

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GIOVANNA DE CARLI LOPES**

**ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:**  
**comparação de práticas desenvolvidas após a adesão à Rede Cegonha**

**Porto Alegre**

**2017**

**GIOVANNA DE CARLI LOPES**

**ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:  
comparação de práticas desenvolvidas após a adesão à Rede Cegonha**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Annelise de Carvalho Gonçalves.

**Porto Alegre**

**2017**

### CIP - Catalogação na Publicação

Lopes, Giovanna De Carli  
Atenção ao parto e nascimento em hospital  
universitário: comparação de práticas desenvolvidas  
após a adesão à Rede Cegonha / Giovanna De Carli  
Lopes. -- 2017.  
210 f.

Orientadora: Annelise de Carvalho Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Assistência ao  
parto. 3. Parto humanizado. 4. Rede Cegonha. I. de  
Carvalho Gonçalves, Annelise, orient. II. Título.

## GIOVANNA DE CARLI LOPES

**Atenção ao parto em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após a implementação da Rede Cegonha.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 21 de julho de 2017.

### BANCA EXAMINADORA



---

Profa. Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves  
Presidente - PPGENF/UFRGS



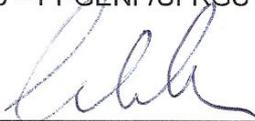
---

Profa. Dra. Aline Alves Veleda  
Membro - UFCSPA



---

Profa. Dra. Letícia Becker Vieira  
Membro – PPGENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Camilla Alexandra Schneck  
Membro – EENF/UFRGS

Dedico este trabalho a todas as mulheres que foram submetidas, durante o seu parto, a práticas prejudiciais e desnecessárias e a todas àquelas que ainda serão, enquanto os privilégios individuais forem mais importantes que o bem-estar coletivo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a população brasileira por financiar meus estudos através de uma bolsa de mestrado em uma universidade federal, pública e de qualidade.

Agradeço a uma divindade superior, também chamada de Deus, que esteve presente em todos os momentos, principalmente naqueles em que a vontade de desistir de tudo prevaleceu sobre a vontade de ter um título.

Agradeço aos meus pais, Silvana e Silvio por se constituírem como a sustentação de tudo o sou e tenho, por serem morada, refúgio, consolo e amor. Agradeço ao meu irmão, Victor, pelas problematizações a respeito das contradições do sistema em que vivemos, que acabaram culminando nesse caminho que eu trilho hoje de consciência social e de classe. Agradeço também por me possibilitar vivenciar outro tipo de amor, pelo meu sobrinho, Martín.

Agradeço aos meus amigos e minhas amigas, que formaram, ao longo desses dois anos e meio, uma potente rede de apoio, parceria, companheirismo e amor, sem a qual eu não teria sobrevivido.

Agradeço aos espaços nos quais eu me inseri ao longo deste período, que me fizeram amadurecer, me desconstruir, me reinventar e evoluir, em especial o Levante Popular da Juventude e a Ocupação da Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva da UFRGS – que aconteceu no final de 2016 em resposta ao cenário caótico de retrocessos e retirada de direitos conquistados em que o Brasil se encontrava após golpe parlamentar.

Agradeço à minha orientadora, Annelise, que apesar das divergências político-ideológicas acabou se tornando um apoio importante na reta final. Agradeço também ao grupo de pesquisa GEMBE.

Agradeço às professoras Débora Fernandes Coelho e Aline Alves Veleda que contribuíram para que eu me apaixonasse pela obstetrícia e continuasse acreditando que um novo modelo é possível, não só de sociedade, mas também com relação à assistência ao parto.

Agradeço à UFCSPA por ter me proporcionado uma educação libertadora, que reverbera hoje no meu caminho como pesquisadora. Agradeço também a todas as professoras com as quais eu tive a honra de ser aluna e que mesmo ao deixar de ser aluna, ainda assim, continuar aprendendo e me inspirando. Em especial, Márcia Breigeiron, Aline Souza, Eliane Rabin e Adriana Paz.

Agradeço também pelo aprendizado de que em certos lugares as pesquisas não podem ultrapassar o limite da zona de segurança dos pesquisadores e suas instituições, o que me fez, desse modo, mais resiliente e mais forte nessa caminhada.

As pessoas têm medo das mudanças. Eu  
tenho medo que as coisas nunca mudem.

(Chico Buarque)

Não existe imparcialidade. Todos são  
orientados por uma base ideológica. A  
questão é: sua base ideológica é inclusiva  
ou excludente?

(Paulo Freire)

## RESUMO

LOPES, Giovanna De Carli. **Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário**: comparação de práticas desenvolvidas após a adesão à Rede Cegonha. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 210p.

A partir da preocupação brasileira com a assistência ao parto, marcada pelo uso em excesso de tecnologia e medicalização, ocasionando intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesariana, o governo passou a adotar uma série de estratégias, a mais recente delas é a Rede Cegonha. Não foi encontrado nenhum estudo cuja finalidade fosse comparar as práticas assistenciais de uma mesma maternidade após a implementação da Rede Cegonha, no que se refere à capacidade dessa estratégia de modificar positivamente as práticas obstétricas ao longo dos anos. Assim, o objetivo desse estudo é analisar as práticas de atenção ao parto e nascimento em um hospital universitário no ano de implementação (2012) da Rede Cegonha e comparar com as práticas desenvolvidas quatro anos após (2016). Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre – RS, que abrange dados obtidos em dois períodos de tempo diferentes: 2012 e 2016. As variáveis do presente estudo foram divididas em sete blocos. As práticas de assistência avaliadas não demonstraram uma evolução contínua, como se supunha na hipótese desta pesquisa, visto que algumas apresentaram resultados melhores, e outras se mantiveram ou apresentaram resultados piores. Alguns resultados merecem destaque na comparação entre os anos de 2012 e 2016: venóclise rotineira (85,4% vs. 97,8%;  $p < 0,001$ ), restrição de movimentação no trabalho de parto (46,1% vs. 55,1%;  $p = 0,008$ ), episiotomia de rotina (63,6% vs. 55,0%;  $p = 0,024$ ), exames de toque acima do recomendado (69,5% vs. 76,8%;  $p = 0,055$ ), aspiração rotineira de vias aéreas do recém-nascido (65,6% vs. 56,8%;  $p = 0,008$ ) e administração de nitrato de prata antes da primeira hora após o parto (43,1% vs. 65,3%;  $p < 0,001$ ). Evidenciou-se também a manutenção de algumas práticas: internação fora do trabalho de parto (49,3% vs. 51,2%), posição de litotomia no expulsivo (99,3% vs. 98,7%), amniotomia rotineira (81,8% vs. 83,9%) e ocitocina rotineira (80,1% vs. 81,9%). Algumas boas práticas destacaram-se: aumento do acompanhante durante o parto (91,0% vs. 95,7%;  $p = 0,004$ ), do uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor (67,9% vs. 74,2%;  $p = 0,040$ ), do contato pele-a-pele (14,9% vs. 60,1%;  $p < 0,001$ ) e do estímulo à amamentação logo após o nascimento (22,1% vs. 45,0%;  $p < 0,001$ ). Modelos de atenção que mantêm práticas intervencionistas e obsoletas ignoram as evidências científicas e têm se mostrado falidos pois repercutem negativamente na morbimortalidade materna e neonatal. Um caminho já consolidado em outros lugares do mundo é a inserção de enfermeiras obstetras e obstetrias na assistência direta ao parto. Os resultados encontrados neste trabalho são indicativos da necessidade da instituição, que é hospital universitário, rever suas práticas assistenciais, inclusive para adoção de um novo modelo de atenção.

**Palavras-chave:** Enfermagem obstétrica. Assistência ao parto. Parto humanizado.

## ABSTRACT

LOPES, Giovanna De Carli. **Care during labor and birth at a university hospital: a comparison of practices developed after joining the Stork Network.** 2017. Dissertation (Master in Nursing). School of Nursing. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 210p.

Based on the Brazilian preoccupation with childbirth care, marked by the excessive use of technology and medicalization, causing unnecessary interventions and high cesarean rates, the government started to adopt a series of strategies, the most recent being the Stork Network. We did not find any study whose purpose was to compare the care practices of the same motherhood after the implementation of the Stork Network, regarding the capacity of this strategy to positively modify obstetric practices over the years. Thus, the objective of this study is to analyze the practices of care for childbirth and birth in a university hospital in the year of implementation (2012) of the Stork Network and compare with the practices developed four years after (2016). This is a cross-sectional study carried out in a university hospital in the city of Porto Alegre, Brazil, which covers data obtained in two different time periods: 2012 and 2016. The variables of the present study were divided into seven blocks. The assistance practices evaluated did not show a continuous evolution, as assumed in the hypothesis of this research, since some presented better results, and others maintained or presented worse results. Some results are worthy of note in the comparison between the years 2012 and 2016: routine venoclysis (85.4% vs. 97.8%,  $p < 0.001$ ), movement restriction in labor (46.1% vs. 55.1% ( $P = .024$ ), touch tests above the recommended rate (69.5% vs. 76.8%,  $p = 0.055$ ), (65.6% vs. 56.8%,  $p = 0.008$ ) and administration of silver nitrate within the first hour after delivery (43.1% vs. 65.3%;  $p < 0.001$ ). It was also evidenced the maintenance of some practices: hospitalization outside labor (49.3% vs. 51.2%), position of lithotomy in the expulsive (99.3% vs. 98.7%), routine amniotomy (81.8% vs. 83.9%) and routine oxytocin (80.1% vs. 81.9%). Some good practices were: increase of the companion during delivery (91.0% vs. 95.7%,  $p = 0.004$ ), use of non-pharmacological methods of pain relief (67.9% vs. 74, ( $P = 0.040$ ), skin-to-skin contact (14.9% vs. 60.1%,  $p < 0.001$ ) and stimulation of breastfeeding soon after birth (22.1% vs. 45.0% %,  $p < 0.001$ ). Models of care that maintain interventionist and obsolete practices ignore the scientific evidence and have proved bankrupt because they have a negative impact on maternal and neonatal morbidity and mortality. A path already consolidated in other parts of the world is the insertion of obstetricians and obstetricians in the direct care of childbirth. The results found in this study are indicative of the need of the institution, which is a university hospital, to review its care practices, including the adoption of a new model of care.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Midwifery. Humanizing Delivery.

## RESUMEN

LOPES, Giovanna De Carli. **Atención al parto y nacimiento en un hospital universitario**: comparación de prácticas desarrolladas después de la adhesión a la Red Cigüeña. 2017. Tesina (Maestría en Enfermería). Escuela de Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 210p.

A partir de la preocupación brasileña con la asistencia al parto, marcada por el uso en exceso de tecnología y medicalización, ocasionando intervenciones innecesarias y elevadas tasas de cesárea, el gobierno pasó a adoptar una serie de estrategias, la más reciente de ellas es la Red Cigüeña. No se encontró ningún estudio cuya finalidad fuera comparar las prácticas asistenciales de una misma maternidad después de la implementación de la Red Cigüeña, en lo que se refiere a la capacidad de esa estrategia de modificar positivamente las prácticas obstétricas a lo largo de los años. Así, el objetivo de este estudio es analizar las prácticas de atención al parto y nacimiento en un hospital universitario en el año de implementación (2012) de la Red Cigüeña y comparar con las prácticas desarrolladas cuatro años después (2016). Se trata de un estudio transversal, realizado en un hospital universitario de la ciudad de Porto Alegre - RS, que abarca datos obtenidos en dos períodos de tiempo diferentes: 2012 y 2016. Las variables del presente estudio se dividieron en siete bloques. Las prácticas de asistencia evaluadas no demostraron una evolución continua, como se suponía en la hipótesis de esta investigación, ya que algunas presentaron resultados mejores, y otras se mantuvieron o presentaron resultados peores. Algunos resultados merecen destaque en la comparación entre los años 2012 y 2016: venoclisis rutinaria (85,4% frente a 97,8%,  $p < 0,001$ ), restricción de movimiento en el trabajo de parto (46,1% frente a 55,1 (63,6% frente a 55,0%,  $p = 0,024$ ), exámenes de tacto por encima de lo recomendado (69,5% frente a 76,8%,  $p = 0,055$ ), (65,6% frente a 56,8%,  $p = 0,008$ ) y administración de nitrato de plata antes de la primera hora después del parto (43,1% frente al 65,3%;  $p < 0,001$ ). Se evidenció también el mantenimiento de algunas prácticas: internación fuera del trabajo de parto (49,3% frente a 51,2%), posición de litotomía en el expulsivo (99,3% frente al 98,7%), amniotomía rutinaria 81,8% frente al 83,9%) y ocitocina rutinaria (80,1% frente al 81,9%). Algunas buenas prácticas se destacaron: aumento del acompañante durante el parto (91,0% frente al 95,7%,  $p = 0,004$ ), del uso de métodos no farmacológicos de alivio del dolor (67,9% vs. 74,2%,  $p = 0,040$ ), del contacto piel-a-piel (14,9% frente a 60,1%,  $p < 0,001$ ) y del estímulo a la lactancia después del nacimiento (22,1% frente a 45,0%,  $p < 0,001$ ). Los modelos de atención que mantienen prácticas intervencionistas y obsoletas ignoran las evidencias científicas y se han mostrado fallidos pues repercuten negativamente en la morbilidad materna y neonatal. Un camino ya consolidado en otros lugares del mundo es la inserción de enfermeras obstetras y obstetras en la asistencia directa al parto. Los resultados encontrados en este trabajo son indicativos de la necesidad de la institución, que es hospital universitario, revisar sus prácticas asistenciales, incluso para la adopción de un nuevo modelo de atención.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica. Tocología. Parto Humanizado.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das práticas assistenciais no parto normal segundo a Organização Mundial da Saúde .....	33
--	----

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo aspectos sociodemográficos e comparação por ano, média e desvio-padrão (DP) das variáveis quantitativas idade e escolaridade. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.....57
- Tabela 2.** Distribuição da frequência absoluta (n), relativa (%), mediana (md), percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75) das mulheres segundo aspectos da história obstétrica e comparação por ano. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....59
- Tabela 3.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo informações do pré-natal e comparação por ano. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.....61
- Tabela 4.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo condições obstétricas no momento da admissão e comparação por ano. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.....63
- Tabela 5.** Distribuição da frequência absoluta (n), relativa (%), mediana (md), percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75) das mulheres segundo características da assistência ao parto e comparação por ano. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....65
- Tabela 6.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das características da assistência ao recém-nascido e comparação por ano. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.....67
- Tabela 7.** Comparação por ano da categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....69
- Tabela 8.** Comparação por ano da variável "Fornecer à mulher todas as informações e explicações que desejar" da categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....71
- Tabela 9.** Comparação por ano da categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....73
- Tabela 10.** Comparação por ano da categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....74

<b>Tabela 11.</b> Comparação por ano da categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Porto Alegre, RS, 2012 e 2016. ....	75
--	----

## LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CO	Centro Obstétrico
CPN	Centro de Parto Normal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEMBE	Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Modelo Colaborativo
MS	Ministério da Saúde
MT	Modelo Tradicional
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PPP	Pré-parto/Parto/Pós-parto
RC	Rede Cegonha
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
2.1	Objetivo Geral .....	22
2.2	Objetivos Específicos .....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
3.2	Realidade brasileira na assistência ao parto .....	23
3.1	A história do parto e nascimento .....	28
3.3	Intervenções obstétricas e neonatais durante o trabalho de parto e parto .....	32
3.4	A Rede Cegonha como estratégia de atenção humanizada .....	39
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	42
4.1	Delineamento de pesquisa .....	42
4.2	Período do estudo .....	42
4.3	Campo de estudo .....	42
4.4	População e amostra .....	44
<b>4.4.1</b>	<b>Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	45
4.5	Coleta dos dados .....	46
4.6	Variáveis .....	47
4.8	Análise dos dados .....	54
4.9	Aspectos éticos .....	54
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	56
5.1	Dados sociodemográficos .....	56
5.2	Dados da história obstétrica .....	58
5.3	Dados do pré-natal .....	60
5.4	Dados da admissão .....	62
5.5	Dados da assistência ao parto .....	64
5.6	Dados do recém-nascido .....	66
5.7	Práticas assistenciais segundo classificação da OMS .....	68
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	78
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	146
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	152
	<b>APÊNDICE A – QUADRO DE COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS 2012-2016</b> .....	172
	<b>APÊNDICE B – QUADRO DE VARIÁVEIS FINAL</b> .....	179

<b>ANEXO A – INSTRUMENTO PESQUISA DE 2012 .....</b>	<b>182</b>
<b>ANEXO B – INSTRUMENTO PESQUISA DE 2016 .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO CEP 2012 .....</b>	<b>203</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO CEP 2016 .....</b>	<b>204</b>
<b>ANEXO E – TCLE 2012.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO F – TCLE 2016.....</b>	<b>206</b>
<b>ANEXO G – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS 2012.....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO H – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS 2016.....</b>	<b>208</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao trabalho de parto e ao parto sofreu extremas modificações ao longo dos séculos, em função do desenvolvimento da medicina, dos avanços tecnológicos, e conseqüentemente, da medicalização e institucionalização do parto (ZAMPIERI, OLIVEIRA e BRUGGEMANN, 2001).

Dessa forma, houve uma mudança concreta no paradigma não intervencionista, pelo conceito do parto como um evento perigoso, que necessita de intervenções e do controle do homem (OSAVA e MAMEDE, 1995), retirando a mulher, conseqüentemente, de um lugar central na cena de parto, para submetê-la a todo esse novo processo de nascimento que surgia e que a oprimia.

Em resposta à persistente utilização de práticas desnecessárias, iatrogênicas e sem respaldo científico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o manual “Assistência ao parto normal: um guia prático”, visando sistematizar as práticas obstétricas e realizar recomendações fundamentadas nas melhores evidências disponíveis (WHO, 1996). Algumas dessas práticas, implementadas a partir da institucionalização do parto, permanecem sendo realizadas nos dias atuais, mesmo com pouca ou nenhuma evidência científica que as sustente (DINIZ, 2005).

A assistência ao parto que predomina hoje no Brasil é marcada pelo intenso uso de tecnologia e medicalização, ocasionando intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesarianas (LEAL et al., 2014). Além disso, a atenção ao parto em ambiente hospitalar atingiu quase que a totalidade dos nascimentos, sendo que 98,4% dos partos acontecem em hospitais e 88,7% são assistidos por médicos (BRASIL, 2009a), todavia, os resultados de mortalidade neonatal e infantil são insatisfatórios quando comparados com outros países que apresentam taxas de mortalidade menores e taxas de hospitalização semelhantes, ao contrário do que se esperava (OESTERGAARD, 2011). Esse panorama tem sido chamado de “paradoxo perinatal brasileiro” (LANSKY et al., 2014) e suas possíveis causas são a utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que refletem a baixa qualidade da assistência, repercutindo assim, nos indicadores maternos e neonatais (NASCIMENTO et al., 2012; DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012). Como resultado, o Brasil ocupa o primeiro lugar no mundo nas taxas de cesariana do mundo. Dados de 2012 mostram uma taxa de 56% da operação, contabilizando setor público e privado (BRASIL,

2015), sendo que se considerarmos somente o setor privado, a taxa de cesariana sobe para 89,9% (LEAL et al., 2014). Já dados recentes mostram uma taxa de cesariana no Brasil de 56,7% (BRASIL, 2016).

Esse modelo de atenção ao parto – centrado no médico e na assistência hospitalar – é caracterizado como tradicional, visto que é o modelo predominante no Brasil (VOGT; SILVA; DIAS, 2014), entretanto, também pode ser denominado de modelo de atenção liderado pelo médico obstetra (*obstetrician-led model of care ou medical-led care*), uma vez que é o profissional médico quem determina a assistência e os demais profissionais têm participação coadjuvante (SANDALL et al., 2016). Além deste, existem outros dois modelos: o colaborativo (*shared care*) e o modelo liderado por enfermeiras obstetras/obstetrizes (*midwife-led care*).

No modelo colaborativo, a responsabilidade pela organização do cuidado e pela assistência do pré-natal ao puerpério é compartilhada entre diferentes profissionais. A qualquer momento durante a gravidez, parto e pós-parto, a responsabilidade pelo cuidado da mulher pode mudar para um profissional diferente. O cuidado é geralmente compartilhado por médico de família e enfermeira obstetras/obstetrix, por médico obstetra e enfermeira obstetra/obstetrix ou ainda pelos três profissionais. Já no modelo *midwife-led care*, a obstetrix/enfermeira obstetra é a profissional responsável pelos cuidados prestados à mulher em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, a assistência abrange o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Portanto, a enfermeira obstetra/obstetrix é a principal provedora da assistência à mulher com gestação de risco habitual, seja na atenção primária atendendo partos domiciliares, na atenção secundária em centros de parto normal, ou na atenção terciária em hospitais. Também neste modelo fica assegurada a referência da mulher para o médico obstetra ou outro especialista (SANDALL et al., 2016).

Evidências revelam que modelos de assistência envolvendo obstetrizes ou enfermeiras obstetras estão associados a menores intervenções no trabalho de parto e parto e a uma maior satisfação das mulheres (HODNETT et al., 2011; OVERGAARD et al., 2011; SANDALL et al., 2016; WALSH; DOWNE, 2004).

Diante do diagnóstico da realidade brasileira de atenção ao parto, marcada pelo uso em excesso de tecnologia e medicalização, ocasionando dessa forma intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesariana, o governo brasileiro passou a adotar uma série de estratégias. Assim, em 1999, houve a criação e

regulamentação dos Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999). Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS (BRASIL, 2000). Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” que representou um avanço nas orientações e recomendações para práticas assistenciais com enfoque humanizado e centrado na mulher (BRASIL, 2001). Em 2004, o governo elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que buscou implementar ações em saúde a partir de uma perspectiva de gênero, de garantia dos direitos humanos, de integralidade, e de promoção da saúde (BRASIL, 2004a). Também em 2004, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tinha a proposta de envolver diversos atores e setores sociais, uma vez que a situação representava uma questão de direitos humanos e um problema de saúde pública (BRASIL 2004b). Em 2005 foi promulgada a Lei nº 11.108 que garante à parturiente o direito à presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Em 2006 foi acordado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) um conjunto de mudanças institucionais denominado Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) que traz nos seus componentes “Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS” (BRASIL, 2006b) o compromisso com a redução da mortalidade materna e infantil. Ainda em 2006 o MS lançou outro manual de atenção integral ao ciclo gravídico-puerperal: “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” (BRASIL, 2006c). Em 2007 entrou em vigor a Lei nº 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência.

Diante desse panorama e a partir de um reconhecimento de que estratégias que vinham sendo implementadas até o momento no âmbito do SUS não estavam tendo o alcance necessário para uma atenção ao parto qualificada, com menos intervenções desnecessárias e com impacto na redução de mortalidade materna e neonatal, e a partir da necessidade de qualificar e organizar a rede de assistência no ciclo gravídico-puerperal, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011a).

Diversos são os estudos que avaliam as práticas obstétricas antes da implantação da Rede Cegonha (SCHNECK; RIESCO, 2006; CRUZ e BARROS, 2010; SCHNECK et al., 2012; SILVA et al., 2013; REIS et al., 2014; REIS et al.,

2016), durante o processo de implantação (MOREIRA et al., 2014; LEAL et al., 2014; BALDISSEROTTO; THEME FILHA; GAMA, 2016; SOUSA et al., 2016) e após a implantação da estratégia (SOUSA, 2013; RABELO, 2015; MEDEIROS, 2016; CARVALHO e BRITO, 2016). Algumas pesquisas trazem também a proposta de análise comparativa de resultados antes e depois da Rede Cegonha através da utilização de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (RÊGO e MATÃO, 2016), ou dados secundários da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS relativos à via de nascimento, recursos financeiros e mortalidade materna (SANTOS, 2013).

Entretanto, não foi encontrado nenhum estudo cuja finalidade fosse comparar as práticas obstétricas de uma mesma maternidade após a implantação da Rede Cegonha, com a finalidade de estimar o potencial de melhoria da estratégia sobre as práticas, ou seja, nenhum estudo foi realizado até o momento com a intenção de analisar o seguimento da Rede Cegonha no que se refere à capacidade dessa estratégia de modificar positivamente as práticas assistenciais no trabalho de parto, parto e nascimento ao longo dos anos.

Embora a Rede Cegonha tenha sido implementada em 2011, os estabelecimentos de saúde da região Sul do Brasil que planejavam aderir à estratégia o fizeram somente em 2012 (SANTOS, 2013). Ao final desse mesmo ano foi realizada uma pesquisa em um hospital universitário do Rio Grande do Sul habilitado a integrar a Rede Cegonha, que teve como resultado o panorama das práticas obstétricas e neonatais desenvolvidas no período estudado. Porém, desde então, não foram realizados outros estudos para verificar se houve ou não mudanças no cenário existente com a implementação da Rede Cegonha. Assim, a justificativa do estudo baseia-se na necessidade de conhecer as atuais práticas obstétricas implementadas nessa mesma instituição, quatro anos após o credenciamento na Rede Cegonha e comparar com as práticas desenvolvidas no ano de implantação, pois se acredita que a partir de uma visão ampliada e respaldada cientificamente acerca das práticas assistenciais na atenção ao parto podem-se fomentar estratégias adequadas com vistas à diminuição de práticas desnecessárias e à incorporação de práticas recomendadas pela OMS e ratificadas pela Rede Cegonha.

Por isso, a relevância do estudo apoia-se não só em verificar estatisticamente se houve uma melhoria na atenção ao parto ao longo dos anos com

a adesão na Rede Cegonha, mas também na tentativa de subsidiar uma mudança nas práticas assistenciais, para que elas se aproximem do preconizado pela III diretriz da Rede Cegonha: “garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento”, e por uma das ações do componente parto e nascimento que se refere a incorporar “práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da OMS de 1996: boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. (BRASIL, 2011a; WHO, 1996).

Não foi possível comparar o período que antecede a Rede Cegonha, mas foi possível comparar o período logo após a sua implementação (2012) com o período de quatro anos depois (2016), onde primeiramente os profissionais e a cultura institucional estavam iniciando o processo de adaptação aos princípios, objetivos e diretrizes da RC, para quatro anos depois, com a estratégia já consolidada e apropriada pela organização, avaliar novamente a atenção ao parto neste mesmo cenário. Assim, tem-se como questão de pesquisa: houve modificações nas práticas assistenciais de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento em um hospital universitário quatro anos após a implantação da Rede Cegonha? Logo, a hipótese do presente trabalho é a que segue: as práticas assistenciais maternas e neonatais melhoraram seus indicadores após a implementação da RC – no que diz respeito à adesão de práticas baseadas em evidências científicas – quando comparado o ano de 2012 com o ano de 2016.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as práticas de atenção ao parto e nascimento em um hospital universitário no ano de implementação (2012) da Rede Cegonha e comparar com as práticas desenvolvidas quatro anos após (2016).

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) comparar as características sociodemográficas, obstétricas e de pré-natal das participantes no ano de 2012 com o ano de 2016;
- b) comparar as condições maternas e neonatais das participantes e seus recém-nascidos no ano de 2012 com o ano de 2016;
- b) comparar as práticas de atenção à mulher no trabalho de parto em um hospital universitário no ano de 2012 com as realizadas no ano de 2016;
- c) comparar as práticas de atenção à mulher no parto em um hospital universitário no ano de 2012 com as realizadas no ano de 2016;
- d) comparar as práticas de atenção ao recém-nascido em sala de parto em um hospital universitário no ano de 2012 com as realizadas no ano de 2016.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.2 Realidade brasileira na assistência ao parto

O Brasil é o líder mundial em cesarianas, com aumento crescente ao longo dos anos. Esse aumento vem sendo apresentado desde 1970 (FAUNDES; CECATTI, 1991), porém, foi a partir de 2000, que esse crescimento passou a aparecer em todas as regiões, com destaque para o Nordeste, com a maior variação, passando de 25% de cesarianas em 2000 para 48% em 2012. Conseqüentemente, em 2010, pela primeira vez no país, a taxa de cesarianas ultrapassou a de partos, totalizando 52%. Esse recorde já tinha sido alcançado anteriormente pelo Sudeste em 2005, e pelo Sul e Centro-oeste em 2006, com taxas de 52%, 51% e 51% respectivamente (BRASIL, 2014c). Dados recentes revelam uma taxa de cesariana de 56% em 2012 (BRASIL, 2015) e de 56,7% nos dias atuais. (BRASIL, 2016).

A literatura científica atual demonstra, com alto nível de evidência, que a cesariana acarreta em mais riscos, maior morbidade e maior mortalidade materna e neonatal do que o parto normal. Algumas das complicações desta cirurgia para a mulher são: hemorragia, infecção puerperal, embolia pulmonar, infecção urinária, tromboembolismo venoso, hematoma de parede, histerectomia, além dos riscos e complicações anestésicas. Nas cesáreas de repetição, as complicações incluem: acretismo placentário, placenta prévia, rotura uterina, e deiscência de cicatriz. Além das complicações que afetam o recém-nascido, tais como prematuridade, síndrome respiratória e taquipneia transitória, ocasionando em maior risco de internação em unidade intensiva neonatal (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012b; OSAVA et al., 2011).

A partir de uma preocupação com os rumos da assistência ao parto no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou, em 1985, uma conferência chamada de “Tecnologia apropriada para o parto”. Nessa conferência foram apresentados exemplos de resultados perinatais satisfatórios ao redor do mundo, um deles dizia respeito à relação entre mortalidade perinatal e cesariana: países que tinham as menores taxas de mortalidade perinatal mantinham um índice de cesárea abaixo de 10%. Portanto, a partir desses resultados, a OMS passou a recomendar uma taxa de cesariana de 10% a 15%, argumentando que não existem

justificativas clínicas para índices superiores. Essa recomendação foi publicada na revista Lancet, guiando as práticas obstétricas até os dias atuais (WHO, 1985).

Entretanto, em abril de 2015, a OMS publicou novas e revisadas recomendações sobre cesarianas, através do documento “Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas”. Sendo assim, baseada nos dados atualmente disponíveis e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências, a OMS conclui que: a cesárea só é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mulheres e bebês quando indicada por motivos clínicos; ao nível populacional, taxas de cesárea superiores a 10% não estão associadas com redução da mortalidade materna e neonatal; a cesárea pode causar sérias complicações e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, principalmente em locais sem infraestrutura tanto para realizar cirurgias de forma segura, quanto para tratar complicações pós-operatórias, sendo assim, idealmente, a cesariana só deveria ser realizada quando necessária do ponto de vista médico; o empenho deve focar na garantia de que cesarianas sejam realizadas nos casos em que são necessárias, ao invés de se tentar atingir uma taxa específica de cesarianas; ainda não estão claras quais as repercussões das taxas de cesariana sobre outros desfechos além da mortalidade, como por exemplo, morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e relativos ao bem-estar psicossocial, por isso, são necessários mais estudos para compreender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesariana sobre a saúde (WHO, 2015).

A realidade do Brasil hoje é uma atenção ao parto onde a imensa maioria dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, com grande investimento em medicalização, tecnologia, e recursos humanos e materiais, porém, mantendo taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, ao contrário do que se esperava. Frente a esse panorama, se estabeleceu um fenômeno chamado de “paradoxo perinatal brasileiro” (LANSKY et al., 2014) onde 98,4% dos partos acontecem em hospitais e 88,7% são assistidos por médicos (BRASIL, 2009a), mas os resultados de mortalidade neonatal e infantil são insatisfatórios quando comparados com outros países que apresentam taxas de mortalidade menores (OVERGAARD, 2011). Essa situação se deve, possivelmente, à utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que refletem a baixa qualidade da assistência, repercutindo assim, nos indicadores maternos e neonatais (DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2012; NASCIMENTO et al., 2012).

Com relação à mortalidade na infância e infantil, em 2011 o Brasil atingiu a meta quatro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que havia estabelecido uma redução da mortalidade na infância em dois terços do nível de 1990. A taxa brasileira de mortalidade na infância (até cinco anos incompletos) era de 53,7 em 1990 e passou para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. Já a taxa de mortalidade infantil (até um ano incompleto) era de 47,1 e passou para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos. Além disso, a taxa de mortalidade na infância reduziu em todas as regiões do país, sendo a região Nordeste a que manteve uma diminuição mais acelerada. Diminuiu-se também a desigualdade regional: em 1990 a mortalidade no Nordeste era 2,5 vezes maior que na região Sul, em 2011 essa diferença reduziu para 1,6 vezes. Grande parte do sucesso brasileiro no alcance do quarto ODM se deve pela melhoria das condições sanitárias e sociais, alcançadas através da implantação do SUS, da ampliação das coberturas de atenção básica com o Programa Saúde da Família e posteriormente Estratégia Saúde da Família, e da criação de um programa de transferência de renda, o Programa Bolsa Família. (IPEA, 2014). Este programa vem contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil no Brasil, como demonstra estudo que ao avaliar o impacto do programa, concluiu que a redução da mortalidade infantil foi de 20% entre 2004 e 2009. Já nos casos de óbitos por insuficiência nutricional e problemas respiratórios, a redução chegou a 60% (RASELLA et al., 2013).

Porém, apesar de muitos avanços, desde 1990 a mortalidade neonatal precoce é o principal componente da mortalidade infantil e da mortalidade na infância. A mortalidade infantil é computada por seus três componentes: neonatal precoce (zero a 6 dias de vida), neonatal tardia (7 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 dias até 1 ano incompleto). No período entre 1990 e 2011 a taxa da mortalidade neonatal precoce caiu de 17,7 para 8,1 óbitos por mil nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade neonatal tardia diminuiu de 5,4 para 2,5 óbitos por mil nascidos vivos. Enquanto isso, a taxa de mortalidade pós-neonatal passou de 24 para 4,7 óbitos por mil nascidos vivos (IPEA, 2014).

Os óbitos no período neonatal precoce estão intimamente relacionados à atenção ao pré-natal, parto e puerpério, por isso, são de extrema relevância as ações dos serviços de saúde específicas para o ciclo gravídico-puerperal, ao passo que, torna-se igualmente complexo atuar sobre as causas das mortes nesse período. Os números acima corroboram essa situação evidenciando que houve uma

maior diminuição da mortalidade pós-neonatal quando comparada à neonatal precoce, demonstrando que apesar de inúmeras intervenções nas condições sociais e em outros determinantes da saúde, a atuação no componente neonatal precoce não teve o mesmo impacto, necessitando intervenções mais complexas, tais quais as causas deste componente (IPEA, 2014).

Em 2011, a principal causa de mortalidade infantil, com 59% do total de óbitos, foram as afecções perinatais (período entre 22 semanas de gestação até 7 dias após o nascimento), em seguida foram as malformações congênitas (20%), doenças do aparelho respiratório (5,3), e doenças infecciosas (4,4%). No que se refere especificamente às afecções do período perinatal, as principais causas são a prematuridade (18,6%), seguido das infecções perinatais (12,2%), asfixia/hipóxia (10,4%), fatores maternos (9,2%), e outras causas (8,6%) (IPEA, 2014).

Em 2010, a mortalidade neonatal teve uma taxa de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos (MARANHÃO et al., 2012). Contudo, recente estudo de coorte brasileiro sobre a mortalidade neonatal (LANSKY et al., 2014), com uma amostra de 23.940 puérperas, revelou uma taxa de mortalidade neonatal de 11,1 por mil nascidos vivos, maior nas regiões Norte (22,3 por mil) e Nordeste (14,5 por mil) e nas classes sociais mais desfavorecidas. Segundo o estudo, as principais causas de óbito foram: prematuridade (30,3%), malformação congênita (22,8%), infecções perinatais (18,5%), fatores maternos (10,4), asfixia/hipóxia (7%), e outras causas (9,8%).

Um dos componentes da prematuridade é a prematuridade tardia, que contribuiu com mais da metade dos casos de óbitos por prematuridade (17,1%), então, um prematuro tardio tem nove vezes mais chances de morrer do que um recém-nascido a termo (LANSKY et al., 2014). Este dado é alarmante visto que a prematuridade tardia é uma causa de óbito evitável e países desenvolvidos apresentam taxas de prematuridade muito abaixo desse número brasileiro (30,3%), em torno de 7% (HOWSON, KINNEY; LAWN, 2012; MARANHÃO et al., 2012). Percebe-se então, que de 2011 para os dias atuais, a prematuridade, uma causa na maioria das vezes evitável, ultrapassou os óbitos por malformação congênita.

Esse índice elevado de prematuridade está relacionado à chamada “prematuridade iatrogênica” (FAUNDES; CECATTI, 1991; VICTORA et al., 2011), que se refere à interrupção imprópria da gestação sem que haja um motivo técnico para tal, como nos casos das cesarianas eletivas, sem indicação clínica, que se

tornaram um grave problema de saúde pública no Brasil e contribuem para a alta prevalência total da cirurgia cesariana (HOWSON; KINNEY; LAWN, 2012; VICTORA et al., 2011).

As situações que estão associadas ao óbito neonatal, em ordem decrescente, segundo a sua magnitude são: muito baixo peso ao nascer; ventilação mecânica; malformação congênita; asfixia ao nascer; intercorrências maternas na gestação; apresentação pélvica; gemelaridade; baixa escolaridade materna, nascer nas regiões Norte e Nordeste, natimorto prévio; peregrinação para o parto; não utilização de partograma durante o trabalho de parto; inadequação da atenção pré-natal; mãe sem companheiro; prematuro prévio; hospital de referência para gestação de alto risco; sexo masculino (LANSKY et al., 2014).

Outro importante achado deste estudo foi a relação entre o risco de morte neonatal com a não utilização de boas práticas no atendimento obstétrico. Mulheres que não receberam uma assistência baseada nas boas práticas no trabalho de parto tiveram 5,0 vezes maior risco de óbito neonatal, e quando avaliada a não utilização das boas práticas somente no parto, o risco de morte neonatal é 3,4 vezes maior (LANSKY et al., 2014).

Sobre a mortalidade materna, sabe-se que é complexa a tarefa do seu controle e diminuição em virtude do seu caráter multifatorial. Todavia, as práticas e a assistência profissional à mulher representam certamente o principal componente para a obtenção de bons resultados maternos e neonatais. Assim como foi demonstrado para o desfecho mortalidade neonatal, também ocorre para a morbimortalidade materna: a melhoria da assistência profissional e institucional ao parto, com a utilização de ambiência e práticas adequadas e embasadas em evidências, independente das características das mulheres, são capazes de diminuir a mortalidade materna e a morbidade materna grave (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Portanto, nota-se que é veemente a necessidade de mudança do cenário obstétrico do qual o Brasil se encontra hoje. A sociedade de uma maneira geral não tem dimensão da magnitude desse problema. A assistência obstétrica humanizada com a utilização de boas práticas é resumida a uma visão simplificada de aumento da satisfação materna com o parto, todavia foi possível constatar com os estudos supracitados que vai muito além disso. A transformação para um modelo humanístico e baseado em evidências tem influência direta nos desfechos maternos e neonatais, e conseqüentemente nos óbitos também. A partir do momento em que

a sociedade compreender o que são e quais as reais consequências de práticas obsoletas e iatrogênicas, talvez então possam ocorrer mudanças radicais de condutas assistenciais.

Estudo internacional que analisou as mortes maternas no período de 1800 a 1950, concluiu que os países industrializados reduziram pela metade a taxa de mortalidade materna no início do século XX através da inserção de obstetras e enfermeiras obstetras profissionais na atenção ao parto (LAUDON, 1992). Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que instituições incentivem a formação e a qualificação de um maior número de obstetras e enfermeiras obstetras. Além disso, a OMS recomenda também que a assistência ao parto de mulheres de risco habitual seja feita no nível de atenção primária ou secundária à saúde, através de casas de parto com um modelo de atenção liderado por obstetras/enfermeiras obstetras, combinando contexto sociocultural com um ambiente não-medicalizado, profissionais qualificados, equipamentos necessários e com possibilidade de referência para o nível terciário (WHO, 2005).

### **3.1 A história do parto e nascimento**

Historicamente, o cuidado prestado a mulher durante o processo de nascimento se modificou consideravelmente em razão de diversos fatores, tais como o desenvolvimento da hegemonia das instituições, entre elas a medicina. Aliado ao discurso hegemônico da prática médica como meio de cura e salvação, estão os avanços tecnológicos que vinham ocorrendo no campo da ciência, o que, conseqüentemente, acabou ocasionando na institucionalização do parto e na sua medicalização (ZAMPIERI; OLIVEIRA; BRUGGEMANN, 2001). A razão pela qual a medicina, enquanto instituição, incorporou essa prática de dominação do corpo pode ser explicada pelas teorizações de diversos autores.

Foucault (1982), por exemplo, esclarece que é através da manipulação dos corpos que se obtém o controle das classes pelo poder dominante. Além disso, afirma também que a medicina moderna (século XVIII), ao invés de centrar-se no indivíduo, se mostrou uma prática social que visava controlar a sociedade, primeiramente investindo no corpo biológico, e posteriormente no controle das consciências e ideologias das pessoas. Assim, a medicina foi desenvolvendo um poder sobre a vida – um biopoder – exercido sobre os corpos através da tecnologia

disciplinar (FOUCAULT, 2006), portanto, o parto precisou ser incorporado como um evento patológico, cuja intervenção e auxílio profissional eram necessários para que o parir acontecesse dentro dos padrões esperados, para que fosse justificada a prática e o saber médico.

Outro autor que pode ser utilizado para compreensão do processo de medicalização do corpo feminino é Pierre Bourdieu (1998), ao teorizar sobre o poder simbólico, conceituando-o como um poder invisível, que não foi conquistado através da força física, e que é exercido pelas classes dominantes. Assim, aqueles que têm maior capital material ou simbólico acumulado (homens e médicos) impõe ao outro (mulheres e enfermeiras) um papel de dominação. Com o passar dos anos, o saber médico foi utilizado para impor e legitimar a dominação de uma classe sobre a outra, o que o sociólogo chama de violência simbólica.

Assim, o processo de medicalização é de fato uma violência simbólica, visto que se configura na ação prática imposta pelo poder simbólico, que tem como alicerce a apropriação do corpo biológico por parte de uma classe, cujo poder está pautado no saber e no capital econômico. Todavia, esse poder simbólico só é exercido com a cumplicidade daqueles que se submetem a ele e daqueles que o praticam (BOURDIEU, 1998). Se refletirmos sobre a epidemia de cesarianas desnecessárias, veremos que é assim até hoje. Já Miles (1991) considera que a medicina se utilizou da medicalização para transformar aspectos da vida cotidiana em objetos de seu saber, como uma maneira de garantir que as normas sociais sejam mantidas em ordem e conformidade.

Entretanto, por um longo período, o cuidado prestado à mulher no trabalho de parto e parto foi uma tradição exclusiva de mulheres, acontecia em ambiente domiciliar e era exercido por parteiras ou aparadeiras com experiência reconhecida na sociedade ou de confiança da gestante (PROGIANTI; BARREIRA, 2001). Até o século XII, a participação do homem no parto era muito pequena, pois contrariava o padrão cultural dominante da época relativo ao pudor das mulheres, em razão disso, houve uma demora na apropriação do processo de parir como saber médico (SEIBERT et al. 2005). Além do mais, o atraso no desenvolvimento de uma atividade médica relativa ao nascimento se deve ao fato de que o parto era considerado sujo e, portanto, era uma atividade desvalorizada, que poderia continuar sendo exercida por parteiras, pois estas não estavam à altura do cirurgião, na época considerado

como “o homem da arte”. Soma-se a essa situação, o fato de que os médicos eram escassos e pouco familiarizados com o processo de nascimento (BRASIL, 1989).

Desse modo, a assistência ao parto era assunto de mulheres, pois além do cuidado no período expulsivo, as parteiras ofereciam apoio psicológico através de suas orações, crenças, amuletos e receitas mágicas que objetivavam o alívio da dor (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Além disso, sugere-se que algumas parteiras eram também benzedeadas, realizavam abortos e eram cúmplices em infanticídios e abandonos (SEIBERT et al., 2005), fatos que levaram ao descrédito da profissão e a intervenções por parte do Estado e da Igreja. Portanto, a partir do século XVI a assistência ao parto por parteiras começou a sofrer regulamentações governamentais ou da Igreja, sendo as parteiras europeias submetidas à prestação de exames perante comissões municipais ou eclesiásticas (GIFFIN; COSTA, 1999).

A partir de então a figura masculina começou a surgir no cenário do parto, todavia, foi no final do século XVI que a profissão de parteira começou a sofrer declínio em virtude da criação do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain (ZAMPIERI; OLIVEIRA; BRUGGEMANN, 2001). Com a frequente utilização do fórceps, a obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina técnico-científica e dominada pelo homem, instituindo-se a concepção de que o parto pode ser controlado e que o nascimento era perigoso, necessitando sempre da presença de um médico. As parteiras, por sua vez, não tinham condições financeiras para adquirir um fórceps, eram impossibilitadas de aprender novos saberes técnicos, visto que eram consideradas inferiores aos homens, e não eram favoráveis a esse modelo intervencionista que estava se consolidando, por isso, passaram a rejeitá-lo. Dessa forma, a criação do fórceps permitiu a expressão concreta da intervenção masculina, havendo uma mudança no paradigma não intervencionista, pelo conceito do parto como um evento dotado de intervenções e controlado pelo homem (OSAVA; MAMEDE, 1995).

Como parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para regulamentar a prática e visando o monopólio do saber acerca da cura das doenças, e assim legitimá-lo através das Universidades criadas no período do Renascimento, as parteiras foram obrigadas a contar com a presença dos cirurgiões durante a assistência ao parto das mulheres (OSAVA; MAMEDE, 1995). Além disso, na maioria das civilizações o parto ocorria com a mulher na posição vertical, todavia,

também foi a partir do século XVI que se adotou a posição horizontal, de modo a facilitar as intervenções (SABATINO, 1997).

Todavia, as modificações definitivas no processo de parturição ocorreram a partir do século XVII, quando foi descoberto o fenômeno da ovulação, gerando a concepção de que o organismo da mulher é mais frágil do que o do homem, logo, o parto era perigoso para a sua saúde, sendo assim, a medicina deveria atuar para protegê-la (BRASIL, 1989). Entretanto, parteiras e médicos continuaram a disputar a prática, disputa essa que se estendeu durante séculos. Porém, as parteiras não tinham acesso às universidades, tampouco ao conhecimento técnico-científico, então, aos poucos foram se tornando subordinadas aos cirurgiões e demais médicos e foram, gradativamente, se distanciando das práticas obstétricas (VIEIRA, 2002).

Com o avanço do capitalismo industrial, o declínio da atividade das parteiras, a utilização cada vez mais frequente do fórceps e a concepção de que o parto é perigoso, o exercício da obstetrícia se consolidou como monopólio médico, sendo legitimado e reconhecido pela sociedade (BRASIL, 1989). Surgia então, um domínio de classes ainda mais consolidado: a hegemonia médica. Visto esse poder e essa capacidade de conquistar alianças não somente no segmento econômico e na organização política da sociedade, mas também sobre as orientações ideológicas e o modo de pensar e agir, a partir do século XIX, a medicina começa a discursar em defesa da hospitalização do nascimento e da criação de maternidades (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Desse modo, o parto se tornou um evento médico, passando de íntimo, privado e feminino, para um acontecimento impessoal, público e com a presença de homens (TANAKA, 1995).

A hospitalização do parto contribuiu, em grande parte, para a queda da mortalidade materna e neonatal, em contraponto, foi um fator decisivo para o afastamento da família e da rede de apoio social no processo de nascimento, visto que a estrutura e as normas hospitalares foram criadas com o objetivo exclusivo de atenderem às necessidades do profissional de saúde e não da mulher (KITZINGER, 1996). Nesse sentido, a institucionalização do parto também colaborou para a intensa medicalização do corpo feminino e para a adoção de uma série de procedimentos e condutas, simbolizando um verdadeiro ritual ou cerimonial, tais como: separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais para a colocação de vestimenta própria da instituição visando demarcar propriedade,

realização de enema e outros procedimentos invasivos, proibição de se alimentar e de caminhar, entre outros rituais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Já no Brasil, o parto se tornou um evento hospitalar somente a partir do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, quando o comportamento da mulher passou a ser regido e ditado por normas e rotinas previamente planejadas em prol do patriarcado. Nesse sentido, a consolidação do parto como um evento hospitalar no mundo todo contribuiu para o aprimoramento da medicina nas áreas de cirurgia, assepsia, anestesia, antibioticoterapia e hemoterapia, colaborando significativamente na diminuição dos riscos hospitalares e aumentando as possibilidades de intervenções, o que culminou na elevação progressiva de cirurgias cesarianas (TANAKA, 1995).

Assim, a partir da apropriação do corpo feminino, da institucionalização do parto, e das diversas intervenções desenvolvidas visando deslegitimar o conceito de parto como um evento fisiológico – e conseqüentemente, criação de normas, rotinas e procedimentos visando a descaracterização e objetificação do corpo feminino – a mulher foi destituída do seu protagonismo, individualidade e sexualidade, tornando-se submissa ao processo de parir.

### **3.3 Intervenções obstétricas e neonatais durante o trabalho de parto e parto**

Em 1996, a OMS publicou um manual para a assistência ao parto normal baseado em estudos de extremo rigor metodológico realizados em diversos lugares do mundo, com o objetivo de embasar a prática profissional em evidências científicas sólidas, almejando assim, uma atenção ao parto mais segura, e conseqüentemente, a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Além de recomendações para a assistência ao parto, neste manual, a OMS também classifica as práticas assistenciais que vinham sendo realizadas na condução do parto normal em quatro categorias, de acordo com sua utilidade, eficácia e nocividade (WHO, 1996). A seguir, no quadro 1, serão apresentadas as quatro categorias:

**Quadro 1 - Classificação das práticas assistenciais no parto normal segundo a Organização Mundial da Saúde**

<b>Categoria A</b>	<b>Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas</b>
1	Plano de parto individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu companheiro e, se aplicável, a sua família.
2	Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliação a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o profissional que prestará a assistência durante o trabalho de parto e parto.
3	Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, bem como ao término do processo do nascimento.
4	Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5	Respeitar a escolha da mulher sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6	Fornecer a assistência ao parto no nível mais primário/periférico do sistema de saúde, onde o parto seja viável e seguro e onde a mulher se sinta segura e confiante.
7	Respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto.
8	Apoio empático pelos profissionais da assistência durante o trabalho de parto e parto.
9	Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10	Fornecer a mulher todas as informações e explicações que desejar.
11	Utilizar métodos não-invasivos e não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagem e técnicas de relaxamento.
12	Monitorização fetal através da ausculta intermitente e não contínua.
13	Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada dos materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
14	Uso de luvas no exame de toque vaginal, durante o nascimento do bebê e na

	dequitação da placenta.
<b>15</b>	Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho do parto.
<b>16</b>	Estimular posições não-supinas durante o trabalho de parto e parto.
<b>17</b>	Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS.
<b>18</b>	Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm esse risco mesmo com uma pequena perda de sangue.
<b>19</b>	Condições estéreis ao cortar o cordão.
<b>20</b>	Prevenir a hipotermia do bebê.
<b>21</b>	Contato pele a pele precoce entre a mãe e bebê, e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
<b>22</b>	Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

<b>Categoria B</b>	<b>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas</b>
--------------------	---

<b>1</b>	Uso rotineiro de enema.
<b>2</b>	Uso rotineiro de tricotomia.
<b>3</b>	Uso rotineiro de infusão intravenosa no trabalho de parto.
<b>4</b>	Uso rotineiro de venoclise (cateterização venosa) profilática.
<b>5</b>	Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
<b>6</b>	Exame retal.
<b>7</b>	Utilizar raio-X para fins de pelvimetria.
<b>8</b>	Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos
<b>9</b>	Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto.
<b>10</b>	Utilizar esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
<b>11</b>	Massagear e distender o períneo durante o segundo estágio do trabalho de

	parto.
12	Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto para prevenir ou controlar hemorragias.
13	Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
14	Lavagem rotineira do útero depois do parto.
15	Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

<b>Categoria C</b>	<b>Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais estudos esclareçam a questão</b>
--------------------	--

1	Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2	Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto.
3	Pressão no fundo uterino (manobra de kristeller) durante o trabalho de parto e parto.
4	Utilizar manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5	Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6	Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
7	Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8	Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

<b>Categoria D</b>	<b>Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado</b>
--------------------	--

1	Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2	Controle da dor por agentes sistêmicos.
3	Controle da dor por analgesia peridural.

<b>4</b>	Monitorização fetal eletrônica.
<b>5</b>	Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto.
<b>6</b>	Exames de toque vaginal repetidos e frequentes, especialmente por mais de um profissional de assistência ao parto.
<b>7</b>	Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
<b>8</b>	Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
<b>9</b>	Uso de sondagem/cateterização vesical.
<b>10</b>	Estimular o puxo quando dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário.
<b>11</b>	Estipular com rigidez a duração do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo em uma hora, quando as condições materna e fetal estão adequadas e quando o parto está em evolução.
<b>12</b>	Parto operatório (uso de fórceps e vácuo extrator).
<b>13</b>	Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
<b>14</b>	Exploração manual do útero depois do parto.

Fonte: WHO, 1996.

Apesar dessas recomendações terem sido publicadas em 1996, ainda nos dias atuais, as intervenções consideradas adequadas e benéficas são pouco difundidas e adotadas tanto nos manuais e livros em obstetrícia, quanto na prática profissional. Intervenções classificadas como benéficas ou adequadas são hoje denominadas “boas práticas”, sendo algumas delas enquadradas como “tecnologias obstétricas não-invasivas” e derivam de estudos realizados com extremo rigor metodológico e científico, que neste caso avaliaram as intervenções capazes de produzir benefícios psicológicos, e reduzir as complicações e a mortalidade materna e neonatal. Visto que a morbidade materna está estreitamente relacionada à mortalidade materna e que a antecede, pode-se inferir que toda a intervenção que alcance uma redução significativa da morbidade materna, deva também teórica e indiretamente ser capaz de reduzir a mortalidade materna (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Em muitos países, ainda existe uma tendência crescente do aumento exagerado de alguns procedimentos como a cirurgia cesariana, a monitorização fetal

eletrônica, e o uso rotineiro de ocitocina, amniotomia e episiotomia. Mesmo que existam evidências da indicação dessas e de outras intervenções em alguns casos específicos, sua utilização de maneira indiscriminada não é recomendada e não está associada com bons resultados (CECATTI; CALDERÓN, 2005; WHO, 1996). Pelo contrário, diversas evidências demonstram que a utilização rotineira, sem critérios clínicos e além do necessário de algumas intervenções (tais como cesariana, enema, tricotomia, restrição hídrica e alimentar, infusão intravenosa para hidratação, soro glicosado para prevenção de hipoglicemia, monitorização fetal eletrônica contínua, ocitocina, amniotomia, episiotomia, posição litotômica ou não-vertical no expulsivo, entre outras) estão associadas com aumento da morbimortalidade materna e perinatal (ALBERS, 2005; DAVIS; RIEDMANN, 1991; WHO, 1996).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde brasileiro vem realizando diversas estratégias, como a elaboração de manuais, campanhas e outros materiais educativos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006b) para os profissionais que atuam tanto no pré-natal, quanto na assistência ao parto, além de manuais técnicos específicos sobre a humanização do nascimento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014a). Porém, embora de grande importância, essas estratégias têm se mostrado insatisfatórias para resgatar um modelo de atenção ao parto humanístico e transformar o modelo que predomina atualmente no Brasil, que é reconhecidamente intervencionista, apresentando como reflexo e resultado a taxa de cesariana mais alta do mundo (BARROS et al., 2005). Tendo em vista a elevada cobertura de assistência hospitalar ofertada pelo sistema de saúde (98,4% dos partos acontecem em hospitais) questiona-se se a persistência de indicadores maternos e perinatais desfavoráveis são consequência da baixa qualidade de assistência obstétrica prestada (BRASIL, 2009a; LEAL et al., 2014).

Pesquisa brasileira recente sobre as intervenções benéficas na assistência revelou que essas boas práticas (alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma) durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, com menor frequência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Já o uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, com maior proporção no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A respeito das práticas prejudiciais, a manobra de Kristeller (37%), a episiotomia (56%) e a posição litotômica (92%) foram utilizadas excessivamente, em especial a manobra de kristeller, considerada hoje como violência obstétrica. Sobre as

associações da cirurgia cesariana, ela foi menos frequente nas mulheres do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas. Frente a esses resultados, fica evidente que para uma melhoria substancial na atenção obstétrica, é necessário que o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo o setor de saúde suplementar/privado, modifiquem o modelo de assistência obstétrica vigente, promovendo um cuidado baseado em evidências científicas (LEAL et al., 2014).

Com relação às práticas sobre o recém-nascido, estudo recente também brasileiro revelou uma grande variação na sua utilização na atenção ao recém-nascido a termo na sala de parto. Práticas consideradas inadequadas como uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%) e aspiração gástrica (39,7%), e uso de incubadora (8,8%) foram demasiadamente usadas. A oportunidade da amamentação, ou seja, a oferta do seio materno na sala de parto foi considerada baixa (16,1%), mesmo naqueles hospitais com título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (24%). A partir desses resultados, é possível sugerir que o modelo de atenção obstétrica vigente no Brasil expressa baixo grau de conhecimento e implementação das boas práticas na assistência ao parto (MOREIRA et al., 2014).

Por outro lado, as variáveis que se mostraram significativamente associadas ao uso de boas práticas na sala de parto foram parto vaginal, nascer em hospital com título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e ter acompanhante na sala de parto. Além disso, o parto normal se apresentou como fator protetor para a maioria das boas práticas incluídas no estudo: contato pele a pele precoce, oportunidade da amamentação na sala de parto, amamentação na primeira hora de vida e ida ao alojamento conjunto com a mãe. Outro fator protetor para o uso das boas práticas relacionadas ao contato pele a pele e amamentação foi o nascimento em hospitais com título de Amigo da Criança (MOREIRA et al., 2014).

Percebe-se então, a necessidade de se buscar estratégias mais eficazes a curto e médio prazo para tentar modificar a assistência obstétrica brasileira, pois os resultados das pesquisas supracitadas mostram que da maneira como vem acontecendo nos últimos anos não se conseguiu até o momento modificação nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. É preciso também uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas sólidas, pois nenhuma ciência está isenta de práticas inquestionáveis e passíveis de se tornarem obsoletas, porque à medida que novos estudos vão surgindo torna-se possível corroborar ou

refutar determinadas práticas. Os profissionais de saúde, mas principalmente os serviços de saúde precisam criar possibilidades de acolhimento e diálogo para a revisão e reflexão crítica sobre o modelo de atenção ao parto que vem desempenhando até o momento, para que se torne viável a extinção de algumas práticas prejudiciais e a inclusão de outras comprovadamente benéficas.

Recentes estratégias do Ministério da Saúde (MS), como a rede cegonha (BRASIL, 2011a), a redefinição dos critérios para a habilitação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança – que inclui o critério de Cuidado Amigo da Mulher, onde ficam asseguradas a realização de diversas boas práticas – (BRASIL, 2014b), e a nova resolução da ANS para estímulo do parto normal e redução de cesarianas desnecessárias (ANS, 2015), são as apostas atuais para resultados a longo prazo. Porém, essas estratégias sozinhas, implementadas por imposição da gestão dos serviços visando o recebimento da verba ofertada e à revelia dos profissionais que ali atuam, dificilmente conseguem se consolidar e operar grandes mudanças.

### **3.4 A Rede Cegonha como estratégia de atenção humanizada**

A partir de uma série de estratégias e iniciativas do governo e da sociedade, nos últimos 30 anos, o Brasil teve avanços no que diz respeito aos indicadores maternos e neonatais, todavia, a mortalidade não reduziu conforme o esperado e ainda é um desafio para o país (BRASIL, 2011a; CAVALCANTI, et al., 2013).

Esse indicador não é um problema de saúde pública apenas para o Brasil, pois a Anistia Internacional, em documento denominado “Parto Mortal: a crise na saúde materna e infantil nos Estados Unidos” indica que a mortalidade materna duplicou nos Estados Unidos nos últimos 20 anos, analisando que mesmo os países ricos em recursos não têm adotado práticas que tratam as mulheres com dignidade, respeito e atendimento apropriado durante a gestação, o parto e pós-parto (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Os indicadores de mortalidade materna e neonatal são complexos e dependentes de uma série de fatores, entre eles o pré-natal, que no Brasil, nos últimos anos passou a ter uma cobertura quase universal, porém com uma qualidade pouco satisfatória, uma vez que são deficitários os recursos humanos e materiais, a rede de serviços de apoio diagnóstico, e a estrutura de rede que permita o sistema de referência e contra-referência principalmente para as gestantes de alto

risco. A complexidade do indicador de mortalidade perpassa também o componente parto e nascimento, uma vez que os estabelecimentos de saúde, muitas vezes, não utilizam práticas de atenção ao parto baseadas em evidências e preconizadas pela OMS. Além disso, em muitas regiões do Brasil, a mulher ainda enfrenta dificuldades para encontrar um serviço de saúde que realize o parto, precisando muitas vezes se deslocar a vários serviços, até encontrar algum que a aceite – fenômeno esse chamado de “peregrinação do nascimento”. Essa situação demonstra uma fragilidade de toda a rede de cuidados, que se mostra ineficiente também no que diz respeito ao seguimento materno e neonatal no pós-parto (BRASIL, 2011b).

Este cenário é resultado de uma sucessão de elementos. Todavia, ações em saúde fragmentadas, que não possuem uma rede de atenção contínua e progressiva, e que funcionam na lógica da produção em massa, acabam contribuindo para uma atenção em saúde conservadora, centrada no profissional e caracterizada por uma assistência potencialmente iatrogênica, através da utilização em excesso de medicamentos e intervenções desnecessárias, que não encontram respaldo na saúde baseada em evidências (BRASIL, 2011b).

Como resposta ao panorama desenhado, em 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, uma potente estratégia para assegurar uma rede de atenção à saúde estruturada, qualificada e humanizada em todo o ciclo gravídico-puerperal e para crianças de zero a dois anos. A Rede Cegonha consiste em:

“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, 2011a, sp).

Dentre os princípios, objetivos e diretrizes da Rede Cegonha estão:

“Princípios - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.  
Objetivos - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Diretrizes - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo” (BRASIL, 2011a, sp).

Sendo assim, trata-se de uma estratégia que além de estruturar a rede de atenção, visa ressignificar as práticas de cuidado, recomendando uma assistência baseada em evidências, descartando práticas prejudiciais e centrando o cuidado na mulher como protagonista do processo de parturição, para ter como finalidade maior a redução da mortalidade materna e neonatal. Além disso, a Rede Cegonha se organiza em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico - transporte sanitário e regulação.

Entretanto, como já mencionado, este estudo não tem por objetivo avaliar toda a estrutura da rede, mas sim concentrar esforços em avaliar as práticas de atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das práticas baseadas em evidências, também chamadas de boas práticas. Perspectiva essa contemplada na diretriz III “garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento” e no componente parto e nascimento subitem c) “práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996, denominado: "boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a).

## **4 MATERIAIS E MÉTODO**

### **4.1 Delineamento de pesquisa**

Trata-se de um estudo quantitativo observacional, analítico, do tipo transversal. Segundo Hulley et al. (2015), os estudos observacionais se referem à investigação de situações que ocorrem naturalmente, sem que haja a intervenção do investigador.

O estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de um número planejado de indivíduos em um ponto temporal. Esse tipo de estudo é apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Os estudos transversais são úteis quando se pretende descrever variáveis e seus padrões de distribuição, além de também examinarem associações entre elas (HULLEY et al., 2015).

### **4.2 Período do estudo**

Trata-se de um estudo que abrange dados obtidos em dois períodos de tempo diferentes e será apresentado a seguir as particularidades de cada estudo. O primeiro estudo foi realizado em 2012, no ano em que a Rede Cegonha estava sendo implantada na maternidade estudada. Já o segundo estudo foi realizado em 2016, quatro anos após a adesão à Rede Cegonha.

### **4.3 Campo de estudo**

Ambos os estudos (2012 e 2016) foram desenvolvidos na Unidade de Internação Obstétrica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizada no décimo primeiro andar da ala sul – 11 SUL. Trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Além do hospital, fazem parte do HCPA, uma unidade de atenção primária à saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Adição Álvaro Alvim, que além de unidade de internação é também ambulatório. O HCPA é

referência para gestação de alto risco, possui UTI adulto e neonatal, possui residentes e acadêmicos tanto de medicina quanto de enfermagem atuantes no centro obstétrico, e atende uma grande quantidade de partos por mês (em média 300) e majoritariamente pelo SUS (aproximadamente 95%). Além disso, é Hospital Amigo da Criança desde 1997 e faz parte da Rede Cegonha desde 2012<sup>1</sup>.

A assistência ao parto neste hospital ocorre sob a lógica do modelo tradicional, pois quem determina a assistência e executa o parto propriamente dito é a equipe médica apenas. Todas as enfermeiras que trabalham no centro obstétrico do HCPA possuem especialização em obstetrícia, ou seja, são enfermeiras obstetras legalmente habilitadas para a execução do parto normal (BRASIL, 1986), todavia, elas não participam no processo de decisão da assistência prestada à parturiente, tampouco executam o parto, sendo sua atuação subordinada ao profissional médico.

O fluxo de atendimento da gestante, neste hospital, é iniciado com o acolhimento com classificação de risco, conforme preconizado pela Rede Cegonha, que é realizado por uma enfermeira obstetra e um(a) técnico(a) de enfermagem. No acolhimento a mulher é avaliada e classificada de acordo com as suas condições clínicas e essa classificação determinará o tempo de espera até a consulta médica. A partir da avaliação realizada na consulta a equipe médica irá decidir se a mulher é admitida para internação ou se permanecerá apenas para a realização de algum exame e/ou medicamento. Caso ocorra a internação da mulher, a equipe de enfermagem a acompanha para uma das sete salas de pré-parto e inicia o processo de admissão, onde estão incluídos entre outros processos, a sistematização da assistência de enfermagem (histórico – anamnese e exame físico, diagnóstico, planejamento, implementação – prescrição e avaliação). No caso de realização de exames e/ou medicamentos, a mulher recebe a assistência na sala de observação, onde permanece sendo avaliada e recebendo cuidados da equipe médica e de enfermagem, sem tempo definido, até que a equipe médica decida se a mulher é liberada ou se necessitará de internação<sup>2</sup>.

Com relação à estrutura física e a ambiência, o HCPA possui sete salas de pré-parto individuais, com camas de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP), banheiro

---

<sup>1</sup> Dados obtidos diretamente através da administração da área materno-infantil do HCPA.

<sup>2</sup> Dados obtidos diretamente através da equipe assistencial da área materno-infantil do HCPA.

equipado com chuveiro (um banheiro para cada dois pré-partos), bola suíça e barra de apoio em todas as sete salas, e duas banquetas e dois cavalinhos à disposição das parturientes. Apesar do próprio hospital denominar essas salas como sendo de “pré-parto”, dentro da ambiência de humanização do parto preconizada pelo MS e pela Rede Cegonha, essas sete salas poderiam se enquadrar nos moldes das chamadas salas de pré-parto, parto e pós-parto, visto que são equipadas com camas PPP, banheiro e demais recursos físicos para uma atenção humanizada ao parto. Porém, no período expulsivo, a parturiente é retirada desta sala e encaminhada à área restrita do centro obstétrico, para que o nascimento ocorra em uma sala de parto tradicional, em inadequação com o preconizado pela RDC nº 36 de 2008. Por este motivo as salas são denominadas como de pré-parto apenas<sup>2</sup>.

#### **4.4 População e amostra**

Fizeram parte da população de ambos os estudos (2012 e 2016) mulheres com qualquer paridade que tiveram seus filhos tanto por via vaginal quanto por cesariana no hospital incluído.

Para o cálculo do tamanho amostral da pesquisa de 2012 foi considerado que no ano de 2010 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre teve 3.510 partos e que não existem dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de assistência humanizada, portanto, o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O Software utilizado foi o WinPepi. Assim, a amostra foi composta de 385 puérperas.

Para o cálculo do tamanho amostral da pesquisa de 2016 foi considerado poder de 80%, nível de significância de 5%, proporção de aleitamento materno na 1ª hora de 68% (dados institucionais) e diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo OR seja de 0.6 (VOGT; SILVA; DIAS, 2014), deste modo, chegou-se ao tamanho da amostra total de 586 mulheres. Foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.43.

Como o objetivo desse estudo é comparar as práticas de assistência ao parto no ano de implementação e quatro anos depois da Rede Cegonha, sob a perspectiva das práticas de atenção baseadas em evidências, e como a assistência à mulher em trabalho de parto prematuro é conduzida de maneira diferenciada de

modo a minimizar os riscos da prematuridade (BRASIL, 2012a), foram excluídas da análise cinco participantes da pesquisa de 2012 por terem idade gestacional igual a 36 semanas no momento do parto. Além disso, como 77% das mulheres buscam assistência ao parto saúde através do SUS (BRASIL, 2009a) e em virtude do acesso e da qualidade da atenção, muitas vezes, ocorrer de modo diferente entre aquelas que possuem seguro-saúde e as que não possuem (CAVALCANTI, 2006), foram excluídas da análise três participantes da pesquisa de 2012 por não terem recebido atendimento através do SUS.

Portanto, para responder ao objetivo desse estudo, a amostra final da pesquisa de 2012 foi de 377 mulheres. Já para a pesquisa de 2016 foi mantida a amostra calculada inicialmente de 586 participantes.

#### 4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo de 2012 mulheres que tiveram partos no Centro Obstétrico da instituição pesquisada, com idade gestacional igual ou acima de 22 semanas ou com produto da concepção pesando mais que 500 gramas. Foram excluídas as mulheres que não entraram em trabalho de parto, não aceitaram participar do estudo e aquelas com óbito fetal e malformação fetal. Como já mencionado acima, para a análise, foram excluídas também as mulheres com idade gestacional menor que 37 semanas e que receberam atendimento por custeio próprio ou por seguro-saúde.

Foram incluídas no estudo de 2016 mulheres que tiveram partos no Centro Obstétrico da instituição pesquisada e que tiveram recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas, segundo o Método de Capurro. Foram excluídas as mulheres que fizeram cesariana eletiva, que tiveram um trabalho de parto com duração menor que duas horas, os casos de óbito fetal, malformação fetal e gemelaridade e ainda, aquelas internadas por prestadora de saúde privada (convênio) ou por custeio próprio (particular).

A amostragem para ambas as pesquisas foi do tipo consecutiva. A vantagem da amostragem consecutiva em relação à amostragem de conveniência está na diminuição do voluntarismo e de outros tipos de viés de seleção, pois são incluídos consecutivamente todos os participantes que atendem os critérios de inclusão, não

sendo permitido ao pesquisador selecionar ou pular um participante específico (HULLEY et al., 2015).

#### **4.5 Coleta dos dados**

Para cada pesquisa foi elaborado um instrumento de coleta de dados estruturado a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra, história obstétrica e às práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e de nascimento. Portanto, os dois estudos apresentam instrumentos diferentes, sendo assim, existem algumas variáveis no instrumento da pesquisa de 2012 (ANEXO A) que não permaneceram no instrumento de 2016 (ANEXO B), assim como foram elaboradas novas variáveis para a pesquisa de 2016, por uma questão de adequação de práticas e rotinas assistenciais.

Os dados de ambas as pesquisas (2012 e 2016) foram obtidos através de questionário estruturado, de registros do prontuário eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico (onde são registrados manualmente os nascimentos e procedimentos obstétricos em ordem cronológica). As entrevistas foram realizadas diariamente na Unidade de Internação Obstétrica, após 12 horas do parto, em um local que garantiu a privacidade da mulher.

As entrevistas foram executadas, em ambos os estudos, pelas integrantes do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE), previamente orientadas e treinadas para tal atividade, visando à uniformização da coleta, o rigor teórico-metodológico e a qualidade na aplicação do instrumento de coleta das informações.

A coleta de dados da pesquisa de 2012 foi realizada no período de agosto a novembro do mesmo ano. Já a coleta de dados do outro estudo foi realizada de fevereiro a setembro de 2016.

Em ambos os estudos (2012 e 2016) foi realizado previamente estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados com dez puérperas para verificar o entendimento e identificar dificuldades relacionadas ao instrumento. Foram realizados ajustes até ser obtida a versão final.

## 4.6 Variáveis

As variáveis dos instrumentos foram agrupadas e nomeadas de maneira diferente em cada uma das pesquisas. O instrumento da pesquisa de 2012 foi dividido em: caracterização da amostra; pré-natal (história obstétrica e informações da gravidez atual); trabalho de parto (dados da admissão e informações sobre o trabalho de parto); parto; dados do RN; e sala de recuperação pós-parto.

Já o instrumento da pesquisa de 2016 foi dividido em: informações do prontuário – dados da admissão obstétrica, dados do parto, dados do RN e informações da prescrição médica; informações da puérpera – informações pessoais, informações do pré-natal e práticas de atenção ao parto e nascimento (tricotomia, lavagem intestinal, ingestão de líquidos, acesso venoso/medicamento, exame de toque na sala de pré-parto, amniotomia, métodos não-farmacológicos de alívio da dor, acompanhante, posição no parto, apoio no período expulsivo, parto, condições do períneo, contato pele-a-pele e amamentação, sala de recuperação pós-parto).

Com a finalidade de extrair as variáveis comparáveis foi criado um quadro com as variáveis de ambas as pesquisas (2012 e 2016), que resultou em duas possibilidades: a) variável final comparável e b) não utilização da variável. O quadro de comparação das variáveis 2012-2016 (APÊNDICE A) foi construído de acordo com a ordem dos eventos na assistência ao parto e em conformidade com os instrumentos de coleta de dados das duas pesquisas anteriores.

Então, como resultado do quadro acima mencionado, obtiveram-se as variáveis do presente estudo, que foram divididas em sete blocos: dados sociodemográficos, dados da história obstétrica, dados do pré-natal, dados da admissão, dados da assistência ao parto, dados do recém-nascido, práticas assistenciais segundo classificação da OMS. O quadro de variáveis final (APÊNDICE B) contemplou as variáveis similares entre as duas pesquisas anteriores, permitindo assim, a comparabilidade. Os blocos serão apresentados detalhadamente a seguir:

## **BLOCO 1 – Dados sociodemográficos**

**Idade (entrevista):** em anos completos. Categorizada em:  $\leq 20$  anos, 21 a 34 anos e  $\geq 35$  anos.

**Cor (entrevista):** foi considerada a cor autorreferida. Categorizada, segundo o IBGE (2010) no censo demográfico de 2010 em: branca, preta, parda e outra (amarela e indígena).

**Escolaridade (entrevista):** em anos de estudo. Categorizada em: ensino fundamental, ensino médio e ensino superior (completos ou não).

**Situação marital (entrevista):** foi considerada a situação no momento da entrevista. Categorizado em: tem companheiro e não tem companheiro.

## **BLOCO 2 – Dados da história obstétrica**

**Número de gestações (entrevista):** número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual; em número absoluto. Categorizada em: primigesta e multigestas.

**Paridade (entrevista):** número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes da via de nascimento; em número absoluto. Categorizada em: nulíparas, primípara e multípara.

**Número de parto(s) anterior(es) por via vaginal (entrevista):** número total de partos vaginais que a mulher teve anteriormente, com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas, incluindo parto operatório com uso de fórceps; em número absoluto. Categorizada em: nenhum, um, dois ou mais.

**Número de cesariana(s) anterior(es) (entrevista):** número total de cirurgias cesarianas que a mulher foi submetida anteriormente, com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas; em número absoluto. Categorizada em: nenhuma e uma.

**Número de aborto(s) anterior(es) (entrevista):** número total de abortos que a mulher teve anteriormente, sendo aborto classificado como morte ou expulsão ovular antes da 22<sup>a</sup> semana de gestação, ou do produto de concepção com menos de 500 gramas de peso (BRASIL, 2001); em número absoluto. Categorizada em: nenhum, um, dois ou mais.

### **BLOCO 3 – Dados do pré-natal**

**Realização de pré-natal (prontuário):** categorizada em sim ou não.

**Número de consultas de pré-natal (prontuário):** foi considerado o número que constava na caderneta de pré-natal; em número absoluto. Categorizada em: até cinco consultas e seis consultas ou mais, conforme recomendação do PHPN (BRASIL, 2002).

**Profissional que realizou o pré-natal (entrevista):** profissão da pessoa que realizou as consultas de pré-natal. Categorizada em: enfermeira, médico, enfermeira e médico.

**Orientação sobre métodos não-farmacológicos (MNF) de alívio da dor no pré-natal (entrevista):** foi considerado se durante o pré-natal a mulher recebeu alguma orientação/informação sobre o uso de métodos não-farmacológicos que poderiam aliviar a dor no trabalho de parto e parto. Categorizada em sim ou não.

**Orientação sobre sinais de alerta no pré-natal (entrevista):** foi considerado se durante o pré-natal a mulher recebeu alguma orientação/informação sobre os sinais de alerta para procurar um serviço de saúde, tais como: sangramento, diminuição ou ausência de movimento fetal e perda de líquido. Categorizada em sim ou não.

**Orientação sobre sinais de trabalho de parto no pré-natal (entrevista):** foi considerado se durante o pré-natal a mulher recebeu alguma orientação/informação sobre os sinais de trabalho de parto. Categorizada em sim ou não.

**Orientação sobre os tipos de parto no pré-natal (entrevista):** foi considerado se durante o pré-natal a mulher recebeu alguma orientação/informação sobre os tipos de parto. Categorizada em sim ou não.

### **BLOCO 4 – Dados da admissão**

**Dilatação na admissão (prontuário):** dilatação registrada na ocasião da admissão da mulher para o parto, em centímetros.

**Característica do colo na admissão (prontuário):** característica do colo registrada na ocasião da admissão da mulher para o parto. Categorizada em grosso, médio e fino.

**Bolsa das águas na admissão (prontuário):** estado da bolsa das águas registrada na ocasião da admissão da mulher para o parto. Categorizada em íntegra e rota.

**Contrações na admissão (prontuário):** foi considerado o registro da dinâmica uterina na ocasião da admissão da mulher para o parto. Categorizada sim (quando apresentava dinâmica) e não (quando não tinha dinâmica).

**Batimentos cardíacos fetais (BCF) na admissão (prontuário):** BCF no momento da admissão da mulher para o parto. Categorizada em: bradicardia (<120bpm), normocardia (120 a 160bpm) e taquicardia (>160bpm).

**Internação em trabalho de parto:** foi considerada a dilatação para determinar se no momento da internação para o parto a mulher se encontrava em trabalho de parto. Categorizado segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) em: não (até 3 cm) e sim (4cm ou mais).

### **BLOCO 5 – Dados da assistência ao parto**

**Tempo de permanência até o parto (prontuário):** foi considerado o tempo que decorreu da internação da mulher até o nascimento do bebê, em horas.

**Início do trabalho de parto:** categorizada em induzido (para as mulheres que internaram fora do trabalho de parto e/ou receberam misoprostol) e espontâneo (para as mulheres que internaram em trabalho de parto).

**Tipo de parto (prontuário):** categorizada em: normal, fórceps e cesariana.

**Via de nascimento (prontuário):** categorizada em: vaginal e abdominal.

**Local do parto vaginal (entrevista):** foi considerado se o parto aconteceu na sala de pré-parto ou na sala da área restrita do centro obstétrico denominada “sala de parto”. Categorizada em: pré-parto ou sala de parto.

**Posição no parto (entrevista):** posição que mulher permaneceu no período expulsivo. Categorizada em: ginecológica/litotômica, deitada de lado, sentada, quatro apoios e cócoras.

**Condições do períneo (prontuário):** condição do períneo da mulher após o parto vaginal. Categorizada em: íntegro, laceração (independente do grau) e episiotomia.

### **BLOCO 6 – Dados do recém-nascido**

**Peso ao nascer (prontuário):** em gramas. Categorizada em: baixo peso, peso adequado e macrosomia fetal.

**Apgar no 1º minuto (prontuário):** categorizada em: até 6 e de 7 a 10.

**Apgar no 5º minuto (prontuário):** categorizada em: até 6 e de 7 a 10.

**Aspiração de vias aéreas (prontuário):** foi considerado se o RN foi submetido à aspiração de vias aéreas logo após o nascimento. Categorizada em: sim ou não.

**Lavado gástrico (prontuário):** foi considerado se o RN foi submetido ao lavado gástrico logo após o nascimento. Categorizada em: sim ou não.

**Aplicação de nitrato de prata (prontuário):** foi considerado se o RN foi submetido à aplicação de nitrato de prata logo após o nascimento. Categorizada: em sim ou não.

**Período do nitrato de prata (prontuário):** foi considerado se a aplicação do nitrato de prata ocorreu antes ou depois da 1ª hora de vida do RN. Categorizado em antes da 1ª hora de vida e após a 1ª hora de vida.

## **BLOCO 7 – Práticas assistenciais segundo classificação da OMS**

### **Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas**

**Oferta de líquidos durante o trabalho de parto (entrevista):** categorizada em: sim e não.

**Acompanhante durante o trabalho de parto (entrevista):** categorizada em: sim e não.

**Acompanhante durante o parto/cesariana (entrevista):** categorizada em: sim e não.

**Utilização de MNF de alívio da dor durante o trabalho de parto (entrevista):** foi considerado a utilização de banho, banqueta, bola, cavalinho, massagem, movimento de balanço de quadril, agachamento na barra e outros métodos referidos pela mulher. Categorizada em: sim e não.

**Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho do parto (entrevista):** foi considerado se a mulher pode caminhar, se movimentar e ficar em qualquer posição durante o trabalho de parto. Categorizada em: sim e não.

**Estímulo a adotar posição de preferência durante o parto (entrevista):** foi considerado se algum profissional perguntou para a mulher a posição que ela gostaria de ficar durante o período expulsivo. Categorizada em: sim e não.

**Contato pele-a-pele logo após o nascimento (entrevista):** categorizada em: sim e não. Não foi considerado como contato pele-a-pele quando existia alguma barreira física (panos e afins) entre a mãe e o recém-nascido.

**Estímulo à amamentação logo após o nascimento (entrevista):** categorizada em: sim e não.

**Fornecer a mulher todas as informações e explicações que desejar (entrevista):** variável subdividida em: mulher foi informada na internação sobre MNF de alívio da dor; mulher recebeu explicação sobre o motivo da ocitocina; mulher recebeu explicação sobre o motivo do misoprostol; mulher recebeu explicação sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal; mulher foi informada antes da realização da amniotomia; mulher recebeu explicação sobre motivo da amniotomia; mulher recebeu explicação sobre motivo da cesariana; mulher recebeu explicação sobre o motivo do Kristeller; mulher foi informada antes da realização da episiotomia; mulher recebeu explicação sobre o motivo da episiotomia. Categorizada em: sim e não.

### **Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas**

**Enema ou outro método laxativo (entrevista):** foi considerado se a mulher realizou o método laxativo especialmente para o parto. Categorizada em: sim e não.

**Local de realização do enema ou método laxativo (entrevista):** categorizada em: no hospital e em casa.

**Tricotomia (entrevista):** foi considerado se a mulher realizou a tricotomia especialmente para o parto. Categorizada em: sim e não.

**Local de realização da tricotomia (entrevista):** categorizada em: no hospital e em casa.

**Venóclise durante trabalho de parto (entrevista):** foi considerado se a mulher foi puncionada na internação para o parto ou em algum momento durante o trabalho de parto. Categorizada em: sim e não.

**Posição de litotomia durante o parto (entrevista):** foi considerado se a mulher ficou em posição de litotomia com ou sem estribos no período expulsivo. Categorizada em: sim e não.

**Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela**

**Amniotomia no trabalho de parto (entrevista):** categorizada em sim e não.

**Manobra de Kristeller (entrevista):** categorizada em sim e não.

**Clampeamento precoce do cordão umbilical (prontuário):** categorizada em sim e não.

**Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado**

**Alívio farmacológico da dor com analgésico durante o trabalho de parto (prontuário):** categorizada em: sim e não.

**Alívio farmacológico da dor com analgesia durante o trabalho de parto (prontuário):** categorizada em: sim e não.

**Uso de ocitocina (prontuário):** foi considerado o uso de ocitocina tanto para indução quanto para correção da dinâmica. Categorizada: em sim e não.

**Indução do trabalho de parto com misoprostol (prontuário):** categorizada em: sim e não.

**Número de exames de toque vaginal realizados (entrevista):** em número absoluto. Categorizada em: até 5 toques, de 5 a 10 toques, 11 toques ou mais.

**Adequação do número de toques conforme Ministério da Saúde:** foi considerado se o número de toques ficou dentro do recomendado em relação ao tempo que decorreu até o nascimento. Conforme o MS, recomenda-se a realização de um toque a cada 4 horas (BRASIL, 2016), dessa maneira, a variável foi obtida pela divisão do tempo de permanência até o parto por 4 (arredondando o resultado para cima no caso de números decimais) e pelo acréscimo de mais um toque, que corresponde ao toque realizado na admissão. Assim, tem-se a fórmula:  $(\text{tempo de permanência até o parto}/4)+1$ . Categorizada em: abaixo do recomendado, como o recomendado e acima do recomendado.

**Avaliação da mulher sobre o número de toques (entrevista):** categorizada em: pouco, muito e suficiente.

**Transferência da mulher para outra sala no início do período expulsivo (entrevista):** categorizada em: sim e não.

**Parto com uso de fórceps (prontuário):** categorizada em sim e não.

**Episiotomia (prontuário):** categorizada em: sim e não.

**Anestesia antes da episiotomia (entrevista):** foi considerado se a mulher recebeu anestesia local antes de ser realizada a episiotomia. Categorizada em: sim e não.

#### **4.8 Análise dos dados**

Foi feita a análise das variáveis acima apresentadas do projeto de 2012, intitulado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, bem como do projeto de 2016, intitulado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”.

Para as variáveis categóricas, representadas pela frequência absoluta (n) e relativa (%), foi realizado o teste de qui-quadrado para comparar os anos de 2012 e 2016. Para as variáveis quantitativas, primeiramente foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk com a finalidade de verificar a distribuição das variáveis. Quando a distribuição foi simétrica, a variável foi representada pela média e desvio-padrão. Portanto, foram comparadas as médias dessas variáveis através do teste t para amostras independentes. Quando a distribuição foi assimétrica a representação se deu pelos quartis. Portanto, a comparação dos grupos foi realizada pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Possibilitando, dessa maneira, a verificação de diferença estatisticamente significativa entre os anos.

O nível de significância utilizado foi de 0,05, portanto, os valores de  $p$  menores que 0,05 (valor  $p < 0,05$ ) foram considerados como estatisticamente significativos. As análises foram realizadas através do software SPSS versão 18.

#### **4.9 Aspectos éticos**

Ambas as pesquisas foram submetidas para avaliação metodológica à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Por tratarem-se de estudos que envolvem seres humanos, ambos foram encaminhados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. O projeto de 2012 foi aprovado sob o nº120150 (ANEXO C). O projeto de 2016 foi aprovado sob o nº150591 (ANEXO D). Foram cumpridos os termos da Resolução CNS 196/96

para o estudo de 2012 e os termos da Resolução 466/12 para o estudo de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013).

Todas as participantes que concordaram em participar de ambas as pesquisas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (respectivamente ANEXOS E e F).

As puérperas participantes do estudo foram expostas a riscos mínimos, tais como possíveis desconfortos em relação ao tempo destinado à entrevista que foi de, aproximadamente, 15 a 20 minutos, e possível mobilização de sentimentos desagradáveis relacionados ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Se essa situação tivesse ocorrido, as pesquisadoras fariam os encaminhamentos necessários para obter apoio psicológico à entrevistada. Não houve outros riscos, pois, essa pesquisa não abrangeu a realização de procedimentos, nem o uso de qualquer tipo de medicamento. Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada, e a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob responsabilidade das pesquisadoras. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado pelo seu responsável.

Além de entrevistas, as pesquisas tiveram a etapa de coleta de dados do prontuário eletrônico da mulher e do recém-nascido. Por isso, foi apresentado ao HCPA, o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de prontuário (respectivamente ANEXOS G e H).

## **5 RESULTADOS**

Os resultados referem-se às mulheres e seus respectivos recém-nascidos e foram organizados em sete itens conforme agrupamento prévio e apresentados em 11 tabelas, que contemplam todas as variáveis já descritas, sendo estas comparadas segundo o ano dos estudos, que foram realizados em 2012, no ano de implementação da Rede Cegonha, e em 2016, quatro anos após.

### **5.1 Dados sociodemográficos**

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das 377 participantes da pesquisa de 2012 e das 586 participantes da pesquisa de 2016.

**Tabela 1.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo aspectos sociodemográficos e comparação por ano, média e desvio-padrão (DP) das variáveis idade e escolaridade. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis	2012			2016			valor p
	n	(%)	Média ± DP	n	(%)	Média ± DP	
Idade**			24,9 ± 6,3			25,3 ± 6,2	0,362
≤ 20	108	(28,6)		147	(25,1)		
21 a 34 anos	238	(63,1)		381	(65,0)		
≥35	31	(8,2)		58	(9,9)		
Total	377	(100,0)		586	(100,0)		
Cor autorreferida***							<0,001
Preta	55	(14,7)		114	(19,5)		
Parda	104	(27,7)		102	(17,4)		
Branca	207	(55,2)		364	(62,1)		
Outra	9	(2,4)		6	(1,0)		
Total	375	(100,0)		586	(100,0)		
Escolaridade**			9,00 ± 2,6			9,6 ± 2,6	0,001
Ensino Fundamental	158	(41,9)		187	(31,9)		
Ensino Médio	189	(50,1)		347	(59,2)		
Ensino Superior	30	(8,0)		52	(8,9)		
Total	377	(100,0)		586	(100,0)		
Situação conjugal***							0,680
Tem companheiro	338	(90,1)		522	(89,1)		
Não tem companheiro	37	(9,9)		64	(10,9)		
Total	375	(100,0)		586	(100,0)		

NOTAS: o n amostral considerou apenas os dados válidos

\*\* representação por média e desvio-padrão (DP). Comparação por teste t.

\*\*\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

A idade das mulheres na pesquisa de 2012 variou entre 14 e 44 anos, e na pesquisa de 2016 ficou entre 15 e 42 anos.

A cor das participantes, que foi autorreferida, apresentou diferença estatisticamente significativa, com mais da metade de mulheres brancas: 55,2% e 62,1% respectivamente para os anos de 2012 e 2016. A categoria “outra” agrupou as participantes que se autorreferiram como amarelas e indígenas, e representaram respectivamente 1,9% e 0,5% para 2012 e 0,9% e 0,2% para 2016.

A escolaridade também apresentou diferença com significância estatística e variou entre 1 e 16 anos para ambos os estudos – sendo considerado como mínimo 0 (zero) e como máximo 16 anos de estudo; portanto, nenhuma das mulheres, de ambas as pesquisas não possuía escolarização, entretanto, a baixa escolaridade foi maior na pesquisa de 2012 com relação à de 2016: 25,7% e 19,0% respectivamente apresentou ensino fundamental incompleto.

O percentual de mulheres que declarou ter companheiro no momento da entrevista praticamente não mudou de um estudo para o outro (90,1% e 89,1% em 2012 e 2016, respectivamente).

## **5.2 Dados da história obstétrica**

A tabela 2 apresenta as características da história obstétrica das participantes dessa pesquisa.

**Tabela 2.** Distribuição da frequência absoluta (n), relativa (%), mediana (md), percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75) das mulheres segundo aspectos da história obstétrica e comparação por ano. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis	2012			2016			valor p
	n	(%)	md (P25-P75) [min-max]	n	(%)	md (P25-P75) [min-max]	
Número de gestações***							
Primigesta	174	(46,3)	2 (1-3)	298	(50,9)	1 (1-2)	
Multigesta	202	(53,7)	[1-11]	288	(49,1)	[1-9]	
Total	376	(100,0)		586	(100,0)		
Paridade***							
Nulípara	197	(52,4)	0 (0-1)	346	(59,0)	0 (0-1)	
Primípara	101	(26,9)	[0-8]	145	(24,7)	[0-5]	0,090
Multípara	78	(20,7)		95	(16,2)		
Total	376	(100,0)		586	(100,0)		
Número de parto(s) anterior(es) por via vaginal**							
Nenhum	217	(57,7)	0 (0-1)	378	(64,5)	0 (0-1)	
Um	90	(23,9)	[0-8]	126	(21,5)	[0-5]	0,027
Dois ou mais	69	(18,4)		82	(14,0)		
Total	376	(100,0)		586	(100,0)		
Número de cesárea(s) anterior(es)**							
Nenhuma	341	(90,7)	0 (0-0)	531	(90,6)	0 (0-0)	
Uma	35	(9,3)	[0-1]	55	(9,4)	[0-1]	0,968
Total	376	(100,0)		586	(100,0)		
Número de aborto(s) anterior(es)**							
Nenhum	314	(83,5)	0 (0-0)	492	(84,0)	0 (0-0)	
Um	51	(13,6)	[0-3]	81	(13,8)	[0-4]	0,823
Dois ou mais	11	(2,9)		13	(2,2)		
Total	376	(100,0)		586	(100,0)		

NOTAS: o n amostral considerou apenas os dados válidos

\*\* representação por mediana e intervalo interquartil. Comparação por teste de Mann-Whitney.

\*\*\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

Em 2012, mais da metade das mulheres eram multigestas, entretanto, em 2016 mais da metade eram primigestas (53,7% e 50,9% respectivamente). Ao apresentar essa mesma variável conforme análise quantitativa, tem-se como resultado que 50% das mulheres em 2012 haviam engravidado de 1 a 3 vezes, sendo que metade delas engravidou 2 vezes ou menos e a outra metade ficou grávida 2 vezes ou mais, perfazendo no mínimo uma e no máximo 11 gestações. Já em 2016, 50% das mulheres engravidaram de 1 a 2 vezes, sendo que metade delas ficou grávida apenas 1 vez e a outra metade engravidou 1 vez ou mais, perfazendo no mínimo uma e no máximo 9 gestações.

Porém, para a variável paridade, as mulheres de ambas as pesquisas, eram, em sua maioria, nulíparas (52,4% e 59,0% para 2012 e 2016 respectivamente).

O número de partos anteriores por via vaginal apresentou diferença estatisticamente significativa. Esse número variou entre 0 (zero) a 8 para as mulheres da pesquisa de 2012, e 0 (zero) a 5 para 2016.

### **5.3 Dados do pré-natal**

A tabela 3 apresenta aspectos do pré-natal das participantes dessa pesquisa.

**Tabela 3.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo informações do pré-natal e comparação por ano. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Realização de pré-natal					
Sim	377	(100,0)	580	(99,1)	0,163
Não	0	(0,0)	5	(0,9)	
Total	377	(100,0)	585	(100,0)	
Número de consultas					
Até 5 consultas	69	(18,3)	124	(21,6)	0,243
6 consultas ou mais	308	(81,7)	449	(78,4)	
Total	377	(100,0)	573	(100,0)	
Profissional que fez o pré-natal					
Enfermeira	3	(0,8)	8	(1,4)	<0,001
Médico	263	(69,8)	290	(50,0)	
Enfermeira e Médico	111	(29,4)	282	(48,6)	
Total	377	(100,0)	580	(100,0)	
Orientação sobre MNF de alívio da dor no PN					
Sim	70	(18,7)	77	(13,1)	0,025
Não	304	(81,3)	509	(86,9)	
Total	374	(100,0)	586	(100,0)	
Orientação sobre sinais de trabalho de parto no PN					
Sim	263	(69,8)	442	(75,4)	0,062
Não	114	(30,2)	144	(24,6)	
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Orientação sobre sinais de alerta no PN					
Sim	323	(86,4)	489	(83,4)	0,259
Não	51	(13,6)	97	(16,6)	
Total	374	(100,0)	586	(100,0)	
Orientação sobre tipos de parto no PN					
Sim	173	(46,3)	191	(32,6)	<0,001
Não	201	(53,7)	395	(67,4)	
Total	374	(100,0)	586	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

MNF = Métodos não farmacológicos. PN = Pré-natal.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

O médico foi o profissional que mais prestou assistência pré-natal às mulheres em 2012 (69,8%), e o pré-natal multiprofissional – com as consultas sendo atendidas pela enfermeira e pelo médico – foi referido por 29,4% das mulheres. A comparação entre os anos foi estatisticamente significativa, onde em 2016 a proporção de consultas multiprofissionais foi maior (48,6%) e a proporção de consultas atendidas apenas por médico foi menor (50,0%).

A proporção de mulheres que recebeu orientação sobre métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor no pré-natal em 2012 foi maior (18,7%) que em 2016 (13,1%), e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Quando às orientações sobre os tipos de parto, foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os anos. A proporção de participantes que recebeu orientação também foi maior em 2012 com relação à 2016, com 46,3% e 32,6%, respectivamente.

#### **5.4 Dados da admissão**

A tabela 4 apresenta as características obstétricas no momento da admissão das participantes dessa pesquisa.

**Tabela 4.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das mulheres segundo condições obstétricas no momento da admissão e comparação por ano. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Dilatação na admissão					
De 0 a 3 cm	184	(49,3)	299	(51,2)	0,619
De 4 a 10 cm	189	(50,7)	285	(48,8)	
Total	373	(100,0)	584	(100,0)	
Característica do colo na admissão					
Grosso	110	(29,3)	169	(29,0)	0,441
Médio	156	(41,5)	263	(45,1)	
Fino	110	(29,3)	151	(25,9)	
Total	376	(100,0)	583	(100,0)	
Bolsa das águas na admissão					
Íntegra	265	(71,6)	408	(70,0)	0,640
Rota	105	(28,4)	175	(30,0)	
Total	370	(100,0)	583	(100,0)	
Contrações na admissão					
Sim	291	(78,4)	448	(77,2)	0,725
Não	80	(21,6)	132	(22,8)	
Total	371	(100,0)	580	(100,0)	
Batimento cardíaco fetal (BCF) na admissão					
Bradycardia	6	(1,6)	6	(1,0)	0,439
Normocardia	363	(96,8)	573	(98,1)	
Taquicardia	6	(1,6)	5	(0,9)	
Total	375	(100,0)	584	(100,0)	
Internação em trabalho de parto					
Sim	189	(50,7)	285	(48,8)	0,619
Não	184	(49,3)	299	(51,2)	
Total	373	(100,0)	584	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis aferidas. Embora 51,2% das mulheres tenham internado fora do trabalho de parto em 2016, 77,2% tinham dinâmica uterina com contrações na primeira avaliação.

### **5.5 Dados da assistência ao parto**

A tabela 5 apresenta os aspectos da assistência ao parto das participantes dessa pesquisa.

**Tabela 5.** Distribuição da frequência absoluta (n), relativa (%), mediana (md), percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75) das mulheres segundo características da assistência ao parto e comparação por ano. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis	2012			2016			valor p
			md (P25-P75)			md (P25-P75)	
	n	(%)	[min-max]	n	(%)	[min-max]	
Tempo de permanência até o parto** (em horas)			5 (3-9) [1-36]			7 (4-10) [2-50]	<b>&lt;0,001</b>
Total			375			569	
Início do trabalho de parto***							
Induzido	184	(49,3)		301*	(51,5)		
Espontâneo	189	(50,7)		283	(48,5)		0,548
Total	373	(100,0)		584	(100,0)		
Tipo de parto***							
Normal	283	(75,1)		423	(72,2)		
Fórceps	14	(3,7)		26	(5,8)		
Cesariana	80	(21,2)		137	(23,4)		0,600
Total	377	(100,0)		586	(100,0)		
Via de nascimento***							
Vaginal	297	(78,8)		449	(76,6)		
Abdominal	80	(21,2)		137	(23,4)		0,482
Total	377	(100,0)		586	(100,0)		
Local do parto vaginal***							
Pré-parto	19	(6,4)		43	(9,8)		
Sala de parto	276	(93,6)		397	(90,2)		0,145
Total	295	(100,0)		440	(100,0)		
Posição no parto***							
Ginecológica/litotômica	294	(99,3)		445	(98,7)		
Deitada de lado	0	(0,0)		2	(0,4)		
Sentada	0	(0,0)		4	(0,9)		
Quatro apoios	1	(0,3)		0	(0,0)		0,070
Cócoras	1	(0,3)		0	(0,0)		
Total	296	(100,0)		451	(100,0)		
Condições do períneo***							
Íntegro	33	(11,1)		38	(8,5)		
Episiotomia	189	(63,6)		248	(55,2)		
Laceração	75	(25,3)		163	(36,3)		0,006
Total	297	(100,0)		449	(100,0)		

NOTAS: o n amostral considerou apenas os dados válidos

\* indução calculada apenas para aquelas que internaram fora do trabalho de parto. Todavia, duas mulheres em 2016 receberam indução com misoprostol mesmo tendo internado em TP.

\*\* representação por mediana e intervalo interquartil. Comparação por teste de Mann-Whitney.

\*\*\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

O tempo que decorreu da internação da mulher até o nascimento do bebê foi chamado de “tempo de permanência até o parto” e apresentou diferença estatística significativa entre os anos. Em 2012, 50% das participantes permaneceram de 3 a 9 horas, sendo que metade delas ficou 5 horas ou menos e a outra metade 5 horas ou mais até o nascimento, e o tempo mínimo e máximo de permanência foi de 1 a 36 horas respectivamente. Já em 2016, o tempo de permanência até o parto foi de 4 a 10 horas para 50% das participantes, sendo que metade delas permaneceu 7 horas ou menos e a outra metade 7 horas ou mais, e o tempo mínimo e máximo de permanência foi de 2 a 50 horas respectivamente.

As variáveis tipo de parto, início do trabalho de parto, via de nascimento, local do parto vaginal e posição no parto não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

No que se refere às condições do períneo, a maioria das mulheres foram submetidas à episiotomia, tanto no ano de implantação da Rede Cegonha, quanto quatro anos depois (63,6% em 2012 e 55,2% em 2016). Porém, essa variável apresentou diferença estatisticamente significativa na comparação entre os anos, onde a proporção de mulheres submetidas a esse procedimento foi menor e a proporção de mulheres com laceração foi maior em 2016, com 36,3%, enquanto que em 2012 a proporção de laceração foi de 25,3%.

## **5.6 Dados do recém-nascido**

A tabela 6 apresenta os aspectos da assistência aos recém-nascidos dessa pesquisa.

**Tabela 3.** Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) das características da assistência ao recém-nascido e comparação por ano. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Peso ao nascer					
Baixo peso	7	(1,9)	11	(1,9)	0,311
Peso adequado	350	(92,8)	529	(90,3)	
Macrossomia fetal	20	(5,3)	46	(7,8)	
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Apgar no 1º minuto					
Até 6	36	(9,5)	63	(10,8)	0,624
De 7 a 10	341	(90,5)	523	(89,2)	
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Apgar no 5º minuto					
Até 6	4	(1,1)	5	(0,9)	0,743
De 7 a 10	373	(98,9)	581	(99,1)	
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Aspiração de vias aéreas					
Sim	246	(65,6)	333	(56,8)	<b>0,008</b>
Não	129	(34,4)	253	(43,2)	
Total	375	(100,0)	586	(100,0)	
Lavado gástrico					
Sim	71	(18,8)	119	(20,3)	0,633
Não	306	(81,2)	467	(79,7)	
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Aplicação de nitrato de prata (credê)					
Sim	372	(99,7)	549	(95,5)	<b>&lt;0,001</b>
Não	1	(0,3)	26	(4,5)	
Total	373	(100,0)	575	(100,0)	
Período do nitrato de prata					
Antes da 1ª hora de vida	160	(43,1)	354	(65,3)	<b>&lt;0,001</b>
Após a 1ª hora de vida	211	(56,9)	188	(34,7)	
Total	371	(100,0)	542	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

Como pode ser observado, a aspiração de vias aéreas no recém-nascido foi menos frequente em 2016 (56,8%) do que em 2012 (65,6%), com diferença estatisticamente significativa.

Além disso, também foi encontrada diferença estatística significativa no procedimento de aplicação de nitrato de prata, onde a proporção de recém-nascidos que foi submetido a esse procedimento foi menor (95,5%) em 2016, quando comparado com 2012 (99,7%).

No que se refere ao período de aplicação do nitrato de prata, verificou-se que aumentaram as aplicações antes da 1ª hora de vida (43,1% em 2012 e 65,3% em 2016), diminuindo, conseqüentemente, as aplicações após a 1ª hora, quando comparado 2012 (56,9%) com 2016 (34,7%), sendo essa comparação estatisticamente significativa.

## **5.7 Práticas assistenciais segundo classificação da OMS**

As tabelas a seguir apresentam as práticas assistenciais ao parto normal realizadas em ambas as pesquisas, que segundo a classificação da OMS são divididas em práticas de categoria A, B, C e D (WHO, 1996).

**Tabela 4.** Comparação por ano da categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Oferta de líquidos durante o TP					
Sim	243	(64,6)	408	(69,6)	
Não	133	(35,4)	178	(30,4)	0,122
Total	376	(100,0)	586	(100,0)	
Acompanhante durante o TP					
Sim	366	(97,1)	568	(96,9)	
Não	11	(2,9)	18	(3,1)	1,000
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Acompanhante durante o parto/cesariana					
Sim	343	(91,0)	561	(95,7)	
Não	34	(9,0)	25	(4,3)	<b>0,004</b>
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Utilização de MNF de alívio da dor durante o TP					
Sim	256	(67,9)	435	(74,2)	
Não	121	(32,1)	151	(25,8)	<b>0,040</b>
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Liberdade de posição e movimentação durante o TP					
Sim	202	(53,9)	263	(44,9)	
Não	173	(46,1)	323	(55,1)	<b>0,008</b>
Total	375	(100,0)	586	(100,0)	
Estímulo a adotar posição de preferência durante o parto					
Sim	9	(3,1)	28	(6,2)	
Não	285	(96,9)	421	(93,8)	0,076
Total**	294	(100,0)	449	(100,0)	
Contato pele-a-pele logo após o nascimento					
Sim	56	(14,9)	350	(60,1)	
Não	319	(85,1)	232	(39,9)	<b>&lt;0,001</b>
Total	375	(100,0)	582	(100,0)	
Estímulo à amamentação logo após o nascimento					
Sim	63	(22,1)	200	(45,0)	
Não	222	(77,9)	244	(55,0)	<b>&lt;0,001</b>
Total***	285	(100,0)	444	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

TP = trabalho de parto. MNF = métodos não-farmacológicos de alívio da dor.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

\*\* apenas parto vaginal.

\*\*\* apenas os bebês que foram para o colo (não estão incluídos os casos em que ou a mulher ou o bebê necessitou de cuidados especiais).

Considerando as práticas de categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, houve um aumento estatisticamente significativo no percentual de acompanhantes durante o parto ou cesariana, com 91,0% em 2012 passando para 95,7% em 2016.

Quanto à utilização de métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, a proporção de mulheres que utilizou pelo menos 1 método teve aumento estatisticamente significativo em 2016, visto que passou de 67,9% em 2012, para 74,2% em 2016.

Diferentemente da variável acima, a proporção de mulheres que teve liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto em 2012 foi de 53,9%, diminuindo em 2016, com 44,9%, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa também na prática do contato pele-a-pele logo após o nascimento do bebê. Em 2012 essa prática foi realizada em 14,9% das mulheres e seus respectivos recém-nascidos, aumentando para 60,1% em 2016.

Outra prática demonstradamente útil que se realiza logo após o nascimento é o estímulo do profissional à amamentação, que aumentou com significância estatística na comparação entre os anos. Em 2012, 22,1% das mulheres teve estímulo de algum profissional para iniciar a amamentação logo após o nascimento, já em 2016, esse percentual aumentou para 45,0% das mulheres.

A tabela 8 apresenta os resultados que fazem parte das práticas de categoria A, porém, por uma questão de logística, a variável "Fornecer à mulher todas as informações e explicações que desejar" foi subdividida em mais dez variáveis, representadas na tabela a seguir.

**Tabela 5.** Comparação por ano da variável "Fornecer à mulher todas as informações e explicações que desejar" da categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Mulher foi informada na internação sobre os MNF					
Sim	249	(66,2)	325	(55,5)	<b>0,001</b>
Não	127	(33,8)	261	(44,5)	
Total	376	(100,0)	586	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo da ocitocina					
Sim	233	(85,3)	365	(89,7)	0,114
Não	40	(14,7)	42	(10,3)	
Total**	273	(100,0)	407	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo do misoprostol					
Sim	34	(97,1)	21	(91,3)	0,556
Não	1	(2,9)	2	(8,7)	
Total**	35	(100,0)	23	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal					
Sim	329	(87,3)	554	(95,0)	<b>&lt;0,001</b>
Não	48	(12,7)	29	(5,0)	
Total**	377	(100,0)	583	(100,0)	
Mulher foi informada antes da realização da amniotomia					
Sim	210	(93,8)	324	(92,8)	0,800
Não	14	(6,3)	25	(7,2)	
Total**	224	(100,0)	349	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo da amniotomia					
Sim	150	(71,4)	281	(87,0)	<b>&lt;0,001</b>
Não	60	(28,6)	42	(13,0)	
Total***	210	(100,0)	323	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo da cesariana					
Sim	73	(92,4)	135	(98,5)	<b>0,053</b>
Não	6	(7,6)	2	(1,5)	
Total**	79	(100,0)	137	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo do kristeller					
Sim	23	(44,2)	31	(51,7)	0,551
Não	29	(55,8)	29	(48,3)	
Total**	52	(100,0)	60	(100,0)	
Mulher foi informada antes da realização da episiotomia					
Sim	123	(72,8)	206	(79,8)	0,114
Não	46	(27,2)	52	(20,2)	
Total**	169	(100,0)	258	(100,0)	
Mulher recebeu explicação sobre o motivo da episiotomia					
Sim	93	(76,2)	171	(68,4)	0,150
Não	29	(23,8)	79	(31,6)	
Total***	122	(100,0)	250	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

MNF = métodos não-farmacológicos de alívio da dor.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

\*\* apenas quem utilizou/foi submetida.

\*\*\* apenas quem foi informada anteriormente sobre o procedimento.

Com relação à variável fornecimento de todas as informações e explicações que a parturiente desejar, a proporção de mulheres que recebeu informação sobre métodos não-farmacológicos de alívio da dor no momento da internação diminuiu de 2012 (66,2%) para 2016 (55,5%), sendo essa comparação estatisticamente significativa.

Quanto ao motivo de realização do exame de toque vaginal, foi encontrada diferença com significância estatística significativa na comparação entre os anos, onde mais mulheres relataram terem recebido explicações sobre esse procedimento em 2016 (95%), com relação a 2012 (87,3%).

O mesmo aconteceu para as mulheres que foram submetidas ao procedimento de amniotomia em algum momento do trabalho de parto. Em 2012, 71,4% delas recebeu explicação sobre o motivo da amniotomia, já em 2016 esse percentual aumentou para 87,0%, com diferença estatisticamente significativa.

Considerando aquelas mulheres que foram submetidas à cirurgia cesariana, 92,4% delas recebeu explicação sobre o motivo da cirurgia em 2012, já em 2016 essa proporção subiu para 98,5% e apresentou uma diferença estatisticamente significativa.

A tabela 9 apresenta as práticas da categoria B, definidas como “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”, sendo as suas respectivas variáveis representadas a seguir.

**Tabela 6.** Comparação por ano da categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Enema ou outro método laxativo					
Sim	5	(0,3)	3	(0,5)	
Não	371	(98,7)	583	(99,5)	0,274
Total	376	(100,0)	586	(100,0)	
Local de realização do enema ou método laxativo					
Em casa	1	(25,0)	1	(33,3)	
No hospital	3	(75,0)	2	(66,7)	1,000
Total**	4	(100,0)	3	(100,0)	
Tricotomia					
Sim	305	(81,3)	375	(64,0)	
Não	70	(18,7)	211	(36,0)	<b>&lt;0,001</b>
Total	375	(100,0)	586	(100,0)	
Local de realização da tricotomia					
Em casa	227	(74,7)	341	(91,2)	
No hospital	77	(25,3)	33	(8,8)	<b>&lt;0,001</b>
Total**	304	(100,0)	374	(100,0)	
Venóclise durante o TP					
Sim	322	(85,4)	573	(97,8)	
Não	55	(14,6)	13	(2,2)	<b>&lt;0,001</b>
Total	377	(100,0)	586	(100,0)	
Posição de litotomia durante o parto					
Sim	294	(99,3)	445	(98,7)	
Não	2	(0,7)	6	(1,3)	0,489
Total***	296	(100,0)	451	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

\*\* apenas quem utilizou/foi submetida.

\*\*\* apenas parto vaginal.

Uma das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas que teve redução estatisticamente significativa foi a tricotomia, que passou de 81,3% em 2012, para 64,0% em 2016. O local da tricotomia também apresentou diferença estatística significativa. A tricotomia foi realizada no hospital em 25,3% das mulheres da pesquisa de 2012, reduzindo para 8,8% em 2016.

Por outro lado, a inserção de cateter venoso periférico teve um aumento na comparação entre os anos. Em 2012, 85,4% das mulheres foram submetidas à venóclise durante o trabalho de parto, em 2016, essa proporção aumentou para 97,8%, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

A tabela 10 apresenta as práticas da categoria C, definidas como “práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela”.

**Tabela 7.** Comparação por ano da categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Amniotomia no TP					
Sim	224	(81,8)	349	(83,9)	
Não	50	(18,2)	67	(16,1)	0,529
Total**	274	(100,0)	416	(100,0)	
Manobra de Kristeller					
Sim	25	(8,5)	61	(13,6)	
Não	268	(91,5)	388	(86,4)	<b>0,047</b>
Total***	293	(100,0)	449	(100,0)	
Clampeamento precoce do cordão umbilical					
Sim	7	(1,9)	344	(58,7)	
Não	11	(2,9)	198	(33,8)	
Profissional não registrou	357	(95,2)	44	(7,5)	<b>&lt;0,001</b>
Total	375	(100,0)	586	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

\*\* apenas quem utilizou/foi submetida.

\*\*\* apenas parto vaginal.

Considerando as práticas que tiveram diferença estatisticamente significativa, constata-se que as mulheres foram submetidas à manobra de Kristeller com mais frequência. Em 2012 a pressão fúndica foi realizada em 8,5% das mulheres e em 2016 esse percentual aumentou para 13,6%.

Quanto ao clampeamento precoce do cordão umbilical, houve uma diminuição dos não registros (95,2% em 2012 para 7,5% em 2016) e um aumento no clampeamento precoce (1,9% em 2012 para 58,7% em 2016).

A tabela 11 apresenta as práticas da categoria D, definidas como “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado”.

**Tabela 8.** Comparação por ano da categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. HCPA, Porto Alegre, RS, 2012 e 2016.

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Alívio farmacológico da dor com analgésico no TP					
Sim	143	(44,4)	438	(75,1)	
Não	179	(55,6)	145	(24,9)	<b>&lt;0,001</b>
Total**	322	(100,0)	583	(100,0)	
Alívio farmacológico da dor com analgesia no TP					
Sim	76	(20,3)	269	(45,9)	
Não	298	(79,7)	317	(54,1)	<b>&lt;0,001</b>
Total**	374	(100,0)	586	(100,0)	
Uso de ocitocina					
Sim	258	(80,1)	480	(81,9)	
Não	64	(19,9)	106	(18,1)	0,568
Total**	322	(100,0)	586	(100,0)	
Indução do trabalho de parto com misoprostol					
Sim	34	(9,0)	19	(3,2)	
Não	343	(91,0)	567	(96,8)	<b>&lt;0,001</b>
Total**	377	(100,0)	586	(100,0)	
Número de exames de toque vaginal realizados					
Até 5 toques	165	(73,7)	323	(62,1)	
De 6 a 10 toques	55	(24,6)	177	(34,0)	
11 toques ou mais	4	(1,8)	20	(3,8)	<b>0,008</b>
Total***	224	(100,0)	520	(100,0)	
Adequação do número de toques conforme MS					
Abaixo do recomendado	25	(11,2)	53	(10,5)	
Como o recomendado	43	(19,3)	64	(12,7)	
Acima do recomendado	155	(69,5)	388	(76,8)	<b>0,055</b>
Total****	223	(100,0)	505	(100,0)	
Avaliação da mulher sobre o número de toques					
Pouco	23	(6,1)	22	(3,8)	
Muito	61	(16,2)	115	(19,7)	
Suficiente	292	(77,7)	446	(76,5)	0,120
Total**	376	(100,0)	583	(100,0)	
Transferência da mulher para outra sala no início do expulsivo					
Sim	276	(93,6)	397	(90,2)	
Não	19	(6,4)	43	(9,8)	0,145
Total*****	295	(100,0)	440	(100,0)	
Parto com uso de fórceps					
Sim	14	(3,7)	26	(5,8)	
Não	283	(95,3)	423	(94,2)	0,636
Total*****	297	(100,0)	449	(100,0)	

Continua...

Continuação...

Variáveis*	2012		2016		valor p
	n	(%)	n	(%)	
Episiotomia					
Sim	189	(63,6)	247	(55,0)	<b>0,024</b>
Não	108	(36,4)	202	(45,0)	
Total*****	297	(100,0)	449	(100,0)	
Anestesia antes da episiotomia					
Sim	142	(93,4)	223	(94,9)	0,699
Não	10	(6,6)	12	(5,1)	
Total**	152	(100,0)	235	(100,0)	

NOTAS: o n amostral considerou apenas dados válidos.

TP = Trabalho de parto. MS = Ministério da Saúde.

\* representação por categorias. Comparação por teste de qui-quadrado.

\*\* apenas quem utilizou/foi submetida.

\*\*\* não incluídas as mulheres que responderam "não lembro".

\*\*\*\* apenas para os dados válidos de hora da internação e número de toques.

\*\*\*\*\* apenas parto vaginal.

A proporção de mulheres que utilizou analgésico durante o trabalho de parto teve um aumento estatisticamente significativo. Em 2012 menos da metade das mulheres utilizou (44,4%), passando para mais da metade em 2016 (75,1%).

Também foi encontrado um aumento com diferença estatística significativa entre os anos na variável analgesia: 20,3% das mulheres fizeram uso em 2012, aumentando para 45,9% em 2016.

A indução do parto com misoprostol teve caminho oposto. Houve uma redução dessa intervenção de 2012 (9,0%) para 2016 (3,2%), sendo essa comparação estatisticamente significativa.

No que se refere ao número de exames de toque vaginal realizados houve um aumento com diferença estatisticamente significativa de 2012 para 2016. Com relação à adequação desse número de toques conforme recomendações do Ministério da Saúde, a diferença obtida apresentou significância estatística limítrofe. O número de mulheres que foi submetida a seis toques ou mais foi de 24,6% em 2012 e 34,0% em 2016. O mesmo aconteceu com a proporção de mulheres que foi submetida a 11 toques ou mais: em 2012 foram 1,8%, aumentando para 3,8% em 2016. Considerando a adequação do número de exames de toque vaginal conforme recomendações do MS, que se baseia no tempo em que a mulher ficou internada para o parto, o número de toques como o recomendado diminuiu (19,3% em 2012 e

12,7% em 2016), e o número de toques acima do recomendado aumentou (69,5% em 2012 e 76,8% em 2016).

Entretanto, a variável episiotomia apresentou uma redução na comparação entre os anos, de 63,6% em 2012 para 55% em 2016, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

## 6 DISCUSSÃO

Considera-se importante destacar que a discussão será realizada para as variáveis cuja comparação entre os anos apresentou diferença estatisticamente significativa. Além disso, a interpretação dos resultados obstétricos e neonatais das 963 puérperas incluídas neste estudo – sendo elas 377 da pesquisa de 2012 e 586 da pesquisa de 2016 – será descrita através da comparação de um ano com o outro, atentando para as características referentes à Rede Cegonha de cada ano das pesquisas, tendo em vista que no ano de 2012 a Rede Cegonha estava sendo implantada no hospital estudado e no ano de 2016 já havia transcorrido quatro anos da sua implantação.

A análise das características sociodemográficas das mulheres do presente estudo revela que em ambas as pesquisas, 2012 e 2016, a maior parte das mulheres era adulta, branca, com ensino médio completo ou incompleto e com companheiro. Além disso, a análise aponta um aumento de 32,6% de mulheres pretas e de 12,5% de brancas e diminuição de pardas em 37,2%. Já o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostra dados para a região Sul que são o oposto dessa pesquisa, com diminuição de mulheres pretas e brancas e aumento de mulheres pardas. Conforme o SINASC, em 2012 o número de mulheres pretas, pardas e brancas na região Sul foi de 4,2%, 12,4% e 81,8% respectivamente. Já em 2015 (que são os dados mais recentes disponíveis) o número de mulheres pretas, pardas e brancas foi de 4,1%, 13,2% e 80,6% respectivamente. Quando essa mesma variável é analisada pelo SINASC em nível de Brasil, tem-se os mesmos resultados que para a região Sul: diminuição de mulheres pretas e brancas e aumento de pardas quando comparado 2012 com 2015 (5,3% pretas, 52% pardas e 37,5% brancas em 2012 e 5% pretas, 54% pardas e 35,5% brancas em 2015) (DATASUS, 2012; DATASUS, 2015). Entretanto, deve-se considerar que Braz et al. (2013) evidenciaram em seu estudo que o SINASC possui um preenchimento inadequado da variável raça/cor.

Os resultados de cor/raça do presente estudo se comparam ao encontrado por Torres et al. (2014) que avaliou a cesariana e os resultados neonatais em hospitais privados da região Sudeste. A proporção de mulheres brancas no hospital privado atípico (modelo colaborativo entre enfermeiras obstetras e médicos) foi de 51,3% e no hospital privado típico (modelo tradicional de assistência) foi de 56,8%.

Embora o hospital em estudo nessa pesquisa também seja típico, ou seja, com um modelo de assistência tradicional, ele é público, mas ainda assim, o número de mulheres que se autodeclararam brancas foi superior ao hospital típico privado.

Entretanto, Muniz (2010) ressalta que a variável cor/raça é dinâmica e pode se modificar ao longo da vida de uma pessoa de acordo com fatores espaciais, temporais e culturais, tornando o autorreconhecimento como preta, parda ou branca uma característica socialmente construída. Por isso, é preciso avaliar os resultados do presente estudo – que encontrou aumento de mulheres pretas e brancas e diminuição de pardas – de maneira crítica e sob esse viés.

Com relação à escolaridade das participantes, a média de anos de estudo aumentou de uma pesquisa para a outra, sendo que a proporção de mulheres que alcançaram o ensino médio (completo ou incompleto) aumentou 18,2% de 2012 para 2016 e a proporção que alcançou o ensino superior (completo ou incompleto) aumentou 11,2%. Considerando essa variável, os dados do SINASC para a região Sul estão próximos ao encontrado neste estudo, com 54,3% das mulheres apresentando 8 a 11 anos de estudo em 2012, e 57,3% apresentando 8 a 11 anos de estudo em 2015 (DATASUS 2012; DATASUS 2015).

Ainda segundo dados do SINASC, em 2012, as mulheres com maior escolaridade do Brasil (12 anos ou mais) estão, em ordem decrescente, na região Sudeste (47,5%), em segundo lugar na região Nordeste (18,7%) e em terceiro na região Sul (17%). Entretanto, a região Sul é a que apresenta o melhor índice de não escolaridade, ou seja, apresenta o menor número de mulheres com nenhum ano de estudo (apenas 4,3% dos nascidos vivos têm mães com nenhuma escolaridade). Em 2015 esse cenário não se modificou, as mulheres que apresentaram escolaridade de 12 anos ou mais foram, em ordem decrescente, as do Sudeste (46,2%), do Nordeste (19,3%) e do Sul (17%). Porém, aumentou a proporção de mulheres que não tem nenhum ano de estudo na região Sul: 5,2% dos nascidos vivos têm mães com nenhuma escolaridade, mesmo assim, é a região com a menor taxa de não escolaridade (DATASUS 2012; DATASUS 2015).

As variações na escolaridade da população de uma maneira geral, sejam elas de retrocesso, estagnação ou crescimento, estão associadas a eventos políticos, sociais e educacionais que marcam aquele período (HELENE, 2012). Entretanto, a evolução da escolaridade da população brasileira é lenta, em virtude do tempo que se requer para formar cada nova geração. Assim, quando se amplia o

acesso à educação básica e superior, tem-se como consequência o aumento dos anos de estudo da população à medida que as gerações com mais escolaridade substituem as com menos escolaridade, elevando sua representatividade na população total. O nível de instrução e a taxa de analfabetismo proporcionam um retrato da escolaridade acumulada ao longo de gerações de brasileiros (IBGE, 2016a). Por isso, hipoteticamente, se políticas públicas educacionais fossem implementadas hoje, elas seriam passíveis de análise de retrocesso, estagnação ou crescimento somente anos mais tarde.

Então, nesse contexto, o aumento nos anos de estudo tanto nos resultados da presente pesquisa, quanto nos dados do SINASC, pode ser explicado pelo incremento das políticas públicas governamentais que vem sendo implementadas desde 2006, porém mais expressivamente após 2009, relacionadas à educação e também à renda, tendo em vista que os indicadores educacionais refletem o nível socioeconômico de uma família/localidade (IBGE, 2016a).

Com relação às características da história obstétrica, a maioria das mulheres da pesquisa de 2012 eram multigestas, nulíparas e sem abortos anteriores. Já a maioria das mulheres da pesquisa de 2016 eram primigestas, nulíparas e sem abortos anteriores.

Essa diminuição no número de partos anteriores por via vaginal encontrada no presente estudo, acompanha a tendência brasileira de queda da fecundidade. A taxa de fecundidade total, que mede o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim do seu período reprodutivo (que seria de 15 a 49 anos de idade) em 2012 foi de 1,8 filho por mulher no Brasil. O menor valor nesse indicador foi de 1,6 filho por mulher, observado nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal. A taxa de fecundidade total do Brasil no ano de 2015 (dados mais recentes disponíveis) foi de 1,72 filho por mulher, representando uma queda de 4,4% de 2012 para 2015 (IBGE, 2013; IBGE, 2016a).

A presente pesquisa revela um aumento de 11,7% nas mulheres com nenhum filho anterior por via vaginal, uma diminuição de 10% nas mulheres com apenas um filho anterior e uma diminuição de 24% nas mulheres com dois filhos ou mais anteriores por via vaginal – de 2012 para 2016. Entretanto, não é possível realizar uma análise mais ampliada e precisa do número de filhos anteriores, uma vez que este estudo incluiu somente mulheres com possibilidade de entrar em

trabalho de parto, e como o protocolo do hospital estudado indica cesárea eletiva para as mulheres com duas cesarianas prévias ou mais, essas mulheres não foram incluídas nesse estudo, não sendo possível, portanto, afirmar que as mulheres daquele hospital apresentaram uma diminuição (de 2012 para 2016) no número de filhos, independente da via de nascimento.

Análises do IBGE mostram associação entre os níveis de escolaridade e de fecundidade, onde as mulheres mais instruídas têm menos filhos (IBGE, 2016b), corroborando com o que foi encontrado neste estudo na comparação entre os anos: crescimento da escolaridade e diminuição no número de partos por via vaginal.

No que se refere ao pré-natal, ele se mostrou universal para as mulheres da pesquisa de 2012 e quase universal para as de 2016. O médico foi o profissional pré-natalista para a maioria das mulheres em 2012, o que não se manteve em 2016, quando esse profissional atendeu apenas metade das consultas de pré-natal. O atendimento multiprofissional – por enfermeira e médico – aumentou consideravelmente, chegando a quase metade em 2016. Além disso, mais da metade das mulheres de ambas as pesquisas realizaram seis consultas ou mais (como é o preconizado pelo MS), e receberam orientações sobre métodos não-farmacológicos de alívio da dor, sobre sinais de trabalho de parto e sobre sinais de alerta. Todavia, quando se tratou das orientações sobre os tipos de parto, a maioria das mulheres respondeu que não recebeu informação sobre isso durante o pré-natal em ambas as pesquisas.

Conforme o ministério da saúde e a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, a enfermeira possui competência e respaldo legal para realizar todas as consultas de pré-natal de uma gestante de risco habitual na atenção primária/básica (BRASIL, 1986; BRASIL, 2012b). Entretanto, a realidade brasileira mostra que as consultas são realizadas, em sua grande maioria, somente pelo médico, mesmo entre as mulheres de risco habitual, segundo as pesquisas descritas a seguir.

Estudo realizado no município de Santa Maria - RS, em entrevista com as mulheres provenientes do único hospital universitário que a cidade possui, encontrou resultados semelhantes a presente pesquisa no que diz respeito à consulta médica e multiprofissional no ano de 2012. A proporção de pré-natal realizado pelo médico e pelos dois profissionais em conjunto, foi respectivamente: 68,5% e 22,8%.

Entretanto, o atendimento somente pela enfermeira foi maior (5,4%) que o encontrado nessa pesquisa tanto em 2012 quanto em 2016 (CERON et al., 2012).

Diferentemente do encontrado acima, na cidade de Fortaleza - CE, a maior parte do pré-natal é realizado por médicos e enfermeiras (54,8%), sendo que o atendimento somente por médico representou 26,5% e somente por enfermeira 18,7% da amostra (PEIXOTO et al., 2011).

Quando avaliado somente o pré-natal de gestantes de alto risco também na cidade de Fortaleza, Vieira Neta et al. (2014) encontraram que somente o médico realizou 58%, somente a enfermeira 4% e ambos 38% das consultas de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Percebe-se, portanto, que mesmo quando a consulta médica se faz obrigatória, como no caso de uma gestação de alto risco, a proporção de consultas somente por enfermeira ainda foi maior que a proporção encontrada no presente estudo nos dois anos.

Essas diferenças regionais encontradas nos estudos acima se confirmam com uma abrangente pesquisa que avaliou a assistência pré-natal no Brasil e demonstrou que a região Sul é o local onde as enfermeiras menos estão inseridas no pré-natal e a região Nordeste o local onde mais atuam. Comparando a proporção de consultas de pré-natal realizadas somente pelo médico com as realizadas somente pela enfermeira, segundo as regiões, temos: Sul (95,2% e 4,8%), Sudeste (91,9% e 8,1%), Centro-oeste (89,4% e 10,6%), Norte (49,6% e 50,4%) e Nordeste (48,4% e 51,6%). Além disso, esse mesmo estudo evidenciou que quanto maior a idade e a escolaridade da gestante, maior a taxa de atendimento por médicos e que além do atendimento por enfermeiras ter maior concentração no Norte e Nordeste, também foi maior entre as mulheres indígenas, não tanto pelo maior reconhecimento que a enfermeira tem nessas localidades, mas muito provavelmente em função da menor disponibilidade de médicos nessas regiões, principalmente nas cidades do interior (VIELLAS et al., 2014).

No que concerne à qualidade do atendimento de pré-natal, estudo que avaliou as Estratégias Saúde da Família (ESF) e as UBS, revelou que as mulheres qualificaram como “excelente” e “bom” com maior frequência o atendimento das enfermeiras (94,2%) quando comparado ao atendimento médico (85,4%), independente do serviço de saúde. Porém, quando se comparou o atendimento do profissional segundo o estabelecimento de saúde, a aprovação das enfermeiras quase não sofreu variação (96% na ESF e 92,3% na UBS), já a aprovação dos

médicos das ESF foi significativamente maior que a dos médicos que trabalham em UBS (91% na ESF e 79,5% na UBS), embora de uma maneira geral, o atendimento de ambos os profissionais tenha sido melhor avaliado nas ESF do que nas UBS (RIBEIRO et al., 2004).

Resultado interessante foi encontrado por Vale et al. (2015), que observaram uma maior preferência por parto vaginal estatisticamente significativa nas mulheres que realizaram pré-natal com enfermeira quando comparado ao profissional médico. Além disso, a proporção de pré-natal por enfermeira também foi maior (55,4%) que o atendimento por médico (30%) e por ambos (14,6%) no município de Caicó - RN, confirmando novamente a tendência de maior inserção da enfermeira e/ou menor disponibilidade de médicos na região Nordeste do Brasil.

Embora no presente estudo tenha havido uma diminuição de 28,4% nas consultas realizadas somente pelo médico e um aumento de 65,3% nas consultas de médicos e enfermeiras, é preciso olhar com criticidade para esses resultados, visto que não foi possível mensurar a quantidade de consultas que cada profissional executou quando o pré-natal foi realizado por ambos. Sabe-se que em muitas localidades a enfermeira fica encarregada de realizar somente a primeira consulta de pré-natal tendo em vista que é uma consulta que demanda um extenso trabalho burocrático, de preenchimento da ficha de cadastro da gestante no SISPRENATAL, além da solicitação de exames e outras rotinas de gestão e monitoramento (GARDENAL et al., 2002; LIMA; CORRÊA, 2013; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Por isso, mesmo que a enfermeira tenha realizado apenas a primeira consulta, para efeitos desta análise, foi considerado um pré-natal por enfermeira e médico, não refletindo necessariamente, que de fato ocorreram consultas intercaladas e orientações de educação em saúde, próprias da formação em enfermagem.

Talvez esse motivo seja uma das explicações para outro resultado interessante desta pesquisa que foi a diminuição, em 30%, nas orientações sobre os métodos não-farmacológicos (MNF) de alívio da dor e sobre os tipos de parto de 2012 para 2016.

Estudo que avaliou o pré-natal de enfermeiros no ano de 2009 destacou que apenas 21,6% das gestantes foram orientadas quanto aos MNF de alívio da dor, já as orientações sobre sinais de alerta e sinais de trabalho de parto tiveram a

frequência de 21,6% e 9,4% respectivamente. O estudo não avaliou as orientações sobre os tipos de parto (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Quanto às orientações sobre os tipos de parto, percebe-se que mesmo quando o pré-natal é realizado de maneira intercalada pelo médico e pela enfermeira, a frequência dessa orientação ainda é baixa, 18,2%, segundo estudo realizado em 2008 por Vilarinho; Nogueira; Nagahama (2012). Todavia, em pesquisa realizada com gestantes adolescentes, observou-se uma elevada frequência de orientação com relação aos tipos de parto (60,7%), possivelmente em virtude da maioria delas ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre (58,5%), ter realizado mais de 6 consultas (84,6%) e do profissional pré-natalista ter prestado um cuidado diferenciado pelo fato de serem adolescentes (FARIA; ZANETTA, 2008). Entretanto, estudo realizado em município da região Sul, que incluiu mulheres de todas as idades, também encontrou elevada proporção de orientação sobre os tipos de parto: 32% nas UBS e 59% nas ESF. Quando a análise não diferencia o serviço de saúde, os resultados encontrados são semelhantes ao do presente estudo para 2016, com uma frequência de 35% (ANVERSA et al., 2012).

Outro fator que é preciso levar em conta é o tipo de unidade de saúde que a gestante realizou o pré-natal, em função de que o pré-natal em ESF mostra-se mais adequado quanto aos parâmetros do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Rede Cegonha, em detrimento de pré-natal em UBS, o que acaba por refletir diretamente nas orientações educativas recebidas pela gestante (ANVERSA et al., 2012; MARTINELLI et al., 2014). No presente estudo também não foi possível distinguir o tipo de serviço de saúde que a mulher utilizou para realizar o seu pré-natal.

Estranha-se o fato que embora tenha havido um aumento nas consultas multiprofissionais, tenha havido também uma diminuição nas orientações relativas aos MNF e aos tipos de parto. As possíveis explicações fundamentam-se em diversas hipóteses, entre elas, a de que na verdade as enfermeiras estão realizando mais apenas a primeira consulta, sendo as demais realizadas somente pelo profissional médico, ou que o seu cuidado vem se aproximando do modelo biomédico e se afastando de um entendimento de integralidade e humanização da assistência, ou ainda que houve uma distribuição desigual do serviço de saúde de pré-natal utilizado, com a ESF sendo mais utilizada pelas mulheres em 2012 e a UBS mais utilizada em 2016.

Independentemente dessas hipóteses fica o questionamento da qualidade do pré-natal que está sendo ofertado para as gestantes em Porto Alegre que tem como maternidade de referência o hospital pesquisado, porque mesmo que a grande maioria das mulheres tenha realizado o número de consultas que o MS preconiza, muitas delas ainda permaneceram sem receber informações importantes sobre a gestação e o parto.

As variáveis sobre as condições obstétricas no momento da admissão não apresentaram diferença estatisticamente significativa, entretanto, considera-se necessária a exceção de discuti-las brevemente visto que é fundamental a compreensão da importância da internação da mulher para o parto no momento adequado e não fora do trabalho de parto ativo e também porque houve uma mudança no padrão de internação. Em 2012, mais da metade das mulheres tinha de 4 a 10 cm de dilatação na admissão, ou seja, internaram em trabalho de parto, já em 2016 houve uma inversão, onde mais da metade delas tinha de 0 a 3 cm, logo, internaram fora do trabalho de parto. Com relação à dinâmica uterina e à característica das membranas na admissão, a grande maioria das mulheres de ambas as pesquisas apresentavam contrações e bolsa íntegra no momento da admissão.

Evidências científicas atuais demonstram que o período mais adequado para a admissão da gestante em estabelecimento de saúde com a finalidade da assistência ao parto é na fase ativa do trabalho de parto (4 a 10 cm de dilatação), uma vez que retardar a internação para essa fase reduz intervenções com a possibilidade de reduzir também morbidade materna e neonatal (BRASIL, 2016).

Estudo que comparou modelos de assistência ao parto em 2011 em Minas Gerais, também não encontrou diferença estatística significativa para a dilatação e o estado das membranas, mas os resultados encontrados para o modelo tradicional assemelham-se aos resultados do presente estudo em 2012. No modelo colaborativo 52,6% das mulheres internou com 4 a 10 cm de dilatação (em trabalho de parto) e 66,4% delas tinha bolsa íntegra, já no modelo tradicional 53,7% das participantes internou com 4 a 10 cm e 71,1% delas possuía bolsa íntegra (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Já estudo realizado em 2016 no Ceará mostra condições de admissão mais satisfatórias que as encontradas no presente estudo tanto em 2012 quanto em 2016. Apenas 29,9% das mulheres internou fora do trabalho de parto, enquanto que 68,7%

delas internou com 4 a 10 cm de dilatação. Os resultados relativos ao aspecto das membranas foram semelhantes ao do presente estudo nos dois anos, 69,6% apresentava bolsa íntegra, porém a frequência de mulheres que apresentava contrações no momento da admissão foi mais elevada, com 93,1% (MEDEIROS, 2016).

Estudo realizado em São Paulo em 2012 que comparou práticas de atenção ao parto em Centro de Parto Normal (CPN) com às realizadas em um Centro Obstétrico (CO) revelou resultados interessantes, pois nenhuma mulher no CPN internou fora do trabalho de parto, já no CO, 53% delas internou com dilatação de 0 a 3 cm, sem estar em trabalho de parto, resultado semelhante ao encontrado neste estudo no ano de 2016. Sobre a bolsa das águas, 65,4% era íntegra no CPN e 62,9% era íntegra no CO (AGUIAR, 2012).

Estudo realizado em 2013 e 2014 no em município do interior do Rio Grande do Sul revela resultados da admissão melhores que os encontrados no presente estudo nos dois anos. A proporção de mulheres que internou fora do trabalho de parto foi de 42,9%, sendo que 83,6% das participantes apresentou bolsa íntegra no momento da admissão (REIS et al., 2015).

Estranha-se o fato da maior parte das participantes da pesquisa de 2016 procurar o serviço hospitalar precocemente – fora do trabalho de parto – visto que a sua escolaridade foi mais elevada quando comparada aos outros quatro estudos citados acima, desse modo, esperava-se também que as mulheres tivessem mais informações sobre o trabalho de parto e o momento adequado de procurar a maternidade, o que não aconteceu. Da mesma maneira que as mulheres em 2016 procuraram o hospital mais precocemente, a equipe médica do hospital em 2016 também internou mais precocemente essas mulheres, quando comparado com 2012, onde mais da metade das mulheres foi internada conforme o preconizado.

Segundo Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, caso a mulher procure atendimento em um serviço de saúde fora da fase ativa do trabalho de parto, recomenda-se que os profissionais ofereçam apoio individual, alívio da dor se necessário e considerem as preocupações da mulher e o risco do nascimento acontecer sem assistência, aconselhando, desse modo, a mulher a permanecer ou a retornar para casa. Caso a mulher procure o serviço em trabalho de parto (mais que 4cm de dilatação), recomenda-se admitir para a assistência (BRASIL, 2016).

Nessa pesquisa, não foi possível avaliar a duração do trabalho de parto das mulheres, em virtude de muitas delas terem internado já nessa situação, por isso, para fins de análise, foi considerado apenas o tempo de permanência até o parto, ou seja, o tempo que decorreu da internação da mulher até o momento do nascimento do bebê. Esse tempo foi maior em 2016 e variou de 1-36 horas em 2012 e de 2-50 horas em 2016, assim como também foi maior a internação das mulheres fora do trabalho de parto (dilatação  $\leq 3$ cm), como já discutido anteriormente. Esse tempo maior de permanência da internação até o parto por si só já é problemático, como descrito nos estudos a seguir.

Hospitais que postergam a internação da mulher para a fase ativa do trabalho de parto, evitam procedimentos desnecessários e usam menos ocitocina e analgesia, além disso a mulher tem um tempo menor de internação e uma maior sensação de controle sobre o seu corpo (LAUZON; RODNETT, 2001).

Estudo que avaliou os fatores associados à realização de cesariana mostrou que estão associados a uma maior chance da cirurgia em ordem hierárquica: primiparidade, idade entre 20 a 34 anos, último parto por cesárea, dilatação  $< 3$ cm na admissão, preferência da mulher por cesárea, horário diurno, parto realizado por obstetra do sexo masculino, obstetra que trabalha mais de 24 horas semanais de plantão, obstetra com consultório particular, hipertensão, apresentação fetal não-cefálica, e idade gestacional  $> 41$  semanas (D'ORSI et al., 2006).

Além disso, outros estudos evidenciaram dados extremamente importantes para a busca de uma assistência ao parto seguro, onde um tempo entre a internação e o parto maior ou igual a 10h está associado à ocorrência de óbitos neonatais (ALMEIDA; BARROS, 2004; KASSAR et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

Tendo em vista as consequências da duração do período que a mulher fica internada até o nascimento, sob os cuidados da equipe de saúde, percebe-se que práticas tais como evitar a admissão da mulher fora do trabalho de parto ativo, podem melhorar as condições de saúde materna e neonatal.

As proporções de parto normal, fórceps e cesariana quase não se modificaram de um ano para o outro, porém, houve uma diminuição de 4% no número de partos normais, um aumento de 19% no número de fórceps e um aumento de 10,4% no número de cesarianas de 2012 para 2016. Embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significantes, considera-se importante

abordá-las, visando uma maior compreensão acerca das demais práticas desenvolvidas no parto e no nascimento analisadas neste estudo.

As novas recomendações da OMS sobre as taxas de cesarianas afirmam que “taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal”, sendo que, taxas acima desses valores não se associam com a redução da mortalidade (WHO, 2015).

Resultados semelhantes ao do presente estudo para 2016 foram encontrados por Medeiros (2016) que avaliou intervenções obstétricas realizadas em um hospital do Ceará. Nesse estudo a taxa de cesariana foi de 23,8% e de parto vaginal foi de 76,2%, entretanto, a assistência ao parto está baseada na lógica do modelo colaborativo, diferentemente do hospital da presente pesquisa, onde o modelo de atenção é o tradicional. Nessa maternidade cearense o médico atendeu 70,3% dos partos, a enfermeira obstetra/obstetriz 24% e 4,5% foram atendidos por ambos.

A proporção de cesáreas do presente estudo para os dois anos ficou muito abaixo de dados nacionais de 2011, onde a taxa de cesárea foi de 51,9% (LEAL et al., 2014), de dados nacionais de 2016, onde a taxa da cirurgia foi de 85% em serviços privados e 40% em serviços públicos, totalizando 56,7% de cesarianas no país (BRASIL, 2016); e também muito abaixo do encontrado no SINASC para partos realizados em estabelecimentos públicos e privados de todo o país, tanto para 2012 (Sul - 61,7%, Centro-oeste - 61,4%, Sudeste - 60,6%, Nordeste - 48,4% e Norte - 44,5% de cesáreas), quanto para 2015 (Centro-oeste - 61,5%, Sul - 60,5%, Sudeste - 59,1%, Nordeste - 49,6% e Norte - 46,3% de cesáreas) (DATASUS, 2012; DATASUS, 2015).

Mesmo com uma taxa de cesariana relativamente baixa, a proporção do uso de fórceps desta pesquisa se mostrou elevada, exatamente o dobro do encontrado para o setor público em um estudo de abrangência nacional, que revelou uma taxa de parto instrumental de 2,2% para o SUS e de 1% para hospitais privados (DOMINGUES et al., 2014). Estudo que avaliou resultados de um CPN, onde a assistência é realizada inteiramente pela enfermeira obstetra, incluindo a alta hospitalar, revelou uma taxa de fórceps de 0,8% (CAMPOS; LANA, 2007).

Embora a atenção ao parto esteja baseada no modelo tradicional, onde quem determina a assistência é a equipe médica somente, percebe-se um esforço

no sentido de manter as taxas de cesarianas dentro do recomendado pela OMS para hospitais de referência para alto risco.

Finalizando a discussão das características da assistência ao parto, com relação às condições do períneo, a episiotomia apresentou uma redução de 13,2%, o períneo íntegro uma diminuição de 23,4% e a laceração um aumento de 43,5% (resultados com significância estatística). Não se buscou diferenciar o grau da laceração e também não foi possível identificar aquelas mulheres que tiveram laceração mesmo sendo submetidas à episiotomia. Nesses casos, o registro que prevaleceu foi o da episiotomia somente.

Essa diminuição na proporção de episiotomia e aumento das lacerações pode ser explicada pelo fato de que o risco de laceração é sete vezes maior para as mulheres que não são submetidas à episiotomia, pois mesmo recebendo o procedimento existe ainda o risco de se ter também uma laceração. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010). Entretanto, a chance de ocorrer uma laceração depende de diversos fatores, que podem estar associados, entre outros, ao peso do bebê, ao período expulsivo prolongado (maior que 2 horas), ao parto instrumental (fórceps ou vácuo), à posição de litotomia, à paridade, à própria episiotomia e ao parto realizado por profissional médico (ALTMAN et al., 2007; MEYVIS et al., 2012; MIKOLAJCZYK et al., 2008; SCARABOTTO; RIESCO, 2006;).

De acordo com estudo que avaliou a prevalência de lesões perineais graves em diversos países do mundo, as lacerações de terceiro e quarto graus são eventos que acontecem com uma frequência muito baixa (HIRAYAMA et al., 2012), e sabendo que a episiotomia por si só, é uma lesão perineal de segundo grau (ACOG, 2006), questiona-se a efetividade e necessidade da indicação da prática para a prevenção de lacerações, já que o próprio procedimento ocasiona aquilo que se utilizou para justificar seu uso.

A assistência ao parto prestada no hospital do presente estudo é realizada exclusivamente pelo médico obstetra, entretanto, dois estudos que avaliaram a assistência de enfermeiras obstetras também em hospitais do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, apontaram, respectivamente, proporções menores de episiotomia (15,4% e 15,5%) e maiores de períneo íntegro (23,3% e 36,4%) e laceração (61,3% e 63,6%) (REIS et al., 2015; REIS et al., 2016). Quando avaliada a atenção ao parto prestada por enfermeiras obstetras em centros de parto normal de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, os resultados são ainda mais favoráveis, com uma

proporção de episiotomia de 14,1% e 2,4%, de períneo íntegro de 43,7% e 21,2% e de laceração de 42,3% e 75,4% (PEREIRA et al., 2013; SILVA et al., 2013).

Estudo onde a atenção ao parto também é baseada no modelo tradicional identificou resultado semelhante ao da presente pesquisa para a variável períneo íntegro, com apenas 9,7% dos casos. Já a taxa de episiotomia nesse mesmo hospital foi muito superior, representando 87%. A laceração de maneira isolada não ocorreu, somente associada à episiotomia em 3,2% dos casos (SANTOS; SHIMO, 2008).

Considera-se positiva a redução estatisticamente significativa da episiotomia, todavia, com a redução do procedimento, poderia se esperar um aumento das mulheres com períneo íntegro, contudo, algumas variáveis que talvez possibilitariam esse acontecimento não foram modificadas ou ainda pioraram seus resultados mesmo quatro anos após a adesão do hospital à Rede Cegonha, tais como, a persistência do modelo tradicional de assistência ao parto, da rotina de transferência da mulher no período expulsivo e da posição de litotomia para o parto, além do aumento do uso de fórceps, do tempo de permanência até o parto e da internação da mulher fora do trabalho de parto. Porém, o que a realidade mostrou foi um aumento na proporção de lacerações, justificando a necessidade de adoção de práticas baseadas em evidências para a assistência adequada ao segundo período clínico do parto.

Sobre a assistência ao recém-nascido, serão discutidas três variáveis: aspiração de vias aéreas, aplicação de nitrato de prata e período de aplicação do nitrato de prata.

A transição de feto para recém-nascido envolve a desobstrução pulmonar, que consiste na saída de líquido e na entrada de ar, ocorrendo assim a expansão dos pulmões (ESTOL et al., 1992), ou seja, a substituição de líquido pulmonar por ar nos alvéolos imediatamente após o parto é um passo importante de adaptação da vida intrauterina para a extrauterina. Em função disso, a prática de aspiração das vias aéreas é realizada, pois teoricamente, acredita-se que esse procedimento ajuda a remover o fluido pulmonar da traqueia, limpando a via aérea a facilitando a entrada de ar nos pulmões. Outra razão pela qual se costumava indicar comumente o procedimento é para a prevenção da aspiração de líquido amniótico meconial fluido ou espesso, de muco ou ainda de sangue (VELAPHI; VIDYASAGAR, 2008).

Entretanto, desde 2005 as duas organizações internacionais que publicam diretrizes para a reanimação neonatal – *The International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) e a *American Heart Association* (AHA) – já não recomendam a aspiração de rotina tanto da oro quanto da nasofaringe para bebês vigorosos nascidos de mães com líquido amniótico tinto de mecônio/mecônio fluido (AHA, 2005; ILCOR, 2005; SAUGSTAD, 2007).

Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre o tema que incluiu RN vigorosos com três tipos de líquido amniótico: claro, mecônio fluido/fino e mecônio espesso, reportou que não houve diferença estatisticamente significativa entre a aspiração da oro/nasofaringe e a não aspiração para os seguintes desfechos: mortalidade, necessidade de reanimação, admissão em UTI neonatal e escore de Apgar no 5º minuto. Os autores concluem que a evidência atualmente disponível não apoia ou refuta os benefícios ou danos da aspiração sobre a não aspiração (FOSTER et al., 2017).

Contudo, um ensaio clínico randomizado de equivalência publicado no periódico *The Lancet* comparou a prática de secar e limpar a boca e o nariz do RN com a prática de aspirar o nariz e a boca com uma seringa de bulbo. Os autores concluíram que a prática de limpar e secar o nariz e a boca do RN vigoroso com ou sem líquido amniótico meconial fluido tem eficácia equivalente que o uso rotineiro de aspiração oro/nasofaríngea com seringa de bulbo para os recém-nascidos a partir de 35 semanas de gestação (KELLEHER et al., 2013).

A aspiração orofaríngea e nasofaríngea do RN logo após o nascimento é uma prática comum em todo o mundo, entretanto, essa intervenção pode causar efeitos adversos, como estimulação vaso-vagal, que resulta em bradicardia e apneia; irritação da mucosa, causando aumento na produção de muco e conseqüentemente, congestão nasal; e trauma tecidual, resultando na ruptura da barreira natural contra infecção, aumentando assim, o risco de transmissão de infecção (VELAPHI; VIDYASAGAR, 2008); hipoxemia, saturação baixa, aumento da pressão intracraniana e desenvolvimento subsequente de lesão cerebral (FOSTER et al., 2017).

Por isso, o programa de ressuscitação neonatal de 2010 da Academia Americana de Pediatria e as diretrizes da AHA recomendam a aspiração das vias aéreas nos casos de líquido amniótico claro somente se a obstrução das vias aéreas for evidente ou se for necessária ventilação com pressão positiva (KATTWINKEL et

al., 2010). O ILCOR ratifica essa recomendação afirmando que a aspiração rotineira da oro e da nasofaringe logo após o parto não é necessária em recém-nascidos vigorosos tanto de líquido amniótico claro quanto de líquido amniótico meconial (PERLMAN et al., 2010).

As mais recentes diretrizes de reanimação do RN  $\geq$  34 semanas da Sociedade Brasileira de Pediatria trazem as mesmas recomendações: independentemente do aspecto do líquido amniótico, não proceder aspiração de vias aéreas se o recém-nascidos está vigoroso, devendo este ser mantido junto à mulher (SBP, 2016). Um RN vigoroso é aquele com uma frequência cardíaca acima de 100 batimentos por minuto, presença de respiração espontânea e tônus razoável (movimentos espontâneos ou algum grau de flexão das extremidades) (WISWELL et al., 2010).

As taxas de aspiração entre os CPN avaliados antes da implementação da Rede Cegonha foram baixas e não variaram muito. CPN extra-hospitalar de Sapopemba, em São Paulo, encontrou uma taxa de 7% (SILVA et al., 2013). Já CPN peri-hospitalar Casa de Maria, em São Paulo, identificou uma proporção também baixa, mas um pouco mais elevada, de 9,3% (LOBO et al., 2010).

Quando esse procedimento é avaliado em ambiente hospitalar, as taxas tendem a aumentar consideravelmente. Pesquisa que avaliou hospital geral público em São Paulo antes da RC, encontrou uma alta taxa de aspiração de vias aéreas, de 86,1% (SCHNECK et al., 2012). Resultados muito superiores aos encontrados pelo presente estudo em 2016 foram identificados por Calegari et al. (2016), onde a taxa de aspiração foi de 69,8% para uma maternidade em São Paulo, logo após o credenciamento na Rede Cegonha.

Diferentemente do encontrado em hospital privado de Florianópolis, onde as gestantes atendidas possuem características específicas. A maternidade do referido estudo é referência para risco habitual e alto risco e a pesquisa buscou avaliar os partos que ocorreram na água e fora da água, apontando uma taxa de aspiração de 14,4% para os nascimentos na água e 23,6% para os nascimentos fora da água, sendo que os bebês nascidos na água tiveram menos chance de serem submetidos a esse procedimento. A maternidade oferece uma assistência baseada nas boas práticas, entretanto, não possui protocolos de atendimento, assim, cada médico contratado estabelece suas próprias condutas. A maioria das mulheres que buscou o parto na água era de cor branca, com alto grau de escolaridade, com

companheiro, trabalho remunerado e grande número de consultas de pré-natal (SCHEIDT, 2014), evidenciando que, muitas vezes, a aspiração de vias aéreas é realizada sem que haja uma indicação para o procedimento, visto que, entre as mulheres que pagaram direta ou indiretamente para o atendimento ao parto a proporção do procedimento foi baixa, principalmente entre aquelas que escolheram parir na água, indicando para a equipe que a atende um conhecimento prévio acerca das boas práticas e uma concepção diferenciada sobre o processo do parto.

Estudo de abrangência nacional avaliou a prática de aspiração das vias aéreas superiores, prática essa que vem sendo considerada inadequada quando realizada de maneira rotineira desde 2010 (PERLMAN et al., 2010), e encontrou altas proporções do procedimento em todo o país, sendo a maior taxa identificada no Sudeste (76,8%), seguido do Norte (72,5%), Sul (72,1%), Centro-oeste (64,7%) e Nordeste (62,5). Apenas a região Nordeste se mostrou como fator de proteção para a aspiração de vias aéreas, demonstrando que possivelmente essa é uma prática amplamente disseminada e que existe um importante desconhecimento sobre as novas evidências disponíveis acerca da aspiração de vias aéreas, pois as altas proporções encontradas evidenciam que essa prática vem sendo realizada de maneira desnecessária (MOREIRA et al., 2014).

Pesquisa realizada na Índia que avaliou as repercussões de uma intervenção idealizada pelo governo estadual do Rajastão e pelo Fundo das Nações Unidas para a População, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência ao parto, alcançou uma diminuição estatisticamente significativa em diversos procedimentos desnecessários, entre eles a aspiração. A maioria dos partos foram atendidos por enfermeiras obstetras, porém, o estudo não conseguiu diferenciar as práticas por provedor de assistência. Os resultados foram mensurados através da observação direta e de entrevista com as mulheres no pós-parto. Antes da intervenção a taxa de aspiração de vias aéreas era de 75%, após a intervenção, a proporção diminuiu consideravelmente para 34% (IYENGAR et al., 2014).

Na presente pesquisa, não se buscou diferenciar os recém-nascidos vigorosos dos não vigorosos, por isso, não se é possível mensurar a proporção de recém-nascidos que foram submetidos a esse procedimento de maneira desnecessária. Entretanto, estima-se que 10 a 15% dos RN apresentam dificuldades de adaptação ao nascimento, justificando assim a prática desse procedimento (ASKIN, 2002). Apesar da aspiração de vias aéreas ter sofrido uma diminuição de

13,4% de 2012 para 2016, sua taxa continua alta se considerarmos que esse procedimento deve ser realizado somente para os recém-nascidos não vigorosos e considerando também, que uma intervenção, se desnecessária, pode levar a outras, o que poderá comprometer a saúde do neonato.

Outra prática realizada com frequência nos recém-nascidos é a aplicação ocular de um fármaco para a prevenção da oftalmia ou conjuntivite neonatal, que se não tratada pode causar cegueira de córnea na infância (WHITCHER; SRINIVASAN; UPADHYAY, 2001). A oftalmia/conjuntivite neonatal pode ser causada, com mais frequência, pela *Neisseria gonorrhoeae* e pela *Chlamydia trachomatis*, e com menos frequência por outras bactérias, vírus (herpes simples e adenovírus) e por agentes químicos (ALBERT; JAKOBIEC, 1994). Entretanto, a oftalmia causada por gonorreia tem um alto risco de cegueira, enquanto a oftalmia causada pela clamídia tem baixo risco (WHITCHER; SRINIVASAN; UPADHYAY, 2001). Além disso, muitos dos agentes que podem causar oftalmia neonatal não são adquiridos através do processo do parto ou do canal vaginal, mas sim adquiridos pós-parto, através da equipe de saúde ou no retorno da família à comunidade (KROHN et al., 1993).

O nitrato de prata foi o primeiro fármaco introduzido para a profilaxia da oftalmia neonatal (que ocorre dentro dos primeiros 28 dias de vida), entretanto, em função da introdução dos antibióticos, do declínio da prevalência de gonorreia nos países desenvolvidos, do aumento de oftalmia por clamídia (na qual o nitrato de prata tem eficácia reduzida) e da preocupação com relação aos efeitos adversos, como a oftalmia química e a separação precoce do binômio mãe-bebê, passaram a ser considerados outros fármacos profiláticos e passou a ser considerada também a não realização da profilaxia. Os outros agentes frequentemente utilizados como profilaxia, além do nitrato de prata, são a eritromicina, tetraciclina e o iodo-povidona. Países como Noruega, Inglaterra, Suécia, Países Baixos, Austrália, Bélgica e Dinamarca não utilizam mais profilaxia pós-parto para a oftalmia neonatal. Na França, só é realizada a profilaxia quando existe o risco de transmissão de alguma doença sexualmente transmissível ou quando o pré-natal não foi adequado (DARLING e MCDONALD, 2010; KAPOOR; WHYTE; VEDULA, 2016).

A recomendação é que o nitrato de prata, para ter eficácia, deve ser administrado dentro da primeira hora após o nascimento (BRASIL, 2011c). Todavia, existem divergências quanto às recomendações para essa prática, inclusive nacionalmente. Manual lançado pelo Ministério da Saúde em 2001 recomenda que

os procedimentos de rotina como pesar, aplicar vitamina K, nitrato de prata e outros, devem ser realizados após o contato do RN com a sua mãe. Da mesma maneira recomenda a Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC): realizar o contato pele-a-pele por, no mínimo, uma hora e depois realizar os procedimentos de rotina (UNICEF, 2008). Entretanto, o Manual de Atenção à Saúde do Recém-nascido, lançado em 2011, orienta proceder a aplicação de nitrato de prata até uma hora após o parto, o que implica em separar mãe e RN e descomprimir o passo 4 da IHAC (BRASIL, 2011c). Finalmente, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, lançada em janeiro de 2016, onde estão contempladas as recomendações vigentes sobre a assistência à mulher e ao RN, recomendam para a profilaxia da oftalmia neonatal a utilização de pomada de eritromicina 0,5% ou como alternativa pomada de tetraciclina 1%, sendo que o nitrato de prata a 1% deve ser utilizado em último caso, apenas quando o estabelecimento de saúde não dispõe de eritromicina ou tetraciclina. Além disso, a mesma diretriz recomenda que o tempo de administração da profilaxia pode ser postergado para até 4 horas após o nascimento, preservando dessa maneira, outras recomendações sobre contato pele-a-pele e amamentação (BRASIL, 2016).

Estudo brasileiro realizado em 11 hospitais públicos de São Paulo, que tem como prática rotineira a profilaxia da oftalmia neonatal com nitrato de prata 1%, detectou uma taxa de conjuntivite química relacionada ao nitrato de prata de 13,7%. Além disso, os autores problematizam sobre a necessidade de utilizar o nitrato de prata para a profilaxia ao invés de outros fármacos, tendo em visto o seu conhecido efeito adverso – a conjuntivite química – e ressaltam que o iodo-povidona mostra-se como uma alternativa ao nitrato de prata, pois esse fármaco tem amplo espectro contra os microrganismos relacionados a oftalmia neonatal, tem maior estabilidade em locais de clima quente e também é barato (NAPCHAN et al., 2005).

Estudo realizado em uma maternidade de trabalho colaborativo no Ceará, que avaliou o parto vaginal e a cesárea, reportou uma taxa de aplicação de nitrato de prata de 100% (MEDEIROS, 2016). Pesquisa realizada em um CPN perihospitalar não apresentou as taxas de administração de nitrato de prata, mas ressaltou que essa prática é realizada apenas após o contato pele-a-pele (LOBO et al., 2010). Pesquisa de prontuário, realizada em um hospital universitário de Botucatu, encontrou taxas semelhantes da realização de nitrato de prata, de 97,3%

(MANZINI, 2007), entretanto o estudo não mencionou o período de realização do procedimento.

Como visto acima, a grande maioria dos estabelecimentos de saúde no Brasil adotam como método de escolha para a profilaxia da oftalmia o nitrato de prata, porém, estudos internacionais têm adotado diferentes fármacos para a mesma finalidade, principalmente pela elevada proporção de conjuntivite química que o nitrato de prata pode causar. Estudo realizado na Áustria identificou que a profilaxia é realizada 93,8% das vezes e os três fármacos mais frequentes foram: eritromicina (41,8%), gentamicina (21,3%) e nitrato de prata (19,7%) e com menor frequência a tetraciclina, o iodo-povidona, entre outros. A observação geral de conjuntivite química foi elevada, 42,3%, geralmente associada ao nitrato de prata, eritromicina ou tetraciclina (ASSADIAN et al., 2002). Em função da comprovada associação do nitrato de prata com a conjuntivite química, alguns dos países que ainda não abandonaram a profilaxia de rotina, têm utilizado outros fármacos como primeira escolha para a realização da profilaxia, como é o caso dos Estados Unidos, que deixaram de utilizar o nitrato de prata e utilizam atualmente a eritromicina ou a tetraciclina, pois acredita-se, inclusive, que esses dois agentes têm maior efetividade contra a oftalmia por clamídia (SCHALLER; KLAUSS, 2001).

A aplicação de nitrato de prata foi quase universal para a amostra do presente estudo, entretanto, não se buscou avaliar a proporção de recém-nascidos que adquiriu conjuntivite química. Essa informação pode ser relevante em estudos futuros para que se repensem, no âmbito da saúde pública brasileira, outras estratégias de prevenção, como as citadas em protocolo da biblioteca Cochrane: prevenção primária da propagação de doenças sexualmente transmissíveis, prevenção secundária através de exames de rastreamento durante o pré-natal e tratamento adequado e prevenção terciária através do diagnóstico precoce e tratamento da oftalmia neonatal (KAPOOR; WHYTE; VEDULA, 2016).

Visto que as estratégias de prevenção citadas acima exigem uma importante articulação da rede de saúde e um elevado investimento financeiro, outra alternativa que reduz custos e os efeitos adversos do nitrato de prata, é a adoção de outros fármacos em substituição ao nitrato de prata, alternativa essa já recomendada por recente diretriz brasileira (BRASIL, 2016).

Mesmo que pesquisas mostrem que a utilização da profilaxia neonatal deve ser realizada somente quando existem suspeitas clínicas para tal, a recomendação

brasileira é para se utilizar a profilaxia de maneira rotineira. Deste modo, os resultados encontrados nessa pesquisa estão em conformidade com essa recomendação, todavia, o fármaco utilizado não está. A instituição pesquisada utiliza como método de profilaxia para a oftalmia neonatal somente o nitrato de prata, mas atualmente recomenda-se o uso de pomada de eritromicina 0,5%, ou como alternativa, a tetraciclina 1% e em último caso o nitrato de prata (BRASIL, 2016). Além disso, a grande maioria dos recém-nascidos recebeu o nitrato de prata antes da primeira hora de vida, indicando também que para a grande maioria das mulheres, o contato pele-a-pele foi interrompido antes da primeira hora.

Com relação às práticas assistenciais segundo a classificação da OMS, a discussão se inicia com a categoria A, classificada como “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”. As práticas dessa categoria que apresentaram diferença estatisticamente significativa e que serão discutidas a seguir são: a presença de acompanhante durante o parto ou cesariana, a utilização de MNF de alívio da dor durante o trabalho de parto, a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, o contato pele-a-pele logo após o nascimento e o estímulo à amamentação logo após o nascimento.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto é lei no Brasil desde 2005 e é recomendada pela OMS desde 1996. Segundo a recomendação, essa pessoa deve ser alguém de confiança da mulher, podendo ser o parceiro, uma amiga, a doula, a enfermeira, a obstetrix, ou outra. Entretanto, recomenda-se também que a mulher receba apoio contínuo durante o processo do nascimento por uma pessoa treinada, que pode ser a doula, a obstetrix ou a enfermeira, porém, se a obstetrix ou a enfermeira fizerem parte da equipe assistencial da instituição, elas possivelmente não conseguirão dedicar-se integralmente ao suporte da mulher, tornando-se mais adequado então que esse apoio contínuo seja realizado por uma doula que não faz parte da equipe de assistência do hospital (BRASIL, 2005; WHO, 1996).

A instituição pesquisada é credenciada na Iniciativa Hospital Amigo da Criança desde 1997 e recebeu o credenciamento em 2014, que incluiu o critério “Cuidado Amigo da Mulher” (BRASIL, 2014b), onde consta que deve ser autorizada a presença da doula comunitária ou voluntária se for da rotina da instituição. Todavia, a maternidade em questão não possui essa rotina, por isso, não autoriza a presença da doula, a não ser que ela substitua o acompanhante que a mulher tem

direito por lei. Sabe-se, entretanto, que o acompanhante também demanda suporte e apoio, pois na grande maioria das vezes é alguém do círculo social da mulher, que também é parte daquela vivência e experiência de nascimento, por isso, revisão sistemática da biblioteca Cochrane recomenda que o apoio contínuo seja realizado por um profissional treinado que não seja nem parte do círculo social da mulher, nem parte integrante da equipe assistencial da instituição de saúde, visto que os resultados se mostraram mais eficazes, todavia, o acompanhamento por alguém que não seja treinado, como o parceiro, ainda é melhor do que não ter acompanhante. (HODNETT et al., 2013).

Embora evidências atuais recomendem a presença da doula e do acompanhante (MCGRATH; KENNEL, 2008), a OMS preconizou como prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada, que a equipe respeite o acompanhante de escolha da mulher, seja ele o parceiro, a doula ou outro. Como o hospital permite apenas um único acompanhante, optou-se por não abordar, nesta pesquisa, quem realizou esse acompanhamento, apenas se a mulher teve ou não acompanhante durante o trabalho de parto e parto/cesariana e se foi o acompanhante de sua escolha – todavia, a informação sobre quem realizou o acompanhamento foi coletada, sendo que este dado existe na pesquisa que originou este trabalho. Houve um aumento de 5,2% na presença de acompanhante de 2012 para 2016, assim, quase todas as mulheres da pesquisa de 2016 tiveram esse direito respeitado e garantido.

Estudo nacional que avaliou a presença de acompanhante em hospitais públicos e privados encontrou baixas proporções dessa variável durante o parto, apenas 32,7%. Quando foi avaliada a presença do acompanhante em todos os momentos de acordo com o profissional que atendeu o parto, as mulheres que foram atendidas por enfermeiras tiveram mais acompanhante em todos os momentos (27,2%), com relação àquelas que foram atendidas por médicos (15,1%). Melhores resultados foram encontrados para os seguintes tipos de instituições: hospital de ensino, Amigo da Criança e em processo de acreditação para o prêmio/título Galba de Araújo. Além disso, mulheres usuárias do SUS, com renda mais baixa, menor escolaridade e pretas ou pardas tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto (DINIZ et al., 2014).

Estudo que avaliou a presença do acompanhante em uma cidade no Sul do Brasil no ano de implementação da lei e um ano após, apontou taxas quase nulas da

presença do acompanhante, com 2,7% para um hospital Amigo da Criança e 0,3% para um hospital geral beneficente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). Outro estudo que avaliou duas maternidades públicas municipais apresentou uma taxa elevada de acompanhante (85,7%), porém, em ambas só era permitido acompanhante do sexo feminino (CARVALHO; BRITO, 2016). Proporções elevadas – acima de 90% – de acompanhante em instituições brasileiras, como apresentou o presente estudo, foram encontradas somente em Centros de Parto Normal, com uma taxa de 94,5% de acompanhante em um CPN extra-hospitalar em São Paulo (SILVA et al., 2013) e 92,2% em um CPN peri-hospitalar também em São Paulo (LOBO et al., 2010).

Ter um acompanhante na realidade brasileira de assistência ao parto possui um efeito protetor para a violência obstétrica, estimula uma melhor relação por parte da equipe (BRUGGEMANN et al., 2007), está associado ao menor tempo de espera, maior chance de ser tratada com respeito pelos profissionais, maior privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações, maior tempo disponibilizado pelos profissionais para fazer perguntas, maior participação nas decisões, menor relato de violência física, verbal ou psicológica e maior chance de satisfação geral com o parto (d'ORSI et al., 2014).

Em comparação com o cenário brasileiro, a instituição pesquisada está entre uma das que mais cumpre a lei, visto que garante o direito ao acompanhante e respeita o acompanhante de escolha da mulher quase que universalmente, não fazendo restrição por sexo ou por outra característica.

Com relação aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, a presente pesquisa encontrou um aumento de 9,3% de um ano para o outro. A OMS recomenda amplamente o uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, pois essa prática diminui a necessidade de utilização de recursos farmacológicos e ainda melhora a experiência com o nascimento (WHO, 1996).

Essa maior satisfação com a experiência do parto pode ser explicada pelo fato dos MNF auxiliarem na diminuição do estresse e da ansiedade e também facilitarem a progressão do trabalho de parto, diminuindo assim, a percepção de dor (JONES et al., 2012; KAMALIFARD et al., 2012; LUKASSE et al., 2014; TAAVONI et al., 2016). Além disso, o uso de recursos não medicamentosos de alívio da dor está associado ao parto por via vaginal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Estudo realizado em um hospital municipal do Rio de Janeiro antes da criação da Rede Cegonha que avaliou somente os partos assistidos por enfermeiras obstetras verificou um elevado uso de práticas para o alívio da dor, de 85,3% (REIS et al., 2014). Outro estudo realizado no mesmo município em dois hospitais públicos que também avaliou os partos acompanhados por enfermeiras obstetras, porém após a implementação da Rede Cegonha, revelou resultados ainda mais surpreendentes, onde 100% das parturientes incluídas utilizou mais de uma tecnologia não invasiva de cuidado durante o trabalho de parto (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Resultados semelhantes ao anterior foram encontrados em um CPN extra-hospitalar em São Paulo, onde todas as mulheres utilizaram uma ou mais práticas de conforto/alívio da dor não farmacológicas durante o trabalho de parto (SILVA et al., 2013).

Outros estudos realizados antes da implementação da Rede Cegonha, mas com um modelo de assistência tradicional, encontraram menores proporções do uso de técnicas de conforto e alívio da dor quando comparados aos partos assistidos por enfermeiras obstetras. Hospital universitário de Minas Gerais identificou uma taxa 54,7% (GOULART et al., 2013) e na avaliação de dois hospitais do Paraná, um Amigo da Criança e outro hospital geral, foi encontrada uma taxa de 67,3% de uso algum MNF de alívio da dor (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Entretanto, em um hospital Amigo da Criança onde médicos e enfermeiras assistem o parto vaginal, estudo que avaliou os partos atendidos por ambos identificou uma baixa utilização dos MNF – apenas 50%. Talvez isso tenha ocorrido porque o hospital não considera o seu modelo de assistência como colaborativo, existindo apenas a possibilidade de a enfermeira atender alguns partos, visto que a taxa de partos assistidos por enfermeiras foi apenas de 28% (ANDRADE et al., 2016). Diferentemente do estudo acima, pesquisa realizada em 2011 que comparou modelos de assistência ao parto encontrou proporções maiores de uso de práticas de alívio da dor que o presente estudo tanto para o modelo colaborativo, onde 85% das mulheres utilizaram, quanto para o modelo tradicional, onde 78,9% delas fizeram uso dessas tecnologias leves (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Outro estudo realizado depois da implantação da Rede Cegonha em duas instituições onde a assistência ao parto é realizada por médicos e enfermeiras obstetras, sob a lógica do modelo colaborativo encontrou taxas de MNF de alívio da dor exatamente iguais

ao da presente pesquisa para 2016, com um percentual de 74,2% de mulheres que as utilizaram no trabalho de parto (SOUSA et al., 2016).

Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), em 2006, a utilização de práticas não-farmacológicas de alívio da dor, em ordem crescente, segundo as regiões brasileiras foi, o Nordeste (17,4%), o Norte (18,3%), o Centro-oeste (27%), o Sul (37,4%) e o Sudeste (46,7%). A média brasileira ficou em 30,4% (BRASIL, 2009a). Pesquisa mais recente que avaliou hospitais públicos e privados do Brasil no ano de implementação da Rede Cegonha detectou uma diminuição da prevalência de utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor com relação ao PNDS. A proporção de mulheres que utilizou algum método foi ainda mais baixa, com 28% para mulheres de risco obstétrico habitual, 24,7% para não risco obstétrico habitual e 26,7% para todas as mulheres. Quando as regiões brasileiras são comparadas a ordem também já não é mais a mesma do PNDS: Centro-oeste (17,6%), Norte (17,7%), Nordeste (19,1%), Sul (30,5%) e Sudeste (37,5%), com a exceção do Sul e do Sudeste que permanecem como as regiões que mais utilizam MNF para a dor (LEAL et al., 2014).

Verificou-se uma maior proporção de utilização dos MNF nos partos assistidos por enfermeiras obstetras. Todavia, percebe-se que somente o fato de enfermeiras também atenderem o parto não garante proporções elevadas da utilização de MNF de alívio da dor se a instituição não incentiva e apoia tais práticas e se não trabalha sob a lógica do modelo colaborativo. Embora o hospital da presente pesquisa não tenha uma assistência baseada no modelo colaborativo, pelos resultados encontrados, infere-se que a instituição incentiva o uso de recursos não-farmacológicos de alívio da dor.

No que diz respeito à liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, houve redução de 16,7% de 2012 para 2016.

A OMS recomenda fortemente a livre movimentação e mudança de posição durante o trabalho de parto, pois a posição supina durante esse período afeta o fluxo sanguíneo do útero, reduzindo o fluxo de sangue que chega ao feto devido ao peso do útero que comprime a veia cava quando a mulher está deitada, comprometendo assim, a condição fetal. Além disso, a posição supina também pode reduzir a intensidade das contrações, interferindo na progressão do trabalho de parto. Ficar em pé ou em decúbito lateral está associado a maior intensidade e eficiência das contrações, no que diz respeito à capacidade de realizar a dilatação cervical. Outra

vantagem de assumir posições não-supinas é que o trabalho de parto pode ser experienciado como menos doloroso, à medida em que estudos encontraram menor necessidade de analgesia e de correção da dinâmica com ocitocina, além disso, foi encontrado também uma menor incidência de anormalidades na frequência cardíaca fetal na posição vertical. A única exceção para não estimular as mulheres a permanecerem em posições verticais é quando as membranas se rompem na presença de uma cabeça fetal não encaixada (WHO, 1996).

A liberdade de posição e movimentação mostrou-se bem variada na realidade brasileira quando avaliadas as mulheres com partos assistidos por enfermeiras obstetras. Estudos conduzidos antes da Rede Cegonha encontraram baixas taxas dessa prática, mesmo nos partos conduzidos por enfermeiras, onde apenas 29,8% das mulheres pode se movimentar livremente em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro (REIS et al., 2014) e 39,6% em um hospital universitário de Minas Gerais (GOULART et al., 2013). Entretanto, quando são avaliados os Centros de Parto Normal, mesmo antes da RC, a prevalência de liberdade de posição e movimentação mostra-se bem mais elevada. Em um CPN extra-hospitalar no RJ essa prática chegou a 85% (PEREIRA et al., 2013), já em um CPN extra-hospitalar em SP a deambulação foi de 68% (SILVA et al., 2013). Exceção foi evidenciada em um CPN peri-hospitalar em SP, onde a deambulação foi de apenas 47,6%, entretanto, essa prática deixou de ser registrada em prontuário a partir de 2005 e os dados foram coletados até 2006, portanto, possivelmente a proporção da prática foi maior e esse valor está subestimado (LOBO et al., 2010). Entretanto, quando são avaliados também os hospitais com assistência baseada no modelo tradicional, antes da RC, os resultados são ainda piores, com apenas 11,4% de estímulo à deambulação para todos os tipos de hospitais existentes no Rio de Janeiro (OLIVEIRA et al., 2008). Além disso, piores resultados também ocorreram em maternidades privadas, onde apenas 9,9% das mulheres internadas para o parto vaginal pode se levantar e caminhar, quando em maternidades públicas o percentual foi de 20,4% (d'ORSI et al., 2005).

Mesmo após a implementação da Rede Cegonha, a proporção de liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto apresentou-se variada. Dois estudos que avaliaram os partos atendidos por enfermeiras após a RC exibiram taxas bem distintas, um com apenas 30,5% de deambulação em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro (REIS et al., 2016), e o outro com 85,2% de uso da

prática em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul (REIS et al., 2015). Outro estudo que incluiu dois hospitais onde médicos e enfermeiras atendem o parto, mas que avaliou somente os partos assistidos por enfermeiras revelou uma prevalência de deambulação de 61,5% na maternidade A (onde a enfermeira atende 68,5% dos partos) e 37,3% na maternidade B (onde a enfermeira acompanha 43% dos partos) e uma taxa de 55,4% no total (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Quando avaliadas instituições, após a RC, onde enfermeiras e médicos assistem o parto vaginal, as taxas de deambulação se mostraram elevadas. Em um hospital universitário Amigo da Criança no Recife, a liberdade de posição e movimentação foi de 82% (ANDRADE et al., 2016), já em duas instituições públicas em Belo Horizonte, que trabalham sob a lógica do modelo colaborativo, a proporção da prática foi de 96% (SOUSA et al., 2016).

Estudo de abrangência nacional realizado no ano de implementação da RC, apontou uma proporção de liberdade de posição e movimentação de 46,3% para mulheres de risco habitual, 41,1% para não risco obstétrico habitual e 44,3% para todas as mulheres, porcentagem semelhante a encontrada na presente pesquisa. Quando estratificadas as regiões brasileiras, em ordem crescente, têm-se: Nordeste com 39,1%, Centro-oeste com 45,1%, Sudeste com 47%, Norte com 54,2% e Sul com 56,3% de movimentação durante o trabalho de parto (LEAL et al., 2014).

Além disso, estudo realizado na Califórnia, Estados Unidos, que comparou a assistência prestada por enfermeiras obstetras/obstetizes e por médicos a mulheres de risco moderado, apontou que nos partos assistidos por enfermeiras as mulheres deambularam e alternaram posições muito mais (68,4%) que nos partos assistidos por médicos (28,4%) (CRAGIN; KENNEDY, 2006).

Percebeu-se novamente a tendência de maior utilização da prática de liberdade de posição e movimentação em mulheres que tem o seu parto acompanhado por enfermeiras obstetras/obstetizes. Embora a região Sul seja a região do Brasil onde mais se utiliza essa prática (56,3%), a proporção encontrada pelo presente estudo ficou abaixo desse percentual, se aproximando do percentual do Centro-oeste. Uma das explicações para essa baixa proporção da liberdade de posição e movimentação e para a diminuição estatisticamente significativa entre os anos pode ser pelo fato de as enfermeiras obstetras da instituição não terem autonomia para decidir o uso desses recursos, sendo que para as mulheres se movimentarem livremente a prática precisa ser autorizada pela equipe médica, uma

vez que o acompanhamento do trabalho de parto e parto é realizado por essa categoria profissional.

Além disso, outra explicação possível para essa diminuição da liberdade de posição e movimentação do presente estudo possa ter relação com o aumento – estatisticamente significativo – da venóclise de rotina, pois a hidratação venosa rotineira dificulta as mudanças de posições e a deambulação da mulher (d'ORSI et al., 2005), podendo inclusive, impossibilitá-la de caminhar dependendo do suporte utilizado para fixar o soro.

De um modo geral, a proporção de mulheres que teve a chance de se movimentar livremente durante o trabalho de parto nas instituições brasileiras foi baixa, visto que essa prática não implica em custos e tem benefícios para a progressão do parto. A proporção de movimentação da maternidade estudada ficou abaixo da média da região Sul, equiparando-se com a média da região Centro-oeste – segunda pior do país. Manzini; Borges; Parada (2009) explicam que muitas maternidades nem possuem espaço físico para a deambulação das mulheres. Todavia, esse não é o caso do hospital estudado, onde o centro obstétrico possui sete suítes de pré-parto com possibilidade de deambulação e movimentação.

Revisão sistemática da biblioteca Cochrane e outros estudos vêm demonstrando que a prática de deambular e permanecer em posições verticais durante a fase ativa está associada a uma menor probabilidade de ser submetida a uma cesárea e de necessitar de analgesia, e com o encurtamento do trabalho de parto (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006; LAWRENCE et al., 2013; MAMEDE et al., 2007). Logo, uma estratégia que o hospital pesquisado poderia adotar para diminuir o tempo de permanência das mulheres até o parto – que aumentou com uma diferença estatisticamente significativa – é encorajar a liberdade de posição e movimentação e dar autonomia para que a enfermeira obstetra possa indicar essa prática sem o consentimento da equipe médica.

No que diz respeito ao contato pele-a-pele, a presente pesquisa identificou um incremento de 2012 para 2016, de 303,3%. Cabe ressaltar que foram considerados somente os casos de contato pele-a-pele imediato, ou seja, logo após o nascimento e antes de serem prestados os primeiros cuidados com o RN. Os casos em que a participante relatou qualquer barreira física – pano, camisola, campo, cueiro – entre ela e o bebê, não foram considerados como contato pele-a-pele.

O contato corporal precoce entre a mulher e o bebê ajuda na regulação da temperatura do recém-nascido, na manutenção do equilíbrio acidobásico, no ajuste da respiração e do choro, conserva a energia RN e estimula o comportamento cuidador (WINBERG, 2005). Além disso, revisão sistemática recente da biblioteca Cochrane encontrou que o contato pele-a-pele precoce favorece a estabilidade cardiorrespiratória (melhores parâmetros de batimento cardíaco fetal, frequência respiratória e saturação de oxigênio) e aumenta os níveis de glicose sanguínea, entretanto os RN mantidos em contato pele-a-pele precoce nos ensaios clínicos randomizados incluídos na revisão apresentaram uma temperatura corporal similar aos RN submetidos ao cuidado padrão (MOORE et al., 2016).

A partir da necessidade de melhorar as práticas hospitalares para apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançaram, em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que visa o cumprimento, por parte das instituições de saúde, dos “Dez passos para o sucesso no aleitamento materno” (LAMOUNIER et al., 2008). O 4º passo da IHAC diz respeito ao contato pele-a-pele imediato ou no prazo de cinco minutos após o parto e ao aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, e segundo o Ministério da Saúde, esse passo é interpretado como: “colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário”. Esse passo é considerado efetivo quando se tem uma proporção mínima de 80% de mulheres que realizam a prática (UNICEF, 2008).

Estabelecimentos de saúde que não aderiram à IHAC encontraram baixas taxas de contato pele-a-pele. Hospital de ensino terciário em São Paulo, que não havia aderido à IHAC até o ano do estudo (2004-2005), encontrou uma proporção de 15,4% de contato pele-a-pele, entretanto, a coleta dessa variável se deu através do prontuário (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

Do mesmo modo, estudos que não mencionam o credenciamento à IHAC também encontraram baixas taxas. Estudo realizado em 12 maternidades do SUS no interior de SP encontrou uma prevalência de 4,5% dessa prática, sendo a variável coletada através da observação do coletador (PARADA; CARVALHAES, 2007). Estudo que incluiu 13 hospitais de referência para baixo risco em Goiânia encontrou uma taxa de contato imediato de 76%, porém durou 30 minutos ou mais

em apenas 11,6% dos casos que foram relatados em entrevistas com as puérperas (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Estudo que avaliou somente os partos vaginais identificou uma taxa de 10% para o hospital A, 11,1% para o hospital B, 39,5% para o hospital C, e uma taxa total de 24,9%. Porém, essa variável foi avaliada através de registro em prontuário eletrônico, que também não fez diferenciação quanto a duração, o momento e se realmente foi contato pele-a-pele ou havia alguma barreira física entre o binômio (OLIVEIRA et al., 2015). Estudo que avaliou somente os partos vaginais de baixo risco na região Sudeste do Brasil encontrou uma taxa de contato pele-a-pele imediato de 34,1%, sendo essa informação coletada através de entrevista com as mulheres (BALDISSEROTTO; THEME FILHA; GAMA, 2016). Exceção foi encontrada em um estudo realizado em Natal, que não mencionou se os dois hospitais públicos municipais pesquisados eram credenciados à IHAC, mas encontrou uma alta taxa dessa variável, com 79% de contato pele-a-pele por pelo menos 30 minutos na primeira hora, relatado pelas puérperas (CARVALHO; BRITO, 2016).

Estudos que compararam maternidades credenciadas à IHAC e não credenciadas identificaram taxas discrepantes entre elas, com melhores resultados para as instituições credenciadas. Hospital de ensino que aderiu à IHAC apresentou uma taxa de 83,4% da prática, menor que o encontrado em um hospital geral beneficente credenciado ao SUS do mesmo município no Paraná (91,6%). Entretanto, a proporção de RN que permaneceu em contato pele-a-pele por 30 minutos ou mais foi maior no hospital Amigo da Criança, com 15,1%, contra 0,3% no hospital geral, sendo esses dados obtidos através de entrevista (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011). Estudo que avaliou 15 maternidades públicas, sendo 7 maternidades credenciadas à IHAC e 8 não credenciadas no Rio de Janeiro, constatou uma taxa de contato pele-a-pele de 86,5% para as credenciadas e de 76% para as não credenciadas, obtidas por entrevistas (OLIVEIRA et al., 2012). Estudo que avaliou hospitais privados da região Sudeste do Brasil encontrou, por meio de entrevistas com as mulheres, uma taxa de 37,7% em um hospital atípico (modelo colaborativo de atenção ao parto e Hospital Amigo da Criança) e de 12,8% nos hospitais típicos (que englobou 12 hospitais privados com modelo tradicional de assistência ao parto que não tinham aderido à IHAC) (TORRES et al., 2014).

Contudo, entre os hospitais com o título de Amigo da Criança, essa proporção também variou bastante. Maternidade pública de João Pessoa

apresentou apenas 9,3% de contato pele-a-pele por mais de 30 minutos ou até que o bebê realizasse a primeira mamada. Além disso, o estudo encontrou que a enfermeira é a profissional que mais colocou os bebês em contato pele-a-pele (42,6%), quando comparada com o pediatra (29,6%), com o obstetra (22,2%) e com os casos em que a mulher não lembrava (5,5%). Porém dado alarmante do estudo foi que nenhum dos bebês nascidos por cesariana fizeram contato pele-a-pele (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016). Já maternidade pública da cidade de São Paulo com título da IHAC encontrou taxas bem superiores ao do presente estudo: 72,4% de contato pele-a-pele obtidos através de entrevistas (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

Estudo de abrangência nacional que avaliou o contato pele-a-pele nas cinco regiões brasileiras por meio de entrevistas com as mulheres, identificou, em ordem crescente, o Centro-oeste com 25,5%, Sudeste com 26,9%, Norte com 17,9%, Nordeste com 28,8% e Sul com 32,5%. A média brasileira ficou em torno de 28% apenas. Outro resultado desse estudo foi a associação da maior chance de contato pele-a-pele com as variáveis nascer em hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto e parto vaginal. Já a menor chance de contato precoce está relacionada com o parto no interior, menor escolaridade e parto com pagamento público (MOREIRA et al., 2014).

O presente estudo ficou bem acima da média para a região Sul e da média brasileira, contudo, apresentou também uma proporção aquém do encontrado por outras maternidades que também tem o título da IHAC. Um fator problemático foi a impossibilidade de avaliar o tempo de contato pele-a-pele e se esse contato foi realmente imediato (logo após o nascimento) ou se ele aconteceu em até 5 minutos depois, que é o tempo estabelecido para que ocorra o contato, como preconiza o passo 4. O que se pode afirmar, é que para a grande maioria dos neonatos a maternidade não praticou o contato pele-a-pele de maneira contínua como o preconizado pelo 4º passo da IHAC, sendo rotina a separação do binômio antes de uma hora para realização do exame físico do RN, visto que, neste estudo, foi evidenciado a administração de nitrato de prata antes da primeira hora de vida para a grande maioria dos recém-nascidos.

Uma prática que está diretamente relacionada com o contato pele-a-pele é o estímulo à amamentação logo após o nascimento, uma vez que o RN não precisa necessariamente sugar para que o 4º passo seja cumprido, mas sim ter a

oportunidade de ser amamentado dentro de uma hora. Essa prática também foi consideravelmente maior em 2016, com um aumento de 103,6%, quando comparado ao percentual obtido em 2012. Cabe ressaltar que foram considerados somente os casos em que o estímulo à amamentação ocorreu na sala de parto/cesariana e antes de serem prestados os primeiros cuidados com o RN, como preconiza o passo 4 da IHAC e com a finalidade de evitar possível viés de memória caso a variável fosse mensurada considerando apenas o tempo da prática dentro da primeira hora de vida.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, a duração mediana do aleitamento materno é de 341,6 dias (11,2 meses) e a do aleitamento materno exclusivo é de apenas 54,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2009b). A prática da amamentação na primeira hora de vida está associada ao aumento da efetividade na amamentação, da duração do aleitamento materno e à redução da mortalidade infantil, principalmente em países em desenvolvimento (MOORE et al., 2016; MURRAY; RICKETTS; DELLAPORT, 2007), assim como a falta do contato pele-a-pele e da sucção precoce está relacionada ao desmame precoce, mesmo para RN que nasceram em hospital com IHAC (VIVANCOS et al., 2008). Assim, tem-se a dimensão da importância de práticas como o contato pele-a-pele precoce e o estímulo à amamentação logo após o nascimento.

Os estudos a seguir não discriminam se o aleitamento na primeira hora de vida do RN foi realizado de maneira imediata e contínua, se aconteceu após alguma rotina ou mesmo que tenha acontecido de maneira imediata, se foi interrompido para realizar o exame físico do RN ou algum outro cuidado, tampouco se ocorreu ainda na sala de parto/cesariana ou na sala de recuperação: hospital terciário em Botucatu, São Paulo, identificou uma taxa de aleitamento materno na primeira hora de 12,3% através de dados registrados em prontuário. Não é mencionado se o hospital aderiu à IHAC (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009). Estudo que também não mencionou a IHAC, realizado em 12 maternidades do SUS no interior de SP, encontrou uma taxa de 23,1% de amamentação na primeira hora, sendo a variável coletada através da observação do coletador (PARADA; CARVALHAES, 2007).

As pesquisas a seguir, no entanto, especificam que o aleitamento aconteceu na sala de parto. Pesquisa realizada em uma maternidade pública e outra privada no Rio de Janeiro observou que melhores resultados foram obtidos para a maternidade pública, sendo os dados coletados através de entrevista. Na maternidade pública

levaram o RN ao seio na sala de parto 33% das mulheres que tiveram parto normal e 6,9% das mulheres que tiveram cesárea. Na maternidade conveniada as proporções foram 23,7% e 8% para o parto vaginal e a cesariana respectivamente. A IHAC não é mencionada na pesquisa (d'ORSI et al., 2005). Estudo que avaliou somente os partos vaginais de baixo risco na região Sudeste do Brasil encontrou uma taxa de estímulo ao aleitamento na sala de parto semelhante ao do presente estudo, de 48,6%, sendo essa informação coletada através de entrevista com as mulheres. A IHAC também não é citada na pesquisa (BALDISSEROTTO; THEME FILHA; GAMA, 2016). Já estudo realizado no Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo, que é privado e atende uma população de classe social média e alta, identificou uma taxa de amamentação na primeira hora de 54,6% no ano de 2007. Não é relatado se o hospital aderiu à IHAC e os dados foram coletados através do prontuário. Foi considerada para essa variável a amamentação que ocorreu na sala de parto, no pré-parto ou no quarto PPP (PILLEGI et al., 2008).

Como pode-se perceber, estudos que não mencionam a IHAC encontraram baixas taxas de aleitamento materno na primeira hora de vida. Embora Torres et al. (2014) tenham encontrado uma boa proporção dessa variável (65,8%) em um hospital privado atípico, que possui um modelo de parto colaborativo e aderiu à IHAC em comparação a hospitais típicos (11,9%), ser Hospital Amigo da Criança por si só não garante altas proporções de aleitamento materno na primeira hora, como veremos a seguir.

Estudo realizado em Recife em uma maternidade com IHAC identificou apenas 31% de amamentação na primeira hora de vida (não especificou se foi na sala de parto), através de entrevista com as mulheres. Apenas o parto vaginal apresentou associação estatisticamente significativa com o aleitamento na primeira hora de vida (BELO et al., 2014). Estudo realizado em Salvador em duas maternidades credenciadas na IHAC encontrou para o hospital A uma proporção de 3,3% e para o hospital B uma proporção de 22,5% para a variável “mulher ajudada a iniciar o aleitamento materno na sala de parto” coletada através de entrevista, sendo o total das duas instituições 11% (SOUZA et al., 2011). Pesquisa realizada nas maternidades da cidade de Pelotas, por meio de entrevistas encontrou uma taxa de amamentação na primeira hora nos hospitais com IHAC de 53,3% e nos hospitais sem a estratégia de 33,4%, sendo o total da amostra 35,5%. A realização de cesariana acarretou em um risco duas vezes maior de não amamentar na primeira

hora de vida. Ter levado chupeta para o hospital e nascer em maternidades que não aderiram à IHAC também aumentou o risco de não amamentar na primeira hora de vida. Além disso, o índice de apgar igual ou menor que sete também aumentou o risco de não mamar nesse período (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008) o que é algo compreensível, tornando-se difícil atuar sobre esse aspecto.

Exceção com relação à baixa proporção de aleitamento materno na primeira hora de vida do RN nos estabelecimentos de saúde credenciados na IHAC foi encontrada por pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em 15 hospitais do SUS, sendo 7 com título de IHAC e 8 sem o título, que aferiu a prática de duas maneiras, por meio de duas variáveis diferentes, são elas: “ajuda no aleitamento materno ao nascimento” e “aleitamento materno na primeira hora de vida”. A primeira variável é a mesma aferida na presente pesquisa e a proporção encontrada foi de 69,1% para as instituições IHAC e 28,4% para os hospitais não credenciados. Já a variável aleitamento materno na primeira hora de vida ficou 65,9% para instituições IHAC e 32,8% para as não credenciadas. Variáveis coletadas através de entrevista (OLIVEIRA et al., 2012).

Estudo de abrangência nacional também fez distinção entre oferecer o seio materno na sala de parto (mesma variável aferida na presente pesquisa) e aleitamento materno na primeira hora de vida. A proporção de oferta de seio na sala de parto foi de 16,1% para todos os hospitais e para os hospitais com IHAC foi de 24%. Quando avaliadas as regiões do Brasil, as taxas de oferta de seio materno na sala de parto são, em ordem crescente: Nordeste com 11,5%, Norte com 12,5%, Centro-oeste com 15,8%, Sudeste com 18,1% e Sul com 22,5%. Esteve associado ao estímulo à amamentação na sala de parto as variáveis: nascer em Hospital Amigo da Criança, ter tido acompanhante durante o parto e parto vaginal. Já a maior chance de amamentação na primeira hora de vida esteve associada às variáveis: nascer na região Norte ou Centro-oeste, em hospital com título da IHAC, ter tido acompanhante durante o parto, parto vaginal e parto financiado pelo SUS. (MOREIRA et al., 2014).

Assim como no presente estudo, outros estudos também verificaram uma tendência de aumento no aleitamento na primeira hora de vida, como observado em Feira de Santana, Bahia, onde a prevalência passou de 52,2% em 2001 para 68,9% em 2009 (VIEIRA et al., 2015). O desfecho de “aleitamento materno na primeira hora de vida” possui um maior viés de informação do que a variável de “aleitamento

materno na sala de parto”, pois conta com a estimativa materna do tempo decorrido entre o parto e a primeira amamentação. Por isso, considera-se que aferir a variável da maneira que foi feito na presente pesquisa, especificando a amamentação na sala de parto, torna-a mais fidedigna ao resultado que se espera do 4º passo da IHAC.

Mesmo que não se tenha avaliado o tempo de contato pele-a-pele, a maternidade em estudo não cumpre o passo 4 da IHAC, onde pelo menos 80% das mulheres devem realizar contato pele-a-pele imediato por, no mínimo, uma hora, e 80% delas devem ser estimuladas a amamentar e a receber ajuda, se necessário (UNICEF, 2008). Além da IHAC, o contato pele-a-pele imediato e contínuo e o aleitamento na primeira hora de vida estão assegurados também pela Portaria nº 371 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS (BRASIL, 2014d). Apesar da maternidade em estudo ser vinculada ao SUS e ter o título da IHAC, nem metade das mulheres recebeu estímulo para amamentar logo após o nascimento do bebê.

Por fim, a última variável que será discutida da categoria A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas – é a que diz respeito a “fornecer à mulher todas as informações e explicações que desejar”. Essa variável foi subdividida em mais 10, entretanto, serão abordadas somente as quatro variáveis que apresentaram significância estatística, quais sejam, mulher foi informada na internação sobre os MNF de alívio da dor, mulher recebeu explicação sobre o motivo da realização do exame de toque vaginal, mulher recebeu explicação sobre o motivo da amniotomia, mulher recebeu explicação sobre o motivo da cesariana.

Das quatro variáveis apresentadas acima, a única que apresentou diminuição, de 16,2%, foi relativa ao recebimento de informação na internação sobre os MNF, embora a utilização de MNF durante o trabalho de parto tenha aumentado de um ano para o outro com significância estatística. A explicação sobre o motivo do toque vaginal aumentou 8,8%, assim como a explicação sobre o motivo da amniotomia e sobre o motivo da cesariana, que aumentaram, 21,8% e 6,6% respectivamente.

Talvez algumas das razões para que tenha ocorrido esse fenômeno de diminuição da informação sobre MNF, mas aumento desta prática pode ser devido ao maior conhecimento prévio das mulheres, onde o acesso à informação e aos meios de comunicação estão cada vez mais facilitados, principalmente para pessoas

de maior escolaridade, que foi o caso da amostra de 2016. Além disso, em cada quarto de pré-parto estão expostos não só alguns dos MNF de alívio da dor, como também um quadro de recomendações para a sua utilização, o que pode, por si só, estimular a mulher a questionar e utilizá-los.

Embora muito simples, fornecer à mulher e ao acompanhante informações e explicações adequadas sobre o processo de parturição e envolvê-los nas tomadas de decisões são importantes preditores da satisfação com a assistência ao parto, sendo a satisfação com o atendimento uma maneira indireta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde (d'ORSI et al., 2014). Além disso, experienciar durante a hospitalização para o parto sentimentos negativos como o de insegurança podem repercutir de maneira desfavorável nos resultados maternos e perinatais, à medida em que geram ansiedade, que está associada ao aumento demorado da liberação de adrenalina no sangue, podendo acarretar padrões anormais de BCF, diminuição das contrações, aumento da fase ativa do trabalho de parto e um baixo escore de apgar (LEDERMAN et al., 1978; LEDERMAN et al., 1981).

Mesmo que os procedimentos de exame de toque vaginal, amniotomia e cesariana tenham tido uma alta taxa de explicação por parte da equipe médica na presente pesquisa, tanto no ano de implementação da Rede Cegonha, como 4 anos após, esses resultados ainda não são universais, indicando que ainda existem mulheres sendo submetidas a uma cirurgia cesariana e outros procedimentos sem receber nenhuma explicação do porquê o procedimento está sendo realizado.

Estudo de abrangência nacional que avaliou as desigualdades sociais e a satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil utilizou como um dos desfechos duas variáveis que estão relacionadas à prática de fornecer à mulher todas as informações e explicações que desejar, inserida na categoria A, são elas: clareza nas explicações e tempo disponível para fazer perguntas. Estiveram associados à maior clareza nas explicações durante a internação para o parto o nascimento nas regiões Sudeste ou Sul, ter tido acompanhante em algum ou em todos os momentos da internação e parto por fonte de pagamento privado. Relativo ao tempo disponibilizado pelos profissionais para fazer perguntas, se associaram a maior possibilidade de perguntas, a idade maior que 35 anos, nascimento na região Sul, cesariana, ter tido acompanhante em algum ou em todos os momentos e assistência ao parto por fonte de pagamento privado. Além disso, as variáveis clareza nas explicações e tempo disponível para fazer perguntas foram fatores

independentes que se associaram à maior satisfação com o atendimento ao parto. A porcentagem da variável clareza nas explicações variou conforme as regiões do país: de 27,3% no Norte a 41,5% no Sul. Já a proporção do tempo disponível para fazer perguntas variou de 22,8% no Norte a 33,3% no Sul. Esses achados não são positivos e demonstram o não cumprimento do princípio de equidade, visto que o atendimento nas regiões mais desenvolvidas do país e não utilizar o SUS acarreta em maior satisfação com o parto e melhor relacionamento com os profissionais (d'ORSI et al., 2014).

Estudo realizado em dois hospitais vinculados ao SUS antes da implementação da Rede Cegonha encontrou que 66,6% das mulheres relataram ter recebido as explicações desejadas durante o trabalho de parto (sendo que a proporção de cada hospital foi de 60,2% de mulheres para o hospital 1 e 71,9% para o hospital 2). Já na assistência em sala de parto 68,7% das mulheres receberam as informações desejadas, 58,7% delas foram do hospital 1 (que aderiu à IHAC) e 77,1% foram do hospital 2 – que é um hospital geral beneficente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 com mulheres brasileiras que tiveram parto vaginal em instituições públicas e privadas revelou que durante o atendimento ao parto 9% das entrevistadas relatou não ter sido informada sobre algum procedimento que estava sendo feito, além disso 9% também relatou que algum profissional gritou com ela e 7% referiu que algum profissional da assistência a xingou e a humilhou (FPA, 2010). Esses dados são preocupantes e evidenciam a baixa qualidade do serviço prestado no que diz respeito ao não cumprimento de um dos princípios do SUS que é o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde (BRASIL, 1990) e o não cumprimento de pelo menos duas das práticas da categoria A, que é o apoio empático pelos prestadores de assistência e o oferecimento de informações e explicações que a mulher desejar.

Essa prática foi pesquisada por Baldisserotto; Theme Filha; Gama (2016) e analisada sob a perspectiva das variáveis: “tempo para fazer perguntas aos profissionais e fornecimento de informações” e “clareza das informações recebidas”. Uma das conclusões da pesquisa foi a constatação de que quando a mulher recebe da equipe informações e explicações sobre o processo de nascimento ela tende a avaliar positivamente a assistência recebida. Além disso, quanto melhor for a

percepção da mulher sobre o fornecimento de informações por parte da equipe, mais favorável é a avaliação dela sobre o atendimento recebido.

Para além da realização de práticas baseadas em evidências durante o processo de parturição, estudos tem demonstrado que uma avaliação positiva sobre o atendimento recebido não diz respeito somente às práticas realizadas. Aspectos mais subjetivos da assistência, tais como a maneira que a equipe médica interage com a mulher, tem maior relevância para uma avaliação positiva do atendimento do que as práticas obstétricas em si (BALDISSEROTTO; THEME FILHA; GAMA, 2016; SAWYER et al., 2013).

Se a mulher não é informada sobre os procedimentos que estão sendo realizados e sobre o progresso do parto, ela acaba recebendo uma assistência passiva, na medida em que não participa das decisões que são tomadas. Por outro lado, a participação da mulher das tomadas de decisões promove uma percepção de protagonismo, que acaba gerando maiores níveis de satisfação com o atendimento recebido (TINGSTIG et al., 2012). Assim, receber informações e explicações durante o trabalho de parto e parto não só é um direito da mulher como também qualifica o atendimento e melhora a percepção que a mulher tem a respeito dele.

Entretanto, fornecer, durante a assistência, todas as informações e explicações que a mulher desejar não incide somente na satisfação dela com o parto, mas também nos seus resultados clínicos, assim, essa prática não deve ser encarada apenas como um ato de cordialidade da equipe de saúde, mas sim como uma estratégia para a obtenção de melhores indicadores e desfechos maternos e neonatais.

Sobre as práticas da categoria B, classificadas pela OMS como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, serão discutidas a seguir as três práticas que apresentaram significância estatística, são elas a tricotomia, o local de realização da tricotomia e a venóclise durante o trabalho de parto.

A prática de remoção dos pelos/tricotomia especificamente para o parto diminuiu 21,3% de 2012 para 2016 entre as mulheres pesquisadas. O local de realização da tricotomia também apresentou uma expressiva mudança. A grande maioria das mulheres realizou a remoção dos pelos para o parto ainda em casa, em ambas as pesquisas, no entanto, em 2016, a prática da tricotomia na instituição pesquisada apresentou uma diminuição considerável, de 65,2%.

A tricotomia foi incorporada à rotina obstétrica hospitalar sob o pretexto de reduzir infecções e facilitar a sutura da episiotomia, que era e ainda é em alguns locais, realizada de maneira rotineira, entretanto, não existe evidência que suporte essas indicações. Além das mulheres experienciarem desconforto quando o pelo volta a crescer, o risco de infecção não é reduzido por causa disso, pelo contrário, a tricotomia de rotina pode até mesmo aumentar o risco de infecção dos vírus HIV e hepatites tanto para o profissional de saúde quanto para a mulher. Assim, a tricotomia é um procedimento desnecessário e não deve ser realizado, a não ser que a mulher solicite (WHO, 1996).

Em recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que comparou a tricotomia com a prática de cortar os pelos se necessário, não foram encontradas diferenças para os desfechos morbidade febril puerperal, infecção de lesão perineal (seja ela por laceração ou episiotomia), deiscência de lesão perineal, infecção neonatal e satisfação materna. Nenhum estudo apresentou traumatismo perineal devido à tricotomia, no entanto, um ensaio clínico randomizado reportou efeitos adversos da tricotomia, como irritação, vermelhidão, ardor e coceira. Devido a isso, a conclusão da revisão é de que não existem evidências suficientes para recomendar a tricotomia na admissão para o parto (BASEVI; LAVENDER, 2014).

Estudos realizados antes da implementação da Rede Cegonha demonstram uma maior proporção de tricotomia quando comparado aos estudos realizados após, como evidenciado a seguir.

Estudo realizado antes da RC em municípios do interior de São Paulo, constatou a prática de tricotomia no hospital de 53% (PARADA; CARVALHAES, 2007). Já estudo que avaliou a assistência em 13 hospitais de Goiânia antes da RC encontrou uma taxa de tricotomia de 41% (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Resultados semelhantes foram encontrados em duas maternidades do Rio de Janeiro, uma pública e outra conveniada com o SUS, antes da RC, que apontou proporções de tricotomia diferentes para o hospital público (63,3% para parto vaginal e 66,7% para cesárea) e o conveniado (41,1% para parto normal e 39,3% para cesariana). Aproximadamente 30% das mulheres que receberam atendimento pelo SUS realizaram a tricotomia em casa, enquanto que essa mesma variável foi de aproximadamente 70% para as mulheres atendidas na maternidade conveniada (d'ORSI et al., 2005).

Entretanto, existem exceções a esse padrão, como foi encontrado em um hospital de Uberaba, Minas Gerais, cuja taxa de tricotomia foi de 7,5%, próximo ao encontrado na presente pesquisa em 2016 (GOULART et al., 2013). Além da prática de tricotomia não ser mais recomendada e ser considerada prejudicial, a grande maioria dos estabelecimentos de saúde continua realizando, talvez por desconhecer como se daria a assistência sem que tal prática acontecesse. Contudo, estudo realizado em um CPN mostra ser totalmente viável não realizar tricotomia e continuar prestando uma assistência de qualidade, inclusive na restrita necessidade de uma episiotomia. Essa pesquisa foi realizada antes da RC, na Casa de Parto de Sapopemba, em São Paulo, e já em 2006 a instituição não realizava mais os procedimentos de enema, tricotomia e outros (SILVA et al., 2013).

Mesmo que a assistência em um CPN seja de baixo risco, é possível banir essas práticas prejudiciais também em maternidades terciárias e de alto risco, como mostrou estudo de Dotto; Mamede; Mamede (2008), que pesquisou duas maternidades (uma pública e uma conveniada ao SUS) em Rio Branco, no Acre, antes da RC e encontrou que a tricotomia não fazia parte da rotina da assistência.

Quando os estudos avaliam as informações que constam somente no prontuário, percebe-se uma diminuição na proporção da prática, como foi o caso da pesquisa de Manzini; Borges; Parada (2009), antes da RC, que encontraram apenas 11,9% de tricotomia. Embora alguns profissionais tenham conhecimento que algumas práticas não são mais recomendadas, eles continuam utilizando-as, por basear a sua prática não em evidências, mas sim em experiência pessoal (CARVALHO et al., 2012; HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005), logo, uma explicação para baixas proporções de tricotomia quando são avaliados somente os registros de prontuário pode ser devido a esse conhecimento acerca das práticas prejudiciais, fazendo com que os profissionais não as registrem em prontuário, mas solicitem a sua utilização através do estabelecimento da prática como rotina ou de pedido verbal à equipe de enfermagem.

Da mesma forma, estudos realizados após a adesão da instituição à Rede Cegonha mostram não só proporções bem menores dessa prática prejudicial, como também a sua extinção da assistência obstétrica.

Estudo realizado em Maringá, Paraná, após a RC, em dois hospitais públicos, encontrou uma taxa de tricotomia de 22,6% (MONTESCHIO et al., 2016). Já pesquisa realizada em duas maternidades com modelo colaborativo de

assistência em Minas Gerais, encontrou resultados surpreendentes: nenhum relato por parte das entrevistadas de tricotomia (SOUSA et al., 2016). O mesmo aconteceu em duas maternidades com modelo colaborativo de atenção em Belo Horizonte: nenhum caso de enema e tricotomia foi encontrado (SOUSA et al., 2016).

Pesquisa realizada em Taiwan avaliou mulheres atendidas em dois protocolos diferentes, um protocolo padrão e um chamado protocolo de parto amigo da mulher, que consistiu na inserção das boas práticas apenas, pois o parto em ambos os protocolos foi atendido pela equipe médica. A tricotomia no protocolo amigo da mulher foi de apenas 1,8%, já no protocolo padrão foi de 94,4% (LI et al., 2015).

O aumento da remoção dos pelos em casa, como foi evidenciado pela presente pesquisa, pode ser explicado pelo aumento da cultura da depilação íntima feminina, que por sua vez, pode estar relacionada à influência da indústria pornográfica, cujo acesso está cada vez maior e mais facilitado, que impõe maneiras de ser e se portar para ser sexualmente aceita (DeMARIA; BERENSON, 2013; QUINTELA, 2014; RAMSEY et al., 2009).

Mesmo que uma das propostas da Rede Cegonha seja a implementação e garantia das boas práticas da OMS, evidenciou-se que quatro anos após a adesão à estratégia, a maternidade em estudo ainda não conseguiu extinguir uma prática que não é recomendada, tampouco baseada em evidências científicas e que acarreta em aumento de custos pelo material utilizado, que depois é descartado, e pelo tempo que um funcionário da equipe gasta para realizar essa atividade.

No que se refere à venóclise ou punção venosa, que é um procedimento realizado através da inserção de um cateter em uma veia periférica com a finalidade de infundir grandes volumes de líquidos, houve um aumento de 14,5% entre os anos, desse modo, praticamente todas as mulheres da pesquisa de 2016 foram submetidas a essa prática, que é considerada claramente prejudicial ou ineficaz e que deveria ser eliminada. Na presente pesquisa, não foi possível avaliar se todas as mulheres que foram submetidas à venóclise, de fato receberam infusão de líquidos ou se apenas foram puncionadas para uma eventual necessidade – denominada de venóclise rotineira profilática, conforme a OMS.

O trabalho de parto requer uma grande quantidade de energia da mulher e como a sua duração é imprevisível, a reposição dessa energia dispendida é fundamental para o bem-estar materno e fetal. A restrição severa de ingestão oral

pode levar à desidratação e cetose. A recomendação mais lógica para a reposição energética seria a livre ingestão oral durante o trabalho de parto, entretanto, pelo risco de aspiração de conteúdo gástrico (síndrome de Mendelson) quando uma anestesia geral é realizada, as rotinas hospitalares passaram a adotar duas medidas: a restrição total de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto e a infusão intravenosa de fluidos para a prevenção da desidratação e cetose. Todavia, como o risco de aspiração está associado ao risco da anestesia geral e como não existem garantias para evitar a síndrome de Mendelson, a abordagem correta durante a assistência ao parto é utilizar estratégias para evitar a anestesia geral e não a síndrome de Mendelson (WHO, 1996).

As infusões intravenosas de rotina não só interferem no processo natural do parto, como também restringem a liberdade de movimentação da mulher. Mesmo que se realize somente a colocação profilática de um cateter venoso periférico sem infusão de fluidos, essa prática por si só estimula e facilita outras intervenções desnecessárias. Dessa forma, recomenda-se a reposição da energia dispendida durante o processo de parturição através da ingestão oral de líquidos e de refeições leves (WHO, 1996). Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane concluiu que não existem evidências robustas para recomendar a administração rotineira de fluidos intravenosos durante o trabalho de parto (DAWOOD; DOWSWELL; QUENBY, 2013).

Como evidenciado acima, os dois procedimentos (punção venosa rotineira profilática e infusão rotineira de fluidos) são considerados pela OMS como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. A presente pesquisa avaliou somente a prática de venóclise rotineira profilática, entretanto, como não foi possível diferenciar se a mulher também recebeu hidratação venosa/infusão de fluidos e como para a prática de hidratação venosa é necessário que se realize a venóclise, ambas as práticas serão discutidas a seguir.

Estudos realizados antes da RC mostram elevadas taxas de venóclise. Parada; Carvalhaes (2007) ao avaliarem 12 maternidades do interior paulista identificaram uma proporção desse procedimento de 67,2%. Através da avaliação do prontuário de 13 maternidades em Goiânia, todas referências para baixo risco, Giglio; França; Lamounier (2011) identificaram uma prescrição de soro parenteral no trabalho de parto de 56% e no parto de 65,2%. Estudo que também avaliou prontuários antes da RC, encontrou uma proporção de venóclise de 70% em um

hospital terciário de Botucatu, São Paulo (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009). Pesquisa realizada em 2008 em Uberaba, Minas Gerais, encontrou taxas ainda maiores de punção venosa (73,6%) quando avaliou um hospital universitário da região (GOULART et al., 2013).

Quando se comparam os estabelecimentos de saúde os resultados são ainda mais surpreendentes, evidenciando que as recomendações de uma assistência baseada em evidências não são universais, sendo dependentes da prática profissional individual e da gestão da instituição, como demonstrado a seguir.

Estudo realizado em duas maternidades do Rio de Janeiro, uma pública e outra conveniada ao SUS encontrou uma proporção de hidratação venosa de aproximadamente 59% para parto vaginal e cesariana na maternidade pública e na maternidade conveniada as taxas foram 88,8% e 72,1% para o parto vaginal e cesariana respectivamente (d'ORSI et al., 2005). Já pesquisa que avaliou a variável hidratação venosa para diversos tipos de instituições de saúde vinculadas ao SUS antes da RC no município do Rio de Janeiro, encontrou em ordem crescente, uma taxa de 62,1% para hospital contratado, 63,6% para hospital federal, 70% para hospital estadual, 77% para hospital municipal, 85% para hospital militar, 86,6% para hospital filantrópico e 75,7% no total. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para as gestantes de risco habitual ou alto risco (OLIVEIRA et al., 2008) demonstrando que apesar das variações, a hidratação venosa foi utilizada de maneira rotineira para todas as instituições.

É possível eliminar a punção venosa rotineira profilática da prática assistencial sem comprometer o cuidado, como foi demonstrado em um Centro de Parto Normal em São Paulo antes mesmo da RC. Embora o CPN não tenha informado a proporção do procedimento, relatou que a colocação de cateter venoso periférico de maneira rotineira não é mais realizada. O controle da dor por agentes sistêmicos e a analgesia epidural também não são realizadas no CPN, assim, infere-se que a maior utilização da venóclise seja para a infusão de ocitocina, que apresentou uma proporção de 30% (SILVA et al., 2013).

Assim como aconteceu com a variável anterior – tricotomia – também se evidenciou nos estudos brasileiros uma diminuição na proporção de venóclise após a Rede Cegonha, como observado a seguir. Pesquisa realizada em uma maternidade pública referência para risco habitual em Curitiba, identificou uma taxa de 53% de punção venosa (APOLINÁRIO et al., 2016). Outro estudo também

realizado em uma maternidade de risco habitual em Curitiba relatou que em 2014 houve a eliminação da prática institucional dos procedimentos enema, tricotomia e punção venosa profilática, realizados de maneira rotineira (RABELO, 2015).

Porém, quando se realiza uma avaliação mais geral em todo o país, mesmo no início da implementação da Rede Cegonha, os resultados mostram-se negativos. Estudo de abrangência nacional realizado em 2011/2012 constatou uma elevada proporção de venóclise, de 73,8% para mulheres de risco habitual, 76,7% para mulheres de alto risco e 74,9 para todas as mulheres brasileiras. A região que mais utilizou essa prática foi a Sudeste com 76%, seguido das regiões Centro-Oeste (73,7%), Sul (72,9%), Norte (72,1%) e Nordeste (71,5%). As mulheres que tiveram o parto financiado por custeio próprio também foram mais submetidas ao procedimento (83,2%) com relação às mulheres atendidas pelo SUS (72,8%). As intervenções obstétricas apresentaram prevalência elevada e o cateter venoso periférico foi uma das duas intervenções mais frequentes, entretanto, para as mulheres sem plano de saúde e para as multíparas, a venóclise foi menos frequente (LEAL et al., 2014), sugerindo que não existem indicações claras e precisas para a realização profilática e rotineira desse procedimento.

Mesmo que nessa pesquisa tenha se avaliado somente o procedimento de punção venosa, não sendo possível, portanto, avaliar se através da venóclise a mulher recebeu hidratação venosa ou não, essa prática por si só também é considerada prejudicial ou ineficaz, uma vez que não existem razões para a inserção profilática e rotineira de um cateter venoso periférico pensando na eventual possibilidade de a mulher necessitar. Além de gerar mais custos com o tempo que o funcionário dispende para realizar o procedimento e os gastos com os diversos materiais que são utilizados, podendo inclusive, serem desprezados sem um único uso, o acesso venoso, com ou sem infusão de volume dificulta a livre movimentação e posição da mulher durante o trabalho de parto.

Foi possível identificar essa consequência da prática rotineira da venóclise na presente pesquisa: quase 100% das mulheres possuía um acesso venoso no trabalho de parto em 2016, e houve também, por conseguinte, uma diminuição estatisticamente significativa na liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto no mesmo ano. Logo, mesmo quatro anos após a adesão da maternidade na Rede Cegonha, a prática da punção venosa profilática não só não

foi extinta, como também aumentou significativamente, sendo realizada quase que universalmente no hospital universitário em estudo.

No que se refere às práticas da categoria C – classificadas pela OMS como práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela – serão discutidos apenas duas: manobra de Kristeller ou pressão fúndica uterina e clampeamento precoce do cordão umbilical.

No que concerne à manobra de Kristeller, houve um aumento de 60% no uso dessa prática de 2012 para 2016, havendo também um aumento da explicação por parte do profissional de saúde (fornecida à mulher e não registrada) para justificar tal prática, embora a explicação não tenha apresentado significância estatística entre os anos.

Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane apontou como resultados principais que a manobra de Kristeller realizada manualmente não apresentou diferença nas taxas de parto vaginal espontâneo dentro de um tempo específico, parto instrumental, cesariana, parto operatório, duração do expulsivo, pH baixo do cordão umbilical do RN ou apgar menor que sete no 5º minuto. Nenhum óbito neonatal ocorreu, entretanto, as mulheres que foram submetidas à pressão fúndica manual tiveram mais lesão perineal do que as que não foram submetidas. Apesar disso, os estudos que averiguaram a pressão fúndica manual não avaliaram a mortalidade ou morbidade materna severa. Já a manobra de Kristeller realizada por meio de um cinto não reduziu o parto instrumental e o parto operatório. Além disso, essa técnica não mostrou diferença nas taxas de cesariana, pH baixo do cordão umbilical do RN ou apgar menor que sete no 5º minuto. Contudo, dois estudos relataram uma redução na duração do período expulsivo para nulíparas. A lesão perineal aumentou não só com a manobra realizada manualmente, mas também com o cinto: mulheres submetidas a essa técnica tiveram aumento de laceração de 3º grau. Apesar disso, os estudos que examinaram a pressão fúndica através do cinto não avaliaram as variáveis parto vaginal espontâneo dentro de um tempo específico, morte neonatal e mortalidade ou morbidade materna severa. Por fim, os autores concluem que as evidências atuais são insuficientes para apoiar o uso rotineiro da pressão de fundo do útero, seja manualmente, através de cinto ou qualquer outro método, durante o período expulsivo (HOFMEYR et al., 2017).

O Ministério da Saúde brasileiro também não apoia a realização da prática. Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, a manobra de Kristeller

não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto, pois não existem provas do seu benefício, pelo contrário: ainda que escassas, existem algumas evidências de que essa prática é fator de risco para morbidade materna e fetal (BRASIL, 2016).

Para além da falta de evidências que apoiem a utilização da manobra de Kristeller, essa prática é considerada atualmente como uma violência obstétrica, uma vez que se caracteriza como um procedimento desnecessário e danoso, podendo acarretar em traumas físicos e psicológicos (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; TESSER et al., 2015).

Assim como encontrado em outras variáveis já discutidas, percebeu-se que a manobra de Kristeller também foi mais praticada antes da implementação da Rede Cegonha. Estudo que avaliou 13 maternidades que são referência para gestação de risco habitual em Goiânia encontrou uma taxa elevadíssima do procedimento: 55,4%, que somada às demais práticas avaliadas, evidenciam resultados preocupantes, segundo os autores (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Resultados semelhantes foram encontrados em duas maternidades do Rio de Janeiro, uma pública e outra conveniada com o SUS, antes da RC, que apontou proporções da prática de 46,1% para a maternidade pública e 53,6% para a maternidade conveniada (d'ORSI et al., 2005).

Mantém-se como uma exceção ao cenário obstétrico anterior à RC, a assistência prestada nos Centros de Parto Normal, como é o caso do relatado em pesquisa realizada na Casa de Parto de Sapopemba, em São Paulo, em 2006, que declarou não praticar algumas práticas intervencionistas, entre elas, a pressão de fundo de útero (SILVA et al., 2013).

Estudo de abrangência nacional realizado concomitantemente à implantação da Rede Cegonha no país, apontou que a região onde mais se pratica a pressão de fundo de útero é no Centro-oeste com 45,5%, seguido do Nordeste com 40,6%, Sudeste com 36,1%, Norte com 33,9% e Sul com 32,3%. A taxa da prática de acordo com o risco gestacional surpreende: 37,3% para mulheres de risco obstétrico habitual, 33,9% para mulheres de alto risco e 36,1% para todas as mulheres brasileiras (LEAL et al., 2014), indicando mais uma vez, que a realização desse procedimento não tem relação com as condições maternas ou fetais. Outro achado dessa mesma coorte nacional foi a constatação de que médicos obstetras realizam

mais Kristeller do que enfermeiras obstetras/obstetrizes – 38,7% versus 27,2% (GAMA et al., 2016).

Em alguns casos, o cenário se modificou minimamente quando da adesão das maternidades à RC, como evidenciado a seguir. Estudo realizado em 2015, em Recife, Pernambuco, apontou uma taxa de manobra de Kristeller semelhante à encontrada pelo presente estudo em 2012, de 9% (ANDRADE et al., 2016). Entretanto, mesmo em instituições que priorizam uma assistência obstétrica baseada em evidências, percebe-se a resistência em eliminar o Kristeller da prática clínica, como foi apontado por pesquisa realizada em duas maternidades de Belo Horizonte, cujo modelo de atenção é colaborativo, que encontrou uma taxa de pressão fúndica de 9,3% (SOUSA et al., 2016), que é mais alta do que a encontrada no presente estudo em 2012, porém, mais baixa do que a encontrada em 2016.

Estudos internacionais, por sua vez, onde a assistência ao parto por enfermeira obstetra/obstetriz é bem estabelecida no sistema de saúde, demonstram índices mais baixos do procedimento. Pesquisa realizada na Suíça com mulheres de todos os riscos gestacionais encontrou uma taxa da manobra de Kristeller de 2,1% realizada por enfermeiras obstetras/obstetrizes, sob a indicação de condição fetal não tranquilizadora (KVIST et al., 2011).

Mesmo que as taxas após a RC tenham se mostrado baixas em algumas instituições, percebe-se uma resistência na eliminação dessa prática. Essa resistência não é encontrada somente em maternidades brasileiras, a manobra de Kristeller é tão amplamente utilizada em todo o mundo (CUERVA et al., 2015; MOIETY; AZZAM, 2014; PAZENDEH et al., 2015) que estudos que buscam implementar programas de melhoria da assistência também não conseguem eliminar totalmente a prática, como demonstrado por estudo indiano, onde a redução do Kristeller foi de 48% para 14% (IYENGAR et al., 2014), e estudo suíço, onde a redução foi de 13% para 7% e a indicação da prática documentada em prontuário foi de 92% para 88% (SANDIN-BOJÖ, 2007).

Na contramão desses achados estão os resultados da presente pesquisa, onde a manobra de Kristeller não só não diminuiu, como também aumentou com diferença estatisticamente significativa. Entretanto, das dez práticas em que se avaliou o fornecimento de explicação pelos profissionais, o Kristeller foi a que menos as mulheres relataram terem sido informadas, onde aproximadamente metade delas recebeu explicação, demonstrando que os profissionais não reconhecem uma

indicação clara para o procedimento, mas continuam utilizando-o à revelia das evidências científicas e sem informar as mulheres, agravando ainda mais essa situação, hoje reconhecida como violência obstétrica.

Finalizando as práticas da categoria C, o clampeamento precoce do cordão umbilical, também classificado pela OMS em 1996 como uma prática que não se tem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela, hoje em dia, tornou-se uma prática da qual se tem uma recomendação precisa, embasada por evidências científicas sólidas e de alto nível.

Entretanto, as evidências científicas atuais são controversas quanto ao período de tempo ideal para o clampeamento do cordão. O que se tem de consenso é que o momento adequado para ocorrer o clampeamento é quando o cordão parou de pulsar, ou seja, quando cessou a sua circulação (BRASIL, 2016; CHAPARRO; LUTTER, 2007; PAHO, 2013; WHO, 2014).

O tempo para que isso ocorra, no entanto, permanece controverso. Manual de 2012 da OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto afirma que o clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical é aquele realizado entre 1 a 3 minutos após o nascimento (WHO, 2012; WHO, 2014). Manual de 2013 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de práticas integradas durante o parto para a nutrição, saúde e desenvolvimento materno e neonatal, denominado “além da sobrevivência”, recomenda o clampeamento oportuno de 2 a 3 minutos após o parto para o RN que é colocado até 10cm acima ou abaixo da placenta; e aproximadamente 5 minutos para o RN que é colocado em contato pele-a-pele, pois esse é o tempo necessário para que ocorra a completa transfusão placentária (PAHO, 2013). Já o Ministério da Saúde brasileiro, através da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que o clampeamento deve ser realizado entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação (BRASIL, 2016).

As evidências são controversas também quanto às indicações para proceder o clampeamento imediato. O consenso é que o clampeamento precoce deve ocorrer nos casos de asfixia grave, quando o cordão está plano e sem pulso, indicando a necessidade de remoção imediata do RN para reanimação. Nos casos em que o RN está pálido, flácido e sem respirar, recomenda-se manter o RN no nível do períneo e proceder medidas de reanimação sem clampear o cordão, pois mais de 90% dos RN respondem às manobras iniciais de reanimação que incluem secagem e estimulação

corporal (BRASIL, 2016; PAHO, 2013; WHO, 2012; WHO, 2014). Quanto aos RN de mães que vivem com HIV as recomendações divergem. A OMS recomenda o clampeamento tardio mesmo assim tanto para mulheres que vivem com HIV quanto para aquelas que desconhecem o seu status sorológico, pois os benefícios comprovados do clampeamento oportuno superam os danos teóricos e não comprovados. Entretanto, as mulheres e seus recém-nascidos devem receber terapia antirretroviral adequada (WHO, 2014). A OPAS não apresenta uma recomendação clara, afirmando que o risco aumentado se dá quando ocorre o desprendimento da placenta, no entanto, a separação placentária possivelmente não ocorre antes do tempo recomendado para clampar o cordão – aproximadamente 3 minutos, assim, não se sabe se a prática de clampar tardiamente o cordão aumenta o risco de transmissão vertical de HIV (PAHO, 2013). Entretanto, as recomendações do Ministério da Saúde e da portaria nº 371 de 07 de maio de 2014 sobre a Atenção Integral e Humanizada ao Recém-nascido, são para proceder o clampeamento imediato nos casos de parturientes que vivem com HIV e HTLV (BRASIL, 2014d; BRASIL, 2015).

Nesse sentido, para efeitos da presente pesquisa considerou-se como clampeamento tardio aquele realizado entre 2 a 3 minutos após o parto ou até o cordão parar de pulsar. Além disso, na seção dos resultados deste estudo não foram excluídos da análise os RN de mães que vivem com HIV, contudo, eles contabilizaram uma parcela mínima, sendo apenas quatro (1,1%) na pesquisa de 2012 e 14 (2,4%) na pesquisa de 2016 (dados não constantes em tabelas). Como a rotina da instituição é proceder o clampeamento imediato em RN de mães que vivem com HIV, deve-se considerar essa pequena parcela ao analisar a variável clampeamento precoce, além disso, também não foram excluídos os RN que tiveram o cordão clampeado precocemente por necessitar de alguma manobra de reanimação, embora se saiba que menos de 10% dos recém-nascidos necessitam de intervenções de reanimação mais ativas para estabelecer uma respiração regular (CHAPARRO; LUTTER, 2007; PAHO, 2013).

Os estudos encontrados apresentaram uma imensa variação, mesmo após a Rede Cegonha, tanto nas taxas de clampeamento precoce, quanto na definição do tempo exato para ser considerado precoce e também com relação ao método utilizado para aferição da variável, como pode ser evidenciado a seguir. Estudo realizado após a RC em uma maternidade do Recife, identificou através dos

prontuários, uma taxa de 30% de clampeamento precoce do cordão (ANDRADE et al., 2016), entretanto, essa pesquisa não definiu o período de tempo para que fosse considerado imediato o clampeamento. Estudo em um hospital universitário de Fortaleza, que trabalha sob a lógica do modelo colaborativo, identificou que o clampeamento após 1 minuto ocorreu em 66,8% dos nascimentos. A taxa de não registro em prontuário foi de 5,5%, semelhante ao encontrado pela presente pesquisa em 2016 (MEDEIROS, 2016). Pesquisa realizada em 2013, em três maternidades públicas e de baixo risco em Curitiba, encontrou uma alta taxa de não registro de informação sobre o momento do clampeamento do cordão, de 87%, um pouco abaixo da taxa de não registro encontrada pela presente pesquisa em 2012. Quando houve o registro, o clampeamento de maneira imediata – também sem definição de tempo exato – foi procedido 30,2% das vezes e o clampeamento oportuno, descrito pelo estudo como aquele realizado em até 30 minutos ocorreu 69,8% das vezes (OLIVEIRA, 2015). Outro estudo, também realizado em Curitiba, mas em 2014-2015 em uma maternidade pública e de risco habitual identificou, através dos prontuários, uma taxa de clampeamento precoce – definido pela autora como menor que um minuto – de 33% (RABELO, 2015).

Estudo realizado na Holanda avaliou os protocolos acerca do clampeamento do cordão umbilical que enfermeiras obstetras/obstetrizes e médicos obstetras utilizavam em suas práticas através de questionário com esses profissionais. Apenas 19% dos profissionais afirmou que existiam protocolos a respeito do clampeamento do cordão em seus locais de trabalho. O clampeamento precoce foi recomendado em 54% dos protocolos como parte da política de manejo ativo do terceiro período clínico do parto e/ou como parte da política local de verificação imediata dos valores de gases sanguíneos do RN. O clampeamento tardio foi recomendado em 33% dos protocolos, sendo que as recomendações variaram entre esperar cessar a pulsação do cordão (81%) e esperar pelo menos 3 minutos (19%). Quanto às práticas por profissional, as enfermeiras obstetras/obstetrizes utilizaram mais o clampeamento oportuno do que os médicos obstetras (43% versus 13%), principalmente quando se tratou de parto vaginal eutócico (97% versus 75%), evidenciando a diferença de treinamento quanto ao modo de se produzir saúde, especialmente em um parto espontâneo e sem complicações (BOERE et al., 2015).

Pesquisa realizada no Reino Unido com todos os médicos obstetras e todas as enfermeiras obstetras/obstetrizes registrados em suas respectivas associações

de classe evidenciou que o clampeamento imediato para os partos a termo é realizado com mais frequência pelos médicos obstetras (74% versus 41%); o mesmo acontece nos partos pré-termo: enquanto 57% dos médicos obstetras procede o clampeamento imediato do cordão, as enfermeiras obstetras/obstetrizes fazem o mesmo 55% das vezes (FARRAR et al., 2010).

Uma estratégia que pode ser utilizada pelas mulheres para a garantia do clampeamento tardio em instituições hospitalares é a realização de um plano de parto, como foi evidenciado pela pesquisa de Suárez-Cortés al.et (2015), realizada na Espanha, onde as mulheres que apresentaram o seu plano de parto na admissão hospitalar tiveram os seus desejos mais respeitados, entre eles o clampeamento oportuno, que foi realizado 78,3% das vezes para as mulheres que apresentaram um plano de parto e em apenas 63,1% das vezes para as mulheres que não apresentaram.

Alguns locais apresentaram resultados ainda piores, realizando o clampeamento precoce para todos os RN, sem critérios ou protocolos, como foi encontrado em estudo observacional não participante realizado em Viçosa, Minas Gerais, em 2011-2012 (início da implantação da RC), onde o tempo mediano de clampeamento foi de 36 segundos e variou de 7 a 100 segundos, ou seja, todos os RN tiveram seu cordão clampeado antes de 2 minutos e apenas 23% deles o tempo de clampeamento foi de 1 minuto a 1 minuto e 40 segundos (OLIVEIRA et al., 2014). Estudo realizado em 2011, em um hospital universitário público na cidade de Cartagena, na Colômbia, também utilizou a observação direta não participante para avaliar o tempo de clampeamento do cordão e encontrou uma proporção de clampeamento precoce de 100%, ou seja, todos os RN da amostra haviam sido submetidos ao clampeamento do cordão antes de 30 segundos após o nascimento (MIRANDA et al., 2013). O mesmo aconteceu em estudo observacional não participante realizado em 2008 na cidade de Piracicaba, São Paulo, onde 100% dos RN foram submetidos ao clampeamento precoce, tanto nos partos vaginais, quanto nas cesáreas (FORNAZARI, 2009).

Apesar das altas proporções de clampeamento imediato encontradas nos estudos supracitados, indicando a sua realização para além das indicações recomendadas pelos órgãos brasileiros e internacionais, existem estabelecimentos de saúde que não procedem o clampeamento imediato, a não ser que haja uma justificativa para tal, como é o caso da Casa de Parto de Sapopemba, em São

Paulo, que em 2006, mesmo antes da RC, por possuir uma filosofia institucional de humanização, declarou não praticar a o clampeamento precoce (SILVA et al., 2013).

Por mais que existam discrepâncias entre políticas, normas e protocolos institucionais entre diferentes localidades e países, percebeu-se, entretanto, uma diferença na proporção dessa variável dependendo do método utilizado para avaliá-la. Foram descritos acima estudos que utilizaram três maneiras diferentes de mensuração, na ordem a seguir: através do registro em prontuário (método também utilizado pela presente pesquisa); através de questionário com os profissionais de saúde que atendem o parto; e através da observação direta e sistemática dos partos/cesarianas.

Ficou evidenciado que os piores resultados foram encontrados nas pesquisas que utilizaram a observação do nascimento como método de mensuração da variável, indicando uma diferença da prática efetivamente realizada com a que é registrada pelos profissionais. Além disso, percebeu-se que muitas vezes os profissionais não adotam critérios baseados em evidências para proceder o clampeamento do cordão, realizando essa prática de maneira aleatória e de acordo com a sua preferência pessoal no momento.

Embora a taxa de não registro em prontuário tenha diminuído consideravelmente de 2012 para 2016, demonstrando a valorização dessa prática e do seu registro para a equipe médica, as recomendações de clampeamento oportuno parecem ainda não terem sido incorporadas como filosofia institucional, uma vez que a proporção de clampeamento precoce continua alta, mesmo que se excluíssem os RN com necessidade de reanimação e com possibilidade de infecção por HIV ou HTLV, indicando que a realização do clampeamento oportuno fica a critério do profissional que atende o parto.

A respeito das práticas da categoria D, classificadas pela OMS como práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, as variáveis “número de exames de toque vaginal realizados”, “adequação do número de toques conforme o MS” e “avaliação da mulher sobre o número de toques” foram adotadas nessa pesquisa para mensurar adequadamente a prática descrita pela OMS como “exames de toque frequentes e repetidos especialmente por mais de um profissional”. Entretanto, a variável referente à avaliação da mulher não foi estatisticamente significativa, por isso, não será discutida. Desse modo, dentre as variáveis da categoria D, serão discutidas a seguir apenas seis, são elas, alívio farmacológico da

dor com analgésico durante o trabalho de parto, alívio farmacológico da dor com analgesia durante o trabalho de parto, indução do trabalho de parto com misoprostol, número de exames de toque vaginal realizados, adequação do número de toques conforme o Ministério da Saúde e episiotomia.

Existem diversas formas de alívio farmacológico da dor moderada a severa durante o trabalho de parto, tais como analgesia, inalação de óxido nítrico e administração parenteral de opioides (ANIM-SOMUAH; SMYTH; JONES, 2011). Já para a dor leve a moderada existem dois tipos de analgésicos: os opioides (entre eles, morfina, petidina e diamorfina) e os não-opioides. Os medicamentos não-opioides podem ter ação antipirética, sedativa, anti-inflamatória e analgésica. Os dois analgésicos não-opioides mais utilizados no mundo são o paracetamol e a aspirina – que também é um anti-inflamatório não esteroide (AINE) (OTHMAN; JONES; NEILSON, 2012). Os analgésicos mais utilizados pelas participantes do estudo, tanto em 2012 quanto em 2016, foram dipirona, escopolamina/hioscina e petidina (dados não mostrados em tabelas).

Revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre os medicamentos não-opioides para o manejo da dor apontou que eles ofereceram melhor alívio da dor (sedativos), melhor satisfação com o alívio da dor (sedativos e anti-histamínicos) e melhor satisfação com a experiência do parto quando comparados com placebo ou com nenhum tratamento. Entretanto, mulheres que receberam não-opioides ficaram menos satisfeitas com o alívio da dor comparado com as mulheres que receberam opioides. Mulheres que receberam sedativos foram mais propensas a expressar satisfação com o alívio da dor comparado com as mulheres que receberam anti-histamínicos. Os medicamentos opioides aparentam ser superiores aos não-opioides para a satisfação com o alívio da dor, enquanto os não-opioides aparentam ser superiores ao placebo para o alívio da dor e a satisfação com a experiência do parto. Os autores concluem que de maneira geral, as evidências são insuficientes para apoiar o uso dos não-opioides como método isolado para o alívio da dor no trabalho de parto (OTHMAN; JONES; NEILSON, 2012).

Revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre os medicamentos opioides concluiu que de uma maneira geral, o uso parenteral de opioides fornece algum alívio da dor e moderada satisfação materna com o seu uso, na melhor das hipóteses. Além disso, os fármacos opioides foram associados a náuseas, vômitos e sonolência, contudo, diferentes fármacos foram associados a diferentes efeitos

adversos. Não existe evidência clara dos efeitos dos opioides sobre o recém-nascido. Os autores concluíram que não existe evidência suficiente para avaliar qual opioide fornece o melhor alívio da dor com o menor efeito adverso (ULLMAN et al., 2010).

Outro método que promove alívio da dor de maneira não invasiva e é muito utilizado em países desenvolvidos, mas que está indisponível nas maternidades brasileiras é o óxido nítrico, que segundo revisão sistemática da biblioteca Cochrane é um método que parece ser efetivo na redução da intensidade da dor e em promover alívio da dor durante o trabalho de parto (KLOMP et al., 2012). Além disso, uma revisão concluiu que esse método inalatório é seguro para a mulher, feto e recém-nascido, quando se procede a administração da mistura de 50% de óxido nítrico com 50% de oxigênio (ROOKS, 2011).

Talvez pelo fato de não se ter uma recomendação clara sobre o melhor método farmacológico para alívio da dor, pela ampla utilização e supervalorização da analgesia e pela desvalorização dos analgésicos parenterais, não existem muitos estudos brasileiros que tenham avaliado a proporção da utilização de analgésicos opioides e não-opioides durante o trabalho de parto.

Estudo realizado antes da Rede Cegonha em maternidades públicas ou vinculadas ao SUS em três capitais brasileiras – São Paulo, Pernambuco e Distrito Federal – identificou que de todas as mulheres incluídas no estudo apenas 4,1% fez uso de analgésicos durante o trabalho de parto. Além disso, as mulheres que receberam analgésico injetável tiveram menos chances de ter uma cesariana do que as que não utilizaram nenhum método seja farmacológico ou não (PÁDUA et al., 2010). Outro estudo também realizado antes da Rede Cegonha, em três hospitais do Sul do Brasil identificou uma taxa maior, mas ainda assim baixa de analgésicos, de apenas 10,7% (MOURA, 2007).

Estudos internacionais mostram proporções maiores de utilização de analgésico parenteral durante o trabalho de parto que os estudos brasileiros supracitados, mas ainda assim menores que a proporção encontrada na presente pesquisa.

Estudo realizado na Holanda, com mulheres atendidas no modelo *midwife-led care* (enfermeira obstetra/obstetrix é responsável pela assistência da mulher desde o pré-natal até o puerpério) mostrou que durante o pré-natal apenas 15,9% das mulheres relatou preferir usar algum método farmacológico para alívio da dor

durante o trabalho de parto, e destas, uma proporção ainda menor de fato acabou utilizando (15% usou analgesia e 10,3% usou analgésico). Entre as 84,1% de mulheres que expressaram no pré-natal não querer utilizar recursos farmacológicos, apenas 8,9% utilizou analgesia e 5,7% utilizou analgésico. Além disso, mulheres de origem étnica não holandesa foram mais propensas a preferir e a de fato usar métodos farmacológicos no parto, evidenciando como a cultura de origem exerce influência em todos os aspectos da vida, inclusive sobre a percepção e a condução do parto, mesmo vivendo em uma cultura diferente (KLOMP et al., 2013).

Estudo que comparou o parto na água com o parto fora da água apontou uma taxa de analgesia de 30,3% no grupo do parto na água e de 42% no grupo do parto fora da água, semelhante a proporção encontrada pelo presente estudo em 2012 (GEISSBUEHLER; STEIN; EBERHARD, 2004). Pesquisa realizada em 14 maternidades da Escócia com mulheres que haviam tido parto recentemente, avaliou a preferência delas quanto ao método de alívio da dor durante o trabalho de parto. Apenas 4,8% referiu não preferir recurso medicamentoso para alívio da dor, enquanto 23,2% preferiu óxido nítrico, 38,3% preferiu óxido nítrico e analgésico intravenoso/injetável e 33,8% preferiu analgesia (SCOTLAND et al., 2011).

Uma estratégia que pode ser utilizada e que foi relatada em estudo realizado em Portugal foi a realização de aulas de preparação para o parto como estratégia para alcançar uma menor utilização de fármacos para o alívio da dor. Mulheres que realizaram durante a gestação cursos/aulas de preparação psicoprofilática para o parto utilizaram menos analgésicos endovenoso ou intramuscular durante o trabalho de parto do que as mulheres que não fizeram essas aulas – 16,7% versus 63,3% (FRIAS; FRANCO, 2008).

Embora tenha havido um aumento elevado (69,1%) na proporção de mulheres que recebeu analgésico durante o trabalho de parto, não existe uma taxa mínima ou máxima adequada para as maternidades quanto ao uso de analgésico parenteral durante o trabalho de parto (OTHMAN; JONES; NEILSON, 2012; WHO, 1996). Esse aumento no uso de analgésicos encontrado pelo presente estudo, pode ser explicado em parte pela realização quase universal de punção venosa periférica – o que facilita a prática de mais essa intervenção – e em parte pela diminuição da liberdade de posição e movimentação das mulheres, que pode aumentar a ansiedade e conseqüentemente a percepção de dor e o pedido de recurso farmacológico para alivia-la.

Essa influência da mobilidade na utilização de analgésicos foi demonstrada por um ensaio clínico controlado prospectivo brasileiro, onde nenhuma das mulheres do grupo que foi orientado a se manter em posição vertical e em movimento fez uso de analgésico, ao contrário do encontrado pelo grupo de mulheres que recebeu assistência padrão, onde 62% delas necessitou de analgésico endovenoso (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006). Essa relação foi corroborada também por estudo escocês, onde mulheres que experienciaram parto operatório ou mais longo ou ainda restrição da mobilidade seja por infusão venosa contínua ou outro motivo, relataram, depois do parto, uma preferência maior pela utilização da analgesia como recurso farmacológico para aliviar a dor, ao passo que essa preferência não se confirmou para as mulheres que tiveram um parto vaginal eutócico, que passaram menos de 10 horas na sala de parto e que tiveram livre movimentação (SCOTLAND et al., 2011), demonstrando que práticas desnecessárias, acarretam em outras práticas desnecessárias, pois as últimas poderiam ter sido evitadas se as primeiras não tivessem sido realizadas.

Outro recurso farmacológico muito utilizado mundialmente é a analgesia, que é a supressão da dor conseguida através de medicamentos ou outros procedimentos, diferentemente da anestesia, que é a perda total da sensibilidade, podendo ser local, loco-regional ou geral (CUNHA, 2010). A prática da analgesia também sofreu um incremento nesta pesquisa, de 126%, quando comparado o ano de 2012 com o de 2016. Dentre todos os métodos para alívio da dor, sejam eles farmacológicos ou não, a analgesia tem se mostrado o método mais efetivo (ANIM-SOMUAH; SMYTH; JONES, 2011). Existem diferentes técnicas para se proceder a analgesia regional, tais como a epidural, caudal, paracervical e espinhal (WHO, 1996). Os dois tipos de analgesia de parto mais comumente usados no mundo são a epidural ou peridural e a combinada – espinhal-epidural ou raquidiana-peridural (SIMMONS et al., 2012).

Revisão sistemática da biblioteca Cochrane que comparou a analgesia epidural com outros métodos farmacológicos ou nenhum método para o alívio da dor apontou que a analgesia epidural, em comparação com os opioides, ofereceu melhor alívio da dor, menor necessidade de medicamento adicional para o alívio da dor, redução do risco de acidose e redução do risco de administração do fármaco naloxona. Entretanto, a analgesia epidural foi associada com um aumento do risco de parto vaginal instrumental (fórceps ou vácuo), de hipotensão materna, de

bloqueio motor, de febre materna, de retenção urinária, de maior duração no segundo período do parto, de administração de ocitocina e um risco aumentado de cesariana por estado fetal não tranquilizador. Não houve evidência de diferença significativa no risco de cesariana em geral, dor lombar de longa duração, apgar menor que sete no 5º minuto e satisfação materna com o alívio da dor (ANIM-SOMUAH; SMYTH; JONES, 2011).

Todavia, surgiram críticas quando à validade externa dessa revisão sistemática da Cochrane, tanto sobre a revisão publicada em 2005, quanto sobre a sua atualização, publicada em 2011. Pois segundo a revisão, não foi encontrada evidência estatisticamente significante de que a analgesia aumenta a taxa de cesariana, entretanto, conforme outros autores, a revisão realizou uma análise que subestimou a taxa de cesariana, além disso, existem evidências suficientes na literatura que associam a analgesia com a cirurgia cesariana (BANNISTER-TYRRELL et al., 2015; KOTASKA; KLEIN; LISTON, 2006).

Outra revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que comparou a analgesia combinada com a analgesia epidural tradicional ou de baixa dose, concluiu que parece haver pouca base para oferecer a analgesia combinada ao invés da epidural. Apesar da analgesia combinada ter um início ligeiramente mais rápido, ela também acarreta em mais prurido quando comparada com doses baixas da epidural. Não houve diferença na satisfação materna global, na capacidade de movimentação após analgesia, na hipotensão materna, na taxa de cesárea ou desfecho neonatal. No entanto, a incidência significativamente maior de retenção urinária, de necessidade de dose de resgate e de parto instrumental, favorece o uso da analgesia epidural de baixa dose. Além disso, os autores relatam que não é possível apontar conclusões significativas sobre complicações raras como lesão de nervo e meningite (SIMMONS et al., 2012).

Tanto os estudos realizados antes da implementação da Rede Cegonha, quanto os realizados após, mostram proporções baixas de analgesia, como evidenciado nas pesquisas a seguir. Estudo realizado em 13 hospitais de risco habitual em Goiânia encontrou uma taxa de analgesia de apenas 7,7%, sendo que a proporção de partos atendidos por enfermeiras foi de apenas 1,9% (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Estudo realizado em hospital universitário do triângulo mineiro, cujo modelo de assistência não foi descrito, apontou uma taxa de analgesia de 15,1% (GOULART et al., 2013). Já pesquisa realizada no início da

implantação da RC (2011 a 2013), em duas maternidades cujo modelo de atenção ao parto é colaborativo, encontrou baixas taxas de analgesia, de 14% (SOUSA et al., 2016). Estudo realizado após a RC em uma maternidade de risco habitual com modelo colaborativo em Curitiba também identificou baixas taxas, de 16% (APOLINÁRIO et al., 2016).

Estudo de abrangência nacional encontrou uma proporção de analgesia para as mulheres de risco obstétrico habitual de 31,5%, para as mulheres de não risco obstétrico habitual/alto risco de 37,8% e de 33,9% para todas as mulheres. Quando analisadas as regiões brasileiras, a região Centro-oeste é a que mais utiliza esse procedimento (39,3%), seguida da região Sudeste (34,9%), Norte (28,8%), Sul (28,7%) e Nordeste (26,8%). Além disso, o uso de analgesia foi menos frequente para as mulheres do setor público, com menor escolaridade e socioeconomicamente desfavorecidas, perpetuando o conceito de parto doloroso e reforçando a cultura do medo com relação ao parto vaginal e conseqüentemente, o prestígio da cesariana agendada (LEAL et al., 2014).

Com relação às taxas internacionais, a analgesia é realizada no Reino Unido em aproximadamente 25% de todas as parturientes (BROADWAY et al., 2004), já nos Estados Unidos a taxa nacional é de 58% (DECLERCQ et al., 2002), demarcando as diferenças entre culturas medicalizadas e intervencionistas.

Resultados interessantes foram encontrados por estudos que avaliaram diferentes modelos de atenção ao parto, apontando que instituições mais humanizadas tiveram taxas mais altas de analgesia, como demonstrado nos estudos a seguir. Estudo realizado concomitante à implantação da RC, em quatro hospitais vinculados ao SUS, que comparou os modelos de assistência colaborativo e tradicional, identificou uma taxa de analgesia de 41,4% para o modelo colaborativo e 36,2% para o modelo tradicional (LEAL et al., 2014).

Pesquisa que comparou três diferentes serviços de assistência ao parto – hospital com modelo tradicional, hospital com colaborativo e CPN peri-hospitalar, apontou taxas de analgesia de 54,4% para o colaborativo, 7,7% para o tradicional e nenhum caso para o CPN, visto que quando as mulheres solicitam o procedimento, elas são encaminhadas para o hospital colaborativo. No hospital tradicional a analgesia é oferecida de maneira seletiva e restrita, já no hospital colaborativo a prática faz parte da política da instituição para a promoção do parto humanizado e é oferecida em dose única, para que se consiga adotar também os MNF de alívio da

dor, o que talvez possa explicar a baixa taxa de parto instrumental no hospital colaborativo. Existe um paradoxo a respeito da oferta liberal da analgesia em modelos de atenção humanizados, uma vez que o procedimento representa a medicalização do nascimento, se constituindo em uma prática intervencionista, mas por outro lado, uma oferta seletiva e restrita de analgesia vai contra à filosofia de humanização do nascimento (VOGT et al., 2011).

Apesar de a analgesia ser uma tecnologia importante para muitas mulheres, sabe-se que a demanda por essa prática é, em grande parte, culturalmente determinada, pois a qualidade da assistência ao parto normal não depende da disponibilidade desse tipo de tecnologia. Além disso, essas tecnologias não fazem parte dos cuidados essenciais durante o parto, ao contrário, disponibilizar esse procedimento para as mulheres requer também a disponibilização por parte da instituição de um aparato especializado de equipamentos e pessoal. Cabe ressaltar que os métodos farmacológicos nunca devem substituir a atenção integral à mulher e o cuidado afetivo e empático (WHO, 1996).

Assim como evidenciado nas maternidades que atuam de acordo com o modelo colaborativo, na instituição pesquisada, embora o modelo seja tradicional, também foi encontrada uma alta proporção tanto de analgesia, quanto de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Entende-se que a demanda pelo procedimento de analgesia é multifatorial e culturalmente dependente, mas questiona-se se os MNF estariam sendo pouco valorizados ou sendo utilizados de maneira inadequada, visto que, mesmo que tenha havia aumento na sua utilização, também aumentou a demanda por analgesia.

O que se pode afirmar é que tanto estabelecimentos de saúde com modelos de assistência liderados por enfermeiras obstetras/obstetrizes (EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009; KLOMP et al., 2013), quanto modelos de assistência colaborativos (GAMA et al., 2016), apresentam taxas menores de métodos farmacológicos para alívio da dor do que as encontradas no presente estudo, indicando que apesar da contribuição de alguns fatores, como o aumento na taxa de venóclise e diminuição da movimentação das mulheres, a medicalização no parto é uma prática atrelada ao modelo de assistência, à filosofia da instituição e à cultura regional e nacional, sendo complexa e multifatorial.

Com relação à terceira prática da categoria D, o misoprostol, observou-se na presente pesquisa uma diminuição de 64,4% de 2012 para 2016. Embora o uso de

misoprostol não esteja explicitamente descrito como uma prática da categoria D do manual “Care in normal birth: a practical guide” da OMS, ele está contemplado na prática “correção da dinâmica com ocitocina”, onde é ressaltado que o uso de prostaglandinas para indução do parto é uma importante intervenção e deve ser implementada somente com uma indicação válida (WHO, 1996). Além disso, na presente pesquisa, não se buscou avaliar se os casos de misoprostol foram utilizados de maneira isolada ou associados com ocitocina.

Conforme revisão sistemática da biblioteca Cochrane, o misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 desenvolvido para o tratamento e prevenção de úlcera péptica, mas tem sido amplamente utilizado no mundo *off-label* – indicação terapêutica diferente da aprovada para o medicamento – para indução de aborto ou de parto. Comparado com a prostaglandina E2 vaginal, com a prostaglandina E2 intracervical e com ocitocina, o misoprostol vaginal foi associado com o menor uso de epidural, menos falhas para o desfecho parto vaginal dentro de 24 horas e mais hiperestimulação uterina. Comparado com a prostaglandina E2 vaginal ou intracervical, a necessidade de correção da dinâmica com ocitocina foi menos comum com o misoprostol e o líquido amniótico tinto de mecônio mais comum. Além disso, baixas doses de misoprostol comparado com altas doses, se mantiveram associadas com maior necessidade de correção da dinâmica com ocitocina e menor hiperestimulação uterina com e sem mudança de BCF. Assim, os autores concluem que o misoprostol vaginal em doses acima de 25 mcg a cada quatro horas foi mais efetivo que os métodos convencionais para indução do parto, porém, com mais casos de hiperestimulação uterina. Baixas doses (25 mcg a cada 4 horas ou menos) foram similares aos métodos convencionais em efetividade e riscos. Os autores acrescentam ainda que a via vaginal não deve mais ser objeto de estudo dos pesquisadores, visto que outra revisão da Cochrane demonstrou que a administração oral de misoprostol é preferível à via vaginal (HOFMEYR; GÜLMEZOGLU; PILEGGI, 2010).

São raros os países que desenvolvem uma preparação de misoprostol especificamente para a indução do parto, sendo o Brasil e o Egito dois exemplos conhecidos (FEITOSA et al., 2006; WEEKS et al., 2007).

Outra revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre o uso oral de misoprostol concluiu que ele é efetivo para se alcançar o parto vaginal, sendo mais efetivo que o placebo e tão efetivo quanto o misoprostol vaginal e resulta em menos

cesariana que a ocitocina e a prostaglandina E2. Além disso, os autores acrescentam ainda que em virtude de a segurança ser a principal preocupação, as evidências apoiam o uso da via oral sobre o uso da via vaginal (ALFIREVIC; AFLAIFEL; WEEKS, 2014).

Em função de não se ter uma recomendação sobre uma taxa máxima ou mínima recomendada para a utilização de misoprostol e pelo fato da sua importância clínica estar atrelada a outros fatores, não são muitos os estudos que trazem a informação sobre o uso do misoprostol vaginal ou oral tanto de maneira isolada, como de maneira associada à ocitocina (TANG et al., 2013).

Os estudos brasileiros a seguir trazem uma taxa variada de misoprostol vaginal. Estudo realizado depois da RC em São Paulo em uma maternidade de baixo risco identificou uma taxa de misoprostol de 15,6% (MERIGHE, 2013). Estudo realizado em Fortaleza, também depois da RC, em uma maternidade com modelo colaborativo de atenção encontrou altas taxas de início espontâneo do trabalho de parto (94,8%) e baixas taxas de indução com misoprostol (2,4%) semelhantes às encontradas na presente pesquisa em 2016. A indução somente com ocitocina também foi baixa, apenas 0,7% (MEDEIROS, 2016). Outro estudo também realizado antes da Rede Cegonha, em São Paulo, que incluiu apenas primigestas que tinham registro em prontuário de indicação e que foram submetidas à indução do trabalho de parto concluiu que o misoprostol vaginal foi utilizado de maneira isolada 37% das vezes e associado com a ocitocina 61,3% das vezes, sendo que a ocitocina foi utilizada de maneira isolada 1,7% das vezes (GOMES et al., 2010).

Pesquisa que avaliou a indução do trabalho de parto na América Latina revelou que a taxa global de indução foi de aproximadamente 10%, sendo que a indução eletiva de gestantes de risco habitual foi de 4,9%. A ruptura prematura das membranas (25,3%) e a indução eletiva (28,9%) foram os casos mais frequentes de indução do parto. O uso isolado da ocitocina foi o método mais utilizado para indução eletiva (65,9%), enquanto o misoprostol foi responsável por apenas 8,9% dos casos. Para tentar explicar esses resultados, os autores relataram que não se pode excluir a possibilidade de baixa disponibilidade do misoprostol e a pouca confiança no seu uso (GUERRA, 2008).

Seria impreciso avaliar como positiva ou negativa a redução no uso de misoprostol vaginal pela maternidade estudada, uma vez que a indução com

misoprostol está condicionada à pontuação menor que seis no escore de Bishop<sup>3</sup>, de acordo com a recomendação brasileira (BRASIL, 2010). Portanto, como não foi possível avaliar se a equipe realizou de fato o escore de Bishop para todas as parturientes que receberam misoprostol vaginal e nem se ele resultou em uma pontuação abaixo de seis, qualquer conclusão sobre a proporção encontrada para essa prática seria precipitada e errônea. O que se pode afirmar é que de acordo as recomendações vigentes, o uso de misoprostol vaginal seguido de ocitocina é um método de indução mais eficaz do que o uso de ocitocina de maneira isolada para indução do trabalho de parto (BALCI et al., 2010; BALCI et al., 2011; TABASI; BEHRASHI; MAHDIAN, 2007). Além disso, pode-se afirmar também que a via de administração oral do misoprostol é preferível à via de administração vaginal, que foi a utilizada no hospital em estudo (ALFIREVIC; AFLAIFEL; WEEKS, 2014). Entretanto, não foi possível distinguir também qual foi a indicação do uso de ocitocina, se foi apenas para a correção de dinâmica, se foi para indução após o misoprostol ou ainda se foi usada como método isolado de indução.

A seguir serão discutidas as variáveis “número de exames de toque vaginal realizados” e “adequação do número de toques conforme o MS”, sendo a última variável criada porque a informação do número de toques de maneira isolada tem pouca relevância clínica, uma vez que a frequência dos exames de toque deve ser determinada pelo tempo de trabalho de parto. Exemplo disso foi o resultado encontrado na presente pesquisa, onde mais da metade das mulheres foi submetida a até 5 exames de toque (em 2012 e 2016). Se fosse considerado apenas o número absoluto não seria possível afirmar que houve um excesso no número de exames, entretanto, considerando o número relacionado ao tempo de trabalho de parto, é possível fazer essa afirmação, pois para a grande maioria das mulheres a adequação do número de toques ficou acima do recomendado pelo Ministério da Saúde tanto em 2012 quanto em 2016.

Além disso, a proporção de mulheres que foi submetida a até 5 toques diminuiu 15,7% e a proporção que recebeu de 6 a 10 toques aumentou 38,2%, assim como também aumentou a proporção de 11 toques ou mais em 111,1%. Conseqüentemente, houve um aumento de 10,5% entre os anos para o número de toques acima do recomendado.

---

<sup>3</sup> O escore de Bishop se fundamenta nas características do colo uterino (dilatação, apagamento consistência e posição) e na altura da apresentação e varia de 0 a 13 pontos (BISHOP, 1964).

O exame de toque vaginal é realizado em intervalos regulares, de maneira isolada ou preferencialmente como um componente do partograma e possui dois objetivos globais: avaliação do progresso fisiológico do trabalho de parto e como uma ferramenta para o diagnóstico de distócia de progressão. O trabalho de parto anormalmente lento pode ser um sinal de distócia – que está associada à morbidade e mortalidade materna e neonatal – por outro lado, o excesso de diagnósticos de distócia pode levar à morbidade iatrogênica através de intervenções desnecessárias, como o parto vaginal instrumental e a cirurgia cesariana (DOWNE et al., 2013).

Revisão sistemática da biblioteca Cochrane sobre a prática rotineira do exame de toque vaginal comparou a prática realizada a cada duas horas com a realizada a cada quatro horas e reportou que não foram encontradas diferenças na duração do trabalho de parto, correção da dinâmica com ocitocina, analgesia epidural, cesariana, parto vaginal espontâneo e parto vaginal operatório. A revisão comparou também o exame vaginal com o exame retal e baseado na preferência das mulheres o exame de toque vaginal é preferível ao retal. Os autores concluem também que para todos os desfechos avaliados, não foram encontradas evidências que apoiem ou que rejeitem o uso de exames vaginais de maneira rotineira com a finalidade de melhorar os resultados maternos e neonatais (DOWNE et al., 2013).

Tanto a terceira diretriz, quanto o componente parto e nascimento da Rede Cegonha preconizam que a assistência ao parto nas maternidades credenciadas esteja em conformidade com as práticas recomendadas pelo manual da OMS de 1996 (BRASIL, 20011a). De acordo com este manual, o exame de toque vaginal constitui uma das ações diagnósticas essenciais para a avaliação de início e de progresso do trabalho de parto. Além disso, o número de exames deve ser limitado ao estritamente necessário, sendo que durante o primeiro período clínico do parto – fase de dilatação – um exame a cada quatro horas é suficiente (WHO, 1996).

As recomendações do Ministério da Saúde para a assistência ao parto normal publicadas em janeiro de 2016 também ratificam essa recomendação, onde se preconiza realizar o exame vaginal “de quatro em quatro horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher” (BRASIL, 2016), ressalta-se ainda que o exame de toque antes da fase ativa do trabalho de parto deve ser evitado, a não ser que se tenha uma indicação clara (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, a adequação do número de exames vaginais foi calculada com base nessas recomendações e foi descrita detalhadamente na seção das variáveis deste estudo. No entanto, nem todas as pesquisas publicadas seguiram esse padrão, por isso, serão apresentados a seguir estudos que variaram quanto ao método de aferição do número de toques.

Estudo realizado antes da RC em 13 hospitais referência para risco habitual em Goiânia revelou que nenhuma das gestantes foi submetida à frequência de toques recomendada (uma avaliação a cada 4 horas). Poucas mulheres não foram submetidas ao exame de toque (8,7%) e a maioria delas (45,7%) foi avaliada uma vez a cada duas horas – sendo esse o maior intervalo de tempo adotado pelas maternidades avaliadas – 22,7% das mulheres foi submetida a um exame de toque a cada 1 hora e meia e 23% a cada hora (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Outro estudo realizado antes da RC, mas em duas maternidades do Rio de Janeiro, uma pública e outra conveniada ao SUS, avaliou os exames de toque para o parto vaginal e para a cesariana a partir de quatro intervalos de tempo diferentes. Para a frequência de um toque a cada quatro horas, as taxas foram 8,3% e 20,8% para o parto vaginal e a cesárea respectivamente na maternidade pública e 0,5% (parto vaginal) e 11,5% (cesariana) para a maternidade conveniada. Para a frequência de um toque a cada duas horas, as proporções foram 22,6% para o parto vaginal e 32,1% para a cesariana no hospital público e 6,3% (parto vaginal) e 20,7% (cesariana) no hospital conveniado. A proporção de mulheres submetidas a mais de um exame de toque por hora foi alta (33,3% e 18,5% para o parto vaginal e cesárea respectivamente na maternidade pública e 61% para o parto e 31,3% para a cesárea na maternidade conveniada), demonstrando que a prática é utilizada de maneira excessiva, principalmente na maternidade conveniada. Os autores relatam que essa prática realizada de maneira abusiva provavelmente esteja relacionada ao fato da maternidade conveniada oferecer estágios para acadêmicos de medicina, ressaltando ainda que o procedimento deveria ser realizado com critérios e somente após o consentimento da mulher (d'ORSI et al., 2005).

Pesquisa também realizada antes da RC, porém em um CPN intra-hospitalar em Itapeverica da Serra, que avaliou os registros de prontuário dos partos atendidos por enfermeiras obstetras, evidenciou que, em média, foi realizado um exame de toque a cada 71 minutos e de acordo com a mediana, foi realizado um toque vaginal a cada 80 minutos, sendo que o mínimo de exames foi um em 20 horas e o máximo

foi 4 em uma hora (SCHNECK; RIESCO, 2006). Estudo observacional realizado antes da RC em 20 maternidades do SUS do Rio de Janeiro verificou que as mulheres foram submetidas ao dobro de toques vaginais do que o esperado de um exame a cada quatro horas. Os autores sugerem ainda que para evitar essa prática em excesso, as mulheres que são admitidas por questões de ordem social (pressão familiar, dificuldade com transporte e reserva de vaga na maternidade) não devem ser instaladas no pré-parto, mas sim em outro local (OLIVEIRA et al., 2008).

Após a implementação da Rede Cegonha nas maternidades, são poucos os estudos publicados que trouxeram esse dado. Pesquisa realizada no Recife após a RC, em uma maternidade com modelo colaborativo relatou ter encontrado uma taxa de toques vaginais repetidos de 19% (ANDRADE et al., 2016), embora o estudo não especifique o parâmetro utilizado para definir os exames como repetidos. Outro estudo também realizado após a RC, em Santa Maria, identificou o número absoluto de toques vaginais realizados pelas residentes em enfermagem obstétrica: metade das mulheres foi submetida entre três e seis exames de toque e apenas 2,1% delas foi submetida a 10 exames ou mais (REIS et al., 2015). Entretanto, o estudo não relacionou o número de toques com o intervalo a que eles foram realizados.

Os estudos internacionais apresentam com mais frequência essa informação. Estudo realizado na Suécia, em uma maternidade onde todos os partos vaginais são atendidos integralmente por enfermeira obstetra/obstetriz e os casos de distócia são atendidos em colaboração com o médico obstetra, avaliou todas as práticas preconizadas pela OMS e encontrou baixas proporções do número adequado de exames de toque. Apenas 10% de todas as mulheres foram submetidas a um ou menos de um exame de toque a cada quatro horas, ou seja, como o recomendado pela OMS – proporção semelhante a encontrada no presente estudo. Quando avaliadas de acordo com o risco gestacional os resultados surpreendem: apenas 5% das mulheres de risco habitual foram submetidas ao número adequado de toques vaginais, enquanto que para as mulheres de alto risco esse percentual aumentou para 10%. Essa pesquisa foi realizada a partir dos registros de prontuário dos nascimentos ocorridos em 1999 (SANDIN-BOJÖ et al., 2006). Outro estudo também sueco que avaliou os registros de prontuário da mesma maternidade, porém durante o ano de 2008, encontrou melhores resultados da adequação do número de toques: 13,9% das mulheres foi submetida a um ou menos de um exame vaginal a cada quatro horas (KVIST et al., 2011).

Esse aumento do número absoluto de exames de toque acima do recomendado pelo MS, encontrado pela presente pesquisa, pode ser devido à admissão precoce das mulheres, visto que o tempo de permanência da mulher até o parto também aumentou de 2012 para 2016. A OMS sinaliza que o número em excesso de toques é uma consequência da internação precoce da mulher e que essa prática aumenta a possibilidade de uma infecção (WHO, 1998). Além disso, o excesso de toques vaginais acarreta em desconforto para a mulher, sendo relatado sentimento de invasão de privacidade quando o toque é realizado por diferentes profissionais (NEGREIROS et al., 2010; WOLFF; WALDOW, 2008).

Salienta-se que embora a adequação do número de toques tenha ficado acima do recomendado, existem outras indicações para a realização do procedimento, como já mencionado anteriormente, que não foram avaliadas nessa pesquisa, como nos casos de preocupação com o progresso do parto e nos casos de solicitação da mulher. Cabe ressaltar também que esse resultado pode ter sido encontrado porque o local pesquisado é um hospital universitário, onde atuam, no atendimento ao parto, acadêmicos de medicina e residentes médicos de ginecologia e obstetrícia. Entretanto, a OMS salienta que nos casos em que se procede o exame vaginal por estudante seguido da repetição por professor, deve se solicitar o consentimento da mulher anteriormente à prática. Mas alerta que sob nenhuma circunstância a mulher deve ser submetida a exames vaginais frequentes e repetidos por vários profissionais ou estudantes (WHO, 1996).

Entretanto, no presente estudo a grande maioria das mulheres avaliou como suficiente o número de toques a que foram submetidas (sem diferença estatisticamente significativa entre os anos), todavia, estudos alertam para que esse tipo de resultado seja analisado com cautela, uma vez que pode ter ocorrido o chamado viés de cortesia, onde, logo após o nascimento, as mulheres tendem a avaliar positivamente certos resultados em função do alívio proporcionado pelo desfecho positivo do nascimento, visto que, com o passar do tempo, elas tendem a ficar mais críticas com relação à experiência do parto, fazendo com que as avaliações tenham resultados piores. Além do possível receio de sofrer prejuízo ou represália na internação atual ou em futuras internações por avaliar negativamente um serviço prestado (BRÜGGEMANN et al., 2015; HODNETT, 2002), o que pode ter acontecido nesta pesquisa uma vez que as entrevistas eram realizadas quando a mulher ainda estava internada. Vale lembrar que as entrevistadoras ressaltaram com

as participantes que as respostas não acarretariam em prejuízos e salientaram que se tratava de uma pesquisa científica e não de uma avaliação do serviço, no entanto, a hipótese acima mencionada não pode ser descartada.

Finalmente, a última variável a ser discutida desta pesquisa e das práticas da categoria D é a episiotomia. A realização desse procedimento de maneira rotineira não é mais recomendada, uma vez que existem evidências atuais demonstrando que sua prática não é necessária e ainda pode ser prejudicial (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010). Além disso, um procedimento que, tradicionalmente, se acreditava proteger, é na verdade, por si só, uma lesão perineal de segundo grau (ACOG, 2006). A recomendação atual da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, que não deve ultrapassar uma proporção de 10% nos estabelecimentos de saúde (WHO, 1996; WHO, 2003).

Recente revisão sistemática da biblioteca Cochrane concluiu que em mulheres onde não se pretende realizar um parto instrumental (fórceps ou vácuo), políticas de episiotomia seletiva ou invés da rotineira resultam em menos trauma perineal e vaginal. Não existem evidências claras de que a episiotomia seletiva acarreta em danos maternos ou neonatais tanto a curto quanto a longo prazo. Assim, a indicação da episiotomia com a finalidade de reduzir o trauma perineal/vaginal não se justifica nem se sustenta com base nas evidências atuais (JIANG et al., 2017).

Como todo procedimento cirúrgico, a episiotomia acarreta diversas complicações, são elas: sangramento, dor, desconforto da lesão e da sutura (que pode causar dor ao sentar, e por sua vez afetar a amamentação), dispareunia a curto ou a longo prazo, complicações nos partos subsequentes, abertura iatrogênica ou espontânea do esfíncter anal ou retal, cicatrização insatisfatória resultando em marcas de pele, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, aumento da perda sanguínea, hematoma, edema, infecção e deiscência (JIANG et al., 2017).

Além dessas diversas complicações, a episiotomia é uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por não ter benefício estabelecido e ser realizada em um corpo saudável e, na maioria dos casos, sem o consentimento da mulher (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008), representando assim, o poder simbólico do profissional sobre o corpo feminino e um ritual de mutilação genital, que impede a vivência plena da sexualidade durante o parto e nascimento (DINIZ, 2001).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher realizada em 2006 sintetizou as diferenças com relação à episiotomia nas cinco regiões do Brasil. Em ordem crescente estão, Norte com 54,8%, Nordeste com 65,5%, Sul com 78,5%, Centro-oeste com 78,8% e Sudeste com 80,3%, totalizando uma taxa brasileira de 71,6% do procedimento (BRASIL, 2009a).

Entretanto, pesquisa mais recente, também de abrangência nacional, detectou taxas menores de episiotomia, de 56,1% para todas as mulheres brasileiras, resultados semelhantes aos da presente pesquisa para 2016. Quando analisadas somente as gestações de risco habitual essa taxa foi de 48,6% e para as de alto risco de 53,5%. Quando estratificado por região, os resultados, em ordem hierárquica são os que seguem, Centro-oeste com 69,2%, Sul com 62,9%, Sudeste com 56,7%, Nordeste com 52,5% e Norte com 48,6% (LEAL et al., 2014).

Sabe-se que existem muitas variações nas taxas de episiotomia que se relacionam a diversos fatores, entre eles, parto realizado em ambiente extra-hospitalar, característica da maternidade, tipo do prestador da assistência, políticas da instituição relativas ao uso rotineiro ou seletivo da episiotomia e diferenças regionais (ROCHA et al., 2009). Os estudos a seguir corroboram esses achados no que diz respeito às diferenças regionais e tipo de prestador: estudo realizado em Pernambuco encontrou uma taxa de episiotomia de 29,1% em uma maternidade com modelo de atenção tradicional (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010); estudo que avaliou somente os partos atendidos por enfermeiras obstetras em uma maternidade pública do Rio de Janeiro constatou uma taxa de episiotomia de 15,5%, de períneo íntegro de 36,4% e de laceração de 63,6% (REIS, et al., 2016); estudo realizado no Rio Grande do Sul – município de Santa Maria – encontrou uma taxa de episiotomia de 15,4% para os partos atendidos por enfermeira obstetra (REIS et al., 2015); enquanto que outro estudo também realizado no Rio Grande do Sul, mas no município de Rio Grande, apontou uma elevada taxa de episiotomia de 71% para o setor público (sendo 81,6% dos partos atendidos por médicos) e de 81,3% para o setor privado (onde a equipe médica atendeu 94% dos partos) (CESAR et al., 2011).

Embora as taxas de episiotomia praticadas por enfermeiras obstetras em estabelecimentos de saúde extra-hospitalares (CPN) sejam menores do que as praticadas por essas profissionais em hospitais, quando se avaliam os CPN intra ou peri-hospitalares, as taxas não diferem muito, permanecendo ainda acima dos 10% recomendados pela OMS. CPN extra-hospitalar em São Paulo encontrou uma taxa

de 14,1% (SILVA et al., 2013). Outro CPN extra-hospitalar, mas no Rio de Janeiro encontrou proporções de episiotomia ainda menores, de 2,4% (PEREIRA et al., 2013). Entretanto, quando avaliados os CNP peri-hospitalares as proporções aumentam: 25,7% em CPN em São Paulo (SCHNECK et al., 2012).

Ensaio clínico randomizado recente realizado em um hospital universitário de Recife, que possui um modelo colaborativo de assistência ao parto, comparou o protocolo de episiotomia seletiva com o protocolo de não-episiotomia. Os autores concluíram que não houve diferenças entre os dois grupos em relação aos resultados maternos e neonatais, assim, afirmam que um protocolo de não-episiotomia parece ser seguro para a mulher e o RN, além disso, destacam que esse é o primeiro estudo no mundo a comparar um protocolo de episiotomia seletiva com um de não-episiotomia e a necessidade de investigar se existe de fato uma indicação para esse procedimento (AMORIM, et al., 2017).

As taxas de episiotomia praticadas no hospital em estudo são menores que as encontradas para a região Sul e semelhantes às encontradas no Sudeste do Brasil, que representa a região com a terceira maior taxa do país, entretanto, embora tenha havido uma redução estatisticamente significativa quatro anos após a implantação da Rede Cegonha, o hospital continua praticando a episiotomia de maneira rotineira, visto que a sua prevalência foi 82% maior do que o recomendado pela OMS (WHO, 1996).

Como evidenciado nos estudos supracitados e em revisão sistemática da biblioteca Cochrane, a assistência ao parto por enfermeira obstetra/obstetriz comparada com a assistência prestada por médicos reduz o risco de diversas intervenções, entre elas a episiotomia (SANDALL et al., 2016). Por isso, essa diminuição deve ser encarada como positiva, pois apesar da maternidade ter recebido verbas advindas da Rede Cegonha e estar credenciada há pelo menos quatro anos, seria improvável uma diminuição mais radical sem que se modificasse também o modelo de atenção, que é tradicional, com a assistência determinada pelo(a) médico(a) obstetra.

## 7 CONCLUSÕES

A partir desta pesquisa foi possível caracterizar o perfil das mulheres atendidas e as práticas de assistência recebidas – que estão contempladas na diretriz III e no Componente Parto e Nascimento subitem “c” da Rede Cegonha – proporcionando uma visão objetiva e ampliada da atenção ao parto na maternidade. Esse estudo de comparação pode ser útil para que se repensem e reavaliem as práticas assistenciais que estão sendo adotadas, uma vez que a partir de um diagnóstico da realidade torna-se mais concreto e factível planejar e implementar mudanças.

Nas maternidades brasileiras de uma maneira geral e no hospital universitário pesquisado, prevalece um modelo que utiliza em excesso tecnologias diagnósticas, medicalização, intervenções desnecessárias e práticas que não são baseadas em evidências. Entretanto, é preciso ressaltar que a causa da manutenção do modelo tradicional e intervencionista é complexa e multifatorial, uma vez que existe um sistema já consolidado na sociedade e que reverbera na assistência à saúde, que promove, incentiva e protege a cultura tecnocrática em uma tentativa de conservação do mercado de trabalho, da classe dominante e do acúmulo de capital das grandes corporações a partir da transformação de um evento fisiológico em um evento que necessita de tecnologia, intervenção e medicalização.

Este estudo apresentou algumas limitações, como a impossibilidade de avaliar a utilização de partograma, de diferenciar a venóclise da infusão intravenosa de fluidos, de mensurar o tempo de contato pele-a-pele e de verificar se o escore de Bishop foi realizado para todas as mulheres previamente à indução.

Dessa maneira, evidenciou-se nessa pesquisa, no comparativo entre os anos de 2012 (ano da adesão à Rede Cegonha) e 2016 (quatro anos depois), que as práticas de assistência avaliadas não demonstraram uma evolução contínua, como se supunha na hipótese desta pesquisa, visto que algumas apresentaram resultados melhores e outras se mantiveram ou apresentaram resultados piores.

Em uma tentativa de síntese, resume-se a seguir todos os resultados dessa pesquisa, com identificação das práticas que demonstraram significância estatística. Sobre a assistência pré-natal, as seguintes práticas apresentaram melhora na comparação entre os anos de 2012 e 2016: aumento das consultas de pré-natal realizadas integralmente pela enfermeira (0,8% vs. 1,4%), aumento das consultas de

pré-natal multiprofissionais – enfermeira e médico – (29,4% vs. 48,6%;  $p < 0,001$ ) e aumento das orientações sobre os sinais de trabalho de parto (69,8% vs. 75,4%). Outras práticas mostraram resultados piores, tais como: diminuição da cobertura pré-natal (100% vs. 99,1%), diminuição do número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (81,7% vs. 78,4%) e diminuição das orientações sobre métodos não-farmacológicos de alívio da dor (18,7% vs. 13,1%;  $p = 0,025$ ), sobre os sinais de alerta na gestação (86,4% vs. 83,4%) e sobre os tipos de parto (46,3% vs. 32,6%;  $p < 0,001$ ).

Com relação à assistência ao trabalho de parto e parto, algumas práticas apresentaram resultados positivos, tais como: aumento do número de partos realizados no pré-parto (6,4% vs. 9,8%), diminuição da posição ginecológica no período expulsivo (99,3% vs. 98,7%) e da episiotomia (63,6% vs. 55,2%;  $p = 0,024$ ). Outras práticas mostraram resultados negativos, tais como: aumento da internação fora do trabalho de parto – dilatação igual ou menor que 3cm – (49,3% vs. 51,2%, aumento do tempo decorrido entre a internação e o parto (de uma a 36 horas vs. duas a 50 horas;  $p < 0,001$ ), da indução do parto (49,3% vs. 51,5%), da cesariana (21,2% vs. 23,4%), da laceração (25,3% vs. 36,3%;  $p = 0,006$ ), e do uso de fórceps (3,7% a 5,8%), e diminuição do parto normal (75,1% vs. 72,2%) e do períneo íntegro (11,1% vs. 8,5%).

A assistência ao recém-nascido apresentou algumas melhorias, como a diminuição da proporção de Apgar menor que sete no 5º minuto (1,1% vs. 0,9%) e a diminuição da aspiração das vias aéreas (65,6% vs. 56,8%;  $p = 0,008$ ). Porém, apresentou também resultados ruins, como o aumento da proporção de Apgar menor que sete no 1º minuto (9,5% vs. 10,8%), a permanência da utilização do fármaco nitrato de prata para a prevenção da oftalmia neonatal – embora tenha apresentado diminuição – (99,7% vs. 95,5%;  $p < 0,001$ ) e o aumento da administração desse fármaco dentro da primeira hora após o parto (43,1% vs. 65,3%;  $p < 0,001$ ), impedindo a realização do contato pele-a-pele contínuo por uma hora e separando precocemente a mulher e o neonato.

No que se refere às práticas assistenciais classificadas pela OMS como práticas de categoria A, B, C e D, foram encontrados resultados que indicam comprometimento com as boas práticas e resultados que evidenciam uma assistência obstétrica não condizente com as evidências científicas atuais. Quanto às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas – categoria A –

algumas apresentaram resultados favoráveis, tais como: aumento da oferta de líquidos durante o trabalho de parto (64,6% vs. 69,6%), do acompanhante no momento do parto ou cesárea (91,0% vs. 95,7%;  $p=0,004$ ), da utilização de métodos de alívio da dor (67,9% vs. 74,2%;  $p=0,040$ ), do estímulo a adotar posição de preferência durante o período expulsivo (3,1% vs. 6,2%), do contato pele-a-pele logo após o nascimento (14,9% vs. 60,1%;  $p<0,001$ ) e do estímulo à amamentação logo após o parto (22,1% vs. 45%;  $p<0,001$ ), e aumento da explicação sobre o motivo da ocitocina (85,3% vs. 89,7%), sobre o motivo de realização do exame de toque vaginal (87,3% vs. 95%;  $p<0,001$ ), sobre o motivo da amniotomia (93,8% vs. 92,8%;  $p<0,001$ ), sobre o motivo da cesariana (92,4% vs. 98,5%;  $p=0,053$ ) e sobre o motivo do Kristeller (44,2% vs. 51,7%), e aumento do recebimento de informação antes da realização da episiotomia (72,8% vs. 79,8%). Os resultados desfavoráveis foram diminuição da presença do acompanhante durante o trabalho de parto (97,1% vs. 96,9%) e da liberdade de posição e movimentação (53,9% vs. 44,9%;  $p=0,008$ ), diminuição da explicação sobre o motivo do misoprostol (97,1% vs. 91,3%) e sobre o motivo da episiotomia (76,2% vs. 68,4%), e diminuição do recebimento de informação antes da realização da amniotomia (93,8% vs. 92,8%) e diminuição do recebimento de informação sobre métodos de alívio da dor na internação (66,2% vs. 55,5%;  $p=0,001$ ).

No que se refere às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas – categoria B – as melhorias evidenciadas foram: diminuição da realização de enema ou outro método laxativo no hospital (75% vs. 66,7%), da realização de tricotomia no hospital (24,3% vs. 8,8%;  $p<0,001$ ) e aumento de outras posições que não a litotômica no durante o parto (0,7% vs. 1,3%). O resultado negativo foi o aumento da venóclise durante o trabalho de parto (85,4% vs. 97,8%;  $p<0,001$ ).

Com relação às práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais estudos esclareçam a questão – categoria C – foi encontrado como resultado positivo apenas a valorização do registro por parte dos profissionais do tempo de clampeamento do cordão umbilical, visto que a proporção de não registro diminuiu consideravelmente (95,2% vs. 7,5%;  $p<0,001$ ), não sendo possível, portanto, avaliar adequadamente se houve aumento ou diminuição do clampeamento precoce entre os anos. Os resultados ruins foram o aumento da realização da amniotomia durante

o trabalho de parto (81,8% vs. 83,9%) e o aumento da manobra de Kristeller (8,5% vs. 13,6%;  $p=0,047$ ).

Quanto às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado – categoria D – algumas apresentaram melhoria, tais como: diminuição da transferência da mulher para outra sala no início do período expulsivo (93,6% vs. 90,2%) e da episiotomia (63,5% vs. 55,0%;  $p=0,024$ ) e aumento da anestesia antes da episiotomia (93,4% vs. 94,9%). As práticas que apresentaram resultados ruins foram o aumento do uso de ocitocina (80,1% vs. 81,9%), do número de toques vaginais com frequência de 6 a 10 avaliações (24,6% vs. 34%;  $p=0,008$ ) e com frequência de 11 avaliações ou mais (1,8% vs. 3,8%), bem como aumento da proporção de exames de toque vaginal acima do recomendado pelo Ministério da Saúde (69,2% vs. 76,8%;  $p=0,055$ ), aumento da proporção de mulheres que avaliou o número de toques como sendo muito (16,2% vs. 19,7%) e aumento do uso de fórceps (3,7% vs. 5,8%). Não foi possível afirmar que algumas práticas dessa categoria apresentaram resultados melhores ou piores, pela falta de outros dados e informações assistenciais ou falta de recomendações específicas e divergências na literatura, sendo a discussão e a problematização das práticas mais relevante do que determinar se elas foram adequadas ou inadequadas, foram elas: o alívio farmacológico da dor com analgésico durante o trabalho de parto (44,4% vs. 75,1%;  $p<0,001$ ), o alívio farmacológico da dor com analgesia (20,3% vs. 45,9%;  $p<0,001$ ) e a indução do trabalho de parto com misoprostol (9,0% vs. 3,2%;  $p<0,001$ ).

Como demonstrado, foram encontradas práticas apoiadas nas recomendações da OMS e da Rede Cegonha, mas com percentuais muito aquém do preconizado, e práticas sem indicação justificada, que não são amparadas nas atuais evidências científicas. Mesmo que uma das propostas da Rede Cegonha seja a implementação e a garantia das boas práticas da OMS, evidenciou-se que quatro anos após o recebimento de recursos financeiros e o comprometimento com a estratégia, o hospital universitário pesquisado ainda não alcançou mudanças efetivas que se aproximem de um modelo humanizado, usuário-centrado e baseado em evidências.

O pré-natal mostrou-se quantitativamente adequado para a maioria das mulheres em 2016 (78,4%), entretanto, os resultados evidenciam baixa qualidade no que se referem às orientações. Além disso, o centro obstétrico do hospital possui sete quartos privativos de pré-parto equipados com recursos não-farmacológicos de

alívio da dor, mesmo assim, as mulheres continuam sendo transferidas para outra sala no período expulsivo (90,2%), continuam não utilizando esses métodos (25,8%) e continuam sem a presença do acompanhante no trabalho de parto (3,1%) e parto (4,3%). Percebe-se, portanto, que o número de consultas adequado não garante que a mulher receba informações importantes no pré-natal e que apenas a ambiência não é suficiente para garantir as boas práticas de atendimento ao parto e evitar rotinas desnecessárias.

Alguns resultados merecem destaque, dada a gravidade do evidenciado, como a manutenção de práticas que não são mais recomendadas: internação fora do trabalho de parto para a maioria das mulheres (51,2%), imposição da posição de litotomia (98,7%), aspiração de vias aéreas para a maioria dos RN (56,8%), aplicação rotineira de um fármaco de terceira escolha para prevenção da oftalmia neonatal (nitrate de prata), separação da maioria das mulheres e dos neonatos antes de completar uma hora de vida para aplicação desse fármaco (65,3%), não oferta de líquidos durante o TP (30,4%), realização de tricotomia (8,8%), venóclise rotineira e quase universal (97,8%), amniotomia rotineira (83,9%), clampeamento precoce do cordão umbilical com proporção maior que o recomendado (33,8%) e uso rotineiro de ocitocina (81,9%).

Além da manutenção de práticas entendidas hoje como violência obstétrica (ANDRADE et al., 2016; TESSER et al., 2015): restrição de posição e movimentação durante o TP (55,1%), taxa de episiotomia abusiva e rotineira (55,2%), manobra de Kristeller (13,6%), exames de toque vaginais repetitivos e acima do recomendado (76,8%), não realização de anestesia local antes da episiotomia (5,1%) não recebimento de informações sobre a assistência que estava sendo prestada, com destaque para realização de procedimentos sem explicação – como o exame de toque (5,0%), amniotomia (13,0%), cesariana (1,5%) e episiotomia (31,6%) – e para a realização de procedimentos sem o consentimento prévio da mulher – como amniotomia (7,2%) e episiotomia (20,2%).

As práticas relacionadas ao recém-nascido, como o contato pele-a-pele e o estímulo à amamentação logo após o nascimento, mostraram-se mais sensíveis à melhoria, visto que aumentaram 303,3% e 103,6%, respectivamente, demonstrando que os atravessamentos de gênero e o poder simbólico sobre o corpo das mulheres latentes na sociedade, reverberam também na obstetrícia. No entanto, destaca-se positivamente a maior oferta de analgesia de parto (20,3% para 45,9%).

O PHPN, instituído em 2000, já recomendava a adoção de procedimentos sabidamente benéficos e a eliminação de práticas intervencionistas e desnecessárias, no entanto, não foi eficaz sob o ponto de vista das boas práticas, como demonstrado nos diversos estudos brasileiros descritos ao longo deste trabalho. Percebe-se que estratégias governamentais que tentam fomentar e incorporar nos serviços práticas obstétricas baseadas em evidências, mas que não pretendem concomitantemente promover uma mudança de modelo de atenção ao parto, com a incorporação de enfermeiras obstetras e obstetrizes na assistência direta ao parto, acabaram se mostrando insuficientes.

Os resultados encontrados neste trabalho, são indicativos da necessidade da instituição rever suas práticas assistenciais, uma vez que, sendo hospital universitário, deveria estar em consonância com as melhores e mais atuais evidências científicas, inclusive para a adoção de um novo modelo de atenção. Um caminho já consolidado em outros lugares do mundo, mas que tem se mostrado no Brasil como uma necessária e imprescindível alternativa é a mudança do modelo obstétrico vigente, visto que o modelo tradicional de assistência ao parto tem se mostrado falido, dada a manutenção de práticas obsoletas e intervencionistas, não conseguindo atingir resultados satisfatórios de mortalidade materna e neonatal. Essa mudança de modelo inclui a inserção de enfermeiras obstetras e obstetrizes no acompanhamento direto, na responsabilização e na tomada de decisão clínica em todo o processo de parturição, prevendo a organização do trabalho em uma configuração compartilhada, sob a lógica do modelo colaborativo.

Incorporar esses pressupostos na filosofia da instituição e na prática pessoal de cada profissional que presta cuidados no parto e nascimento, beneficiará não só as mulheres e suas famílias, que receberão um atendimento mais humanizado e baseado em evidências científicas e nas suas necessidades pessoais, mas também a sociedade como um todo, pois a lógica de atenção colaborativa acarreta em uma assistência mais segura, refletindo nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, que são hoje um problema de saúde pública no Brasil. Do mesmo modo, espera-se que a reflexão sobre a importância da mudança de modelo obstétrico permaneça como uma das contribuições desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. **Obstet Gynecol**, v.107, n. 4, p.957-62, 2006.

AGUIAR, C.A. **Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 113p.

AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. Neonatal Resuscitation. **Circulation**, v.112, supl.IV, p.188–95, 2005.

ALBERS, L.L. Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. **Birth**, v.32, n.1, p.67-8, 2005.

ALBERT, D.M.; JAKOBIEC, F.A. (Eds). **Principles and practice of ophthalmology: clinical practice**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994.

ALFIREVIC, Z.; AFLAIFEL, N.; WEEKS, A. Oral misoprostol for induction of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.6. n.CD001338, 2014.

ALMEIDA, S.D.M.; BARROS, M.B.A. Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.7, n.1, p.22-35, 2004.

ALTMAN, D. et al. Anal sphincter lacerations and upright delivery postures—a risk analysis from a randomized controlled trial. **Int Urogynecol J**, v.18, p.141-46, 2007.

AMORIM, M.M. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v.14, 2017.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v.38, n.11, p.583-91, 2010.

ANDRADE, P.O.M. 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, p.29-37, 2016

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.M.D.; JONES, L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.12, n.CD000331, 2011.

ANS – AGENCIA 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. Brasília, DF, 6 de jan. de 2015

ANVERSA, E.T.Z. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.4, p.789-800, 2012.

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**, v.17, n.1, p.20-8, 2016.

ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do Encontro Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. **Quando a paciente é mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

ASKIN, D.F. Complications in the transition from fetal to neonatal life. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.31, n.3, p.318-27, 2002.

ASSADIAN, O. et al. Prophylaxis of ophthalmia neonatorum--a nationwide survey of the current practice in Austria. **Wien Klin Wochenschr.**, v.114, n.5-6, p.194-9, 2002.

BALCI, O. et al. Comparison of induction of labor with vaginal misoprostol plus oxytocin versus oxytocin alone in term primigravidae. **J Matern Fetal Neonatal Med.**, v.24, n.9, p.1084-7, 2011.

BALCI, O. et al. Induction of labor with vaginal misoprostol plus oxytocin versus oxytocin alone. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.110, p.64-7, 2010.

BALDISSEROTTO, M.L.; THEME FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reprod Health.**, v.13, supl.3, p.199-265, 2016.

BANNISTER-TYRRELL, M. et al. Adjustment for compliance behavior in trials of epidural analgesia in labor using instrumental variable meta-analysis. **J Clin Epidemiol.**, v.68, n.5, p.525-33, 2015.

BARROS, F.C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, n.9462, p.847-54, 2005.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, n.CD001236, 2014.

BELO, M.N.M. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.14, n.1, p.65-72, 2014

BIO, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**, v.28, n.11, p.671-79, 2006.

BISHOP, E.H. Pelvic Scoring for Elective Induction. **Obstet Gynecol.**, v.24, p.266–8, 1964.

BOERE, I. et al. Current Practice of Cord Clamping in The Netherlands: A Questionnaire Study. **Neonatology**, v.107, p.50-5, 2015.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. **Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, seção 1, p.9273-75, 26 jun. de 1986.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e os funcionamentos dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999**. Cria o Centro de Parto Normal CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 ago. 1999.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 08 de jun. 2000.

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

BRASIL. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. Diário Oficial da União, Seção 1, p.1. Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006**. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

BRASIL. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. **Lei n.11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

BRASIL. **Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 de jun. 2011a

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. 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.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco: Cadernos de Atenção Básica nº 32.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. **Humanização do parto e nascimento: cadernos humanizaSUS volume 4.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **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). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 22 de mai. 2014b.

BRASIL. **Saúde Brasil 2013.** Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 07 de mai. de 2014d.

BRASIL. **Resumo Executivo Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRAZ, R.M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v.37, n.99, p.554-62, 2013.

BROADWAY, J. et al. National Obstetric Anaesthetic Database; ongoing OAA audit project, 2002 Report. **OAA Newsletter**, 2004.

BRÜGGEMANN, O.M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERI, M.F.M.; OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento.** Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

BRÜGGEMANN, O.M. et al. Satisfação dos acompanhantes com a experiência de apoiar a parturiente em um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.3, p.686-96, 2015.

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, 2007.

CALEGARI, F.L. et al. Prontidão do recém-nascido a termo durante a primeira mamada em alojamento conjunto. **Rev. Rene.**, v.17, n.4, p.444-50, 2016.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.6, p.1349-59, 2007.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Assoc Med Bras.**, v.56, n.3, p.333-39, 2010.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Utilização do Índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.5, p.741-48, 2016.

CARVALHO, V.F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p.30-7, 2012.

CAVALCANTI, C.P.N. O público e o privado na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.847-49, 2006.

CAVALCANTI, P.C.S. et al. O modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.

CECATTI, J.G.; CALDERON, I.M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.27, n.6, p.357-65, 2005.

CERON, M.I. et al. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Rev. CEFAC**, v.15, n.3, 2013.

CESAR, J.A. et al. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.3, p.257-63, 2011.

CHAPARRO, C.M.; LUTTER, C. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.

CRAGIN, L.; KENNEDY, H.P. Linking Obstetric and Midwifery Practice With Optimal Outcomes. **JOGNN**, v.35, n.6, p.779-85, 2006.

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.366-71, 2010.

CUERVA, M.J. et al. Intrapartum ultrasound prior to Kristeller maneuver: an observational study. **J Perinat Med.**, v.43, n.2, p.171-5, 2015.

CUNHA, A.A. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v.38, n.11, p.599-606, 2010.

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.2067-78, 2006.

DARLING, E.K.; MCDONALD, H. A Meta-analysis of the Efficacy of Ocular Prophylactic Agents Used for the Prevention of Gonococcal and Chlamydial Ophthalmia Neonatorum. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.55, n.4, 2010.

DATASUS. MS/SVS/DASIS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2012.

DATASUS. MS/SVS/DASIS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Dados Preliminares. 2015.

DAVIS, L.; RIEDMANN, G. Recommendations for the management of low risk obstetric patients. **Int J Gynecol Obstet**, v.35, p.107-15, 1991.

DAWOOD, F.; DOWSWELL, T.; QUENBY, S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.6, n.CD007715, 2013.

DECLERCQ, E. et al. **Listening to Mothers: Report of the First National Survey of Women's Childbearing Experiences**. New York: Maternity Center Association/Harris Interactive, 2002.

DEMARIA, A.L.; BERENSONB, A.B. Prevalence and correlates of pubic hair grooming among low-income Hispanic, Black, and White women. **Body Image**, v.10, n.2, p.226-31, 2013.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (doutorado em medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo. 255p.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.

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, p.S140-S153, 2014.

DINIZ, S.; D'OLIVEIRA, A.F.P.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reprod Health Matters**, v.20, p.94-101, 2012.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl.1, p.S101-S116, 2014.

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, p.S154-S168, 2014.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p.646-54, 2005.

DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, M.V.; MAMEDE, F.V. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.12, n.4, p.717-25, 2008.

DOWNE, S. et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.7, n.CD010088, 2013.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermeria**, v.XIX, n.1, p.117-29, 2013.

EIDE, B.I.; NILSEN, A.B.V.; RASMUSSEN, S. Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.9, n.25, 2009.

ESTOL, P.C. et al. Oronaso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. **Journal of Perinatal Medicine**, v.20, n.4, p.297-305, 1992.

FARIA, D.G.S.; ZANETTA, D.M.T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.1, p.17-23, 2008.

FARRAR, D. et al. Research article Care during the third stage of labour: A postal survey of UK midwives and obstetricians. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.23, 2010.

FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2, p.150-73, 1991.

FEITOSA, F.E. et al. Nova formulação de misoprostol sublingual na indução do trabalho de parto. **Rev Assoc Med Bras.**, v.52, n.4, p.251-55, 2006.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO, A.C.F.V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.6, p.1291-97, 2013.

FORNAZARI, D.H. **Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 93p.

FOSTER, J.P. et al. Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.4, n.CD010332, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FPA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa mulheres e gênero nos espaços públicos e privados**. 2010. Disponível em: <[www.fpabramo.org.br](http://www.fpabramo.org.br)>. Acesso em: 2 ago. de 2011.

- FRIAS, A.; FRANCO, V. A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. **INFAD Revista de Psicología**, n.1, p.47-54, 2008.
- GAMA, S.G.N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, v.13, supl.3, p. 226-65, 2016.
- GARDENAL, C.L.C. et al. Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante, parturiente e puérpera, turiente e puérpera, em instituições de Sorocaba/SP (1999). **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.4, p.478-84, 2002.
- GEISSBUEHLER, V.; STEIN, S.; EBERHARD, J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. **J Perinat Med.**, v.32, n.4, p.308-14, 2004.
- GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- 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.
- GOMES, K. et al. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.12, n.2, p.360-66, 2010.
- GOULART, D.M.M. et al. Humanização do parto: assistência às parturientes em um hospital universitário. **Saúde Coletiva**, v.10, n.59, p.8-13, 2013.
- GUERRA, C.V.Q.L. **Indução do trabalho de parto na América Latina: inquérito hospitalar**. 2008. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 124p.
- HELENE, O. Evolução da escolaridade esperada no Brasil ao longo do século XX. **Educação e Pesquisa**, v.38, n.1, p.197-215, 2012.
- HIRAYAMA, F. et al. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. **BJOG**, v.119, n.3, p.340-7, 2012.
- HODNETT, E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, v.186, n.5, supl. Nature, p.S160-72, 2002.
- HODNETT, E.D. et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, v. 7, n.CD003766, 2013.
- HOFMEYR, G.J.; GÜLMEZOGLU, A.M.; PILEGGI, C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.10, n.CD000941, 2010.
- HOFMEYR, G.J. et al. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.3, n.CD006067, 2017.

HOTIMSKY, S.N.; SCHRAIBER, L.B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.639-49, 2005.

HOWSON, C.P.; KINNEY, M.V.; LAWN, J.E. **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2012.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010 - Características da População e dos Domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 32. **Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016b.

ILCOR – INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION. Part 7: neonatal resuscitation. **Resuscitation**, v.67, p.293–303, 2005.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014.

IYENGAR, K. et al. Adherence to evidence based care practices for childbirth before and after a quality improvement intervention in health facilities of Rajasthan, India. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.14, n.270, 2014.

JIANG, H. et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.2, n.CD000081, 2017.

JONES, L. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.3, n.CD009234, 2012.

KAMALIFARD, M. et al. The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain Intensity and Physiological Responses to Labor Pain. **Journal of Caring Sciences**, v.1, n.2, p.73-8, 2012.

KAPOOR, V.S.; WHYTE, R.; VEDULA, S.S. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.9, n.CD001862, 2016.

- KASSAR, S.B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**. v.89, n.3, p.269–77, 2013.
- KATTWINKEL, J. et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**, v.122, n.18, supl.3, p.909–19, 2010.
- KELLEHER, J. et al. Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalency trial. **Lancet**, v.382, n.9889, p.326-330, 2013.
- KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editorial Presença, 1996.
- KLOMP, T. et al. Dutch women in midwife-led care at the onset of labour: which pain relief do they prefer and what do they use? **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.230, 2013.
- KLOMP, T. et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.9, n.CD009351, 2012.
- KOTASKA, A.J.; KLEIN, M.C.; LISTON, R.M. Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births: a critical look at the external validity of randomized trials. **Am J Obstet Gynecol.**, v.194, n.3, p.809-14, 2006.
- KROHN, M.A. et al. The bacterial etiology of conjunctivitis in early infancy. **American Journal of Epidemiology**, v.138, n.5, p.326–32, 1993.
- KVIST, L.J. et al. Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. **Midwifery.**, v.27, n.6, p.188-94, 2011.
- LAMOUNIER, J.A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr.**, v.26, n.2, p.161-69, 2008.
- LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl.1, p.S192-S207, 2014.
- LAUZON, L.; HODNETT, E.D. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.3. n.CD000936, 2001.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.10, n.CD003934, 2013.
- LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p.17-32, 2014.
- LEDERMAN, E. et al. Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.139, n.8, p. 956-58, 1981.

LEDERMAN, R.P. et al. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.132, n.5, p.495-500, 1978.

LI, Y. et al. A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.54, p.731-36, 2015.

LIMA, A.P.; CORRÊA, A.C.P. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.4, p.876-83, 2013.

LOBO, S.F. et al. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.812-8, 2010.

LOUDON, I. **Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950**. Oxford: Clarendon Press, 1992.

LUKASSE, M. et al. Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.60, 2014.

MAMEDE, F.V. et al. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.11, n.3, p.466-71, 2007.

MANZINI, F.C. **Avaliação da assistência ao parto no hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**. 2007. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu. 103p.

MANZINI, F.C. et al. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.9, n.1, p.59-67, 2009.

MARANHÃO, A.G.K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MCGRATH, S.K.; KENNEL, J.K. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. **BIRTH**, v.35, n.2, 2008.

MEDEIROS, M.Q. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma maternidade de referência do Ceará**.

2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 90p.

MERIGHE, L.S. **Fatores associados à cesariana de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de pré-natal**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo. 85p.

MEYVIS, I. et al. Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. **BIRTH**, v.39, p.2, p.115-20, 2012.

MIKOLAJCZYK, R.T. et al. Risk Factors for Birth Canal Lacerations in Primiparous Women. **Am J Perinatol.**, v.25, n.5, p.259–64, 2008.

MILES, A. **Women, Health and Medicine**. Philadelphia: Open University Press, 1991.

MIRANDA, J.E. et al. The effect of guideline variations on the implementation of active management of the third stage of labor. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.121, p.266–69, 2013.

MOIETY, F.M.S.; AZZAM, A.Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v.40, n.4, p.946-53, 2014.

MONTESCHIO, L.V.C. et al. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.15, n.4, p.591-98, 2016.

MONTICELLI, M. et al. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, p.482-91, 2008.

MOORE, E.R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, n.CD003519, 2016.

MOREIRA, M.E.L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p.128-39, 2014.

MOURA, J.D. **DOR NO TRABALHO DE PARTO – influência na satisfação com o trabalho de parto e métodos utilizados para o seu controle em três maternidades do sul do Brasil**. 2007. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 45p.

MUNIZ, J.O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Rev. Sociol. Polít.**, v.18, n.36, p.277-91, 2010.

MURRAY, E.K.; RICKETTS, S.; DELLAPORT, J. Hospital Practices that Increase Breastfeeding Duration: Results from a Population-Based Study. **Birth.**, v.34, n.3, p.202-11, 2007.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.651-57, 2005.

NAPCHAN, B. et al. From suspicion to action: the chemical conjunctivitis and silver nitrate connexion example in Brazilian hospitals. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v.14, p.555–59, 2005.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.4, p.1059-68, 2013.

NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.3, p.559-72, 2012.

NONATO, M.S.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.4, p.681-94, 2015.

OLIVEIRA, F.A.M. et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n. esp, p.177-84, 2015.

OLIVEIRA, F.C.C. et al. Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.1, p.10-8, 2014.

OLIVEIRA, M.I.C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.895-902, 2008.

OLIVEIRA, M.I.C. et al. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.12, n.3, p.281-95, 2012.

OSAVA, R.H.; MAMEDE, M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **J. bras. ginecol.**, v.105, n.1, p.3-9, 1995.

OSAVA, R.H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1036-43, 2011.

OTHMAN, M.; JONES, L.; NEILSON, J.P. Non-opioid drugs for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.7, n.CD009223, 2012.

OVERGAARD, C. et al. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. **BMJ Open**, v.1, n.1, 2011.

PÁDUAI, K.S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.1, p.70-9, 2010.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Beyond survival: integrated delivery care practices for long-term maternal and infant nutrition, health and development**. 2. ed. Washington, DC: PAHO, 2013.

PANZANDEH, F. et al. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. **Midwifery.**, v.31, n.11, p.1045-53, 2015.

PARADA, C.M.G.L; CARVALHAES, M.A.B.L. avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. esp., 2007.

PEIXOTO, C.R. et al. o pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n.2, p.286-91, 2011.

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 (impr.)**, v.17, n.1, p.17-23, 2013.

PERLMAN, J.M. et al. Neonatal resuscitation: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Pediatrics**, v.126, p.1319–44, 2010.

PILLEGI, M.C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, v.6, n.4, p.467-72, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc. Anna Nery**, v.12, n.1, 2008.

PROGIANTI, J.M.; BARREIRA, I.A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **R Enferm UERJ**, v.9, n.1, p.91-97, 2001.

QUINTELA, D.F. **As práticas de beleza femininas e a construção da subordinação**. 2014. Monografia (Bacharelado em Ciência Política) Universidade de Brasília – UnB. Brasília.

RABELO, M. **Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual**. 2015. Dissertação (Mestrado em Prática Profissional de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 122p.

RAMSEY, S. et al. Pubic hair and sexuality: a review. **J Sex Med.**, v.6, n.8, p.2102-10, 2009.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v.382, n.9886, p.57-64, 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, v.13, supl.1, p.759-68, 2009.

RÊGO, M.B.C.; MATÃO, M.E.L. Análise dos partos vaginais e cesarianas no município de Goiânia - Goiás: antes e após a Rede Cegonha. **Rev da Univ Vale do Rio Verde**, v.14, n.2, p.83-92, 2016.

REIS, C.S.C. et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **J. res.: fundam. care.**, v.8, n.4, p.4972-79, 2016.

REIS, C.S.C. et al. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.1, p.7-11, 2014.

REIS, T.M.R. et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n. esp., p.94-101, 2015.

RIBEIRO, J.M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparative. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.534-45, 2004.

ROCHA, I.M.S. et al. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.4, p.880-88, 2009.

ROOKS, J.P. Safety and risks of nitrous oxide labor analgesia: a review. **J Midwifery Womens Health.**, v.56, n.6, p.557-65, 2011.

SABATINO, H. Parto na vertical. **RBM-GO**, v.8, n.2, p.51-64, 1997.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.25, n.2, p.281-290, 2016.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.4, n.CD004667, 2016.

SANDIN-BOJO, A. et al. Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme. **Midwifery**, v.23, p.113–122, 2007.

SANDIN-BOJO, A. et al. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. **Midwifery**, v.22, n.3, p.207–17, 2006.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p.645-50, 2008.

SANTOS, L.S. **Implantação da Rede Cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 60p.

SAUGSTAD, O.D. New guidelines for newborn resuscitation. **Acta Pædiatrica**, v.96, p.333–37, 2007.

SAWYER, A. et al. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.13, p.108, 2013.

SBP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016.** Disponível em:

[http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-](http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/diretrizessbpreanimacaornmaior34semanas26jan2016.pdf)

[content/uploads/2016/01/diretrizessbpreanimacaornmaior34semanas26jan2016.pdf](http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/diretrizessbpreanimacaornmaior34semanas26jan2016.pdf)

SCARABOTTO, L.B.; RIESCO, M.L.G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.3, p.389-95, 2006.

SCHALLER, U.C.; KLAUSS, V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bull World Health Organ.* **Geneva**, v.79, n.3, p. 262-63, 2001.

SCHEIDT, T.R. **Prevalência de partos na água e resultados maternos e neonatais em uma maternidade do setor suplementar de saúde.** 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 140p.

SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G. intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **REME**, v.10, n.3, p. 240-46, 2006.

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.

SCOTLAND, G.S. et al. Women's Preferences for Aspects of Labor Management: Results from a Discrete Choice Experiment. **Birth**, v.38, n.1, p.36-46, 2011.

SEIBERT, S.L. et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev Enferm UERJ**, v.13, n.2, p.245-51, 2005.

SILVA, F.M.B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.5, p.1031-8, 2013.

SILVEIRA, R.B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L.M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.1, p.35-43, 2008.

SIMMONS, S.W. et al. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.10, n.CD003401, 2012.

SOUSA, A.M.M. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte.** 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 139p.

SOUSA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.324-31, 2016.

SOUZA, M.F.L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. **Rev Paul Pediatr**, v.29, n.4, p.502-8, 2011.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.3, p.520-6, 2015.

TAAVONI, S. et al. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. **Complement Ther Clin Pract.**, v.24, p.99-102, 2016.

TABASI, Z.; BEHRASHI, M.; MAHDIA, M. Vaginal Misoprostol Versus High Dose of Oxytocin for Labor Induction: A Comparative Study. **Pakistan Journal of Biological Sciences**, v.10, n.6, p.920-92, 2007.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec, 1995.

TANG, J. et al. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.121, p.186–89, 2013.

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.

TINGSTIG, C. et al. Satisfaction with a modified form of in-hospital birth center care compared with standard maternity care. **Birth Berkeley Calif.**, v.39, p.106–14, 2012.

TORRES, J.A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v.30, p.S220-S231, 2014.

ULLMAN, R. et al. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.9, n.CD007396, 2010.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação**. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

UNICEF BRASIL - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. In: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia UFdP. Pelotas: UNICEF BRASIL; 2013.

VALE, L.D. et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.3, p.86-92, 2015.

VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J.M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc Anna Nery**, v.21, n.1, 2017.

VELAPHI, S.; VIDYASAGAR, D. The pros and cons of suctioning at the perineum (intrapartum) and post-delivery with and without meconium. **Semin Fetal Neonatal Med.**, v.13, n.6, p.375-82, 2008.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v.377, p.1863-76, 2011.

VIEIRA NETA, F.A. et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Rev Rene**, v.15, n.5, p.823-31, 2014.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIEIRA, G.O. et al. Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **J Pediatr.**, v.91, n.3, p.270-7, 2015.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, p.S85-S100, 2014.

VILARINHO, L.M.; NOGUEIRA, L.T.; NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.2 p.312-19, 2012.

VIVANCOS, R.B.Z. et al. Feeding newborns after hospital discharge from a Baby-Friendly Health Care Institution. **Acta paul. enferm.**, v.21, n.3, p.439-43, 2008.

VOGT, S.E.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.2, p.304-13, 2014.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.9, p.1789-1800, 2011.

WEEKS, A. et al. Misoprostol for induction of labor with a live fetus. **Int J Gynecol Obstet.**, v.99, p.S193-S197, 2007.

WHITCHER, J.P.; SRINIVASAN, M.; UPADHYAY, M.P. Corneal blindness: a global perspective. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, n.3, p.214–21, 2001.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet.**, n.2, v.8452, p. 436-437, 1985.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide**. Geneva: WHO, 1998

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Geneva: WHO, 1996.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors**. Geneva: WHO, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2005: Make every woman and child count**. Geneva: WHO, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.** Geneva: World Health Organization, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.** Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health. WHO statement on cesarean section rates.** Geneva: WHO, 2015.

WINBERG, J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior- a selective review. **Dev Psychobiol**, v.47, p.217-29, 2005.

WISWELL, T.E. et al. Delivery room management of the apparently vigorous meconium-stained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial. **Pediatrics**, v.105, n.1, p.1-7, 2000.

## APÊNDICE A – QUADRO DE COMPARAÇÃO DAS VARIÁVEIS 2012-2016

Eixo	Instrumento Pesquisa 2012	Instrumento Pesquisa 2016	Variável final
Caracterização da puérpera	Idade em anos	Idade em anos	Idade em anos
	Cor da pele (autodenominada)	Cor da pele (autodenominada)	Cor da pele
	Escolaridade (anos completos)	Escolaridade (série/ anos completos)	Escolaridade
	Situação marital	Situação marital	Situação conjugal
	Ocupação	Não perguntado	X
	Categoria de internação	Não perguntado	X
Pré-natal (história obstétrica)	Número de gestações	Número de gestações	Número de gestações
	Não perguntado	Paridade	Paridade
	Parto normal anterior (quantos)	Número de partos via vaginal anterior	Número de parto(s) anterior(es) por via vaginal
	Parto fórceps anterior (quantos)	Não perguntado	X
	Cesariana anterior (quantas)	Número de cesarianas anteriores	Número de cesariana(s) anterior(es)
	Aborto anterior (quantos)	Número de abortos anteriores	Número de aborto(s) anterior(es)
Pré-natal (gravidez atual)	Fez pré-natal?	Fez pré-natal?	Realização de pré-natal
	Onde fez o pré-natal?	Não perguntado	X
	Quantas consultas?	Número de consultas de pré-natal	Número de consultas de pré-natal
	Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?	Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?	Profissional que realizou o pré-natal
	Recebeu informação sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no pré-natal?	Recebeu informação sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor no pré-natal?	Orientação sobre métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor no pré-natal
	Recebeu informação sobre sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da MF, perda de líquido)?	Recebeu informação sobre sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da MF, perda de líquido)?	Orientação sobre sinais de alerta no pré-natal
	Recebeu informação sobre sinais de trabalho de parto?	Recebeu informação sobre sinais de trabalho de parto?	Orientação sobre sinais de trabalho de parto no pré-natal
	Recebeu informação sobre os tipos de parto no pré-natal?	Recebeu informação sobre os tipos de parto no pré-natal?	Orientação sobre os tipos de parto no pré-natal
	Participou de grupo de gestantes?	Não perguntado	X
Internação para o parto	Data da USG do 1º trimestre e IG	Não perguntado	X

	DUM	Não perguntado	X
	Idade gestacional na data do parto pela DUM e pela USG	Idade gestacional (em semanas completas)	X
	Foi considerada gestante de alto risco?	Não perguntado	X
	Intercorrências na gestação atual? Qual?	Não perguntado	X
	Dilatação em cm	Dilatação em cm	Dilatação na admissão
	Característica do colo	Cérvice	Característica do colo na admissão
	Não perguntado	Apresentação	X
	Bolsa das águas	Bolsa das águas	Bolsa das águas na admissão
	Característica do líquido amniótico (se bolsa rota)	Característica do líquido amniótico (se bolsa rota)	X
	Amnioscopia	Não perguntado	X
	Dinâmica uterina	Dinâmica uterina	Dinâmica uterina na admissão
	Não perguntado	Altura uterina	X
	BCF	BCF	BCF na admissão
	Realizou MAP? Laudo?	Não perguntado	X
	Não perguntado	Diagnóstico da admissão	X
Práticas de atenção ao trabalho de parto (tricotomia)	Realizou raspagem dos pelos/depilação?	Realizou raspagem dos pelos/depilação?	Realização de tricotomia
	Onde realizou a raspagem/depilação dos pelos?	Onde realizou a raspagem/depilação dos pelos?	Local de realização da tricotomia
	Não perguntado	Obteve informação que deveria realizar raspagem dos pelos/depilação?	X
Práticas de atenção ao trabalho de parto (método laxativo)	Realizou lavagem intestinal?	Utilizou algum tipo de método laxativo?	Realização de enema ou outro método laxativo
	Onde realizou a lavagem intestinal?	Onde realizou a lavagem intestinal/método laxativo?	Local de realização do enema ou método laxativo
	Não perguntado	Obteve informação que deveria realizar método laxativo?	X
Práticas de atenção ao trabalho de parto (ingestão de líquidos)	Não perguntado	Recebeu informação sobre ingestão de líquidos durante o TP?	X
	Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos?	Neste hospital foram oferecidos líquidos durante o TP?	Oferta de líquidos durante o trabalho de parto
	Não perguntado	Você ingeriu líquidos durante o TP?	X

Práticas de atenção ao trabalho de parto (acesso venoso/ medicamento)	Foi puncionado acesso venoso?	Foi puncionada sua veia durante o TP?	Venóclise durante trabalho de parto
	Utilizou soro com ocitocina no TP? (prontuário)	Utilizou soro com ocitocina no TP? (prontuário)	Utilização de ocitocina
	Foi explicado o motivo de ter colocado soro?	Foi explicado o motivo de ter colocado soro com ocitocina?	Mulher recebeu explicação sobre o motivo da ocitocina
	Foi colocada alguma medicação em sua vagina?	Foi colocado algum remédio em sua vagina?	Indução do parto com misoprostol
	Foi explicado o motivo de terem colocado algum remédio na sua vagina?	Foi explicado o motivo de terem colocado algum remédio na sua vagina?	Mulher recebeu explicação sobre o motivo do misoprostol
	Você recebeu medicação para o alívio da dor durante o trabalho de parto? Na veia?	Você recebeu algum remédio para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	Alívio farmacológico da dor com analgésico
	Você recebeu medicação para o alívio da dor? Nas costas?	Você recebeu analgesia nas costas durante o trabalho de parto?	Alívio farmacológico da dor com analgesia
Práticas de atenção ao trabalho de parto (exame de toque)	Foram realizados exames de toque vaginal? Quantos?	Foram realizados exames de toque vaginal? Quantos?	Número de exames de toque vaginal realizados
	Você considera o número de vezes que foi realizado exame de toque pouco, muito ou suficiente?	Você considera o número de vezes que foi realizado exame de toque pouco, muito ou suficiente?	Avaliação da mulher sobre o número de toques
	Não perguntado	Quantos profissionais diferentes realizaram exame de toque vaginal?	Quantidade de profissionais diferentes que realizaram o toque (dados de 2016)
	Explicaram a você o motivo da realização do exame de toque?	Explicaram a você o motivo da realização do exame de toque?	Mulher recebeu explicação sobre o motivo da realização do toque
Práticas de atenção ao trabalho de parto (monitorização)	Durante o trabalho de parto você realizou MAP/Cardiotocografia?	Não perguntado	X
	Explicaram a você o motivo de terem realizado MAP?	Não perguntado	X
Práticas de atenção ao trabalho de parto (amniotomia)	Enquanto estava no pré-parto romperam sua bolsa das águas?	Enquanto estava no pré-parto em trabalho de parto romperam sua bolsa das águas?	Amniotomia no trabalho de parto
	Informaram a você que iriam romper sua bolsa das águas?	Informaram a você que iriam romper sua bolsa das águas?	Mulher foi informada sobre a realização da amniotomia
	Se sim, foi informada o motivo da realização deste procedimento?	Se sim, foi informada o motivo da realização deste procedimento?	Mulher recebeu explicação sobre motivo da amniotomia
	Não perguntado	Sabe o motivo da realização desse procedimento?	X
	Foi informada qual era a cor do líquido?	Foi informada qual era a cor do líquido amniótico?	X

Práticas de atenção ao trabalho de parto (MNF de alívio da dor)	Na internação você recebeu informação sobre coisas que poderiam fazer para facilitar o parto?	Na internação você recebeu informação sobre MNF de alívio da dor?	Mulher foi informada na internação sobre MNF de alívio da dor
	Você conhece algum dos seguintes MNF de alívio da dor?	Você conhece algum dos seguintes MNF de alívio da dor?	X
	Utilizou medidas não farmacológicas para aliviar a dor? Quais?	Qual(ais) dos MNF de alívio da dor você utilizou durante o trabalho de parto?	Utilização de MNF de alívio da dor durante o trabalho de parto
	Durante o trabalho de parto você caminhou ou ficou fora da cama?	Qual(ais) dos MNF de alívio da dor você utilizou durante o trabalho de parto? Deambulação?	Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho do parto.
	Você sabe o motivo de ter utilizado esses métodos?	Qual motivo levou você a usar os MNF de alívio da dor?	X
	Não perguntado	Você considera que a utilização dos MNF de alívio da dor teve algum benefício?	X
	Não perguntado	Em uma escala de zero a dez qual sua satisfação com a utilização do MNF?	X
Práticas de atenção ao trabalho de parto (partograma)	Foi preenchido o partograma?	Não perguntado	X
Práticas de atenção ao parto (acompanhante)	Não perguntado	Antes da internação, você já tinha conhecimento que poderia ter acompanhante de livre escolha durante trabalho de parto, parto e pós-parto?	X
	Não perguntado	Onde você obteve informação sobre o direito ao acompanhante?	X
	Não perguntado	Você conhece a lei do direito do acompanhante?	X
	Teve acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto? Quem?	Você teve acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto? Quem?	Acompanhante durante o trabalho de parto
	Não perguntado	Se não teve, por quê?	X
	Você teve acompanhante no parto/cesariana? Quem?	Você teve acompanhante de sua escolha durante o parto/cesariana? Quem?	Acompanhante durante o parto/cesariana
	Não perguntado	Se não teve, por quê?	X
	Não perguntado	Você teve acompanhante de sua escolha na sala de recuperação pós-parto? Quem?	X
	Não perguntado	Se não teve, por quê?	X

	Não perguntado	Acompanhante esteve presente nos primeiros cuidados do bebê? Quem?	X
	Não perguntado	Se não teve, por quê?	X
	Não perguntado	Você teve acompanhante de sua livre escolha na maternidade? Quem?	X
	Não perguntado	Se não teve, por quê?	X
Práticas de atenção ao parto (nascimento)	Tipo de parto?	Qual foi o tipo de parto?	Tipo de parto
	Não perguntado	Qual o tipo de parto que gostaria de ter tido?	Preferência de via de nascimento (dados de 2016)
	Foi lhe explicado o motivo de ter tido cesariana?	Você sabe porque foi realizada a cesariana?	Mulher recebeu explicação sobre motivo da cesariana
	Você sabe porque foi submetida a um parto com fórceps?	Não perguntado	X
	Em qual sala/local o seu bebê nasceu?	Em qual sala/local o seu bebê nasceu?	Local do parto vaginal
Práticas de atenção ao parto (posição no parto)	Qual foi a sua posição no parto?	Qual foi a sua posição no parto?	Posição no período expulsivo
	Algum profissional lhe perguntou a posição que gostaria de ter seu bebê?	Algum profissional lhe perguntou a posição que gostaria de ter seu bebê?	Estímulo a adotar posição de preferência durante o parto
	X	Você ficou na posição que queria durante o parto?	X
	Não perguntado	Onde você obteve informação sobre as posições no parto?	X
Práticas de atenção ao parto (kristeller)	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga? (Manobra de Kristeller)?	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga? (Manobra de Kristeller)	Manobra de Kristeller
	Foi informada sobre o motivo desse procedimento?	Algum profissional lhe explicou o motivo de ter apertado/subido na sua barriga?	Mulher recebeu explicação sobre o motivo da manobra de Kristeller
	Se sim, qual o motivo?	Se sim, qual o motivo?	X
Práticas de atenção ao parto (condição do períneo)	Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?	Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?	Condições do períneo
	Foi avisado que iria ser feito o corte?	Foi avisado que iria ser feito o corte?	Mulher foi avisada sobre a realização da episiotomia
	Foi explicado o motivo de ter realizado o corte?	Foi explicado o motivo de ter realizado o corte?	Mulher recebeu explicação sobre a episiotomia

	Se sim, qual o motivo?	Se sim, qual o motivo?	X
	Foi feita anestesia antes do corte?	Você sabe se foi feita anestesia antes do corte?	Anestesia antes da episiotomia
	Qual anestesia recebeu?	Não perguntado	X
Práticas de atenção ao recém-nascido	Peso ao nascer	Peso ao nascimento	Peso ao nascer
	Apgar no 1º minuto	Apgar no 1º minuto	Apgar no 1º minuto
	Apgar no 5º minuto	Apgar no 5º minuto	Apgar no 5º minuto
	Clampeamento do cordão	Clampeamento do cordão	Clampeamento precoce do cordão
	Foi realizada aspiração?	Foi realizada aspiração?	Aspiração de vias aéreas
	Não perguntado	Se realizada aspiração, qual o motivo?	X
	Foi realizado aspirado/lavado gástrico?	Foi realizado lavado gástrico?	Lavado gástrico
	Se realizado lavado, qual o motivo?	Se realizado lavado, qual o motivo?	X
	Capurro	Capurro	X
	Adequação do peso	Adequação do peso	X
	Credeização	Credeização	Aplicação de nitrato de prata (credê)
	Hora da realização do credê	Hora da realização do credê	Período do nitrato de prata
	Não perguntado	Onde você obteve informação sobre amamentação?	X
	Não perguntado	Onde você obteve informação sobre contato pele-a-pele?	X
	Após o nascimento e ANTES de serem prestados os cuidados com o bebê, o profissional não mostrou o bebê, apenas lhe mostrou, colocou o bebê no colo sobre a sua roupa ou colocou o bebê pelado sobre sua pele?	Após o nascimento, ainda na sala de parto/cesariana e ANTES de serem prestados os primeiros cuidados com o bebê, o profissional não mostrou o bebê, apenas lhe mostrou, colocou o bebê no colo sobre a sua roupa ou colocou o bebê pelado sobre sua pele?	Contato pele-a-pele na sala de parto/cesariana
Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?	Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?	X	

	Após o nascimento do bebê e ANTES de serem prestados os primeiros cuidados com bebê, o profissional estimulou a amamentação?	Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto/cesariana e ANTES de serem prestados os primeiros cuidados com bebê, o profissional estimulou a amamentação?	Oferta da amamentação logo após o nascimento
	Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?	Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?	X
	APÓS os primeiros cuidados com bebê, o profissional não mostrou o bebê, apenas lhe mostrou, colocou o bebê no colo sobre a sua roupa ou colocou o bebê pelado sobre sua pele?	APÓS os primeiros cuidados com bebê, o profissional não mostrou o bebê, apenas lhe mostrou, colocou o bebê no colo sobre a sua roupa ou colocou o bebê pelado sobre sua pele?	X
	Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?	Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?	X
	APÓS o nascimento do bebê e APÓS de serem prestados os primeiros cuidados com bebê o profissional estimulou a amamentação?	APÓS o nascimento do bebê e APÓS de serem prestados os primeiros cuidados com bebê o profissional estimulou a amamentação?	X
	Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?	Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?	X

## APÊNDICE B – QUADRO DE VARIÁVEIS FINAL

Bloco 1 – Dados sociodemográficos		
	2012	2016
Idade	X	X
Cor	X	X
Escolaridade	X	X
Situação conjugal	X	X
Bloco 2 – Dados da história obstétrica		
	2012	2016
Número de gestações	X	X
Paridade	X	X
Número de parto(s) anterior(es) por via vaginal	X	X
Número de cesariana(s) anterior(es)	X	X
Número de aborto(s) anterior(es)	X	X
Bloco 3 – Dados do pré-natal		
	2012	2016
Realização de pré-natal	X	X
Número de consultas de pré-natal	X	X
Profissional que realizou o pré-natal	X	X
Orientação sobre métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor no pré-natal	X	X
Orientação sobre sinais de trabalho de parto no pré-natal	X	X
Orientação sobre sinais de alerta no pré-natal	X	X
Orientação sobre os tipos de parto no pré-natal	X	X
Bloco 4 – Dados da admissão		
	2012	2016
Dilatação na admissão	X	X
Característica do colo na admissão	X	X
Bolsa das águas na admissão	X	X
Dinâmica uterina na admissão	X	X
Batimentos cardíacos fetais (BCF) na admissão	X	X
Internação em trabalho de parto	X	X
Bloco 5 – Dados da assistência ao parto		
	2012	2016
Tipo de parto	X	X
Indução do parto com misoprostol	X	X
Local do parto vaginal	X	X
Posição no período expulsivo	X	X
Condições do períneo	X	X

<b>Bloco 6 – Dados do recém-nascido</b>		
	2012	2016
Peso ao nascer	X	X
Apgar no 1º minuto	X	X
Apgar no 5º minuto	X	X
Aspiração de vias aéreas	X	X
Lavado gástrico	X	X
Aplicação de nitrato de prata	X	X
Período do nitrato de prata	X	X
<b>Bloco 7 – Práticas assistenciais segundo classificação da OMS</b>		
<b>Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas</b>		
	2012	2016
Oferta de líquidos durante o trabalho de parto	X	X
Acompanhante durante o trabalho de parto	X	X
Acompanhante durante o parto/cesariana	X	X
Utilização de MNF de alívio da dor durante o trabalho de parto	X	X
Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho do parto	X	X
Estímulo a adotar posição de preferência durante o parto	X	X
Contato pele-a-pele logo após o nascimento	X	X
Oferta da amamentação logo após o nascimento	X	X
Fornecer a mulher todas as informações e explicações que desejar:		
- mulher foi informada na internação sobre os MNF de alívio da dor	X	X
- mulher recebeu explicação sobre o motivo da ocitocina	X	X
- mulher recebeu explicação sobre o motivo do misoprostol	X	X
- mulher recebeu explicação sobre o motivo da realização do toque	X	X
- mulher foi informada antes da realização da amniotomia	X	X
- mulher recebeu explicação sobre motivo da amniotomia	X	X
- mulher recebeu explicação sobre motivo da cesariana	X	X
- mulher recebeu explicação sobre o motivo da manobra de Kristeller	X	X
- mulher foi informada antes da realização da episiotomia	X	X
- mulher recebeu explicação sobre o motivo da episiotomia	X	X
<b>Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas</b>		
	2012	2016
Realização de enema ou outro método laxativo	X	X
Local de realização do enema ou método laxativo	X	X
Realização de tricotomia	X	X
Local de realização da tricotomia	X	X
Venóclise durante trabalho de parto	X	X
Posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto	X	X
<b>Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela</b>		

	2012	2016
Amniotomia no trabalho de parto	x	x
Manobra de Kristeller	x	x
Clampeamento precoce do cordão umbilical	x	x
<b><u>Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado</u></b>		
	2012	2016
Alívio farmacológico da dor com analgésico durante o trabalho de parto	x	x
Alívio farmacológico da dor com analgesia	x	x
Utilização de ocitocina	x	x
Número de exames de toque vaginal realizados	x	x
Avaliação da mulher sobre o número de toques	x	x
Transferência da mulher para outra sala no início do período expulsivo	x	x
Parto com uso de fórceps	x	x
Episiotomia	x	x
Anestesia antes da episiotomia	x	x

## ANEXO A – INSTRUMENTO PESQUISA DE 2012

1

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição

Nº \_\_\_\_\_

Nome da puérpera: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário da entrevista: \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos (COMPLETO)

2. Cor da pele (auto denominada):

[1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena

3. Até que série/ano (COMPLETO) você estudou:

Ensino Fundamental:

[1] 1º série [5] 5º série

[2] 2º série [6] 6º série

[3] 3º série [7] 7º série

[4] 4º série [8] 8º série

Ensino Médio:

[9] 1º série

[10] 2º série

[11] 3º série

Superior:

[12] 1º ano

[13] 2º ano

[14] 3º ano

[15] 4º ano

[16] 5º ano

4. Situação marital: [1] não tem companheiro [2] tem companheiro

5. Ocupação: \_\_\_\_\_

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 6. Categoria de internação:

[1] SUS [2] Prestadora de saúde privada (convênio) [3] Por custeio próprio (particular)

**PRÉ-NATAL****História obstétrica**

7. Número de gestações (CONTAR ATUAL): \_\_\_\_\_

8. Número e tipo de parto (ANTERIORES):

Parto normal: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [ ] \_\_\_\_\_ PN

Parto fórceps: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [ ] \_\_\_\_\_ PF

Cesariana: [0] nenhum [1] uma [2] duas [3] três [ ] \_\_\_\_\_ cesarianas

Aborto: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [ ] \_\_\_\_\_ abortos

**Informações da gravidez atual**

9. Fez Pré-natal: [1] sim [2] não\*

\*Se não, pular para questão 16

10. Se sim, quantas consultas: \_\_\_\_\_ [77] Não se aplica [99] Não registrado

\* VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR COM A PUÉRPERA.

11. Onde fez o pré-natal?

Rede pública – SUS: [1] sim [2] não

Por custeio próprio – Particular: [1] sim [2] não

Prestadora de saúde privada – Convênio: [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

12. Com qual profissional fez as consultas de pré-natal?

[1] Médico [2] Enfermeira [3] Médico e Enfermeira [77] Não se aplica

13. Você recebeu algumas dessas informações durante as consultas do pré-natal?  
 Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da movimentação fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 [77] Não se aplica  
 Outros: \_\_\_\_\_
14. Participou do grupo de gestantes? [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica  
 \*Se não, pular para 16
15. Se sim, você recebeu algumas dessas informações durante o grupo de gestantes?  
 Sinais de trabalho de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Sinais de alerta (sangramento, diminuição/ausência da movimentação fetal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Ruptura das membranas: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Métodos de alívio da dor: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Tipos de parto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Presença de acompanhante: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Amamentação: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 [77] Não se aplica  
 Outros: \_\_\_\_\_
16. DUM: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ [88] Não soube informar - VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E CONFIRMAR
17. 1º USG \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ semanas [99] Não registrado  
 VERIFICAR NO PRONTUÁRIO OU NA CARTEIRA PRÉ-NATAL
18. Idade gestacional na data do parto: \_\_\_\_\_ dias (DUM); \_\_\_\_\_ dias (USG) PROFESSORAS VÃO CALCULAR
19. Foi considerada gestante de alto risco: [1] sim [2] não [88] Não soube informar
20. Teve algum problema de saúde na gestação atual? [1] sim [2] não [88] Não soube informar
21. Durante o pré-natal foi diagnosticado algum dos seguintes problemas?  
 VERIFICAR NA CARTEIRA PRÉ-NATAL E PERGUNTAR PARA TODOS OS ITENS  
 Ameaça de parto prematuro/TPP: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Ameaça de aborto: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Amniorexe prematura (Perdeu líquido antes de entrar em TP): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Cerclagem (o colo do útero não segurava o bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Descolamento prematuro de placenta: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Diabetes gestacional (açúcar alto no sangue devido à gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 HIV/AIDS: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Infecção urinária: [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Oligoâmnio (Pouco líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Placenta prévia - PP (baixa, PP total, parcial ou marginal): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Polidrâmnio (Muito líquido amniótico): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Restrição de Crescimento Intra Uterino (Problemas no crescimento do bebê): [1] sim [2] não [88] Não soube informar  
 Sífilis: [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Síndromes hipertensivas (problemas de pressão alta na gravidez): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Estreptococo B (exame vaginal/retal coletado com cotonete): [1] sim [2] não [88] Não soube informar

Outros: \_\_\_\_\_

22. Quando internou no Centro Obstétrico recebeu informações sobre o trabalho de parto?

[1] sim [2] não

23. E sobre coisas que você pode fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê?

[1] sim [2] não\*

\* Se não, pular para 25

24. Se sim, quais? LER TODOS OS ITENS

Andar: [1] sim [2] não

Tomar banho: [1] sim [2] não

Fazer força: [1] sim [2] não

Formas de diminuir a dor: [1] sim [2] não

Exercícios de respiração: [1] sim [2] não

Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

## TRABALHO DE PARTO

### • DADOS DA ADMISSÃO:

ATENÇÃO: VERIFICAR NO PRONTUÁRIO, não perguntar para a puérpera!

25. Data da admissão: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

26. Horário da admissão: |\_\_\_| horas |\_\_\_| minutos

27. Dilatação: \_\_\_ cm [99] Não registrado

28. Características do colo:

[1] grosso [2] médio [3] fino [99] Não registrado

Outro: \_\_\_\_\_

29. Bolsa das águas:

[1] Íntegra [2] Rota [99] Não registrado\*

\*Se não registrado, pular para questão 33

30. Se bolsa rota, qual a característica do líquido amniótico:

[1] Claro

[2] Claro com grumos

[3] Esverdeado

[4] Amarronzado

[5] Sanguinolento

[6] Amarelado

[7] Purulento

[77] Não se aplica

[99] Não registrado

31. Se bolsa íntegra, foi realizado amnioscopia:

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica [99] Não registrado\*

\*Se não ou não registrado, pular para questão 33

32. Se sim, característica do líquido amniótico:

[1] Claro

[2] Claro com grumos

[3] Esverdeado

[4] Amarronzado

[5] Sanguinolento

[6] Amarelado

[7] Purulento

[77] Não se aplica

[99] Não registrado

33. Dinâmica uterina: \_\_\_/10 minutos [99] Não registrado

34. BCF: \_\_\_ bpm [99] Não registrado

35. Realizou MAP/Cardiotocografia:

[1] sim [2] não\* [99] Não registrado\*

\*Se não ou não registrado, pular para questão 37

36. Se sim, qual o laudo da MAP/Cardiotocografia:

[1] Categoria I [2] Categoria II [3] Categoria III

[77] Não se aplica [99] Não registrado

Outro: \_\_\_\_\_

• **INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE PARTO**

37. Realizou raspagem dos pelos/depilação:

[1] sim [2] não\*

\*Se não, pular para questão 39

38. Se sim:

[1] antes da internação (casa ou no instituto de beleza)

[2] hospital

39. Realizou lavagem intestinal?

[1] sim [2] não

\*Se não, pular para questão 41

40. Se sim, onde fez? [1] em casa [2] no hospital

41. Durante o trabalho de parto foi OFERECIDO:

Água: [1] sim [2] não

Chá: [1] sim [2] não

Sucos: [1] sim [2] não

Gelatina: [1] sim [2] não

Sopas: [1] sim [2] não

Alimento sólido: [1] sim [2] não

Outros: \_\_\_\_\_

42. Enquanto estava no pré-parto romperam sua bolsa das águas (amniotomia)?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica\* (INTERNOU COM BOLSA ROTA)

\*Se não ou não se aplica, pular para questão 46

43. Informaram a você que iriam romper sua bolsa?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

44. Se sim, foi informada quanto ao motivo deste procedimento?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

45. Foi informada qual era a cor do líquido?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 46. Foi administrado algum medicamento durante o trabalho de parto?**

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

\*Se não, pular para questão 49

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 47. Se sim, qual medicamento?**

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Medicamento 2: \_\_\_\_\_

Medicamento 3: \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 48. Qual via de administração?**

Medicamento 1: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não  
 Medicamento 2: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não  
 Medicamento 3: VO [1] sim [2] não EV [1] sim [2] não VV[1] sim [2] não  
 [77] Não se aplica

49. No pré-parto foi puncionada sua veia (acesso venoso)?  
 [1] sim [2] não

50. No pré-parto recebeu soro?  
 [1] sim [2] não\* [88] Não soube informar\*  
 \*Se não ou não soube informar, pular para questão 53

51. Explicaram a você o motivo de terem colocado soro?  
 [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica\*  
 \*Se não ou não se aplica, pular para questão 53

52. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**  
 Para aumentar as contrações: [1] sim [2] não  
 Para administrar remédio para dor: [1] sim [2] não  
 Para hidratar: [1] sim [2] não  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 [77] Não se aplica  
 [88] Não soube informar

53. No pré-parto, foi colocada alguma medicação em sua vagina?  
 [1] sim [2] não\* [88] Não soube informar\*  
 \*Se não ou não soube informar, pular para questão 56

54. Explicaram a você o motivo de terem colocado a medicação em sua vagina?  
 [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica\*  
 \*Se não ou não se aplica, pular para questão 56

55. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**  
 Para induzir/acelerar o parto [1] sim [2] não  
 Outro: \_\_\_\_\_  
 [77] Não se aplica

56. Durante o trabalho de parto você recebeu medicação para o alívio da dor?  
 [1] sim [2] não\* [88] Não soube informar  
 \*Se não, pular para 58

57. Se sim, como foi aplicada essa medicação para dor?  
 [1] na veia [2] nas costas [77] Não se aplica  
 Outro: \_\_\_\_\_

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – FICHA DE ANESTESIA 58. Durante o trabalho de parto recebeu analgesia/anestesia?**

[1] Via sistêmica [2] Peridural [3] Raquianestesia [4] Combinada  
 [5] Não recebeu\* [99] Não registrado\*  
 \*Se não recebeu ou não registrado, pular para questão 61

59. Durante o trabalho de parto, explicaram a você o motivo de terem realizado analgesia/anestesia?  
 [1] sim [2] não [77] Não se aplica

60. Durante o trabalho de parto perguntaram se você queria receber medicação para alívio da dor (analgesia/anestesia)?  
 [1] sim [2] não [77] Não se aplica

61. Enquanto esteve em trabalho de parto, foi realizado exames de toque vaginal: [1] sim [2] não\*  
\*Se não, pular para 67
62. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ [77] Não se aplica [88] Não soube informar o número exato de toques
63. Na sua percepção:  
[1] Poucos exames de toque [2] Muitos exames de toque [3] O suficiente  
[77] Não se aplica [88] Não soube informar
64. Explicaram a você o motivo de realizar o exame de toque vaginal? [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica  
\*Se não, pular para 66
65. Se sim, qual foi o motivo? NÃO LER OS MOTIVOS  
Verificar dilatação: [1] sim [2] não  
Verificar a posição do bebê: [1] sim [2] não  
Verificar se o bebê desceu: [1] sim [2] não  
Para romper a bolsa: [1] sim [2] não  
Outros: \_\_\_\_\_  
[77] Não se aplica
- VERIFICAR NO PRONTUÁRIO – INCLUIR O TOQUE VAGINAL DA ADMISSÃO OBSTÉTRICA** 66. Número de toque vaginal registrado: \_\_\_\_\_ [77] Não se aplica
67. Na sala de pré-parto, utilizou algum dos seguintes métodos? **EXPLICAR CADA MÉTODO**  
Banho: [1] sim [2] não  
Banqueta: [1] sim [2] não  
Bola: [1] sim [2] não  
Cavalinho: [1] sim [2] não  
Massagem: [1] sim [2] não  
Movimento de balanço do quadril: [1] sim [2] não  
Outro. Qual: \_\_\_\_\_
68. Você sabe o motivo de ter utilizado estes métodos? **NÃO LER OS MOTIVOS**  
Para o alívio da dor [1] sim [2] não  
Para o bebê descer mais rápido [1] sim [2] não  
Relaxamento [1] sim [2] não  
Outros: \_\_\_\_\_  
[77] Não se aplica  
[88] Não soube informar
69. Se realizado massagem, quem fez? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UMA PESSOA**  
Companheiro/esposo: [1] sim [2] não  
Mãe: [1] sim [2] não  
Sogra: [1] sim [2] não  
Irmã: [1] sim [2] não  
Prima: [1] sim [2] não  
Cunhada: [1] sim [2] não  
Amiga: [1] sim [2] não  
Avó: [1] sim [2] não  
Equipe de Enfermagem: [1] sim [2] não  
Equipe Médica: [1] sim [2] não  
[77] Não se aplica
70. Durante o trabalho de parto você caminhou ou ficou fora da cama?  
[1] sim\* [2] não  
\*Se sim, pular para questão 72

71. Se não, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

- [1] Sabia que podia, mas não quis
- [2] Não sabia que podia
- [3] Não foi permitido
- [4] Não consegui, pois estava com soro
- [5] Não consegui, pois estava com MAP
- [77] Não se aplica

Outro: \_\_\_\_\_

72. Durante o trabalho de parto teve acompanhante de sua livre escolha?

- [1] sim [2] não\*

\*Se não, pular para questão 74

73. Se sim quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

- Companheiro/esposo: [1] sim [2] não
- Mãe: [1] sim [2] não
- Sogra: [1] sim [2] não
- Irmã: [1] sim [2] não
- Prima: [1] sim [2] não
- Cunhada: [1] sim [2] não
- Amiga: [1] sim [2] não
- Avó: [1] sim [2] não
- [77] Não se aplica

74. Durante o trabalho de parto você realizou MAP/Cardiotocografia? **(EXPLICAR O QUE É EXAME)**

- [1] sim, em alguns momentos
- [2] sim, durante todo trabalho de parto
- [3] não\*

\*Se não, pular para questão 77

75. Explicaram a você o motivo de terem realizado MAP/Cardiotocografia?

- [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica\*

\*Se não ou não se aplica, pular para questão 77

76. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

- Avaliar/monitorar o bebê: [1] sim [2] não
- Avaliar as contrações: [1] sim [2] não

Outros: \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO** 77. Foi preenchido o partograma?

- [1] sim [2] não

#### **PARTO**

78. Teve acompanhante no parto:

- [1] sim [2] não\*

\*Se não, pular para questão 80

79. Se sim, quem? **CERTIFICAR SE FOI SOMENTE UM ACOMPANHANTE**

- Companheiro/esposo: [1] sim [2] não
- Mãe: [1] sim [2] não
- Sogra: [1] sim [2] não
- Irmã: [1] sim [2] não
- Prima: [1] sim [2] não
- Cunhada: [1] sim [2] não
- Amiga: [1] sim [2] não
- Avó: [1] sim [2] não
- [77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 80. Tipo de parto:

[1] normal [2] cesárea\* [3] fórceps

\*Se cesárea, pular para questão 82

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 81. Em caso de parto normal ou fórceps - Condições do perínco:

Íntegro: [1] sim [2] não

Episiorrafia: [1] sim [2] não

Laceração grau com sutura: [1] sim [2] não ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO

Laceração \_\_\_ grau sem sutura: [1] sim [2] não ANOTAR O GRAU DA LACERAÇÃO

[77] Não se aplica

82. Foi lhe explicado o motivo de você ter tido cesariana?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

\*Se não, pular para questão 85 ou 87

83. Se sim, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

VERIFICAR NO PRONTUÁRIO 84. Qual foi a indicação?

[1] Sofrimento fetal/Condição fetal não tranquilizadora

[2] Desproporção cefalo-pélvica

[4] Distócia funcional

[77] Não se aplica

Outros: \_\_\_\_\_

85. Foi lhe explicado o motivo de você ter sido submetida a um parto com fórceps?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

Se não, pular para questão 87

86. Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

87. Local de parto:

Sala de pré-parto: [1] sim [2] não

Sala de parto/cesárea: [1] sim [2] não

88. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? **EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES**

[1] Não rompeu, não cortou e não deu pontos

[2] Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos

[3] Não levei pontos, mas não sei se rompeu

[4] Rompeu (laceração) e deram pontos

[5] Cortaram (episiorrafia) e deram pontos\*

[6] Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

89. \*Foi informada que seria realizado o corte/episiorrafia?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

\*Se não pular para 92

90. Foi lhe explicado o motivo de terem realizado o corte/episiorrafia?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

\*Se não ou não soube informar, pular para 92

91. Se sim, qual foi o motivo? \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

92. Se realizado corte/episiotomia, foi feita anestesia antes do corte?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica [88] Não soube informar

\*Se não, pular para 94

**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO** 93. Se sim, qual anestesia recebeu?

[1] Anestesia local/infiltrativa [2] Peridural [3] Raquidiana [77] Não se aplica [88] Não registrado

94. Qual foi a sua posição no parto: **EXPLICAR E NÃO LER AS OPÇÕES**

- [1] Cabeceira elevada com pés apoiados (sem perneiras)
- [2] Ginecológica – cabeceira na horizontal com pés apoiados na perneira
- [3] Ginecológica – cabeceira elevada com pés apoiados na perneira
- [4] Deitada de costas com as pernas levantadas
- [5] Deitada de lado
- [6] Sentada
- [7] De quatro
- [8] De cócoras
- [9] De pé
- [77] Não se aplica

Outra posição: \_\_\_\_\_

95. Perguntaram-lhe em qual posição você gostaria de ficar para ganhar o bebê?

[1] sim [2] não [77] Não se aplica

96. Você tinha pensado em que posição iria ganhar o bebê?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

\*Se não, pular para 98

97. Se sim, qual posição? **NÃO LER**

- [1] Cabeceira elevada com pés apoiados (sem perneiras)
- [2] Ginecológica – cabeceira na horizontal
- [3] Ginecológica – cabeceira elevada
- [4] Deitada de costas com as pernas levantadas
- [5] Deitada de lado
- [6] Sentada
- [7] De quatro
- [8] De cócoras
- [9] De pé
- [77] Não se aplica

Outra posição: \_\_\_\_\_

98. Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga na hora do nascimento (Manobra de Kristeller)?

[1] sim [2] não\* [88] Não soube informar\*

\*Se não, pular para questão 101

99. Foi informada sobre o motivo deste procedimento (Manobra de Kristeller)?

[1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

\*Se não, pular para questão 101

100. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Para ajudar o bebê nascer [1] sim [2] não

Não tinha mais força [1] sim [2] não

[77] Não se aplica

Outros: \_\_\_\_\_

101. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e antes de serem prestados os primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional: **LER AS ALTERNATIVAS**

- [1] Não mostrou o bebê\*
- [2] Apenas lhe mostrou o bebê\*
- [3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa
- [4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele

102. \*Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?

- [1] sim [2] não\* [77] Não se aplica

\*Se não, pular para questão 104

103. Se sim, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

Outros: \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

**A PERGUNTA A SEGUIR NÃO DEVERÁ SER FEITA PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA**

104. Após o nascimento (ainda na sala de parto) e antes de serem prestados os cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar, mas ele não sugou\*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou\*

[3] Não estimulou a amamentação

[77] Não se aplica

\* Se estimulado amamentação, pular para 106

105. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não nasceu bem

[2] Bebê encaminhado para UNEO

[3] Eu não estava bem

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

Outros: \_\_\_\_\_

106. Após os primeiros cuidados com o bebê, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Não mostrou o bebê\*\*

[2] Apenas lhe mostrou o bebê\*\*

[3] Colocou o bebê no colo sobre a sua roupa\*

[4] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele\*

[77] Não se aplica

\*Se o bebê foi colocado no seu colo, pular para 108

107. \*\*Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Bebê não nasceu bem: [1] sim [2] não

Eu não estava bem: [1] sim [2] não

Encaminhado para UNEO: [1] sim [2] não

Outros: \_\_\_\_\_

[77] Não se aplica

**A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contra-indicada**

108. Após os primeiros cuidados com o bebê, ainda na sala de parto/cesárea, o profissional:

[1] Estimulou o bebê para mamar mas ele não sugou\*

[2] Estimulou o bebê para mamar e ele sugou\*

[3] Não estimulou a amamentação

\*Se estimulado para mamar, pular para 110

109. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

[1] Bebê não estava bem

[2] Bebê encaminhado para UNEO

[3] Eu não estava bem

[77] Não se aplica

[88] Não soube informar

Outros: \_\_\_\_\_

**DADOS DO RECÉM-NASCIDO**  
**VERIFICAR NO PRONTUÁRIO**

110. Data do nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
111. Horário do nascimento: [\_\_\_] horas [\_\_\_] minutos
112. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gramas [99] Não registrado
113. Idade gestacional (Capurro calculado pela Enfermeira): \_\_\_\_\_ semanas [99] Não registrado
114. Classificação do Capurro realizado pela Enfermeira: [1] AIG [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado
115. Apgar: \_\_\_ 1º minuto \_\_\_ 5º minuto [99] Não registrado
116. Credeização: [1] sim [2] não\* [99] Não registrado\*  
 \*Se não ou não registrado, pular para questão 119
117. Qual horário foi realizado a credeização? [\_\_\_] horas [\_\_\_] minutos [99] Não registrado
118. Credeização realizada:  
 [1] Durante a 1º hora de vida [2] Após 1º hora de vida
119. Foi realizada aspiração vias aéreas superiores na sala de reanimação? [1] sim [2] não [99] Não registrado
120. Clampeamento do cordão:  
 [1] Imediato do cordão (10 a 15 segundos após o nascimento) [2] Tardio (3 min. após o nascimento)  
 [99] Não registrado
121. Foi realizado aspirado/lavado gástrico? [1] sim [2] não [99] Não registrado  
 \*Se não ou não registrado, pular para questão 123
122. Se sim, qual o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [77] Não se aplica  
 Outro: \_\_\_\_\_
- SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO**
123. Ficou com o bebê [1] sim\* [2] não  
 \*Se sim, pular para questão 125
124. Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_
- NÃO PERGUNTAR PARA MÃES COM AMAMENTAÇÃO CONTRA-INDICADA 125. Bebê mamou no seio? [1] sim\* [2] não  
 \*Se sim, pular para questão 127
126. Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_
127. Ficou com acompanhante? [1] sim\* [2] não  
 \*Se sim, pular para questão 129
128. Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_
129. Acompanhante estava presente nos primeiros cuidados do bebê (banho, vacinação – admissão do RN)?  
 [1] sim\* [2] não  
 \*Se sim, pular para 131
130. Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_
131. Algum profissional forneceu-lhe as seguintes informações sobre o bebê:  
 Peso: [1] sim [2] não Estatura: [1] sim [2] não  
 Apgar: [1] sim [2] não Condições de nascimento: [1] sim [2] não  
 Motivo de ser encaminhado para NEO? [1] sim [2] não [77] Não se aplica

## ANEXO B – INSTRUMENTO PESQUISA DE 2016

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 11/04/2016

## Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento

Nº \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
 Leito: \_\_\_\_\_ Registro hospitalar: \_\_\_\_\_  
 Data da entrevista: | | || | || | | Horário da entrevista: | | || | |  
 Telefone celular: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone residencial ( ) \_\_\_\_\_  
 Entrevistadora: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

## Dados da admissão obstétrica (ficha de admissão da gestante/Abacomp. Gestações/Consulta)

1. Data da admissão (caderno secretaria CO)	/ /
2. Horário da admissão (caderno secretaria CO) * Registrar [99] quando não tiver registrado o horário	
3. Número de consultas de pré-natal (0 = não fez pré-natal) *Quando não tiver esse registro na ficha de admissão, vide carteira pré-natal	
4. Idade gestacional (em semanas completas)	
5. Dilatação (em centímetros - não utilizar casa decimal/ em caso de dado duplo - ex: 5/6 - usar o primeiro descrito, no caso 5) [99] Não registrado	
6. Cérvix (usar o primeiro descrito) [1] Grosso [2] Médio [3] Fino [99] Não registrado	
7. Apresentação [1] Cefálica [2] Pélvica [3] Ombro/Espáduas/Córmica [99] Não registrado	
8. Bolsa das águas [1] Inteira [2] Aminiorrexix [3] Amniotomia [4] Ignorado [99] Não registrado	
9. Característica do líquido amniótico: [1] Claro [2] Meconial tinto [3] Meconial espesso [4] Sanguinolento [5] Purulento [6] Xantocrômico (amarelado) [99] Não registrado	
10. Dinâmica uterina (número de contrações em 10 minutos) [99] Não registrado	
11. Altura uterina (em centímetros) [99] Não registrado	
12. BCF (frequência dos batimentos cardíacos fetais por minuto) [99] Não registrado	
13. Diagnóstico (aba consulta CO):	

## Dados do parto (Aba Acomp. Gestações)

14. Tipo de parto [1] Vaginal Eutócico [2] Vaginal Distócico: Especificar: _____ [3] Cesariana [4] Fórceps: Indicação: _____	
15. Condições do períneo [1] Íntegro [2] Episiorrafia [3] Laceração [77] Não se aplica (Teve cesariana)	
16. Qual a indicação da cesariana? [1] Desproporção céfalo-pelvica [2] Condição Fetal Não tranquilizadora [3] Cesárea anterior [4] Outro: _____ [77] Não se aplica (Teve parto vaginal)	

**Dados do recém-nascido (Aba Acomp. Gestações/RN/Exame físico RN)**

17. Data do nascimento	/ /
18. Horário do nascimento	
19. Peso ao nascimento (em gramas)	
20. Apgar 1º minuto [99] Não registrado	
21. Apgar 5º minuto [99] Não registrado	
22. Foi realizada aspiração? [0] Não [1] Sim	
23. Se realizada aspiração, qual foi o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [3] Outros: _____ [77] Não aplica (não realizada aspiração) [99] Não registrado	
24. Clampeamento do cordão [1] Imediato do cordão [2] Tardio [99] Não registrado	
25. Foi realizado lavado gástrico? [0] Não [1] Sim	
26. Se realizado lavado gástrico, qual foi o motivo? [1] Líquido meconial [2] Náusea/vômito [3] Outros: _____ [77] Não aplica (não realizado lavado gástrico) [99] Não registrado	
27. Idade Gestacional (Capurro - em semanas completas) [99] Não registrado	
28. Adequação do peso [1] AIG* [2] PIG [3] GIG [99] Não registrado	
29. Crede [0] Não realizado [1] Não necessário (cesarianas com bolsa íntegra) [2] De 0 a 60 minutos de vida [3] Após 1º hora de vida	
30. Qual foi o horário da realização do crede? [99] Não registrado [77] Não se aplica	

**Informações da prescrição médica (Trabalho de parto)**

31. Foi administrado ocitocina? [0] Não [1] Sim	
32. Foi administrado misoprostol? [0] Não [1] Sim	
33. Foi administrado analgésico? [0] Não [1] Sim - Especificar: _____	
34. Foi realizado algum tipo de anestesia? (Ficha anestésista) [0] Não [1] Sim - Especificar: _____	

**INFORMAÇÕES DA PUÉRPERA****Informações pessoais**

35. Idade (em anos completos)	
36. Cor da pele (autodenominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena	
37. Escolaridade (série/anos completos) [0] Sem escolaridade (menos de um ano) <i>Ensino Fundamental</i> <i>Ensino Médio</i> <i>Superior</i> [1] 1º série [5] 5º série [9] 1º série [12] 1º ano [16] 5º ano [2] 2º série [6] 6º série [10] 2º série [13] 2º ano [3] 3º série [7] 7º série [11] 3º série [14] 3º ano [4] 4º série [8] 8º série [15] 4º ano	
38. Situação marital: [0] Não tem companheiro(a) [1] Tem companheiro(a)	

**Informações do pré-natal**

39. Número de gestações (incluindo atual)	
40. Paridade (via vaginal e cesariana) (0 = primigesta - nenhum parto anterior)	
41. Número de partos via vaginal anterior (0 = nenhum; 1 = um parto via vaginal...)	

42. Número de cesarianas anterior (0 = nenhum; 1 = uma cesariana...).			
43. Número de aborto anterior (0 = nenhum; 1 = um aborto...).			
44. Com qual profissional fez as consultas de pré-natal? [1] Enfermeira [2] Médico [3] Enfermeira e Médico [77] Não se aplica (não fez pré-natal)			
45. Recebeu orientação/informação sobre sinais de trabalho de parto (contrações regulares, bolsa rota, outros) ? (Pode ter mais de uma resposta) [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros			
46. Recebeu orientação/informação sobre sinais de alerta - sangramento, diminuição/ausência da MF, perda de líquido? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros			

### PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

#### Tricotomia

47. Realizou raspagem dos pelos/depilação para o parto? [0] Não [1] Sim			
48. Quando realizou a raspagem dos pelos/depilação para o parto? [1] Antes da internação (casa, instituto de beleza, etc) [2] No HCPA [77] Não se aplica (não realizou raspagem dos pelos/depilação)			
49. Onde obteve orientação/informação que deveria realizar raspagem dos pelos/depilação para o parto? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros [77] Não se aplica (não realizou raspagem dos pelos/depilação)			

#### Lavagem intestinal

50. Utilizou algum tipo de método laxativo para o parto? [0] Não [1] Sim			
51. Quando utilizou o método laxativo para o parto ? [1] Antes da internação (em casa) [2] No HCPA [77] Não se aplica (não realizou)			
52. Onde obteve orientação/informação que deveria realizar método laxativo para o parto? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros [77] Não se aplica (não utilizou método laxativo)			

#### Ingestão de líquidos

53. Recebeu orientação/informação sobre ingestão de líquidos durante o trabalho de parto? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros			
---	--	--	--

54. Aqui no HCPA foram oferecidos líquidos durante o trabalho de parto? [0] Não foi oferecido nenhum tipo de líquido [1] Água [2] Chá [3] Suco [4] Gelatina [5] Sopa [6] Outros:	_
55. Você ingeriu líquidos durante o trabalho de parto? [0] Não [1] Sim	_

**Acesso venoso/medicamento**

56. Foi puncionada sua veia durante o trabalho de parto? [0] Não [1] Sim	_
<b>57. Questão excluída</b>	
<b>58. Questão excluída</b>	
59. Utilizou soro com ocitocina no trabalho de parto? (remédio para induzir/acelerar o trabalho de parto) [0] Não [1] Sim [88] Não soube informar	_
60. Foi explicado o motivo de ter colocado soro com ocitocina? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (não usou ocitocina)	_
61. Foi colocado algum remédio em sua vagina? [0] Não [1] Sim [88] Não soube informar	_
62. Foi explicado o motivo de ter colocado remédio na vagina? [0] Não [1] Para aumentar as contrações [2] Para acelerar o trabalho de parto [3] Para ajudar a dilatar mais rápido [4] Outros: _____ [77] Não se aplica (não foi colocado remédio na vagina)	_
63. Você recebeu algum remédio para aliviar a dor durante o trabalho de parto? [0] Não [1] Sim [88] Não soube informar	_
64. Você recebeu anestesia nas costas durante o trabalho de parto? [0] Não [1] Sim [88] Não soube informar	_

**Exame de toque na sala de pré-parto**

65. Foram realizados exames de toque vaginal? (não incluir exame de toque da admissão) [0] Não [1] Sim	_
66. Quantas vezes foi realizado exame de toque? [88] Não soube informar/não lembra	_
67. Você considera o número de vezes que foi realizado exame de toque? [0] Pouco [1] Muito [2] O suficiente	_
68. Quantos profissionais realizaram exame de toque vaginal? [88] Não soube informar/não lembra	_
69. Explicaram a você o motivo da realização do exame de toque? (Pode ter mais de um motivo) [0] Não foi explicado [1] Para verificar dilatação [2] Para verificar a posição do bebê [3] Para verificar se o bebê desceu [4] Para romper a bolsa [5] Outros:	_

**Amniotomia**

70. Enquanto estava no pré-parto em trabalho de parto romperam sua bolsa das águas? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/bolsa rota espontânea) [88] Não soube informar	_
71. Informaram a você que iriam romper sua bolsa das águas? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/bolsa rota espontânea)	_

72. Se sim, foi informada o motivo da realização deste procedimento? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/bolsa rota espontânea)	_
73. Sabe qual o motivo da realização desse procedimento? [0] Não [1] Para nascer mais rápido [2] Para estimular/melhorar a contração [3] Para facilitar a descida do bebê [4] Outros: _____ [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/bolsa rota espontânea)	_
74. Foi informada qual era a cor do líquido amniótico? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (internou com bolsa rota/bolsa rota espontânea)	_

#### Métodos não farmacológicos de alívio da dor (MNF)

Você conhece os seguintes métodos que podem ser usados durante o trabalho de parto?	
75. Banho [0] Não [1] Sim	_ _
76. Banqueta [0] Não [1] Sim	_ _
77. Bola [0] Não [1] Sim	_ _
78. Cavalinho [0] Não [1] Sim	_ _
79. Massagem [0] Não [1] Sim	_ _
80. Movimento de balanço de quadril [0] Não [1] Sim	_ _
81. Deambulação/andou/caminhou [0] Não [1] Sim	_ _
82. Outros:	
83. Onde você obteve orientação/informações sobre esses métodos? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros	_
Qual(ais) destes métodos <b>você utilizou</b> durante o trabalho de parto?	
84. Banho [0] Não [1] Sim	_ _
85. Banqueta [0] Não [1] Sim	_ _
86. Bola [0] Não [1] Sim	_ _
87. Cavalinho [0] Não [1] Sim	_ _
88. Massagem [0] Não [1] Sim	_ _
89. Movimento de balanço de quadril [0] Não [1] Sim	_ _
90. Deambulação/andou/caminhou [0] Não [1] Sim	_ _
91. Qual motivo que levou você a usar estes métodos? [0] Não sei [1] Diminuição da intensidade da dor no trabalho de parto/alívio da dor [2] Dilatação mais rápida [3] Trabalho de parto/nascimento é mais rápido [4] Me falaram que é muito bom usar esses métodos [5] Relaxamento [6] Outros: _____ [77] Não se aplica (não utilizou MNF)	_

92. Você considera que a utilização dos MNF teve algum benefício? [0] Não [1] Sim [88] Não soube informar [77] Não se aplica (não utilizou nenhum método)	_
93. Em uma escala de zero a dez qual sua satisfação com a utilização desses métodos? [77] Não se aplica (não utilizou MNF)	_

**Acompanhante**

94. Antes da internação, você já tinha conhecimento que poderia ter acompanhante de livre escolha durante trabalho de parto, parto e pós-parto? [0] Não [1] Sim	_
95. Você conhece a lei do direito do acompanhante? [0] Não [1] Sim	_
96. Onde você obteve orientação/informação sobre o direito ao acompanhante? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros	_
97. Você teve acompanhante de escolha durante o <b>trabalho de parto</b> ? [0] Não [1] Sim	_
98. Quem te acompanhou durante o trabalho de parto? [1] Companheiro [2] Mãe [3] Irmã [4] Sogra [5] Outro _____ [77] não se aplica (não teve acompanhante)	_
99. Qual foi o motivo da ausência do acompanhante no trabalho de parto? [1] Não tinha acompanhante [2] Acompanhante preferiu não entrar [3] Gestante não quis a presença do acompanhante [4] Outro _____ [77] Não se aplica (teve acompanhante)	_
100. Você teve acompanhante de escolha durante o <b>parto/cesariana</b> ? [0] Não [1] Sim	_
101. Quem te acompanhou durante o parto/cesariana? [1] Companheiro [2] Mãe [3] Irmã [4] Sogra [5] Outro _____ [77] Não se aplica (não teve acompanhante)	_
102. Qual foi o motivo da ausência do acompanhante no parto/cesariana? [1] Não tinha acompanhante [2] Acompanhante preferiu não entrar [3] Gestante não quis a presença do acompanhante [4] Outro _____ [77] Não se aplica (teve acompanhante)	_
103. Você teve acompanhante de escolha na <b>sala de recuperação pós-parto</b> ? [0] Não [1] Sim	_
104. Quem te acompanhou na sala de recuperação pós-parto? [1] Companheiro [2] Mãe [3] Irmã [4] Sogra [5] Outro _____ [77] não se aplica (não teve acompanhante)	_
105. Qual foi o motivo da ausência do acompanhante sala de recuperação pós- parto? [1] Não tinha acompanhante [2] Acompanhante preferiu não entrar [3] Puérpera não quis a presença do acompanhante [4] Outro _____ [77] Não se aplica (teve acompanhante)	_
106. Acompanhante esteve presente nos <b>primeiros cuidados do bebê</b> (banho, vacinação – admissão do RN) [0] Não [1] Sim	_

107. Se não teve acompanhante nos primeiros cuidados do bebê, qual foi o motivo? [1] Não estava com acompanhante nesse momento [2] Não foi permitido [3] Não sabia que poderia acompanhar [4] Outros: _____ [77] Não se aplica (teve acompanhante)	_
108. Você teve acompanhante de sua livre escolha na <b>maternidade</b> ? (Unidade de internação obstétrica) [0] Não [1] Sim	_
109. Quem te acompanhou na maternidade <u>a maior parte do tempo</u> ? [1] Companheiro [2] Mãe [3] Irmã [4] Sogra [5] Outro _____ [77] não se aplica (não teve acompanhante)	_
110. Qual foi o motivo da ausência do acompanhante na maternidade? [1] Não tinha acompanhante [2] Acompanhante preferiu não entrar [3] Puérpera não quis a presença do acompanhante [4] Outro _____ [77] não se aplica (teve acompanhante)	_

**Posição no parto**

111. Qual foi a sua posição no parto? (Vide imagens na prancheta) [1] Posição supina (Ginecológica/Litotômica) [2] Deitada de lado [3] Sentada [4] De quatro [5] De cócoras [6] De pé [77] Não se aplica (cesariana)	_
112. Você ficou na posição que queria durante o parto? [0] Não [1] Sim [2] desconhece outras [77] Não se aplica (cesariana)	_
113. Algum profissional lhe perguntou a posição que gostaria de ter seu bebê? (na sala de parto) [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (cesariana)	_
114. Onde você obteve informação/orientação sobre as posições no parto? (Pode ter mais de uma resposta – perguntar para todas mulheres, independente do tipo de parto). [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros	_

**Apoio no período expulsivo**

115. Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga? (Manobra de Kristeller) [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (cesariana)	_
116. Algum profissional de saúde lhe explicou o motivo de ter apertado/ subido na sua barriga? [0] Não [1] Para ajudar o bebê a nascer [2] Para me ajudar, pois não tinha mais força [3] Outra _____ [77] Não se aplica [88] Não soube informar/ não lembra	_

**Parto**

117. Onde você obteve informação/orientação tipos de parto? (Pode ter mais de uma resposta) [0] Não recebeu orientação [5] CO/UIO HCPA [1] Pré-natal – consulta [6] Outro hospital [2] Pré-natal – grupo de gestante [7] Amigos/familiares [3] Pré-natal HCPA [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [4] Grupo de gestante HCPA [9] Outros	_
118. Qual o tipo de parto que gostaria de ter? [1] Vaginal [2] Cesariana	_

119. Você sabe por que foi realizada a cesariana? [0] Não sei [1] Desproporção cefalopélvica [2] Condição fetal não tranquilizadora [3] Outra: _____ [77] Não se aplica (teve parto vaginal)	_
120. Em qual sala/local o seu bebê nasceu? [1] Na sala de pré-parto [2] na sala de parto [77] Não se aplica (teve cesariana)	_

**Condições do períneo (pular em caso de cesariana e preencher 77 em todas)**

121. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? [1] Não rompeu, não cortou e não deu pontos [2] Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos [3] Não levei pontos, mas não sei se rompeu [4] Rompeu e deram pontos [5] Cortaram e deram pontos (episiotomia) [6] Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou [88] Não soube informar	_
122. Você sabe se foi feito anestesia antes do corte? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (não foi realizado episiotomia) [88] Não soube informar	_
123. Foi avisada que iria ser feito o corte? [0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (não foi realizado episiotomia)	_
124. Foi explicado o motivo de ter realizado o corte? [0] Não [1] Para aumentar a passagem para o bebê [2] Para nascer mais rápido [3] Outros: _____ [77] Não se aplica (não foi realizado episiotomia) [88] Não soube informar	_

**Contato pele a pele e Amamentação**

125. Onde você obteve informação/orientação sobre amamentação? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [1] Pré-natal – consulta [2] Pré-natal – grupo de gestante [3] Pré-natal HCPA [4] Grupo de gestante HCPA [5] CO/UIO HCPA [6] Outro hospital [7] Amigos/familiares [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [9] Outros	_
126. Onde você obteve informação/orientação sobre contato pele a pele? (Pode ter mais de uma resposta). [0] Não recebeu orientação [1] Pré-natal – consulta [2] Pré-natal – grupo de gestante [3] Pré-natal HCPA [4] Grupo de gestante HCPA [5] CO/UIO HCPA [6] Outro hospital [7] Amigos/familiares [8] Mídia (jornal, TV, revista, internet) [9] Outros	_
127. Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto/cesariana e <b>ANTES</b> de serem prestados os primeiros cuidados com bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional: [0] Não mostrou o bebê [1] Apenas lhe mostrou [2] Colocou o bebê no colo sobre sua roupa/campos [3] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele	_
128. Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo? [1] Bebê sem condições clínicas [2] Mãe sem condições clínicas [3] Outros: _____ [77] Não se aplica [88] Não soube informar	_

<p>A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contraindicada</p> <p>129. Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto/cesariana e <b>ANTES</b> de serem prestados os primeiros cuidados com bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional:</p> <p>[0] Não estimulou amamentação  [1] Estimulou o bebê a mamar, mas ele não sugou  [2] Estimulou o bebê a mamar e ele sugou  [3] Amamentação contraindicada  [77] Não se aplica (bebê não foi para o colo)  [88] Não soube informar</p>	_
<p>130. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?</p> <p>[1] Bebê sem condições clínicas  [2] Mãe sem condições clínicas  [3] Amamentação contraindicada  [4] Outros: _____  [77] Não se aplica (bebê não foi para o colo)  [88] Não soube informar</p>	_
<p>131. Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto/cesariana e <b>APÓS</b> serem prestados os primeiros cuidados com bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional?</p> <p>[0] Não mostrou o bebê  [1] Apenas lhe mostrou  [2] Colocou o bebê no colo sobre sua roupa/campos  [3] Colocou o bebê pelado/nu sobre a sua pele  [4] Bebê ficou com a mãe até ela ir para sala de recuperação (procedimentos foram postergados)</p>	_
<p>132. Se o bebê não foi para o seu colo, sabe o motivo?</p> <p>[1] Bebê sem condições clínicas  [2] Mãe sem condições clínicas  [3] Outros: _____  [77] Não se aplica  [88] Não soube informar</p>	_
<p>A pergunta a seguir não deverá ser feita para mães com amamentação contraindicada</p> <p>133. Após o nascimento do bebê, ainda na sala de parto/cesariana e <b>APÓS</b> de serem prestados os primeiros cuidados com bebê (colocar no berço aquecido, pesar, identificar, outros), o profissional?</p> <p>[0] Não estimulou amamentação  [1] Estimulou o bebê a mamar, mas ele não sugou  [2] Estimulou o bebê a mamar e ele sugou  [3] Amamentação contraindicada  [4] Bebê ficou com a mãe até ela ir para sala de recuperação (procedimentos foram postergados)  [77] Não se aplica (bebê não foi para o colo)  [88] Não soube informar</p>	_
<p>134. Se não foi estimulada a amamentação, qual o motivo?</p> <p>[1] Bebê sem condições clínicas  [2] Mãe sem condições clínicas  [3] Amamentação contraindicada  [4] Outros: _____  [77] Não se aplica (foi estimulada a amamentação)  [88] Não soube informar</p>	_

**Sala de recuperação pós-parto**

135. Ficou com o bebê na sala de recuperação pós-parto [1] Sim [2] Não, pois <b>EU</b> não estava bem [3] Não, pois <b>O BEBÊ</b> não estava bem [4] Outro:	<input type="checkbox"/>
136. Enquanto esteve na sala de recuperação pós-parto, o bebê mamou? [0] Não [1] Sim [2] Amamentação contraindicada [88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>
137. Se não mamou qual o motivo? [1] Eu estava cansada [2] Não teve ajuda para colocar o bebê para mamar [3] Bebê não quis mamar [4] Amamentação contraindicada [5] Outro: _____ [77] Não se aplica (bebê foi transferido para NEO/mamou) [88] Não soube informar	<input type="checkbox"/>

**ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO CEP 2012****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120150

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

VIRGINIA LEISMANN MORETTO

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN

KAROLINE MATURANA RITTER

MARCIA REJANE STRAPASSON

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

SARA OLIVEIRA PINHEIRO

THAIS CARVALHO DA SILVA

**Título:** PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 06 de agosto de 2012.

Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG

## ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO CEP 2016

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 150591

**Data da Versão do Projeto:** 08/12/2015

**Pesquisadores:**

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

**Título:** PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 16 de janeiro de 2016.

Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador: CEP/HCPA

## ANEXO E – TCLE 2012

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada \_\_\_\_\_

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição neste hospital comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, não havendo qualquer risco envolvido, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, no trabalho de parto e no parto, e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Tudo que for dito será confidencial 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 e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. 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 este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

( ) Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável no caso de menor de 19 anos

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Observação: em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Prof<sup>a</sup> Cláudia Junqueira Armellini pelo telefone (51) 3308-5428, email: claudiaj@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Márcia Rejane e Virginia Leismann Moreto – Telefone: (51) 3308-5428. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

## ANEXO F – TCLE 2016

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 51729415.6.0000.5327

Título do Projeto: Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento.

Você ou a pessoa pela qual você é responsável está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as práticas de atendimento durante o seu trabalho de parto e parto e nascimento do seu bebê. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: serão realizadas algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento e também serão consultadas algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. A aplicação do questionário terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, a aplicação do questionário poderá causar algum desconforto, devido ao tempo de resposta ao questionário ou a alguma pergunta realizada.

Sua participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto desse estudo e poderá beneficiar futuros pacientes com melhorias na qualidade do atendimento.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Helga Geremias Gouveia, pelo telefone 3359-8598, com a pesquisadora Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo telefone 3359-7797 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Rubrica do responsável \_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Página 1 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável (se aplicável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura (se aplicável)

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

Rubrica do responsável \_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Página 2 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## ANEXO G – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS 2012

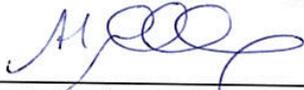
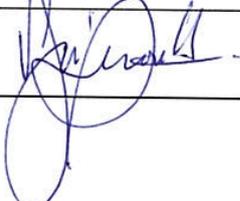
### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

#### Título do Projeto

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	
CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI	Cláudia Armellini
HELGA GEREMIAS GOUVEIA	Helga Gouveia
KAROLINE MATURANA RITTER	Karoline M. Ritter
MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN	Maira Chaiben
MÁRCIA REJANE STRAPASSON	Márcia Rejane Strapasson
SARA OLIVEIRA PINHEIRO	Sara Oliveira Pinheiro
THAIS CARVALHO DA SILVA	Thais Carvalho da Silva
VIRGINIA LEISMANN MORETO	

## ANEXO H – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS 2016



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

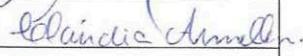
### Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<b>PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO</b>	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 7 de dezembro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Annelise de Carvalho Gonçalves	
Claudia Junqueira Armellini	
Helga Geremias Gouveia	