Alta da Mãe:

Nome Bebê 1:

Situação do bebe ao nascimento:

Tipo de alta do Bebê 1:

Data da Alta/Óbito Bebê 1:

Atenção entrevistador: LEIA SEMPRE TODAS AS OPÇÕES DE RESPOSTA E MARQUE A OPÇÃO RESPONDIDA PELA ENTREVISTADA. AS PERGUNTAS QUE PERMITEM MAIS DE UMA OPÇÃO DE RESPOSTA ESTÃO ASSINALADAS ENTRE PARÊNTESES.

Bloco II - Avaliação do Near Miss materno

*As perguntas que iremos fazer agora se referem a problemas de saúde que você possa ter tido durante a gestação, o parto ou até 42 dias depois do parto.
(Não perguntar qual foi o problema. Aplicar as perguntas abaixo caso a gestante relate qualquer problema de saúde durante a gestação, parto ou pós-parto)*

1. A Sra. teve algum tipo de problema de saúde durante a gravidez, o parto ou até 42 dias depois do parto? 0. Não (<i>vá para o bloco III</i>) 1. Sim	__
2. A Sra. teve algum desmaio por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
3. A Sra. precisou ser internada por causa deste problema de saúde? 0. Não (<i>vá para a questão 9</i>) 1. Sim 2. Já estava internada	__
4. Essa internação durou mais de uma semana? 0. Não 1. Sim	__
5. Seu útero foi retirado por causa deste problema de saúde? 0. Não 1. Sim	__
6. A Sra. teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
7. A Sra. foi internada na UTI, durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
8. A Sra. precisou de aparelhos para respirar durante essa internação? 0. Não 1. Sim	__
9. A Sra. teve aumento da pressão durante a gravidez? 0. Não 1. Sim	__
10. A Sra. teve convulsões durante a gravidez, o parto ou após o parto? 0. Não (<i>vá para a questão 12</i>) 1. Sim	__
11. A Sra. já havia apresentado convulsões antes, sem relação com a gravidez? 0. Não 1. Sim	__
12. A Sra. apresentou sangramento vaginal INTENSO (acima do normal) que molhou as suas roupas, a cama ou o chão durante a gravidez ou após o parto? 0. Não (<i>vá para questão 14</i>) 1. Sim	__
13. A Sra. recebeu transfusão de sangue por causa desse sangramento? 0. Não 1. Sim	__
14. A Sra. teve febre alta <u>após o parto</u> ? 0. Não (<i>vá para o bloco III</i>) 1. Sim	__

15. Esta sua febre veio com calafrios?	0. Não 1. Sim	__
16. Essa febre veio acompanhada de um corrimento muito mal cheiroso?	0. Não 1. Sim	__

Bloco III. Satisfação com o atendimento hospitalar

Faremos agora algumas perguntas relativas à sua internação para o parto e a sua satisfação com a maneira como ele aconteceu.

17. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo gasto com o deslocamento da sua casa até a maternidade? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
18. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo de espera desde que chegou na maternidade até ser atendida? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
19. Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a Sra? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
20. Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto)? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
21. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para a Sra? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
22. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
23. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
24. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como (pode ter mais de uma resposta) 1. Não 2. Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.) 3. Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)	__ __ __

4. Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)	
25. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
26. Na sua opinião, os cuidados e as orientações que a Sra. recebeu depois do parto até a alta da maternidade foram: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__
27. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: 1. Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo	__

Bloco IV– Morbidade materna e utilização de serviços

Agora faremos algumas perguntas sobre alguns problemas que a Sra pode ter tido nos primeiros dias após o nascimento do (nome do bebê)

Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto vaginal ou a fórcepe	
28. Nas duas primeiras semanas após o parto, a Sra. teve dor nos pontos que levou no períneo/vagina? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável 8. Não levou pontos	__
Atenção: apenas para as mulheres que tiveram parto cesáreo	
29. Nas duas primeiras semanas após a cesariana, a Sra. teve dor nos pontos da cirurgia? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	__
30. Nas duas primeiras semanas após o parto a Sra. teve dor nas mamas ou no bico do seio? 0. Não teve dor 1. Dor fraca 2. Dor forte 3. Dor muito forte 4. Dor insuportável	__
31. Atualmente a Sra. tem se sentido cansada, sem energia? 0. Não 1. Um Pouco Cansada 2. Cansada 3. Muito Cansada 4. Exausta	__
As perguntas 32 a 35 só devem ser aplicadas para mulheres com alta da maternidade antes de 7 dias após o parto). Caso contrário vá para o Bloco V.	__
32. A sra. foi orientada a comparecer a um serviço de saúde para realizar a consulta de revisão do parto, num período de 7 a 10 dias após o parto? 0. Não 1. Sim	
33. A sra. procurou algum serviço de saúde para a consulta de revisão do parto? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim	__
34. A sra. conseguiu ser atendida? 0. Não (vá para o bloco V) 1. Sim	__
35. Quando foi feito esse atendimento?	
1. Nos primeiros quinze dias após o parto 2. Mais de 15 dias após o parto 9. Não lembra	__

Bloco V- Avaliação do bebê**(No caso de gestação gemelar, aplicar um bloco para cada gemelar)**

Agora iremos fazer algumas perguntas sobre a saúde do(a) (nome do bebê) desde o nascimento até hoje

<p>36. O (nome bebê) está morando com a sra.?</p> <p>1. Não, faleceu (passar para Bloco VI, referente ao óbito do recém-nato)</p> <p>2. Não, está morando com outra pessoa (responder a 37)</p> <p>3. Não, está internado desde o nascimento (encerrar a entrevista)</p> <p>4. Não, foi re-internado (vá para 38)</p> <p>5. Sim (vá para 38)</p>	__
<p>37. A sra. poderia responder outras perguntas sobre o (nome do Bebê)?</p> <p>0. Não (encerrar a entrevista) 1. Sim</p>	__
<p>38. A sra. sabe qual era o peso do (nome bebê) quando ele recebeu alta da maternidade?</p> <p style="text-align: center;">(Não sabe informar 9999)</p>	__ __ __ __ g
<p>39. O (a) (nome do bebê) saiu da maternidade mamando só no peito?</p> <p>0. Não 1. Sim (vá para questão 41)</p>	__
<p>40. Por que não estava só no peito? (Não ler as opções; pode ter mais de uma resposta)</p> <p>1. Porque a Sra. apresentou algum problema de saúde</p> <p>2. Porque o bebê apresentou algum problema de saúde</p> <p>3. Porque era rotina do hospital e passaram outro leite</p> <p>4. Porque a Sra. tinha pouco leite/leite fraco/bebê não pegou</p> <p>5. Porque a Sra. não queria amamentar</p> <p>6. Por outro motivo. Qual</p>	__ __ __
<p>41. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) mamou no peito?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p>42. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou outro leite?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p>43. De ontem de manhã até hoje de manhã, o (a) (nome do bebê) tomou água, chá ou suco?</p> <p>0. Não 1. Sim</p>	__
<p>44. Depois da saída da maternidade, algum PROFISSIONAL DE SAÚDE falou para você dar outro leite, além do leite materno?</p> <p>0. Não (vá para a questão 46) 1. Sim</p>	__

<p>45. Qual profissional de saúde orientou a Sra. dar outro leite para o (a) (nome do bebê)?</p> <p>1. Pediatra 2. Outro médico 3. Enfermeira 4. Agente de saúde</p> <p>Outro profissional – Qual? _____</p>	<p>____</p> <p>____</p>
<p>46. A Sra. já levou o (a) (nome do bebê) para a consulta de rotina de acompanhamento (sem contar consulta de urgência) ?</p> <p>0. Não (vá para 49) 1. Sim</p>	<p>____</p>
<p>47. A Sra. conseguiu que ele(a) fosse atendido(a)?</p> <p>0. Não (vá para questão 49) 1. Sim</p>	<p>____</p>
<p>48. Quando foi realizada a primeira consulta de rotina de acompanhamento?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	<p>____</p>
<p>49. O (nome do bebê) já foi vacinado com a BCG (aquela aplicada no braço)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p>____</p>
<p>50. O (nome do bebê) já recebeu a vacina contra a hepatite B (aplicada na coxa)?</p> <p>0. Não 1. Sim 9. NSI</p>	<p>____</p>
<p>51. Já foi feito o teste do pezinho?</p> <p>0. Não (vá para questão 54) 1. Sim 9. NSI (vá para questão 54)</p>	<p>____</p>
<p>52. Quando foi feito o teste do pezinho?</p> <p>1. Na 1ª semana de vida 2. Na 2ª semana de vida 3. Na 3ª semana de vida</p> <p>4. Na 4ª semana de vida 5. Com mais de 1 mês 9. Não sabe informar</p>	<p>____</p>
<p>53. A Sra. já recebeu o resultado do teste do pezinho?</p> <p>0. Não 1. Sim, na 1ª semana de vida 2. Sim, na 2ª semana de vida</p> <p>3. Sim, na 3ª semana de vida 4. Sim, na 4ª semana de vida</p> <p>5. Sim, com mais de 1 mês</p>	<p>____</p>
<p>54. O(a) (nome do bebê) teve algum problema de saúde após a alta? (pode ter mais de uma resposta)</p> <p>0. Não</p> <p>1. Ficou amarelo (icterícia)</p> <p>2. Teve infecção</p>	

3. Teve febre (sem ser por causa de vacina)	
4. Perdeu muito peso	_
5. Teve refluxo	_
6. Teve problema respiratório	_
7. Teve diarreia/desidratação	
8. Outro problema. Qual? _____	
55. O(a) (nome do bebê) precisou de banho de luz artificial depois da alta da maternidade? 0. Não 1. Sim 2. NSI	_
56. Depois da alta da maternidade, alguma vez o (a) (nome do bebê) foi internado (por 24h ou mais) por algum problema de saúde? 0. Não (Encerrar a entrevista) Sim, quantas vezes? _____	_ _ _
57. Qual foi o motivo da <u>última internação</u> ? (pode ter mais de uma resposta)	
1. Ficou amarelo (icterícia)	
2. Teve infecção	_
3. Teve febre (sem ser por causa de vacina)	_
4. Perdeu muito peso	_
5. Teve refluxo	
6. Teve problema respiratório	
7. Teve diarreia/desidratação	
8. Outro problema. Qual? _____	
58. Por quanto tempo o (a) (nome do bebê) permaneceu internado(a) na <u>última internação</u> ?	_ _ _ dias _ semanas _ mês
59. Onde o (a) (nome do bebê) foi internado na <u>última vez</u> ?	
1. Na mesma maternidade onde ocorreu o parto	
2. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	
3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
4. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	_
5. Hospital público do seu município	
6. Hospital público de outro município	
7. Hospital privado	
8. Outro – especifique: _____	

***Se Q36 ≠ 1 (para todos os filhos – ver a questão dos gêmeos); Encerre**

Bloco VI – Dados do óbito do bebê***Apenas para os bebês que morreram após alta da maternidade onde ele nasceu (Q36=1)***

60. Quando o bebê faleceu?	__/__/__
61. A que horas ele faleceu?	_ _ h _ _ min
62. Em que local ocorreu o óbito? 0. Em casa 1. No caminho para o hospital/serviços de saúde 2. No hospital/serviço de saúde – Nome: _____	_
63. A Sra. recebeu o atestado de óbito? 0. Não 1. Sim	_
64. Qual foi a causa da morte do seu bebê? 1. Problemas por ser prematuro 2. Problema na respiração 3. Problema no coração 4. Infecção 5. Malformação congênita 6. Diarréia/Desidratação 7. Problema no sangue 8. Outra causa. Qual? _____	_ _ _ _

Chegamos ao final da entrevista e gostaríamos de agradecer a sua participação. Suas informações serão muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento às mulheres durante a gestação, o parto e no pós parto, assim como aos seus bebês. Muito obrigada!

Telefones para contato: (21) 2598-2620 ou (21) 2598-2621

ANEXO I – Questionário de Estrutura - Processo (QEP)**“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional
sobre Parto e Nascimento”**

ESTRUTURA – PROCESSO

Questionário Nº**2011**



Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo(a) Diretor(a) da unidade e outros(as) profissionais e contém quesitos sobre o perfil, recursos humanos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades. O(A) entrevistado(a) será estimulado(a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir.

As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados para a área de saúde pública que serão utilizadas para elaboração de diagnóstico das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir de instrumento para gestão dos recursos do programa e melhoria da atenção à saúde no Brasil.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Maria do Carmo Leal ou Silvana Granado – Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 808, Manguinhos

Tel: (**21) 2598-2620 ou 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – térreo Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ/ CEP 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br;

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Horário de atendimento ao público (CEP/ENSP): 14:00h às 17:00h.

CONSENTIMENTO DO GESTOR DA UNIDADE

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____ Data: ___/___/_____

Assinatura do gestor: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Especificações

	Nome do profissional	Função/Cargo no Estabelecimento	Blocos/Questões Respondidas
Entrevistado nº 1			
Entrevistado nº 2			
Entrevistado nº 3			
Entrevistado nº 4			
Entrevistado nº 5			

22. Qual a sua formação? (Considerar a principal formação) 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
23. Como é classificada a Unidade? (ler as alternativas) 1. Hospital Geral ou de Especialidades 2. Somente Maternidade 3. Hospital Materno-Infantil 4. Maternidade e Serviço de Ginecologia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Os leitos de obstetrícia são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="checkbox"/>
25. O hospital possui UTI Neonatal em funcionamento? 0. Não (vá para 27) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
26. Os leitos de UTI Neonatal são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="checkbox"/>
27. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento? 0. Não (vá para 29) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
28. Os leitos de Cuidados Intermediários Neonatal são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	<input type="checkbox"/>
29. O hospital/unidade é campo de ensino? 0. Não (vá para 31) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. O campo de ensino é credenciado pelo Ministério da Educação (MEC)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. O serviço possui alguma das seguintes certificações? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Em processo de habilitação	
a. Hospital Amigo da Criança	<input type="checkbox"/>
b. Prêmio Prof. Galba de Araújo	<input type="checkbox"/>
c. Outros: _____	<input type="checkbox"/>
32. O hospital/unidade possui Casa da Gestante de Alto Risco ou Casa de Apoio à Gestante? 0. Não Possui 1. Sim, própria 2. Utiliza a de outra instituição	<input type="checkbox"/>
33. O hospital/unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UI/UTI? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
34. O hospital/unidade possui Unidade transfusional ou Banco de Sangue? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. O hospital/unidade possui laboratório de patologia e análises clínicas? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
36. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transporte da parturiente? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
37. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transferência da parturiente? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade	<input type="checkbox"/>
38. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transferência do recém-nascido? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	<input type="checkbox"/>
39. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transporte do recém-nascido? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade	<input type="checkbox"/>

55. Com relação à forma de organização dos pediatras:				
a.	Há equipe médica externa? (corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 56)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas)			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
	4. Outra: _____			
56. Com relação à forma de organização dos médicos especialistas (médico com título de especialista/residência em terapia intensiva neonatal ou residência em terapia intensiva pediátrica e pediatras com 4 anos de experiência em terapia intensiva neonatal):				
a.	Há equipe médica externa? (corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 57)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas)			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
	4. Outra: _____			
57. Com relação à forma de organização dos anestesistas:				
a.	Há equipe médica externa? (corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b.	Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 58)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c.	Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas)			
	1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão			<input type="checkbox"/>
	2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h			<input type="checkbox"/>
	3. Fica de sobreaviso durante as 24h			<input type="checkbox"/>
58.	Existe coordenador médico do serviço de Obstetrícia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
59.	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
60.	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> anos <input type="text"/> meses		
61.	Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.	Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
63.	Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> anos <input type="text"/> meses		
64.	Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
65.	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

8

66. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	__ __ anos __ __ meses
67. Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
68. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
69. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade?	__ __ anos __ __ meses

IV. ASSISTÊNCIA À GESTANTE, PARTURIENTE, PUÉRPERA E AO RN

Este bloco relaciona-se aos procedimentos assistenciais relacionados à gestante, parturiente, puérpera e RN

70. Existe algum tipo de triagem ou classificação de risco da gestante na admissão?	0. Não (v ^á para 72) 1. Sim <input type="checkbox"/>
71. Essa classificação é realizada por quais profissionais? (pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Enfermeiro 2. Enfermeiro obstetra 3. Médico 4. Médico Obstetra 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Funcionário administrativo 7. Vigilante 8. Outros: _____	
72. Quais são os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto? (pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	
73. Onde as gestantes ficam durante o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Centro obstétrico/PPP 2. Centro cirúrgico 3. Quarto/Enfermaria 4. Outros: _____	
74. Quais são os profissionais que prestam assistência ao parto vaginal? (pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Médico Obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeira 5. Técnico/auxiliar de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____	
75. Onde ocorre o parto vaginal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Centro obstétrico /PPP 2. Centro cirúrgico 3. Outros: _____	
76. A Unidade oferece a possibilidade de parto em posições verticalizadas (de pé, sentada, de cócoras)?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
77. São realizadas reuniões rotineiras com a equipe de saúde para discussão das indicações de cesarianas? (explicar as opções caso seja necessário)	<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim, com todo o corpo clínico (plantonistas + equipe médica externa) 2. Sim, apenas equipe médica plantonista 3. Sim, apenas equipe médica externa (corpo clínico aberto)	
78. Existe protocolo para atendimento em casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

79. Existe protocolo para atendimento em casos de hemorragia pós-parto? 0. Não (vá para 82) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Se o entrevistado responder que NÃO tanto para a questão 78 quanto 79, vá para questão 82.	
80. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica plantonista? 0. Não 1. Sim, toda equipe médica plantonista 2. Sim, por alguns da equipe médica plantonista 8. Não tem equipe médica plantonista	<input type="checkbox"/>
81. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica externa? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, toda equipe médica externa 2. Sim, por alguns da equipe médica externa 8. Não tem equipe médica externa	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre admissão, internação e alta</i>	
82. Quando não existe vaga nesta unidade, o hospital se responsabiliza por conseguir vaga em outra unidade? 0. Não (vá para 84) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
83. Essa transferência para outra unidade é feita por ambulância? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
84. É permitida a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim para todas as mulheres 2. Sim, mas apenas para situações especiais	
a. Admissão	<input type="checkbox"/>
b. Trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
c. Parto	<input type="checkbox"/>
d. Pós-parto imediato	<input type="checkbox"/>
e. Puerpério (enfermaria ou quarto)	<input type="checkbox"/>
85. Como é a privacidade no atendimento da gestante/puérpera/parturiente? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Inexistente 1. Completa (sala individual com porta) 2. Parcial (Box, cortinas, biombos, etc)	
a. Na admissão	<input type="checkbox"/>
b. No pré-parto	<input type="checkbox"/>
c. Na modalidade PPP	<input type="checkbox"/>
d. No parto	<input type="checkbox"/>
e. No pós-parto	<input type="checkbox"/>
86. A mulher sem complicações sai da maternidade com consulta puerperal agendada? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

10

87. O bebê sem complicações sai da maternidade com consulta de puericultura agendada para a 1ª semana de vida? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre os setores relacionados ao trabalho de parto</i>	
88. Existe espaço para deambulação das mulheres? 0. Não 1. Sim, leitos PPP 2. Sim, leitos não PPP 3. Sim, todos os leitos	<input type="checkbox"/>
89. Possui poltrona ou cadeira para acompanhante da parturiente? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para alguns leitos 2. Sim, para todos os leitos	<input type="checkbox"/>
90. Quantos chuveiros com água quente existem no Centro Obstétrico ou setor de pré-parto/pós parto/leitos PPP para uso da parturiente?	<input type="checkbox"/>
91. Quantas banheiras existem neste setor para uso da parturiente?	<input type="checkbox"/>
92. O setor possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim	
a. Bola de Bobat (bola para relaxamento perineal)	<input type="checkbox"/>
b. Cavalinho	<input type="checkbox"/>
c. Escada de Ling	<input type="checkbox"/>
d. Barra fixa	<input type="checkbox"/>
e. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
93. Em situações de urgência e emergência materna, o setor de atendimento ao parto tem acesso a: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona 3. Não, mas de fácil acesso	
a. Respirador/ventilador mecânico	<input type="checkbox"/>
b. Laringoscópio	<input type="checkbox"/>
c. Tubo orotraqueal	<input type="checkbox"/>
d. AMBU	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre o local onde é feito o primeiro atendimento do RN logo após o nascimento</i>	
94. Quais são os equipamentos e materiais existentes na sala de parto/área de procedimentos com o RN? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona 3. Não, mas de fácil acesso	
a. Unidade/Mesa/Berço para reanimação com fonte de calor radiante	<input type="checkbox"/>
b. Máscaras cirúrgicas	<input type="checkbox"/>
c. Estetoscópio clínico infantil	<input type="checkbox"/>

d. Laringoscópio completo	<input type="checkbox"/>
e. Tubo endotraqueal neonatal	<input type="checkbox"/>
f. Sondas traqueais neonatais sem válvula	<input type="checkbox"/>
g. Sondas de aspiração gástrica	<input type="checkbox"/>
h. Dispositivo para aspiração de mecônio	<input type="checkbox"/>
i. Material para ventilação (AMBU ou ressuscitador manual com reservatório de oxigênio)	<input type="checkbox"/>
j. Aspirador com manômetro e oxigênio	<input type="checkbox"/>
<i>Com relação à Unidade Neonatal (só se aplica para instituições com Unidade Neonatal)</i>	
95. A Unidade Neonatal é exclusiva para essa faixa etária? (até 28 dias de vida)	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
96. Existe alguma restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
97. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
98. Existe cadeira/poltrona/acomodação para a mãe do recém nascido permanecer ao seu lado na UTI ou Unidade Neonatal? (ter as alternativas) 0. Não 1. Sim, para cada leite 2. Sim, para alguns leitos	<input type="checkbox"/>
99. Gostaríamos de saber a quantidade de alguns equipamentos disponíveis no Setor de Neonatologia:	
EQUIPAMENTOS	Quantidade disponível Quantidade em funcionamento
1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a farmácia hospitalar

100. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido?	
Para cada item, marcar: 0. Não disponível 1. Disponível 8. Não faz parte da rotina	
a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>
c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>
d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>
e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>
f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepax, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbanil; CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatrion, Noam, Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax,	<input type="checkbox"/>

12

Mesmerin)	
g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	<input type="checkbox"/>
h. Metil ergometrina comprimido (Methergin)	<input type="checkbox"/>
i. Metil ergometrina ampola (Methergin)	<input type="checkbox"/>
j. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)	<input type="checkbox"/>
k. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>
l. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>
m. Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, Atosibano, Terbutalina, Salbutamol e Ritodrina)	<input type="checkbox"/>
n. Sulfato de magnésio	<input type="checkbox"/>
o. Surfactante (Curosurf, Surfaxin, Exosurf, Survanta)	<input type="checkbox"/>
p. Antihemorrágico (exceto vitamina K)	<input type="checkbox"/>
q. Vitamina K	<input type="checkbox"/>
r. Nitrato de prata	<input type="checkbox"/>
s. Rhogam/Matergam/Parthogama	<input type="checkbox"/>

V. CAPACIDADE INSTALADA E INDICADORES

OBS: este bloco (questões 101 e 102) está anexado no final do questionário, se refere ao 1º semestre do ano de 2010 e deve ser enviada à unidade com antecedência para facilitar a obtenção das respostas.

101. Gostaríamos de ter acesso aos números de leitos perinatais operacionais relacionados abaixo:	
(Nota: Ter cuidado para não repetir leitos, isto é, se o leito for contabilizado num item não repeti-lo em outro. Contabilizar apenas leitos ATIVOS. Cuidado com os locais em reparos e desativados temporariamente que NÃO SERÃO CONTABILIZADOS)	
a. Número total de leitos operacionais da maternidade/unidade	<input type="text"/>
b. Número de quartos/box PPP (pré-parto/parto/pós-parto)	<input type="text"/>
c. Número de leitos PPP	<input type="text"/>
d. Número de salas/box de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
e. Número de leitos de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
f. Número de salas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
g. Número de mesas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
h. Número de salas de centro cirúrgico obstétrico	<input type="text"/>
i. Número de leitos RPA (recuperação pós-anestésica)	<input type="text"/>

j. Número de leitos obstétricos com alojamento conjunto	_____
k. Número de leitos obstétricos sem alojamento conjunto	_____
l. Número de leitos de pós-abortamento	_____
m. Número de leitos de UTI adulto	_____
n. Número de leitos de Cuidados Intermediários adulto	_____
o. Número de leitos para gestantes com intercorrências/gestação de alto risco	_____
p. Número de leitos para mães de RN internados	_____
q. Número de leitos de UTI neonatal	_____
r. Número de leitos de Cuidados Intermediários Neonatal/UI	_____
s. Número de leitos de Método Canguru	_____
t. Número de leitos de berçário para RN saudáveis	_____
u. Número de leitos de berçário para RN patológicos	_____
102. Gostaríamos de ter acesso aos dados abaixo, referentes ao 1º semestre de 2010.	
(Nota: Preencher com 9 caso o indicador não seja calculado/trabalhado pela unidade e com 7 caso seja calculado, mas ainda não esteja disponível)	
a. Número de partos (partos vaginais + cesáreos) (partos vaginais incluem os fórceps e vácuo-extrator)	_____
b. Número de cesáreas	_____
c. Número de gestantes de alto risco internadas no serviço	_____
d. Número de gestantes com presença de acompanhante no parto	_____
e. Número de partos vaginais assistidos por enfermeiras	_____
f. Número de partos vaginais com episiotomia	_____
g. Número de RN internados em UTI neonatal	_____
h. Número de transferências de recém-nascidos para serviços de referência	_____
i. Número total de nascidos vivos	_____
j. Número de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, abaixo de 2500g	_____
k. Número de prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas	_____
l. Número de natimortos	_____
m. Número de óbitos neonatais total	_____
n. Número de óbitos neonatais precoces	_____
o. Número de óbitos maternos	____

