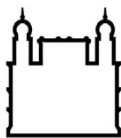


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS
DE ENSINO: O QUE DIZEM AS MULHERES**

MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA

**Rio de Janeiro
Maio de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DE ENSINO: O QUE DIZEM AS MULHERES

MARIA ESTHER DE ALBUQUERQUE VILELA

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias
Co-orientadora: Profa. Dra. Kátia Silveira da Silva

**Rio de Janeiro
Maio de 2017**

CIP - Catalogação na Publicação

VILELA, Maria Esther de Albuquerque .

Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino: o que dizem as mulheres / Maria Esther de Albuquerque VILELA. - Rio de Janeiro, 2018.

91 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2018.

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias.

Co-orientadora: Kátia Silveira da Silva.

Bibliografia: f. 73-77

1. Hospitais de ensino. 2. ; Rede Cegonha. 3. Direitos sexuais e reprodutivos. I. Título.

A todas as mulheres, por cotidianamente mostrarem ao mundo que se tornar mulher exige ousadia, amorosidade e coragem.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado no período em que as utopias se esfumaçaram no horizonte, e se tornou necessário buscar mais fundo os propósitos que me fizeram chegar até aqui. Agradeço às pessoas que me ajudam a reafirmar sentidos, a ampliar o olhar e o fazer. Nomeio alguns que estiveram comigo nessa trajetória. Aos muitos outros parceiros de caminhada, aqui não citados, o meu amor e o meu agradecimento.

Ao meu pai Mauro, estrela maior no meu céu de referências, que ilumina os caminhos desafiantes que encontrei no viver.

À minha mãe Márcia, que me regou com mel, plantou raízes profundas na minha existência e até hoje, no seu mundo, me ensina sobre a força do amor.

Aos meus irmãos Tesa, Loka e Zé, pela cumplicidade silenciosa, pelo cuidado, mesmo que distante, pela amorosidade construída na casa azul; e às minhas irmãs Lívia e Chris, que chegaram um pouco depois.

Às minhas filhas Mariana e Clara, amor maior do mundo, que me dão rumo, alegria e frescor na alma.

Ao meu companheiro de vida, Evando, pelo amor que liberta e me ajuda a me tornar pessoa.

Ao Jean Paul Ressão, mestre e irmão, que trouxe fundamentos ao meu viver.

Ao Tutico, primo querido, pela generosidade, pelo lar de Brasília, pelo vinho, pelas conversas e pelas correções de português.

À Rebecca, força e suavidade que me inspira como mulher e pesquisadora.

À Eliana, pela escuta amorosa, porto seguro quando cheguei em Brasília.

À Déh, Gerlívnia, Núbria e Thais, por terem me dado casa e colo, quando me vi sem morada.

À Aline Costa, por ser tão jovem e tão próxima, pela alegria contagiante que salva.

À Luiza e Sônia Lievori pela parceria, por termos nos irmanado em sonhos coletivos. Obrigada por me acolherem, suportarem minhas falhas e terem me ensinado tanto.

A todas as mulheres da equipe da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, companheiras de lutas e de sonhos, que me deram a possibilidade de compartilhar a gestão de uma política nacional a favor da vida e da saúde das mulheres, pelo apoio e confiança.

Ao Dário, pela aposta compartilhada e pelo espírito grande com que dirigiu o Dapes.

Aos amigos do Instituto Fernandes Figueira, professores, colegas de gestão, que me apoiaram no trabalho e nos estudos, especialmente à Maria e Cynthia, pela confiança.

Aos meus orientadores Marcos e Kátia, pela delicadeza e sabedoria com que me apoiaram.

Às minhas colegas de mestrado, pela partilha alegre do tempo de estudos. Vocês me animaram a seguir adiante.

Aos gestores e trabalhadores do SUS que encontrei ao percorrer o Brasil, pela aposta conjunta em novas abordagens, em outros modos de produzir vida e saúde, em especial aos trabalhadores do Hospital Sofia Feldman.

RESUMO

As políticas públicas nacionais enfatizam a necessidade de mudança do modelo biomédico de atenção ao parto e nascimento no Brasil para um modelo baseado em evidências científicas, nos direitos das mulheres e na humanização. Os hospitais de ensino ocupam lugar privilegiado nessa mudança, por ser espaço onde se consolida o ensino prático e há difusão de cultura e formação dos novos profissionais. O objetivo deste trabalho foi analisar as práticas de assistência ao parto e nascimento nos hospitais com atividades de ensino. Trata-se de um estudo descritivo cuja fonte de informação foi o banco de dados da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha. Foram entrevistadas por telefone 45.398 mulheres com partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 111 hospitais de ensino do país, em 2015. O instrumento aplicado na entrevista continha questões relacionadas às práticas de cuidado às mulheres e aos bebês no parto e nascimento nesses hospitais. Para análise dos dados foi utilizado o SPSS versão 20.0. Foi estimada a prevalência de intervenções desnecessárias, de boas práticas de atenção e de situações de violência, relatadas pelas mulheres, em relação ao total dos partos realizados nesses hospitais por região geográfica. Foi realizada a comparação entre as práticas dos hospitais de ensino universitários e não universitários. Os resultados demonstraram que as práticas recomendadas de atenção ao parto e nascimento ainda não estão plenamente consolidadas nos hospitais de ensino estudados, existindo diferenças regionais significativas, como, por exemplo, a utilização de ocitocina no trabalho de parto, mais prevalente nas regiões Nordeste e Sul. Foram apontadas pelas mulheres práticas como jejum, episiotomia, posição de litotomia no parto, que não deveriam mais ser utilizadas como rotina, mas ainda permanecem nessas unidades hospitalares. O estudo também encontrou maior frequência de intervenções no parto nos hospitais de ensino universitários quando comparados aos não universitários. Esses resultados são relevantes para a elaboração de estratégias integradas dos Ministérios da Educação e da Saúde para adoção de um modelo de assistência baseado em evidências científicas e humanização que considere a mulher como protagonista do parto e nascimento.

Palavras-chave: Hospitais de Ensino; Rede Cegonha; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

ABSTRACT

National public policies emphasize the need to change the biomedical model of attention to childbirth in Brazil to a model based on scientific evidence, women's rights and humanization. The teaching hospitals occupy a privileged place in this change because it is a place where practical teaching is consolidated, where there is diffusion of culture and training of new professionals. The objective of this study was to analyze the practices of delivery and birth care in hospitals with teaching activities. It is a descriptive study whose source of information was the database of the Active Ombudsman of the Stork Network. A total of 45,398 women were interviewed by telephone with births performed by SUS in 111 teaching hospitals in the country in 2015. The instrument applied in the interview contained questions related to the care practices of women and babies at birth in these hospitals. SPSS version 20.0 was used to analyze these data. The prevalence of unnecessary interventions, good care practices and violence reported by women in relation to the total number of deliveries performed in these hospitals and by geographic region of the country were estimated. A comparison was made between the practices of university and non-university teaching hospitals. The results showed that the recommended practices of care for childbirth and birth are not yet fully consolidated in the teaching hospitals studied. There are significant regional differences, such as the use of oxytocin in labor, which is more prevalent in the northeast and south regions. It was pointed out by women that practices such as fasting, episiotomy, lithotomy position at delivery, which should no longer be routinely used, still remain in these hospitals. The study also found a higher frequency of childbirth interventions in university teaching hospitals when compared to non-university hospitals. These results are relevant to the elaboration of integrated strategies of the Ministry of Education and Health to adopt a model of assistance based on scientific evidence, humanization and that considers the woman as the protagonist of childbirth and birth.

Key words: Teaching Hospitals; Stork Network; Sexual and Reproductive Rights.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AIH	Autorização de internação hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança
CGSM	Coordenação Geral de Saúde das Mulheres
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
Dapes	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Doges	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
HE	Hospital de ensino
HU	Hospital universitário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAR RC	Plano de Ação Regional da Rede Cegonha
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIC	Serviço de Informação ao Cidadão
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	Programa Tab para Windows
UAE	Unidade Auxiliar de Ensino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Geral	15
CAPÍTULO 3 – MARCO TEÓRICO	16
3.1 O ensino superior em obstetrícia – A aprendizagem da biomedicina	16
3.2 Os campos de prática em obstetrícia – Hospitais universitários e não universitários	21
3.3 O modelo de atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva de direitos, evidências científicas e humanização	25
3.4 Políticas de saúde e novos modos de cuidar do parto/nascimento	29
3.5 A ouvidoria ativa da rede cegonha – A escuta das mulheres	34
CAPÍTULO 4 – MÉTODO	37
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA PESQUISA	42
5.1 Características da assistência ao parto e nascimento, ocorrência de violência obstétrica e cuidados com o RN em hospitais de ensino universitários ou não, segundo a localização nas diferentes regiões do país	43
5.1.1 As práticas de assistência ao trabalho de parto	44
5.1.2 As práticas de assistência ao parto	45
5.1.3 A presença do acompanhante	45
5.1.4 As práticas de cuidado com o recém-nascido	47
5.1.5 Relatos de violência durante a assistência ao trabalho de parto e parto	48
5.1.6 Outros Motivos de Queixas das Mulheres Entrevistadas	48
5.2 Características da Assistência Obstétrica, Ocorrência de Violência Obstétrica e Cuidados Com o RN em Hospitais de Ensino Universitários e Não Universitários	52
5.2.1 As Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto	52
5.2.2 As Práticas de Assistência ao Parto	53
5.2.3 A Presença do Acompanhante	53
5.2.4 As Práticas de Cuidado com o Recém-Nascido	54
5.2.5 Relatos de Violência Durante a Assistência ao Trabalho de Parto e Parto	54
5.2.6 Outros Motivos de Queixas das Mulheres Entrevistadas	55
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	57
6.1 As Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em Hospitais de Ensino no País	58
6.2 Hospitais de Ensino Universitários e Não Universitários: Alguma Diferença?	66
CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	78

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos.¹

A atenção ao parto e nascimento tem motivado o debate no mundo inteiro. Por um lado, evidências recentes de estudos de epigenética demonstram que o período em torno do parto e nascimento pode ser uma fase de formação crítica para o genoma humano². A hipótese em questão é que os eventos durante o período intraparto – especificamente o uso de ocitocina sintética, antibióticos e cesariana – afetam os processos de remodelação epigenética e, subseqüentemente, a saúde da mãe e da prole. De outro lado, denúncias cada vez mais contundentes das mulheres trazem à tona as violações de direitos a que são submetidas no momento do parto e evidenciam a necessidade urgente de responder às suas reivindicações de uma atenção respeitosa, alterando os modos de cuidar desta experiência humana.

Uma questão que parece comum a todas as sociedades é que a institucionalização da assistência ao parto, em que pesem os avanços progressivos no manejo das complicações, foi deletéria ao modo de parir e nascer, inferiorizando, fragilizando e retirando o protagonismo da mulher.

Segundo Wagner³, há dois paradigmas na atenção ao parto: ou o profissional de saúde tem uma abordagem que fortalece a mulher para favorecer a sua própria fisiologia; ou o profissional de saúde tem uma

abordagem que se sobrepõe a ela e impõe um controle externo, o que fragiliza a mulher e freia seus processos naturais. Nessa segunda abordagem toda a fisiologia do parto é alterada. Na maioria dos ambientes hospitalares já não se conhece como é um parto sem intervenções.³

No Brasil, particularmente na última década, o debate acerca do modelo de atenção ao parto e nascimento tem ocupado lugar de destaque na sociedade, dividindo opiniões da academia, serviços e mulheres. As políticas públicas recentesⁱ têm enfatizado a necessidade de mudar o modelo vigente, fundamentando-se em evidências científicas nacionais e internacionais que sustentam a ideia de que modelos de cuidado centrados na mulher e em evidências científicas rompem com a fragmentação e despersonalização da assistência e são mais efetivos.⁴

Apesar da redução progressiva da mortalidade materna e infantil no país, as taxas referentes a esse indicador de saúde ainda estão longe do aceitável. Isso nos convoca a olhar para o campo das práticas de saúde, para os processos de trabalho e para a inseparabilidade entre gestão e atenção nos estabelecimentos de assistência ao parto. Alcançaremos melhores resultados maternos e perinatais ao considerarmos que as ações dos serviços de saúde são decisivas na redução de número expressivo dessas mortes⁵. Em seu artigo intitulado “Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil”, César Victora⁶ cita como prioridade para redução da mortalidade materna “[...] a melhoria no atendimento ao parto, especialmente em termos qualitativos, uma vez que pelo menos 40% das mortes maternas no Brasil estão relacionadas a práticas inadequadas de atendimento ao parto”.

ⁱ A exemplo da estratégia Rede Cegonha (Brasil, 2011⁴⁵).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui diretrizes sobre boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas, reafirmando o potencial fisiológico deste evento e reforçando o pressuposto de que as ações de cuidado são essenciais para alcançar bons resultados, pois repercutem positivamente nos indicadores de saúde perinatais⁷. Porém ainda prevalece o modelo biomédico de atenção, cuja noção é de “controle” sobre os processos naturais e fisiológicos da mulher, conforme entendem Andrade e Lima⁸. Para esses autores, o modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimado na maioria dos países ocidentais aborda o nascimento como uma questão médica, que considera todas as gestações potencialmente de risco, sendo o corpo da mulher sozinho incapaz de dar conta do nascimento, e, portanto, depende de tecnologias médicas para funcionar.⁸

Esse é o modo predominante de assistência ao parto em território brasileiro, marcado por intensa medicalização do nascimento. Quase a totalidade dos partos no país acontecem nos hospitais (98%)⁹. Em 2014 o índice de cesarianas foi de 57% do total de partos. Diniz descreve o panorama brasileiro como “paradoxo perinatal”, em que mais tecnologia não significa necessariamente mais qualidade na assistência e mais saúde materna e neonatal.¹⁰

O descompasso entre as práticas recomendadas e as práticas vigentes nos serviços que prestam assistência ao parto apontam para o desafio de ampliar, nos hospitais, a capacidade em produzir mais e melhor saúde. Ao mesmo tempo, esse descompasso demonstra que as unidades hospitalares estão entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e

às inovações, sobretudo na gestão, necessitando que as equipes e os profissionais renunciem a um conjunto de valores e crenças e alterem profundamente os processos de trabalho⁵.

Apesar do Brasil já ter percorrido um longo caminho de construção de propostas para novos modos de cuidar do parto e nascimento, a sua adoção se mostra ainda um desafio. Sem dúvida, essa é uma tarefa complexa. A forma de organização do trabalho médico, as disputas de poder entre categorias profissionais, as resistências entre os profissionais, a baixa regulação do trabalho médico e as questões relativas às desigualdades entre os gêneros são fatores que tiveram forte influência na constituição do modelo de atenção atual. A formação profissional aparece como um fator determinante para a manutenção dessas práticas, conquanto seja também a grande possibilidade de mudança.

Diante desse cenário, este estudo foi realizado com o propósito de conhecer as práticas de atenção ao parto e nascimento em hospitais responsáveis pela formação superior em obstetrícia. Ele toma como base as entrevistas da ouvidoria ativa da Rede Cegonha com mulheres que tiveram filhos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais de ensino.

Pretende-se com este trabalho oferecer mais elementos de análise sobre as práticas de ensino e cuidado ao parto e nascimento e subsidiar decisões e estratégias de mudança no sentido de consolidar espaços de aprendizagem apropriados, calcados nas melhores evidências científicas e nos direitos das mulheres e bebês.

A escolha do objeto tem relação direta com minha trajetória em gestão no Ministério da Saúde, onde atuei como coordenadora geral de Saúde das

Mulheres, conduzindo o processo de implementação nacional da Rede Cegonha. Ao longo desse percurso me defrontei com os limites e também as brechas para mudança do cuidado ao parto e nascimento nas diversas regiões do país. Investir na qualificação dos campos de prática do ensino em obstetrícia se apresentou como uma estratégia necessária, potente e urgente.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar, segundo relato das mulheres assistidas no SUS, a atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino do país.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever, segundo informação das mulheres assistidas no SUS, as práticas de atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino brasileiros.
- Analisar as práticas de atenção ao parto e nascimento por região geográfica.
- Investigar associações entre as características dos hospitais e as práticas adotadas de atenção ao parto e nascimento.

CAPÍTULO 3 – MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 O ENSINO SUPERIOR EM OBSTETRÍCIA: A APRENDIZAGEM DA BIOMEDICINA

No Brasil, a incorporação da atenção obstétrica enquanto atribuição da medicina deu-se a partir do século XIX, segundo Brenes (1991)¹². Nesse período inaugurou-se a entrada da figura masculina na cena do parto e iniciou-se a medicalização desse evento, até então tido como atribuição exclusiva das mulheres.

Progressivamente os partos foram retirados dos domicílios e das mãos das parteiras, tornando-se mais uma especialidade médica. Alicerçada na biomedicina, a assistência ao parto hospitalar construiu, pouco a pouco, um conjunto de práticas baseadas no controle e na normatização. Essa medicina enaltece o conhecimento aprofundado da anatomia e de tudo aquilo que pode ser objetivado. Nessa perspectiva, corpo e mente são separados, sendo esta associada ao psicológico, social e espiritual e aquele, o corpo, ao que pode ser palpável e mensurável.¹³

A análise do livro-texto *Obstetrícia*, do obstetra Jorge de Rezende, realizada por Nakano, Bonan e Teixeira¹³ demonstra que, ao longo do tempo, foi construído um estilo de pensamento médico que entende o parto normal como imprevisível, arriscado e perigoso. Ao mesmo tempo, produz a noção da cesárea como um “parto normal”, instituindo novos significados e valores para o parto e nascimento e a ideia da cesariana como uma “via de parto” mais segura e menos imprevisível, e não como uma cirurgia, causando menos dano ao corpo das mulheres e suprimindo a sua “incapacidade” de parir. Para esses

autores, esse conhecimento desenvolvido por Rezende, sistematizado e difundido em seu livro, tem moldado a formação e as práticas dos obstetras brasileiros.

Segundo Fagundes e Burnham, o que define o sentido da formação profissional é, predominantemente, a relação estabelecida nos espaços em que se materializa a educação¹⁴. Por ser a obstetrícia uma área que requer um desenvolvimento de habilidades práticas, o hospital torna-se espaço definidor do modo como se consolida o aprendizado prático da assistência ao parto. Essa ideia é reforçada pela teoria da aprendizagem elaborada por William Glasser (1994)¹⁵, que estabelece graus de aprendizagem de acordo com a técnica utilizada. Segundo o autor, aprendemos mais quando vemos e fazemos.

Há mais de duas décadas sólidas evidências científicas recomendam um conjunto de práticas de assistência ao parto e nascimento, ao mesmo tempo em que apontam práticas que devem ser abolidas por se mostrarem deletérias à saúde das mulheres e dos bebês. Mesmo assim há dificuldades de incorporação desse conhecimento de forma sistemática pelo aparelho formador e pelas maternidades, que continuam a reproduzir práticas perniciosas antigas, desconsiderando os conhecimentos científicos recentes e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação¹⁶. Nesse sentido há de se dar especial atenção ao ensino médico, por serem os profissionais da medicina responsáveis pela assistência da grande maioria dos partos e nascimentos – dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc) apontam que 88% dos partos no Brasil são assistidos por médicos.⁹

Em um estudo etnográfico sobre o aprendizado da biomedicina em um hospital público, Bonet (1999)¹⁷ analisa as manifestações da tensão estruturante entre os domínios do saber (racional, científico) e do sentir (emocional, psicológico). A separação essencial entre o corpo e a mente, o profissional e o humano, o sensível e o racional, o saber e o sentir, é característica da aprendizagem da biomedicina, constituindo a base de formação à qual os residentes, na sua maioria, aderem. O estudo do corpo e o tratamento isolado de seus mecanismos, apartados dos aspectos emocionais e relacionais do homem, constroem o corpo como objeto principal de conhecimento do futuro médico.¹⁷

Na mesma direção, Good e Good (1993)¹⁸ apontam duas dimensões nas quais os alunos de medicina são socializados: a da competência e a do cuidado, sendo a primeira baseada na aquisição de conhecimento técnico e científico e a segunda, a das relações intersubjetivas, interações entre os sujeitos, expressa por valores, atitudes e emoções. A valorização de ambas é desigual, tanto na formação quanto na prática profissional, sendo muito mais valorizada a aquisição e o exercício das habilidades e dos conhecimentos técnico-científicos.¹⁸

Esses aspectos também são discutidos em estudo etnográfico sobre o processo de ensino aprendizagem em obstetrícia, suscitando a reflexão acerca da humanização do parto. O estudo de Hotimsky (2008)¹⁹ demonstra as lacunas na formação médica em relação à atenção ao parto e nascimento, prevalecendo a identidade médica tradicional e assinalando tendência a recusar as evidências científicas de qualquer modelo alternativo ao já instituído. As reações dos alunos durante visita a um centro de parto normal (CPN),

conduzido por enfermeiras obstétricas, evidenciam o estranhamento e desconforto destes ao conhecerem outras formas de cuidado ao parto e nascimento, nos quais as tecnologias leves²⁰ se sobrepõem às rotinas rígidas e à medicalização da experiência do parto. Comentários como *“Não precisa nem mais ser médico para exercer a obstetrícia. Para que estudar seis anos de medicina? Até bombeiro faz parto!”*¹⁹ ilustram o quanto o ambiente de ensino reproduz o modelo tradicional de cuidado e afasta os estudantes de medicina dos outros integrantes da equipe, fazendo-os crer que esta é especialidade exclusivamente médica. Desvalorizam métodos não farmacológicos de alívio da dor, como a bola e o cavalinho, não reconhecendo o seu valor, ao mesmo tempo em que supervalorizam a analgesia de parto. Há estranhamento com a atuação da enfermeira obstétrica, vista como obstrução à autonomia médica. A ideia de que uma mulher em trabalho de parto fisiológico precisa de apoio, cuidado e vigilância, e não de intervenções, parece ir contra o “[...] direito a toda tecnologia inventada [...]”, conforme observa Hotimsky.¹⁹

Pesquisas sobre o cuidado efetivo ao parto e nascimento relacionados à categoria profissional demonstram que não existe diferença de qualidade na assistência ao parto de baixo risco prestada pela enfermeira obstétrica ou obstetrix em comparação com a assistência prestada por médico obstetra²¹. Mas é importante ressaltar que no cuidado prestado por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes há menos intervenções e mais satisfação das mulheres.²¹

As diferenças entre a formação médica e a de enfermagem, as duas principais categorias profissionais presentes no cuidado às mulheres nos hospitais, são discutidas por Maia²² quando discute o *éthos* profissional.

Enquanto o médico geralmente relata o parto como um ato exclusivo da medicina, em que se vê na posição de “fazer” o parto, a enfermeira “assiste” a uma mulher que dá à luz seu filho²². Essa diferença é a base do estilo de pensamento no qual os profissionais das duas categorias são formados.

Críticas importantes têm sido feitas ao modelo de ensino dos hospitais universitários, que valorizam a especialização e reificam os pacientes, transformando-os em “quase um insumo a mais”, fragmentam o processo de trabalho e formam médicos incapazes de produzir um cuidado integral (CAMPOS, 1999, FERREIRA et al., 2000 e TAVARES, 2007 apud MAIA, 2010²²).

No artigo “Violência contra as mulheres nas instituições de saúde – um problema emergente”, publicado pelo *Lancet*, em 2002²³, Diniz, d'Oliveira e Schraiber descrevem a reação de estudantes de medicina ao assistir uma residente gritar com uma mulher no momento do parto e mandá-la calar a boca: “[...] e nós, estudantes, dissemos para nós mesmos: ‘Uau, ela realmente está totalmente no controle da situação. Ela é nosso ídolo!’”

Diante desse exemplo surge uma pergunta: quais modos de relacionamento são estabelecidos nos ambientes de aprendizagem? E o que queremos reafirmar com eles?

Fazendo uso do conceito de Guattari²⁴ sobre territórios existenciais, é necessário perceber, para além das atitudes, todo um clima, um ambiente, que faz emergir dinâmicas relacionais que reafirmam sentidos. No caso do artigo da revista *Lancet* citado podemos constatar a reafirmação da superioridade do poder médico que assujeita as mulheres, produzindo distanciamento e impossibilidade de conexão.

3.2 OS CAMPOS DE PRÁTICA EM OBSTETRÍCIA – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E NÃO UNIVERSITÁRIOS

A participação dos hospitais na tecnologia médica teve início a partir do século XVIII. De forma gradual, aponta Foucault²⁵, o hospital passou a ser o principal lugar de aquisição e sistematização da experiência clínica. O que antes se constituía como lugar de exclusão e isolamento de doentes pobres se transformou na fonte de construção do saber médico.²⁵

Desde então, essa instituição sofreu inúmeras mudanças conceituais, que foram acompanhadas por mudanças organizacionais. Dentre elas, chama atenção a exigência de criação de hospitais próprios vinculados às escolas médicas, surgida como uma das recomendações do relatório Flexner (1910)²⁶. O estudo das doenças centrado no hospital como local privilegiado foi uma recomendação desse relatório. A partir daí, originou-se um novo conceito de hospital, o hospital de ensino (médico) que, quando vinculado a uma universidade, é também denominado hospital universitário (HU).

No Brasil, os hospitais e as escolas médicas trabalhavam de forma isolada até 1892, quando então a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a dispor de leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia para fins de estudo, de acordo com Gadelha (1982 apud KIZI, 2014²⁷). Foi em 1931 que surgiu o primeiro hospital-escola brasileiro, segundo registros, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, construído e doado oficialmente à Escola de Medicina em 1931. Assim configuraram-se, no campo da formação superior, os hospitais próprios das escolas de medicina, que posteriormente seriam denominados hospitais universitários.²⁷

O MEC define os hospitais universitários como:

Centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde.

Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos.²⁸

O seminário promovido pela OMS, em 1995, sobre hospitais universitários de 22 países revelou o importante papel político dessas instituições na comunidade na qual estão inseridas, em razão da sua escala, dimensionamento e custos.²⁹

Apesar dos HU serem as principais instituições para o ensino prático acadêmico na área da saúde, no Brasil aumentou rapidamente o número de hospitais não universitários que exercem essas funções²⁹. Desse modo, muitas unidades hospitalares da rede SUS passaram a compor o rol de estabelecimentos que se prestam ao ensino superior das profissões de saúde.

Para qualificação do ensino superior e considerando a necessidade de aprimoramento e intensificação da integração ensino-serviço na área, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram em 2004 a Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril, que define critérios para certificação de hospitais como de ensino, revogada em 2007 pela Portaria Interministerial nº 2.400/MS, por sua vez substituída, em 2015, pela Portaria Interministerial nº

285, de 24 de março, que redefiniu o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).^{30,31}

Essa certificação é dirigida a todo hospital público ou privado, próprio ou conveniado a Instituições de Ensino Superior (IES), públicas ou privadas, inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo como requisito ser campo de prática para atividades curriculares de programas de residência médica e outras profissões da saúde.

Dentre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a certificação, podem ser citados a participação nas políticas prioritárias do SUS e a colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica entre a atenção à saúde e a docência com a rede básica, de acordo com realidades locais regionais. Deve, ainda, contemplar a destinação de 100% dos seus leitos ao Sistema Único de Saúde e manter sob regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados.³¹ Uma vez certificados como HE, os hospitais passam a receber valor de Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar.³²

Assim, ao procurar compreender onde e como se dá o ensino superior em obstetrícia, este estudo aponta que ele acontece, majoritariamente, segundo os sistemas nacionais de informação, em hospitais não universitários certificados como de ensino (HE).

Ocorre que em alguns Estados, unidades hospitalares que se prestam ao ensino prático em obstetrícia não se encaixam nas categorias hospital universitário ou de ensino. Neste último caso, por não cumprirem todos os critérios necessários à certificação, mas porque são identificados pelo MS no CNES como Unidade Auxiliar de Ensino (UAE). Essa é uma realidade de

hospitais principalmente da região Norte do país, onde os principais espaços de ensino e aprendizagem da prática obstétrica não se concretizam em hospitais universitários ou de ensino, mas em unidades auxiliares de ensino.

As necessidades do SUS nem sempre foram contempladas no processo histórico de autonomia de gerenciamento dos HU e HE. Isso se deveu principalmente ao fato de os hospitais se organizarem de forma espontânea, ainda em uma época anterior à Constituição de 1988³³. O processo de integração dos hospitais universitários e de ensino ao SUS, ao longo das últimas décadas, é visto como um avanço na sua qualificação. A nova forma de financiamento global contratualizado por metas e indicadores, avalizada pelo gestor municipal junto aos diretores dos hospitais, tem possibilitado a qualificação da assistência e a correção das ofertas de serviços segundo as necessidades reais da população de cada região. Revaloriza o papel dos hospitais de ensino diante do olhar da comunidade, bem como corrige distorções históricas nos financiamentos destes para permitir a sustentabilidade em condições mais adequadas das instituições hospitalares.³³

Essa lógica de atrelar o financiamento aos serviços prestados à população não se dá sem conflitos entre os Ministérios da Educação e da Saúde acerca de quais deveriam ser as reais funções desses hospitais e a que tipo de lógica deveriam responder: a do ensino ou a dos serviços.²⁹

3.3 O MODELO DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO SOB A PERSPECTIVA DE DIREITOS, EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E HUMANIZAÇÃO

O modelo tecnocrático de assistência ao parto parece alimentar o medo, tanto das mulheres quanto dos médicos, do parto e do nascimento. Ele não é libertador no sentido de conferir uma imagem positiva e poderosa ao parto.... A medicina, ao tentar desvendar os enigmas das patologias do parto, acabou por transformar todo parto em patológico (Maia, 2010).²²

A pesquisa “Nascer no Brasil”¹⁰, um inquérito nacional acerca do modo de parir e nascer no país, demonstrou o excesso de intervenções desnecessárias e a baixa incorporação das práticas recomendadas para a atenção ao parto e nascimento nos serviços hospitalares incluídos no estudo.

Segundo Dias³³, uma das dificuldades para efetivar a mudança das práticas obstétricas é o fato de que muitas das recomendações para um cuidado efetivo ao parto postulam abandonar práticas intervencionistas, ou seja, desmedicalizar o parto, o que significa remanejamentos nas relações de poder. Abandonar rotinas hospitalares em troca de outras que privilegiam o protagonismo da mulher e sua fisiologia necessita de mudanças no papel dos profissionais, principalmente do médico³³. Porém, no Brasil, a medicina é pouco regulada, permanecendo práticas clínicas resistentes a mudanças e mantendo, na obstetrícia, intervenções já não mais recomendadas, por dolorosas e deletérias à saúde da mulher e do bebê (Diniz et al., 2016)³⁵. O não reconhecimento dos direitos das mulheres a uma atenção respeitosa parece estar associado à discriminação de gênero. O parto como experiência marcante da sexualidade de feminina precisa ser descaracterizado como tal, transformado em evento arriscado à saúde e à vida para justificar os procedimentos técnico-científicos da biomedicina. É necessário reduzir a

mulher a uma posição passiva que legitime a introdução de técnicas corretivas do seu organismo imperfeito, frágil e incapaz.³⁵

A OMS publicou, em 2014³⁶, declaração apontando para o grande número de mulheres que sofrem desrespeito e abusos durante o parto, em todo o mundo. O documento enumera diversas formas de abuso, entre elas a violência física, a humilhação profunda e os abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto que levam a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida. Essas formas de violência vão contra a dignidade humana e ferem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, provocam medo, impotência e ampliam a sensação de dor e de experiência negativa em relação ao parto. É frequente a desqualificação da sexualidade das mulheres, com frases que as ridicularizam.¹⁵ Estas estão presentes cotidianamente nos ambientes de aprendizado. A negação do direito ao acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto é um viés do autoritarismo e da discriminação presentes nas instituições de saúde. Apesar da lei federal 11.108/2005³⁶, que garante o direito a acompanhante de livre escolha no parto, muitas instituições restringem esse acesso, de forma mais acentuada, segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, para mulheres de menor renda e escolaridade e de cor parda.¹⁵

Segundo Maia (2010)²², para as mulheres brasileiras, de forma geral, “[...] só há duas alternativas de parir: um parto vaginal traumático, cheio de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea [...]”, sendo esta “[...] uma marca de diferenciação social e de ‘modernidade’”.

Várias pesquisas demonstram o estranhamento dos profissionais médicos em relação ao conceito de medicina baseada em evidências. Mesmo quando o conhecem, não o aplicam à sua clínica. Predomina, na prática cotidiana, o modo tradicional de agir, “[...] a força do hábito”.²²

Há mais de 30 anos foi publicada pela OMS (1985)⁷ documento com base nas evidências científicas produzidas que enumeram as práticas de atenção ao parto e nascimento segundo sua classificação em categorias: categoria A – práticas úteis e que devem ser estimuladas; categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e categoria C – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão. O conjunto de práticas presentes de forma hegemônica nas maternidades do Brasil¹¹ no acompanhamento do trabalho de parto e parto – a saber, jejum, litotomia, restrição no leito, venóclise e uso liberal de ocitocina, toques repetidos, amniotomia, episiotomia, posição deitada no parto, corte precoce do cordão umbilical – está incluído nas categorias B e C. Ao passo que práticas da categoria A são desconsideradas cotidianamente, como dieta livre no trabalho de parto, deambulação, garantia de privacidade e apoio contínuo para a mulher, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, posições verticalizadas no parto, proteção do período sensível entre mãe e bebê – contato pele a pele imediato e ininterrupto e amamentação. Essas recomendações de 1985 permanecem atuais e são reafirmadas em estudos mais recentes.

A invisibilidade da não adoção de recomendações internacionais sobre o cuidado efetivo ao parto e nascimento, a permanência do ensino baseado na

intervenção e na negação quanto à adoção de recomendações produzidas pela medicina baseada em evidências tornam complexa a abordagem do problema, que se configura como um problema ético. A publicação intitulada “Além da sobrevivência”, do Ministério da Saúde (2011)³⁸, descreve os inúmeros e irrefutáveis benefícios físicos e psicológicos tanto para o bebê quanto para a mãe do contato pele a pele no momento imediato que se segue ao parto. Apesar de ser uma prática que não demanda qualquer custo a mais ou equipamentos e insumos, a sua adoção enquanto tecnologia apropriada para partos e nascimentos não acontece de forma satisfatória nas maternidades. Resultados contidos no relatório de 2015 da ouvidoria ativa da Rede Cegonha³⁹ demonstram que somente 10% das mulheres entrevistadas ficaram com seu bebê em contato imediato pele a pele durante a primeira hora, enquanto 54% disseram que foram realizados os procedimentos de rotina no recém-nascido antes de ter sido entregue a elas no colo.

Uma questão fundamental para a efetivação da mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva de direitos, evidências científicas e humanização consiste na inclusão da enfermeira obstétrica ou obstetrix na condução do parto de baixo risco. Há evidências científicas consideráveis de que essas profissionais são mais seguras em partos de baixo risco, fazem menos intervenções desnecessárias e garantem maiores taxas de satisfação³. Países desenvolvidos com bons indicadores de saúde perinatal adotam modelo de cuidado em que o acompanhamento do parto de baixo risco é conduzido pelas obstetrixes, tanto nos hospitais quanto em centros de parto normal ou nos domicílios³. Este é um ponto de tensão e disputa, já que tradicionalmente no Brasil é dado ao médico o papel de controlar todo o

processo. Porém, se quisermos avançar para o cuidado efetivo, teremos de superar essa questão.

Esse modelo de cuidado proposto se traduz no respeito às dimensões pessoal, sexual e social do processo de parir e nascer, compreendido como direito sexual e reprodutivo das mulheres.

3.4 POLÍTICAS DE SAÚDE E NOVOS MODOS DE CUIDAR DO PARTO E NASCIMENTO

Em seu artigo “Humanização de nascimentos e partos: ponderações sobre as políticas públicas”, Rattner⁴⁰ descreve os principais marcos das políticas públicas e dos movimentos de mulheres para implementação de modelo humanizado e baseado em evidências científicas e nos direitos das mulheres e bebês.

Desde a década de 1990⁴⁰ são identificados esforços governamentais e não governamentais de qualificação da atenção ao parto e nascimento, que já à época continham críticas sobre o excesso de intervenções.

Nesse período, alguns serviços específicos conseguiram implantar práticas inovadoras na assistência ao parto. À época surgiu também uma experiência pioneira na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ao abrir a Maternidade Leila Diniz, posicionada pelo poder público como laboratório de inovações no cuidado ao parto e nascimento.⁴⁰

Em 2000 foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento⁴¹, com proposta de ações de qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, pactuando indicadores de qualidade e incentivos financeiros por cumprimento de metas.

Concomitantemente, foram elaboradas normativas para implantação dos centros de parto normal, espaços de cuidado do parto e nascimento de baixo risco por enfermeiras obstétricas. Nesse momento também foram financiados cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

Nos anos subsequentes várias ações de qualificação dos serviços de obstetrícia foram realizadas, como seminários, capacitações e publicações, na perspectiva de mudança das práticas obstétricas.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004⁴², envolveu os governos federal, estaduais e municipais com compromissos mútuos frente à gravidade dos problemas decorrentes dessa mortalidade, evidenciando a necessidade de esforço coletivo para a redução daquela evitável.

Em 2009 um novo Pacto para Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal⁴³ foi firmado entre as instâncias federal, estaduais e municipais, com duração de dois anos. Entre as ações propostas no eixo de qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, estava o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal⁴⁴, organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dapes) através da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) e da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM). Foram 26 maternidades selecionadas de acordo com critérios estabelecidos, contemplando os 17 estados. Para alcance dos objetivos propostos foi implantada a estratégia do apoio institucional, compreendido como tecnologia de ação institucional que propõe superar um modo prescritivo de intervenção

nas organizações de saúde, a partir da construção de consensos entre aqueles que compartilham situações de trabalho. A aposta foi na capacidade de produzir mudanças a partir do convencimento das pessoas de que estas seriam melhores para os serviços, para os usuários, e para elas próprias. Dentre as alterações desejadas nas maternidades estava a incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado ao parto e nascimento. O desafio posto foi o de alterar o modo de gestão das maternidades, de modo a incluir os trabalhadores nos processos de reflexão e discussão sobre o próprio trabalho, tornando os espaços de gestão mais coletivos e com mais envolvimento e corresponsabilidade dos trabalhadores. Como um “modo de fazer” inovador, o pacto chamou a atenção dos novos gestores no momento de construção do projeto político de saúde para o Brasil, a partir de 2011.

Assim, a experiência do apoio a maternidades e redes perinatais do Plano de Qualificação das Maternidades serviu de base para a construção da Rede Cegonha⁴⁵. Por ser um tema atual da maior importância num país em que as desigualdades na assistência à saúde são tão emblemáticas⁴⁶ essa estratégia passou a ser uma marca de governo da presidenta Dilma Rousseff. A Rede Cegonha reforçou os programas existentes e assumiu a responsabilidade de responder às reivindicações dos movimentos de mulheres, com ênfase na necessidade de mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento, abolição da violência obstétrica e redução da morbimortalidade materna e neonatal, trazendo, em seu rol de ofertas, o apoio institucional amplo a gestores, redes de atenção à saúde e serviços de referência.

Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo os referenciais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁴⁷, a Rede Cegonha visa organizar uma rede de cuidados para assegurar, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e situações de abortamento, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade com acesso a um crescimento e desenvolvimento saudáveis.⁴⁵

Nesse sentido, os Estados foram convidados a aderir à iniciativa, constituir um grupo condutor da rede e elaborar, junto com os gestores das regiões de saúde prioritárias, Planos de Ação Regional (PAR RC). Como proposta de qualificação do cuidado em rede, a iniciativa articulou, entre outras ações, a implementação do acolhimento com classificação de risco e da vinculação das gestantes ao local do parto, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento segundo as recomendações da OMS⁴⁸, a inclusão das enfermeiras obstétricas e obstetrizas na assistência ao parto de baixo risco, o fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo e da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses.

A mudança de modelo de atenção obstétrica e neonatal foi fomentada ao se discutir o desenho regional da rede, incluindo os centros de parto normal como opção para ampliar leitos obstétricos e alterar os modos de cuidar; foi firmado compromisso com os gestores para mudança de práticas de atenção ao parto e nascimento nos serviços hospitalares aderidos à Rede Cegonha. Cursos de residência e especialização para enfermeiras obstétricas foram

ampliados e essas profissionais passaram a ser exigidas e incentivadas pelas normativas.

Incentivos financeiros foram alocados às maternidades de alto risco aderidas à iniciativa a título de incentivos por cumprimento de metas qualitativas. Também foram investidos recursos em obras para implantação de centros de parto normal, casas de gestante, bebê e puérpera e mudança na ambiência dos centros obstétricos em consonância com a RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁴⁹. Um projeto específico de apoio a 32 maternidades estratégicas que concentravam casos de morte materna foi desenvolvido, obtendo-se resultados positivos em relação a mudanças de práticas de atenção e gestão em um grande número delas.

Como mecanismo de escuta das usuárias, de forma a contribuir com o controle social e acompanhar a implementação da política pública, foi criada, dentro do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, a Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha⁵⁰. O setor entrevista, anualmente, mulheres que tiveram seus partos pelo SUS investigando a qualidade do cuidado no pré-natal, no parto, puerpério e avaliando a satisfação e a oferta das boas práticas de cuidado.

Para acompanhamento de forma ampla e transparente dos compromissos assumidos nos planos de ação, foram constituídos Fóruns Perinatais Rede Cegonha⁵¹ nos Estados, capitais e em algumas regionais de saúde. Esses espaços técnico-políticos têm se constituído como dispositivos fundamentais para sustentação dos movimentos disparados nos territórios, tornando a Rede Cegonha uma estratégia viva e inclusiva, capaz de mobilizar diversos setores da sociedade.

Mudar as formas de cuidar pressupõe mudar as formas de gerir, de trabalhar, o que não é tarefa simples, pois lida com as relações hierarquizadas de poder nas instituições⁵². Talvez esse seja o grande desafio da Rede Cegonha: inclusão de boas práticas que respeitem e dignifiquem a mulher e superem o modelo tecnocrático de atenção ao parto nas instituições de saúde, restituindo significados ao parto e nascimento como uma experiência positiva, produzida junto com trabalhadores e as mulheres. Fica evidente no curso do processo de implementação da Rede Cegonha que, para reverter o atual panorama da assistência obstétrica e neonatal, é necessário investir fortemente nos hospitais de ensino, produzindo novas práticas do cuidar e formando novos profissionais, incluindo na cultura das organizações outros valores éticos.

3.5 A OUVIDORIA ATIVA DA REDE CEGONHA – A ESCUTA DAS MULHERES

Com o objetivo de aprimorar a gestão, foi criada em 2003, através do decreto nº 4.726, a Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde²¹. Além de dar resposta ao cidadão, o setor tem como objetivo produzir relatórios sistematizados, traduzindo a partir do olhar dos usuários a qualidade dos serviços prestados, um papel fundamental para a gestão e para o controle social.

De forma sistemática, a ouvidoria realiza a escuta por meio de carta, telefone, atendimento presencial no Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) e internet, entre outros recursos.

Como uma nova modalidade de atuação, em 2011, foi instituída a Ouvidoria Ativa do SUS, por meio do decreto nº 7.508, que define o conceito e ressalta que

[...] A ouvidoria do SUS não espera mais apenas que o usuário se dirija até ela para fazer reclamações, sugestões, denúncias, solicitações ou elogios. Com a nova definição, a postura da Ouvidoria deve ser outra, indo até o usuário do SUS para saber a realidade sobre os serviços ofertados, indo buscar a informação diretamente do cidadão, usuário do serviço de saúde, antecipando-se à sua voluntária participação, ao mesmo tempo em que incentiva a sua participação efetiva nos serviços públicos de saúde.⁵⁰

Tem como atribuição realizar estudos e pesquisas com vistas à produção do conhecimento para apoiar a formulação de políticas públicas. Ao mesmo tempo, é uma forma de promover a participação da população na formulação, execução e avaliação dessas políticas, condição fundamental para o exercício pleno do direito à saúde.^{50,53}

A Rede Cegonha, uma das ações prioritárias do governo federal em 2011, foi selecionada como foco de pesquisa da ouvidoria ativa. Com o objetivo de contribuir com a avaliação periódica dos indicadores e das metas em relação às mudanças do cuidado às mulheres na gravidez, parto e nascimento, a ouvidoria ativa da Rede Cegonha realizou pesquisas nacionais nos anos de 2012, 2013, 2014 e 2015, por contato telefônico com mulheres de todo Brasil atendidas no momento da internação para o parto em serviços do SUS. Com esses dados elaborou relatórios anuais relativos a alguns indicadores de atenção ao parto e nascimento da Rede Cegonha. São eles: peregrinação das gestantes, vinculação ao local do parto, acompanhante no parto, contato pele a pele mãe e bebê, atenção respeitosa e visita no puerpério pelo agente

comunitário de saúde (ACS). Os resultados dessas pesquisas orientam anualmente as decisões gestoras da Rede Cegonha.

Em 2015 foi solicitado pela Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, setor do MS responsável pela gestão nacional da Rede Cegonha, pesquisa específica em relação aos hospitais de ensino. A justificativa era de que, naquele momento de implementação da iniciativa, tinha-se a dimensão da importância dos HE no processo de mudança do modelo de cuidado ao parto e nascimento, devendo direcionar todos os esforços a esses hospitais.

Assim, a ouvidoria elaborou pesquisa específica com foco nas práticas de atenção ao parto e nascimento para grupo de instituições de saúde com atividades de ensino definido pela coordenação. Desse modo, a ouvidoria cumpria seu papel de ser um canal aberto para publicização da voz das mulheres em relação aos modos de cuidar do parto e nascimento, somando-se a outras iniciativas governamentais e não governamentais.

CAPÍTULO 4 – MÉTODO

Foi realizado estudo quantitativo transversal, de fonte secundária, exploratório, a partir dos dados provenientes das entrevistas conduzidas pela Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha com mulheres em atenção ao parto no Sistema Único de Saúde, em 111 hospitais com atividades de ensino superior. As entrevistas foram realizadas no período de julho a novembro de 2016.

Esse conjunto de HE representa 5,6% do total de 2 mil serviços de saúde com mais de 100 partos/ano no SUS. É responsável por quase 18% do total de partos assistidos no sistema público, que realizou em 2015 cerca de 1,8 milhões de partos.

Desenho amostral

Usou-se como critério de inclusão na pesquisa da ouvidoria ativa: ser hospital universitário ou não universitário certificado pelo Ministério da Saúde como de ensinoⁱⁱ, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e ter realizado mais de mil partos/ano em 2015.ⁱⁱⁱ (SIHSUS).

Em sete Estados foram incluídos na amostra da ouvidoria hospitais com mais de mil partos/ano e com atividade de ensino, porém não certificados como HE, mas identificados no CNES como Unidade Auxiliar de Ensino (UAE). Nos Estados da região Norte a prática do ensino em obstetrícia se dá quase que exclusivamente em UAE. Neste estudo esses hospitais foram colocados na

ⁱⁱ Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

ⁱⁱⁱ SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

mesma categoria dos hospitais não universitários certificados pelo MS como de ensino.

As tabelas abaixo apresentam a distribuição dos hospitais selecionados para a pesquisa segundo sua localização por região e produção de partos em 2015. A lista dos hospitais encontra-se no Apêndice II.

Tabela 1 – Hospitais de ensino universitários ou não que realizaram mais de mil partos/ano em 2015, e sua localização por região do país.

Região	Hospitais universitários (HU)	Hospitais não universitários certificados como de ensino pelo MS/CNES – HE	Hospitais não universitários identificados como unidade auxiliar de ensino pelo MS/CNES-UAE	Nº hospitais
Norte	0	2	11	13
Nordeste	6	9	1	16
Centro-Oeste	2	5	-	7
Sudeste	11	37	-	48
Sul	5	22	-	27
Total	24	75	12	111
%	21,5%	67,5%	11%	100%

Fonte: CNES/Datasus

Tabela 2 – Categorias de Hospitais com atividades de ensino, número e percentual de partos normais e cesarianas.

Categoria de Hospital com atividade de ensino	Total de partos 2015	%	Partos normais	%	Cesarianas	%
UAE	55.817	18%	36.792	65,1%	19.025	34,1%
HE	204.374	65,6%	120.722	59,1%	83.652	40,9%
HU	51.274	16,4%	28.861	56,3%	22.413	43,7%
Total	311.465	100%	186.375	59,8%	125.090	40,1%

Fonte: SIH/Datasus Tabwin

Para cada hospital foi calculada uma amostra probabilística a partir das autorizações de internação hospitalar (AIH) de mulheres que tiveram partos no SUS em 2015. O plano amostral de cada hospital utilizou a metodologia de amostra aleatória simples, obtida por sorteio eletrônico, com coeficiente de erro amostral a 95%. O resultado do número de amostras foi multiplicado por quatro, prevendo possíveis dificuldades no contato com as mulheres. Com base nesse resultado, utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para realização da seleção aleatória e sistematização complementar das informações.

As entrevistas foram realizadas por telefone, no período de julho a novembro de 2016, por questionário contendo 40 perguntas sobre as práticas de atenção ao parto e nascimento e conduzidas por teleatendentes de nível médio concluído, treinados pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES. Para cada número de telefone válido, foram realizadas no mínimo seis tentativas, em dias e horários diferentes.

Assim chegou-se a um banco de 45.398 entrevistas com mulheres em parto assistido em hospitais com atividades de ensino finalizadas com sucesso. Destas, 23.699 (52,18%) tiveram como desfecho parto normal e 21.699 (47,77%) foram submetidas à cesariana.

Para fins deste estudo foi aplicado filtro na questão referente à idade gestacional, optando-se pela exclusão de entrevistas com mulheres que relataram idade gestacional no parto abaixo de 32 semanas. Desse modo, chegou-se a um banco com 43.659 entrevistas. Para a análise das questões referentes às práticas de atenção no trabalho de parto, além do filtro de idade gestacional, foram retirados os casos em que as mulheres não se encontravam

em trabalho de parto na internação, resultando em 33.629 entrevistas utilizadas para análise das questões referentes às práticas de atenção ao trabalho de parto.

Para análise dos resultados referentes aos cuidados do recém-nascidos foi aplicado, no banco de 43.659 entrevistas, filtro na pergunta 36: “*O bebê foi para o quarto junto com a senhora?*” A partir daí foram selecionadas somente as entrevistadas que responderam sim (n=35.779), entendendo que seus bebês nasceram em boas condições, conforme tabela abaixo.

Tabela 3 – Número de entrevistas do banco da ouvidoria e filtros aplicados no estudo.

Nº de entrevistas da pesquisa da ouvidoria RC/hospitais de ensino	45.398
Nº de entrevistas com filtro \geq 32 semanas gestação	43.659
Nº de entrevistas com relato de “tentativa de parto normal” independentemente do desfecho/43.386	33.629
Nº de entrevistas de mulheres que relataram que seu bebê foi para o quarto junto com elas/43.386	35.799

As práticas assistenciais selecionadas foram aquelas para as quais existem evidências científicas para sua indicação ou contraíndicação segundo estudos realizados (OMS, 1996).⁴⁸

As variáveis referentes às boas práticas de cuidado ao trabalho de parto e parto foram: oferta de líquidos e alimentos no trabalho de parto; parto em posição não litotômica (deitada); acompanhante em todos os estágios do parto; contato pele a pele; e amamentação na primeira hora.

As variáveis do estudo referente às práticas inadequadas do cuidado ao trabalho de parto e parto foram: uso de venóclise (soro venoso); infusão de ocitocina no trabalho de parto; amniotomia e episiotomia de rotina; manobra de

Kristeller; e toques vaginais repetidos (por apenas um profissional ou por profissionais diferentes). Além dessas, foram avaliadas outras questões relacionadas à violência obstétrica promovida por profissionais de saúde, entre as quais gritar com a mulher, mandar ela parar de gritar, debochar, criticar os sentimentos, amarrá-la, realizar toque vaginal com brutalidade, beliscar e empurrar, não dar atenção quando solicitada, demorar a atender, não disponibilizar leito para a internação, ofertar ambiente sujo ou inadequado.

O questionário aplicado nas entrevistas está descrito no Apêndice I.

Análise estatística

Os dados foram codificados para a construção do banco de dados e analisados pelo programa SPSS, versão 20.0.

Para análise estatística, foram calculados os percentuais referentes a cada uma das práticas, classificadas como práticas inadequadas e boas práticas de cuidado. As práticas assistenciais foram analisadas segundo região geográfica e tipo de hospital de ensino. Os HE foram categorizados com hospitais universitários e não universitários. Para as práticas assistenciais relacionadas ao tipo de parto, as análises foram feitas nos subgrupos de parto normal ($n=23.006$) e cesárea ($n=20.653$).

Para verificar a significância estatística das diferenças entre os grupos, foi utilizado o teste quiquadrado. O valor de significância estatística adotado foi de 5%.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados e respectivas tabelas são apresentados em dois blocos: (i) análise dos percentuais dos desfechos selecionados por região do país e (ii) análise comparativa dos percentuais dos desfechos selecionados tendo como fator de exposição ser ou não hospital universitário.

Em função do grande percentual de perdas da amostra e com o objetivo de assegurar sua representatividade, incluindo o perfil das perdas telefônicas, foi realizada análise comparativa do perfil sociodemográfico das mulheres deste estudo e perfil da população brasileira.

Para tanto realizamos pesquisa no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), com os últimos dados disponíveis em relação às estatísticas vitais (2014)⁹. Os dados mostraram uma correspondência entre as duas populações (amostra do estudo e mulheres do Brasil) em relação ao recorte racial e um leve aumento de mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos e grau de instrução (ensino médio) da população feminina da pesquisa da ouvidoria. Os resultados comparados estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 4 – comparativo do perfil sociodemográfico das mulheres do estudo com dados do SINASC/2014 (perfil das mães de nascidos vivos).

Variáveis	% pesquisa ouvidoria	% Sinasc
Raça/cor		
· Preta e parda	58,34%	58,89%
· Branca	37,86%	35,86%
· Outras	3,80%	5,25%
Idade		
· 10 a 15 anos	0,52%	0,94%
· 16 a 19 anos	10,18%	17,90%
· 20 a 29 anos	48,53%	49,24%
· 30 a 39 anos	35,24%	29,39%
· 40 a 49 anos	5,50%	2,40%
Instrução		
Nenhuma	0,27%	0,66%
Fundamental incompleto (1 a 3 anos)	19,77%	23,24%
Médio completo e incompleto (4 a 11 anos)	67,15%	57,20%
12 ou mais anos	12,75%	17,22%
Ignorado	0,06%	1,67%

5.1 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO, OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CUIDADOS COM O RN EM HOSPITAIS DE ENSINO UNIVERSITÁRIOS OU NÃO, SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO NAS DIFERENTES REGIÕES DO PAÍS

A análise comparativa entre as regiões do país mostrou, através do teste de quiquadrado, que existem diferenças significativas comparando as regiões em pares de pelo menos um par em que a diferença do percentual da variável dependente é estatisticamente significativa ($p=0,000$).

Assim foi possível obter um panorama nacional em relação à assistência ao parto e nascimento em hospitais de ensino no país e realizar análise comparativa entre as diversas regiões.

5.1.1 As Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto

Dentre as práticas inadequadas na atenção ao parto estudadas, a infusão venosa foi uma das mais encontradas. Realizada em cerca de 60% das parturientes em todas as regiões do país, essa prática foi mais frequente nas regiões Sul e Nordeste. Em contraste, as regiões Norte (39,6%) e Sudeste (34,3%) ofereceram maior possibilidade às parturientes de ingestão de líquidos e/ou alimentos. A utilização de ocitocina por via endovenosa para a aceleração do trabalho de parto também foi uma prática bastante frequente, sendo identificada em cerca de 37% das parturientes, mais comumente nas regiões Nordeste (42,1%) e Sul (39,6%).

Ainda durante a assistência ao trabalho de parto verificou-se que a amniotomia foi um procedimento realizado em 45% das mulheres. Verificou-se ainda essa prática em quase metade das mulheres na região Sudeste (46,3%), seguida pelas regiões Norte (45,1%) e Sul (44,5%).

Quanto à realização de toques vaginais repetidos, 70% das parturientes entrevistadas relataram ter sido tocadas de forma repetida, tanto pelo mesmo profissional quanto por profissionais diferentes. As maiores taxas foram para toques realizados por diversos profissionais (45,2%) em relação ao toque pelo mesmo profissional (24,5%). A região Nordeste apresentou a maior taxa de toque vaginal repetido por diferentes profissionais (49,7%) e a Sul apresentou a maior taxa de toque vaginal repetido por um único profissional (27%).

Dentre as medidas de cuidado protetivas durante o trabalho de parto identificou-se que para menos de 1/3 das mulheres foram oferecidos líquidos ou alimentos (32,3%), não se comportando de maneira homogênea entre as

regiões. As regiões Norte (39,6%) e Sudeste (34,3%) foram as que apresentaram as maiores taxas de oferta de líquidos e alimentos. A taxa mais baixa foi encontrada no Nordeste.

5.1.2 As Práticas de Assistência ao Parto

Neste estudo identificou-se que a quase totalidade dos partos (87,7%) aconteceu em posição litotômica. As regiões Nordeste (90,9%) e Sul (90,5%) foram as que apresentaram as maiores taxas de partos nessa posição.

A episiotomia foi mais realizada nas regiões Sul (43,8%) e Sudeste (42,6%). Porém, na região Norte foram registrados mais relatos de dor durante a episiotomia, com 42% das mulheres submetidas à episiotomia relatando dor durante o corte ou a sutura.

Quanto à manobra de Kristeller, o percentual encontrado no conjunto dos hospitais de ensino foi de 22,7%. As regiões Sudeste (23,9%) e Nordeste (23,6%) apresentaram maior frequência.

5.1.3 A Presença do Acompanhante

A presença do acompanhante foi estudada em três momentos: antes do nascimento, na hora do nascimento (com distinção entre parto normal e a cesariana) e na internação pós-parto. A presença do acompanhante antes do nascimento foi confirmada por cerca de 85% das entrevistadas. Esse percentual diminuiu no momento do parto, tanto na cesariana (65,3%) quanto no

pato normal (84%). No alojamento conjunto foi encontrada a maior taxa de acompanhantes entre os hospitais de ensino estudados (87,3%).

A região Norte apresentou as maiores taxas de acompanhantes, tanto antes do nascimento (87,6%) quanto no momento do parto normal (93,8%) e no pós-parto (93,8%). Somente no momento da cesariana é que essa região apresentou baixo índice de acompanhante (55,1%).

A presença de acompanhantes no momento da cesariana teve frequências mais elevadas Sudeste (77,4%) e Sul (74,5%), sendo a região Centro-Oeste a que apresentou a menor taxa (29%), uma diferença significativa.

No pós-parto, com exceção do Sudeste, que apresentou taxa de acompanhante no pós-parto de 81,4%, as demais regiões tiveram taxas superiores a 90%.

Quando analisada, entre os acompanhantes, a presença de homens, foram encontradas variações entre as regiões do país. Tanto na cesariana quanto no parto normal, a presença de homens foi maior no Sul (77,7% na cesariana e 75,4% no parto normal), seguido do Sudeste (68,2% e 68%, respectivamente), Centro-Oeste (56,8% e 56,2%) e Norte (48,5% e 46,2%). Chama a atenção as taxas muito baixas de acompanhantes do sexo masculino na região Nordeste, com 30,2% na cesariana e 28,7% no parto normal. A presença de homens foi um pouco maior, em todas as regiões, na cesariana.

5.1.4 As Práticas de Cuidado Com o Recém-Nascido

Na análise dos resultados em relação ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascidos observa-se que, em todas as regiões, as taxas são baixas, especialmente na cesariana (44,9% cesariana e 75,6% parto normal). A amamentação nos primeiros 30 minutos também apresentou baixa prevalência (46,9% e 66,6%, respectivamente). Comparando esses resultados com os percentuais de bebês que foram para o quarto junto com suas mães (77,3% dos bebês nascidos por cesariana e 87,2% dos nascidos por parto normal) pode-se supor que um percentual importante de bebês foi privado do contato pele a pele e da amamentação imediatos desnecessariamente.

No parto normal, a região Norte foi a que apresentou a maior frequência de contato pele a pele (81,8%) e de amamentação até 30 minutos pós-parto (71,7%). Em seguida está o Centro-Oeste, com 77,8% de contato pele a pele e 68,4% de amamentação até 30 minutos pós-parto. As menores taxas foram apresentadas pela região Nordeste, com 73,3% e 61%, respectivamente.

Na cesariana, foi a região Sul a que apresentou a maior taxa entre as regiões, com 48,4% dos bebês permanecendo em contato pele a pele na cesariana, enquanto o Centro-Oeste apresentou a menor taxa (35,3%). Quanto à amamentação até 30 minutos pós-cesariana, a maior frequência foi observada na região Sudeste (48,8%), seguida do Nordeste (46,6%).

5.1.5 Relatos de Violência Durante a Assistência ao Trabalho de Parto e Parto

Uma proporção bastante elevada das mulheres entrevistadas (39,2%) revelou ter passado por alguma situação de violência durante sua internação para a assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Considerando os desfechos relacionados a situações de violência pesquisados neste estudo, a região Norte foi a que apresentou as maiores taxas em quase todas as questões, com 50,2% das mulheres relatando alguma situação de violência, seguida pelo Nordeste (45,3%) e Centro-Oeste (44,2%). As menores taxas associadas aos desfechos referentes às situações de violência foram encontradas nas regiões Sul (36%) e Sudeste (36,3%).

Para as mulheres de todas as regiões a situação de violência mais frequente foi não receber atenção quando solicitada.

5.1.6 Outros Motivos de Queixas das Mulheres Entrevistadas

No total de mulheres entrevistadas, a demora no atendimento foi a queixa mais comum em todas as regiões, apresentando as maiores taxas a região Norte (25,3%), onde também foram registradas as maiores frequências de relatos de falta de leitos para internação (10,1%) e ambiente sujo ou inadequado (14,5%). As regiões Sul e Sudeste apresentaram as menores taxas de queixas em relação à demora, à falta de leito e ao ambiente sujo ou inadequado.

Tabela 5 – Práticas de atenção ao parto e nascimento por regiões do país.

Práticas inadequadas	Regiões					Brasil	Valor de p	
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul			
Foi colocado soro na veia	54,3%	63,0 %	61,8%	57,0%	63,4%	59,5%	0,000	
Foi colocado medicamento no soro	34,6%	42,1 %	38,7%	33,9%	39,6%	36,8%	0,000	
Foi realizada amniotomia	45,1%	42,8 %	43,8%	46,3%	44,5%	45,1%	0,000	
Foi realizada episiotomia	30,1%	39,7 %	38,9%	42,6%	43,8%	41,2%	0,000	
Mesmo após a anestesia, sentiu dor durante o corte ou os pontos	42,0%	33,9 %	36,9%	29,5%	30,1%	31,6%	0,000	
Foi realizada a manobra Kristeller	22,6%	23,6 %	22,0%	23,9%	20,5%	22,7%	0,000	
Foram feitos toques vaginais repetidos	pela mesma pessoa	22,1%	18,7 %	20,0%	25,9%	27,0%	24,5%	0,000
	por pessoas diferentes	44,2%	49,7 %	46,4%	44,8%	43,9%	45,2%	
A paciente passou por alguma situação de violência	50,2%	45,3 %	44,2%	36,3%	36,0%	39,2%	0,000	
· Gritaram com a paciente	4,4%	3,1%	4,1%	3,1%	3,6%	3,5%	0,001	
· Mandaram a paciente parar de gritar	8,4%	7,7%	7,5%	7,3%	6,9%	7,4%	0,090	
· Debocharam da paciente	8,1%	7,0%	8,0%	6,2%	7,0%	6,8%	0,000	
· Criticaram os sentimentos ou emoções da paciente	8,6%	7,1%	8,0%	6,6%	7,9%	7,3%	0,000	
· A paciente foi amarrada	0,2%	1,1%	0,3%	0,7%	0,3%	0,6%	0,000	
· A paciente recebeu toque vaginal com brutalidade	9,3%	7,0%	8,0%	5,8%	6,4%	6,6%	0,000	
· A paciente foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas	0,7%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,030	
· A paciente não recebeu atenção quando solicitada	13,8%	11,6 %	14,0%	9,7%	10,2%	10,8%	0,000	
· A paciente passou por outras agressões físicas	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,4%	0,253	
· Demoraram a atender a paciente	25,3%	19,3 %	20,1%	15,3%	14,0%	16,8%	0,000	
· Faltou leito para internação	10,1%	10,7 %	6,7%	6,0%	4,7%	6,7%	0,000	
· O ambiente estava sujo ou inadequado	14,5%	13,2 %	7,9%	5,5%	6,1%	7,6%	0,000	

Boas práticas	Regiões					Brasil	Valor de p	
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul			
Foram oferecidos líquidos e/ou alimentos	39,6%	26,7%	29,7%	34,3%	29,7%	32,3%	0,000	
O parto foi em posição não litotômica	10,6%	9,1%	10,6%	15,0%	9,5%	12,3%	0,000	
Teve acompanhante antes do nascimento	87,6%	82,6%	81,1%	85,8%	85,2%	85,0%	0,000	
Teve acompanhante na hora do nascimento	- cesárea	55,1%	42,0%	29,0%	77,4%	74,5%	65,3%	0,000
	- parto normal	93,8%	76,6%	87,1%	84,0%	83,0%	84,0%	0,000
Teve acompanhante na internação pós-parto	93,8%	92,7%	93,6%	81,4%	90,6%	87,3%	0,000	
Companheiro ou pai da criança foi acompanhante	- cesárea	48,5%	30,2%	56,8%	68,2%	77,7%	62,6%	0,000
	- parto normal	46,2%	28,7%	56,2%	68,0%	75,4%	62,7%	0,000
Foi realizado contato pele a pele	- cesárea	40,0%	44,2%	35,3%	46,4%	48,4%	44,9%	0,000
	- parto normal	81,8%	73,3%	77,8%	73,6%	77,3%	75,6%	0,000
O bebê foi para o quarto junto com a mãe	- cesárea	83,3%	68,3%	84,0%	76,3%	78,9%	77,3%	0,000
	- parto normal	92,5%	81,6%	91,0%	87,4%	86,3%	87,2%	0,000
Deu peito em até 30 minutos após o parto	- cesárea	43,7%	46,6%	43,7%	48,8%	46,3%	46,9%	0,000
	- parto normal	71,7%	61,0%	68,4%	65,9%	67,6%	66,6%	0,000

A tabela abaixo sintetiza os principais dados por região do país. Os símbolos de mais (+) e de menos (-) referem-se aos valores maiores ou menores encontrados para cada item selecionado, em relação às demais regiões, sendo cinco cruces a indicação da região com maiores percentuais e 5 traços a com menores percentuais.

Tabela 6 – Resumo das práticas de atenção ao parto e nascimento por região do país.

Região Nordeste	Boas práticas	Violências
Intervenções +++++ Soro com ocitocina ++++ Kristeller +++++ Toques por pessoas diferentes	----- dieta livre ----- parto vertical ----- acompanhante no parto ----- presença de homens ----- contato pele a pele PN ----- bebê junto com a mãe para o quarto	++++
Região Norte	Boas práticas	Violências
Todas as intervenções abaixo da média nacional, exceto a amniotomia (+++++) e o relato pelas mulheres de dor no corte ou na sutura perineal, que se mostrou muito acima das outras regiões	+++++ dieta livre +++++acompanhante no parto (exceto na cesariana) +++++contato pele a pele PN +++++ amamentação até 30' PN ++++ parto em posição vertical +++++bebê junto com a mãe para o quarto (PN e cesariana)	+++++
Região Centro-Oeste	Boas práticas	Violências
A maioria das intervenções se encontra em torno da média nacional	----- acompanhante na cesariana, muito abaixo da média (29%) ---- taxa de amamentação até 30' na cesariana	+++
Região Sudeste	Boas práticas	Violências
+++++ amniotomia ++++ episiotomia +++++ Kristeller ++++ toques pela mesma pessoa	++++ dieta livre +++++ parto vertical +++++ acompanhante na cesariana ++++ presença de homens (PN e cesáreo) ++++ contato pele a pele na cesariana ---- bebê junto com a mãe para o quarto na cesariana	++
Região Sul	Boas práticas	Violências
+++++ soro e ocitocina +++++ episiotomia +++++ toques pela mesma pessoa	----- dieta livre ++++ acompanhante na cesariana +++++ presença de homens (PN e cesáreo) +++++contato pele a pele na cesariana +++++ amamentação até 30'	+

5.2 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA, OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CUIDADOS COM O RN EM HOSPITAIS DE ENSINO UNIVERSITÁRIOS E NÃO UNIVERSITÁRIOS

Este estudo analisou as práticas de atenção ao parto e nascimento comparando os resultados dos hospitais de ensino universitários e não universitários. Os resultados estão descritos a seguir.

5.2.1 As Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto

A infusão venosa e a utilização de medicamentos por via endovenosa para a aceleração do trabalho de parto foram significativamente mais utilizadas nos hospitais universitários ($p=0,000$ para infusão venosa e $p=0,019$ para medicamento no soro).

Em contraponto, a amniotomia foi mais frequente nos hospitais de ensino não universitários ($p=0,000$).

Os toques vaginais repetidos por um único profissional foram mais frequentes nos hospitais não universitários, enquanto que o toque vaginal por profissionais diferentes foi mais prevalente nos hospitais universitários. Nas duas situações com diferenças significativas ($p=0,000$).

Sendo uma prática restrita nos dois grupos de hospitais, a oferta de líquidos ou alimentos não apresentou diferença significativa entre eles ($p=0,623$).

5.2.2 As Práticas de Assistência ao Parto

Partos em posição não litotômica e utilização da manobra de Kristeller não apresentaram taxas com diferença significativa entre os dois grupos de hospitais.

A episiotomia foi mais utilizada, de forma significativamente mais frequente, nos hospitais universitários ($p=0,000$).

Em relação à dor durante a realização da episiotomia ou da sua sutura, uma proporção significativamente maior das entrevistadas ($p=0,000$) queixou-se de dor mesmo após a anestesia mais nos hospitais não universitários (32,5%) do que nos HU (28,2%).

5.2.3 A Presença do Acompanhante

Em relação à presença do acompanhante antes do nascimento, esta foi maior nos hospitais universitários (85,8%) do que não universitários (84,8%), uma diferença significativa ($p=0,021$). No momento do nascimento só houve diferença significativa ($p=0,000$) entre os hospitais quando o nascimento foi por cesariana, tendo sido maior nos hospitais universitários (70,5%) do que nos não universitários (63,8%). Não houve diferença nas proporções de presença de acompanhantes no período pós-parto nos dois grupos de hospitais. A presença do pai como acompanhante foi maior, com diferença estatisticamente significativa tanto nos partos normais quanto nas cesarianas, nos HU ($p<0,05$).

5.2.4 As Práticas de Cuidado com o Recém-Nascido

O contato pele a pele entre a mãe e o bebê ocorreu em 75,9% dos partos normais nos hospitais de ensino não universitários e em 74,4% dos partos normais nos HU, sendo que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,109$). Nos nascimentos ocorridos por cesariana, o contato pele a pele foi maior nos HU (47,1%) do que nos hospitais não universitários (44,3%), sendo a diferença significativa ($p=0,008$).

O encaminhamento dos recém-nascidos para o alojamento conjunto com sua mãe aconteceu mais frequentemente nos hospitais não universitários, tanto para os nascidos de parto normal (88%) quanto de cesariana (78,4%), do que os RN nascidos nos hospitais universitários de parto normal (83,9%) ou de cesariana (73,2%), sendo ambas as diferenças estatisticamente significativas (valor de $p=0,000$).

5.2.5 Relatos de Violência Durante a Assistência ao Trabalho de Parto e Parto

A ocorrência de violência obstétrica foi mais frequente nos hospitais não universitários (40,7%) do que nos HU (33,3%), sendo esta diferença significativa ($p=0,000$).

O tipo de violência mais frequente a que as mulheres foram submetidas foi não receber atenção quando solicitada (11,6% nos hospitais não universitários e 8,0% nos HU), seguidas por: ordem para parar de gritar (7,8% e 5,7%, respectivamente); críticas aos sentimentos ou emoções (7,7% e 5,9%); deboche à mulher (7,2% e 5,3%); toque vaginal com brutalidade (6,9% e 5,4%);

e gritos dirigidos à mulher (3,7% e 2,6%). Todas essas diferenças foram significativas, com $p=0,000$.

5.2.6 Outros Motivos de Queixas das Mulheres Entrevistadas

Outras razões para queixas das mulheres entrevistadas foram, todas, significativamente mais frequentes ($p<0,05$) nos hospitais não universitários. A demora no atendimento, a mais recorrente dentre as queixas, foi 17,8% nos hospitais não universitários e 13,1% nos HU; falta de leito para a internação (6,9% e 6,0%, respectivamente); e ambiente sujo ou inadequado (8,3% e 5,3%).

Tabela 6 – Práticas de atenção ao parto e nascimento por grupamento de hospitais com atividades de ensino.

Práticas inadequadas	Tipo de hospital		Valor de p	
	Não HU	HU		
Foi colocado soro na veia	59,1%	60,9%	0,000	
Foi colocado medicamento no soro	36,5%	38,3%	0,019	
Foi realizada amniotomia	45,3%	44,3%	0,000	
Foi realizada episiotomia	40,2%	45,4%	0,000	
Mesmo após a anestesia, sentiu dor durante o corte ou os pontos	32,5%	28,2%	0,000	
Foi realizada a manobra Kristeller	23,0%	21,6%	0,110	
Foram feitos toques vaginais repetidos:	- pela mesma pessoa	23,1%	21,5%	0,000
	- por pessoas diferentes	40,9%	43,2%	
A paciente passou por alguma situação de violência	40,7%	33,3%	0,000	
· Gritaram com a paciente	3,7%	2,6%	0,000	
· Mandaram a paciente parar de gritar	7,8%	5,7%	0,000	

· Debocharam da paciente	7,2%	5,3%	0,000
· Criticaram os sentimentos ou emoções da paciente	7,7%	5,9%	0,000
· A paciente foi amarrada	0,6%	0,5%	0,345
· A paciente recebeu toque vaginal com brutalidade	6,9%	5,4%	0,000
· A paciente foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas	0,4%	0,3%	0,696
· A paciente não recebeu atenção quando solicitada	11,6%	8,0%	0,000
· A paciente passou por outras agressões físicas	0,4%	0,3%	0,433
· Demoraram a atender a paciente	17,8%	13,1%	0,000
· Faltou leito para internação	6,8%	6,0%	0,004
· O ambiente estava sujo ou inadequado	8,3%	5,3%	0,000

Boas práticas	Tipo de hospital de ensino		Valor de p	
	Não HU	HU		
Foram oferecidos líquidos e/ou alimentos	32,2%	32,4%	0,623	
O parto foi em posição não litotômica	12,2%	12,5%	0,400	
Teve acompanhante antes do nascimento	84,8%	85,8%	0,021	
Teve acompanhante na hora do nascimento:	- cesárea	63,8%	70,5%	0,000
	- parto normal	84,2%	83,6%	0,616
Teve acompanhante na internação pós-parto	87,5%	86,8%	0,195	
Companheiro ou pai da criança foi acompanhante:	- cesárea	62,1%	64,2%	0,013
	- parto normal	62,1%	65,3%	0,000
Foi realizado contato pele a pele:	- cesárea	44,3%	47,1%	0,008
	- parto normal	75,9%	74,4%	0,109
O bebê foi para o quarto junto com a mãe:	- cesárea	78,4%	73,2%	0,000
	- parto normal	88,1%	83,9%	0,000
Deu peito em até 30 minutos após ao parto:	- cesárea	45,8%	50,9%	0,00
	- parto normal	66,1%	68,6%	0,004

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas telefônicas com mulheres que tiveram seus partos em 111 hospitais com atividades de ensino, universitários ou não, o estudo trabalhou a discussão dos resultados em dois eixos. O primeiro diz respeito ao grau de implementação das práticas de atenção ao parto e nascimento desejável no conjunto de hospitais estudados (panorama Brasil e por região do país) comparando os dados da pesquisa com parâmetros e estudos nacionais e internacionais. O segundo eixo trata da comparação dos resultados entre hospitais universitários (HU) geridos diretamente por uma Instituição de Ensino Superior (IES) e os hospitais não universitários que oferecem atividades de ensino.

Assim, o estudo permitiu inferir qual o modelo de atenção ao parto e nascimento praticado e reproduzido/ensinado em hospitais brasileiros com atividades de ensino, apontando questões relevantes a serem enfrentadas para que se possa vencer o desafio de mudar o que ainda é necessário no ensino da obstetrícia de forma a produzir mais e melhor saúde e assegurar os direitos das mulheres e bebês.

Esses resultados são especialmente importantes porque refletem a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto em mulheres admitidas em hospitais de ensino (HE). Eles constituem uma amostra significativa da assistência obstétrica daqueles serviços que poderiam ser considerados os mais qualificados na assistência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de responsáveis por um percentual considerável da assistência ao parto e nascimento, esses hospitais representam espaço privilegiado de

produção de conhecimento, com forte influência na cultura médica. São também os locais que formam novos profissionais e influenciam os modos de cuidar futuros. Os graduandos são especialmente permeáveis aos ensinamentos e à prática dos profissionais mais experientes (professores), que são os exemplos da assistência nesses ambientes de aprendizagem.

6.1 AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DE ENSINO NO PAÍS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶, o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos (RN) saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos. A análise do banco de dados da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha permitiu inferir que houve um excesso de intervenções na assistência ao parto nos hospitais estudados.

Neste estudo, algumas práticas de cuidado comprovadamente benéficas não estavam disponíveis de forma ampliada para a maioria das mulheres. Ao mesmo tempo, práticas que deveriam ser reduzidas ou abolidas na atenção ao parto e nascimento ainda persistiam nos hospitais pesquisados.

O cenário mais comum da assistência ao trabalho de parto nessas unidades é composto por mulheres em jejum (67,7%) e com punção venosa (59,5%), apesar das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁵² recomendarem que a mulher tenha liberdade de se alimentar ou ingerir líquidos durante o trabalho de parto.

Uma revisão sistemática da biblioteca Cochrane, de 2013⁵⁴, concluiu que não há evidências que demonstrem benefícios ou danos da restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, portanto, não se justifica impedir a

ingestão de fluidos e alimentos durante o trabalho de parto a fim de reduzir risco de complicações. O estudo conclui que “[...] a restrição da ingestão oral pode ser desagradável para algumas mulheres e influencia negativamente sua experiência de trabalho de parto”.⁵⁴

No presente trabalho, a oferta de líquidos e alimentos a quase um terço das mulheres (32,3%) representa um resultado pouco superior ao encontrado na pesquisa “Nascer no Brasil”¹¹, que demonstrou que 25,2% das mulheres se alimentaram no trabalho de parto. Porém ainda é muito aquém do desejável.

Em contraposição às baixas taxas de ingestão de líquidos e alimentos, foram encontrados altos índices de infusão venosa no trabalho de parto. Em artigo de revisão publicado na *Revista Femina* (2010)⁵⁵, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), os autores concluem que a infusão venosa não deve ser realizada rotineiramente. Utilizaram para essa conclusão ensaio clínico randomizado sobre infusão de soro glicosado no trabalho de parto que demonstrou efeitos adversos devido ao estímulo da produção de insulina pelo pâncreas fetal. Essa prática não reduziu a acidemia materna nem o balanço ácido-base fetal, de forma que sua utilização de rotina não é recomendada.

É necessário considerar o efeito simbólico da venóclise. Estar em um hospital, presa a um equipamento que supostamente irá corrigir uma deficiência do seu corpo, pode produzir nas mulheres em trabalho de parto a sensação de incompetência, risco e adoecimento. Reforça as posições de poder na prática obstétrica e restringe o protagonismo das mulheres ao obrigá-las a se aquietar no leito, reduzindo a liberdade de movimentos.

Também foi encontrada no nosso estudo uma alta prevalência de infusão de ocitocina em mulheres admitidas em trabalho de parto (36,8%). O uso liberal de uterotônicos no primeiro estágio do parto apresenta riscos reais para a saúde da mulher e do feto. Embora seja um medicamento potente que, se bem indicado, pode salvar vidas, se utilizado de forma rotineira para aceleração do trabalho de parto tem efeitos deletérios importantes.

Em documento intitulado “Recomendações para o aumento do trabalho de parto”⁵⁶, a OMS sinaliza que

O aumento das contrações com ocitocina sintética pode resultar em hiperestimulação uterina com efeitos adversos, como asfixia fetal e ruptura uterina e, por sua vez, aumentar o risco de uma onda de intervenções durante o trabalho de parto e o parto. A intervenção clínica injustificada também priva as mulheres de sua autonomia e dignidade durante o trabalho de parto e pode ter um impacto negativo em sua experiência de parto.

Nesse sentido, a utilização liberal de ocitocina em mulheres com o propósito de acelerar o trabalho de parto fere o princípio de Hipócrates *primum non nocere*.

A amniotomia (rompimento da bolsa das águas) foi utilizada muito frequentemente nos hospitais da pesquisa. Os valores deste estudo (45,1%) foram superiores aos descritos na pesquisa “Nascer no Brasil”¹⁰, que encontrou 39,1%. A prática se configura como corriqueira na assistência ao parto, sendo realizada sob o pretexto de encurtar o trabalho de parto. A revisão da biblioteca Cochrane 2013⁵⁴, com 15 estudos envolvendo 5.583 mulheres, evidenciou que a amniotomia não encurtou a duração do primeiro estágio do trabalho de parto e que pode estar relacionada com um possível aumento da cesariana. Os autores concluíram que o procedimento não deve ser empregado como rotina.

Ademais, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto¹ colocam que a amniotomia precoce, “[...] associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem”.²¹

Ao reproduzir e ensinar as práticas acima descritas os profissionais que atuam nos hospitais de ensino transmitem também valores. A pressa e a desconsideração da fisiologia da mulher são materializadas nas intervenções desnecessárias, dolorosas e iatrogênicas, que poderiam ser classificadas como ações com características de imperícia ou negligência.

Soma-se a essas práticas o alto percentual de mulheres com relato de toques vaginais repetidos, tanto pelo mesmo profissional como por profissionais diferentes (70%). Os toques vaginais repetidos realizados por profissionais diferentes foram mais prevalentes (o dobro) do que os realizados pelo mesmo profissional. Esse dado corrobora com a ideia de utilização da vagina das mulheres para treinamento de habilidades, sem a observância da pertinência ou não do procedimento. Segundo Diniz (2015)³⁵, “[...] o uso não consentido da vagina das mulheres como fonte de treinamento permanece normalizado por uma cultura institucional que não reconhece o procedimento como violações de direitos”.

Apesar de ser classificada pela Organização Mundial de Saúde⁴⁸ como inapropriada, a prática de toques sucessivos para fins de aprendizagem não aparece como questão relevante.

Do mesmo modo, a episiotomia foi encontrada em 41,2% das mulheres, um percentual alto para uma intervenção cujo uso rotineiro não é recomendado. Estudo sobre episiotomia realizado por Zanetti et al.⁵⁷ concluiu

que, embora todas as evidências indiquem o uso restritivo do procedimento, a sua utilização é muito elevada, principalmente na América Latina, podendo atingir uma frequência de até 90%. Os autores ressaltam o potencial iatrogênico e mutilador desta prática:

[...] um dos poucos procedimentos que são feitos sem consentimento da parturiente. Esse fato também deve ser levado em consideração, pois o procedimento pode acarretar alterações cicatriciais, além das outras complicações para o resto da vida. (...) Sugerimos que as instituições hospitalares realizem treinamentos e atualizações acerca das diretrizes baseadas em evidências na obstetrícia.⁵⁷

As revisões sistemáticas demonstraram que se trata de uma intervenção a ser empregada excepcionalmente, e não de forma liberal, pois não existem evidências que comprovem seus supostos benefícios. A OMS (1996)⁴⁸ sugere o percentual de 10% de episiotomia como uma boa meta a ser alcançada.

No momento do parto o estudo encontrou uma prevalência de quase 88% de mulheres com partos na posição de litotomia (deitada), apesar de revisões sistemáticas apontarem para os benefícios das posições verticalizadas. Na pesquisa “Nascer no Brasil”¹⁰ a taxa de partos nessa posição foi de 92%.

O parto em litotomia é desfavorável tanto para a mulher como para o feto. Nela há a compressão dos grandes vasos com redução do fluxo placentário, podendo levar à asfixia fetal, bem como redução da eficiência das contrações uterinas. As posições verticais estão associadas à diminuição da duração do segundo período do parto, redução nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, bem como redução de relatos de dor grave e episiotomias.⁵⁸

A recomendação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal²¹ em relação à posição no parto reafirma a necessidade de incentivar as mulheres a adotarem posições não supinas no período expulsivo:

Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal ou posição semi supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.

A manobra de Kristeller foi identificada em 22,7% das mulheres deste estudo. Segundo revisão bibliográfica realizado por Carvalho⁵⁹, ela é aplicada com o objetivo de empurrar a apresentação fetal no canal de parto, quando os esforços maternos se revelam insuficientes. Na sua totalidade é aplicada com a mulher em posição de litotomia, sendo realizada pressão no fundo de útero no momento das contrações uterinas. É uma manobra informal, não descrita na literatura nem ministrada no curso de obstetrícia⁵⁹, mas praticada frequentemente nas maternidades.

Por apresentar riscos potenciais à mulher e ao bebê, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal²¹ não recomendam a manobra de Kristeller. Ressalte-se que essa manobra é sinalizadora de um modelo de atenção ao parto que assujeita a mulher, retirando-lhe sua autonomia, competência e força necessárias para permanecer no controle da situação. Reflete uma assistência cega às melhores evidências científicas e às necessidades da mulher, seu conforto e segurança.

Desse modo é possível inferir que permanecem nos ambientes de ensino da prática obstétrica uma assistência acrítica sobre a utilização de procedimentos dolorosos e, por vezes, desnecessários.

Ao mesmo tempo, este estudo permitiu identificar alguns avanços no modelo de atenção ao parto e nascimento nessas instituições. Foram encontradas taxas elevadas de acompanhantes no parto, variando entre 85% no trabalho de parto, 65% a 84% no momento do parto (cesariana e parto normal, respectivamente) e 87% no puerpério.

Chama atenção a presença de acompanhantes homens (62%) tanto no parto normal quanto na cesariana. Em que pese as múltiplas leituras em relação à inserção do homem nesse evento, incluindo a crítica sobre um ideário forjado em torno da participação do futuro “pai” no nascimento do seu filho⁶⁰, a não permissão por parte dos serviços para a entrada deles no ambiente do parto é achado comum. Assim, superar preconceitos e discriminação quanto à presença dos homens nas maternidades pode ser indicador de uma cultura cidadã. Ademais, como para outras práticas, há de se ter um rigor imenso para não transformar essa participação em imposição de valores, mas sim reconhecer a diversidade de significados que orientam as escolhas de acompanhamento entre as gestantes.

Ao analisar os resultados do estudo por regiões do país podemos identificar diferenças significativas em relação às práticas de atenção ao parto e nascimento.

A medicalização no trabalho de parto, aqui representada pela venóclise, jejum e ocitocina, foi mais frequente no Nordeste, onde foi encontrada também a maior prevalência de mulheres na posição de litotomia. Essa região, juntamente o Sudeste, teve as maiores taxas de Kristeller.

De um modo geral, o Nordeste apresentou resultados inferiores em relação aos cuidados com o recém-nascido (contato pele a pele e

amamentação nos primeiros 30 minutos), exceto na cesariana, na qual esses indicadores foram menores Centro-Oeste.

Em relação à amniotomia e episiotomia, foram as regiões Sul e Sudeste as que apresentaram maior frequência desses procedimentos. As mulheres do Sudeste tiveram mais chance de parir em posições não litotômicas (15%). Mesmo que em proporções ainda muito baixas, os dados referentes às posições verticalizadas no parto foram muito superiores aos referentes a outras regiões do país.

Foram também o Sudeste e Sul que apresentaram taxas mais elevadas de contato pele a pele e de presença de homens no momento do parto. Também nessas regiões foram encontrados os menores percentuais de mulheres relatando situações de violência.

Quanto aos dados referentes à violência relatada pelas mulheres, o Norte apresentou maior prevalência em todas as situações elencadas na entrevista. Foi nessa região que emergiram, paradoxalmente, índices maiores de acompanhantes, a grande maioria mulheres.

Ao analisar os resultados deste trabalho surgem algumas questões que apontam para a necessidade de realização de novos estudos. Quais os motivos para a não adoção de boas práticas de atenção em serviços que deveriam ser de excelência na utilização das melhores evidências científicas? Que diferentes composições de equipe no acompanhamento do trabalho de parto poderiam contribuir para a redução das intervenções e evitar a ocorrência da violência obstétrica? Será a presença de homens acompanhantes um fator de proteção contra situações de violência?

6.2 HOSPITAIS DE ENSINO UNIVERSITÁRIOS E NÃO UNIVERSITÁRIOS: ALGUMA DIFERENÇA?

Os resultados deste estudo demonstram diferenças significativas em muitos dos desfechos analisados entre hospitais de ensino universitário e não universitário.

Segundo os relatos das mulheres, nos HU faltam menos leitos para internação, o tempo de espera é menor e o ambiente é mais limpo. Esses achados levam à reflexão sobre as condições de funcionamento desses dois grupos de hospitais. Estariam os universitários em situação mais adequadas em relação à demanda do atendimento e a outras questões, como financiamento, recursos humanos e mecanismos de gestão?

Os hospitais universitários, por muito tempo, funcionaram de forma paralela ao SUS. A municipalização dos serviços de saúde, a crise financeira vivenciada pelos hospitais vinculados ao Ministério da Educação (MEC) e o estabelecimento de política de reestruturação destes capitaneada pelo Ministério da Saúde levaram a um movimento de maior aproximação e integração destes aos sistemas locais e estaduais de saúde³¹. Porém, ainda persistem conflitos a ser superados, por exemplo, na regulação do acesso pela gestão local. Essa demanda abre a necessidade de outros estudos em relação às questões relativas à sua inserção na rede do SUS.

Também foi no grupo de hospitais universitários a menor prevalência de situações de violência vivenciadas pelas mulheres, em todas as questões. Crítica às emoções, deboche, toques com brutalidade e falta de atenção por parte dos profissionais, entre outras situações, foram significativamente menos frequentes nesse grupo.

O contraste entre as duas categorias de hospitais de ensino deste estudo mostrou que nos HU é maior a prática de infusão venosa no trabalho de parto, de aceleração com ocitocina e de episiotomia, uma diferença estatisticamente significativa. Apesar do percentual maior de episiotomia, as mulheres relataram menos dor durante o procedimento (corte ou sutura) do que nos hospitais de ensino não universitários.

Comparativamente, os toques repetidos por uma mesma pessoa tiveram taxas significativamente maiores nos hospitais não universitários, enquanto os toques repetidos por diversos profissionais foram mais comuns nos hospitais universitários. De maneira geral, a repetição do toque por vários profissionais foi uma prática bem mais comum do que por um mesmo profissional. Cabe ressaltar que apenas 1% das mulheres “*não sabe/não respondeu*” a essa questão, indicando ser o toque uma lembrança indelével para as mulheres, uma marca da assistência que nunca será esquecida.

É possível supor, a partir desses resultados, que o treinamento de habilidades exigidas no ensino em obstetrícia desconsidera as indicações reais de certas práticas³⁴. Utiliza, sem consentimento, as mulheres enquanto cobaias para o aprendizado de habilidades cirúrgicas, o que em outros países, atualmente, é feito em modelos sintéticos.³⁴

Assim, é possível concluir que o modelo de cuidado predominante nos hospitais estudados “pessimiza” a experiência do trabalho de parto porque produz medo e insegurança, inibindo a fisiologia da mulher. A pouca percepção em relação às necessidades da mulher para realizar o imenso trabalho de dar à luz a sua prole, associada à penalização pelo exercício da sexualidade, traz enormes prejuízos fisiológicos e emocionais: “A ocitocina, importante lembrar, é

um hormônio tímido, necessitando de fatores ambientais e relacionais favoráveis à sua adequada secreção”.⁶¹

Neste estudo foram encontradas algumas diferenças significativas em relação aos acompanhantes. Os hospitais universitários tiveram percentual maior de acompanhantes na cesariana e mais presença masculina no parto normal do que nos hospitais não universitários. Essa diferença pode ser explicada pela correspondência regional de concentração dos hospitais universitários estudados nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior participação de homens no parto. Outros estudos, de base qualitativa, seriam necessários para aprofundar esses aspectos.

A diferença encontrada na prática da infusão venosa e de ocitocina entre os dois grupos de hospitais configura um modelo ainda mais intervencionista e medicalizado nos HU. Esses equipamentos demonstraram mais intervenções em alguns itens que representam o aprendizado tradicional, como venóclise, ocitocina e episiotomia. Apresentaram, ainda, menores taxas de bebês conduzidos junto às suas mães ao alojamento conjunto, apesar de maiores percentuais de amamentação nos primeiros 30 minutos, ou seja, bebês em boas condições de nascimento. Seria essa prorrogação da ida do bebê ao alojamento resultado da manutenção do ensino tradicional das rotinas do recém-nascidos, como a aspiração de vias aéreas e gástrica, aplicação do nitrato de prata e vitamina K, a pesagem e as medidas do RN? Rotinas que poderiam ser postergadas face à importância da manutenção da presença contínua do bebê com a mãe nesse momento inicial, mas que em pesquisas como a “Nascer no Brasil” permanecem no cotidiano das maternidades.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O mundo nos aparecerá diferente se deslocarmos o *care* da posição periférica, sua posição atual, para uma posição mais próxima do coração da vida humana”
Joan C. Tronto⁶²

A obstetrícia tem enfrentado, nos últimos anos, uma crise de credibilidade. Todas as rotinas tradicionais utilizadas por décadas na assistência hospitalar ao parto têm sido questionadas porque que não se sustentam em evidências científicas. A não observância dessas evidências e dos direitos das mulheres reflete o baixo grau de importância dada a essa agenda pelos que operam e ensinam o cuidado nas instituições de saúde.

Mudanças na assistência ao parto e nascimento são necessárias e urgentes. Mudanças para substituir a medicalização do parto pelo fortalecimento e respeito à fisiologia da mulher, ao seu protagonismo e à sua autonomia. Mudanças enfaticamente apontadas por diversas correntes científicas, da ciência da epigenética às ciências sociais e políticas. Mudanças reivindicadas pelas mulheres.

Os resultados deste estudo demonstraram que nos ambientes hospitalares de ensino e aprendizagem ainda prevalece um modelo de assistência ao parto e nascimento pouco sensível às evidências científicas, altamente medicalizado, com excesso de intervenções desnecessárias e baixa incorporação das boas práticas disponíveis. Esse modelo é ainda mais evidente nos hospitais universitários, *locus* privilegiado de produção e difusão de conhecimento científico.

Que forças operam para que esses serviços resistam à incorporação de recomendações tão contundentes, cientificamente embasadas e internacionalmente validadas? A pouca valorização do tema e as tensões e disputas de poder entre categorias profissionais envolvidas na cena do parto parecem fazer parte da resposta.

As evidências científicas atuais²¹ recomendam fortemente a inclusão da enfermeira obstétrica ou obstetriz na condução da assistência ao parto de baixo risco. Essa inclusão reduz intervenções e aumenta a satisfação das mulheres com a experiência do parto^{3,21}, sem nenhum prejuízo dos indicadores maternos e perinatais. Entretanto ainda persistem barreiras nas instituições para essa incorporação. Alterar as relações de poder entre as categorias profissionais, e entre estas e as mulheres exige reposicionamento profundo da atuação dos profissionais, especialmente dos médicos⁴⁶. Por representarem a profissão que historicamente detém o domínio da assistência ao parto dentro dos hospitais, há de se dispensar atenção para construção de novos significados para o trabalho médico em obstetrícia. Essa seria uma tarefa prioritária para os hospitais universitários e de ensino, cumprindo seu papel de difusor de tecnologias de cuidado.

Uma solução para esse impasse na obstetrícia é o desenvolvimento de novas abordagens para os cuidados médicos na assistência ao parto³, para que esses profissionais se dediquem mais às patologias e complicações, abrindo espaço para outras profissões do cuidado, num trabalho colaborativo e em equipe.

Outro desafio revelado pelo estudo diz respeito às tecnologias de ensino e aprendizagem. Faz parte da formação em obstetrícia o treinamento de

habilidades. Torna-se necessário rever quais habilidades em obstetrícia os alunos de graduação precisam adquirir e, assim, construir formas de aprendizado que não interfiram negativamente no trabalho de parto.

Não é o número de toques vaginais que o aluno realizou que dirá sobre suas habilidades, mas o acompanhamento integral e nominal de uma mulher em trabalho de parto até o nascimento do seu filho. A construção de significados do papel de cuidar dessa experiência humana marcará indelevelmente o estudante de obstetrícia. A complexidade do campo da atenção obstétrica exige o comprometimento tanto de tecnologias duras como das tecnologias relacionais²³. Trata-se de um paradigma de ensino que une o saber e o sentir, o ensino técnico ao ensino de valores e de ética profissional³⁵. A dimensão subjetiva, sempre presente em qualquer processo de produção de saúde, ganha relevância.³⁵

Como vencer as resistências à real integração dessas práticas de cuidado nos hospitais de ensino? Não seria sua missão primordial a prestação de serviços de qualidade e humanizados à população? Não seria o objetivo maior do ensino e pesquisa formar profissionais qualificados ética e tecnicamente para o sistema de saúde?

Sob essa perspectiva, as propostas de intervenção devem ser direcionadas não para sujeitos isolados, mas sim considerando os ambientes de cuidado nos hospitais como dinamicidades vivas passíveis de transformação²⁴. Para além dos sujeitos, a abordagem a essas questões e o foco das intervenções deve conceber a formação enquanto capacidade de reencontrar a fonte primeira que sustenta as profissões de saúde, uma ética do

cuidado baseada nas relações e na capacidade das pessoas se importarem com a vida dos outros.

Essa é uma proposta de dimensão política, que, segundo Passos (2015)⁶³ resiste ao desaparecimento de valores; uma aposta societária porque confronta a máquina biopolítica e as desigualdades.

É necessário o investimento em arranjos de gestão que possibilitem a construção de relações intersubjetivas mais horizontais e simétricas entre os profissionais, alunos, mulheres e acompanhantes, transformando as relações de poder em espaços onde possa emergir a potência de vida em cada um. Capacidade de afetar e ser afetado é o aprendizado primeiro em obstetrícia.⁶⁴

Por fim, há de se vencer a cultura machista do país, que vê como natural a situação indigna a que as mulheres são expostas no momento de parir.

A incorporação pelos hospitais de ensino de um modelo de cuidado ao parto e nascimento centrado nas necessidades e nos direitos das mulheres e bebês e nas melhores práticas disponíveis terá, no curto e médio prazos, um significativo efeito na qualidade do cuidado ofertado no SUS. O resultado será uma formação profissional que potencia os conhecimentos e a consciência necessária para a construção de uma sociedade mais amorosa e mais justa.

REFERÊNCIAS*

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra; 2014.
2. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, OHM JE, Shearman AM, Taylor JY, Wright ML, Downe S. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses*. 2013;80(5):656-62. DOI: 10.1016/j.mehy.2013.01.017. Epub 2013 Feb 12.
3. Wagner M. Fish can't see water: The need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2001;75(Suppl 1):S25-37 [acesso em 22 out. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742640>
4. McCourt C. Technologies of birth and models of midwifery care. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2014;48(spe):168-177. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600024>
5. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rer Tempus Actas de Saúde Col*. 2010;4(4):105-117.
6. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [internet]. 2001;4(1):3-69.
7. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
8. Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento*. Brasília; 2014. v. 4, p. 437-43.
9. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc/Datasus. Brasília (DF); 2015.
10. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009;19(2):313-26.
11. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30 (supl. 1).
12. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública*. 1991;7(2):135-49.

* As referências seguem as normas propostas pelo Programa de Pós-Graduação da Criança e da Mulher.

13. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2016;23(1):155-72.
14. Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):105-14.
15. A pirâmide de aprendizagem de William Glasser [internet]. Profa. Coruja; 2016 [acesso em 20 mar 2017]. Disponível em: <http://professoracoruja.com.br/piramide-de-aprendizagem-de-william-glasser/>
16. Diniz SG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S140-S153.
17. Bonet O. Saber e Sentir, uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis - Rev Saúde Coletiva*. 1999;9(1):123-50.
18. Good B, Good MDV. Learning medicine. The construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: Lindebaum S, Coch M., editors. *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. California: Univ. of California Press; 1993. p. 81-107.
19. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(24):215.
20. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p.29-74.
21. Ministério da Saúde (BR). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [relatório de recomendações]*. Brasília: Conitec; 2017.
22. Maia MB. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 163-70.
23. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem *Lancet*, 2002. *Lancet*. 2002;359.
24. Guattari F. *Caosmose*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
25. Foucault M. *A microfísica do Poder*. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
26. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev bras educ med*. 2008;32(4):492-9.

27. Kizi MA. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2013;20(2):653-73.
28. Ministério da Educação (BR). Hospitais universitários [internet]. Brasília; [s.d.] [acesso em 25 set 2012]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article
29. Médici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Assoc Med Bras*. 2001;47(2):149-56.
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização. Brasília (DF); 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
31. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (BR). Portaria interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). *Diário Oficial da União*. 25 mar 2015; Seção 1:31-4.
32. Carmo M. Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG -1996 a 2004 [dissertação]. Belo Horizonte: UG+FMG; 2006.
33. Amoretti R. O presente e o futuro dos hospitais de ensino. In: *Seminário dos Hospitais de Ensino da Região Sul*, 5-6 ago 2004. Porto Alegre; 2014.
34. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(3):699-705.
35. Diniz SG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):253:9.
36. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
37. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 8 abr 2005.
38. Ministério da Saúde (BR). Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília; 2011.

39. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Relatório Pesquisa Rede Cegonha - Resultados da pesquisa Rede Cegonha realizada com mulheres que tiveram seus partos pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2013. Brasília, DF; 2015.
40. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface (Botucatu). 2009;13(Suppl 1):759-768.
41. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º 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. 8 jun 2000;Seção 1:4-6.
42. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília; 2004.
43. Ministério da Saúde (BR) Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009-2010. Brasília (DF); 2010.
44. Ministério da Saúde. Relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha [internet]. Brasília; 2012 [acesso em 1 mar 2015. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RELATORIOFINALPQM>.
45. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 24 jun 2011; Seção 1.
46. Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Cad. Saúde Pública. 2011;27(5):1042-3.
47. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes. 2ª reimpressão. Brasília; 2011.
48. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
49. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 36, de 3 de junho de 2008. Regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seus anexos. Diário Oficial da União. 4 jun 2008;Seção 1:50.
50. Ministério da Saúde. Ouvidoria Ativa do SUS Ampliando a Escuta e o Acesso à Informação do Cidadão. Brasília (DF); 2014.
51. Figueiredo VON, Lansky S. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. Cadernos HumanizaSUS. 2014;4:77-108.

52. Pasche DF. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Rev Med Minas Gerais*. 2009;19(4Suppl 2):S33-41.
53. Ministério da Saúde. Ouvidoria Geral do SUS - um espaço de cidadania. Brasília (DF);2014.
54. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
55. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010;38(10).
56. World Health Organization. Recommendations for augmentation of labour. Geneva; 2014.
57. Zanetti MRD, Petricelli CD, Nakamura UMS, Nelson TMR, Alexandre SM. Episiotomia: revendo conceitos / Episiotomy: concepts review. *Femina*. 2009;37(7):367-71.
58. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2010 Issue 1. Oxford: Update Software.
59. Carvalho JCV. Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto [relatório de estágio]. Porto; 2014.
60. Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estud Fem*. 2002;2:461-81.
61. Odent M. A primeira verdade inconveniente. Reflexões sobre humanização e a realidade dos serviços. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010;4(4):61-5.
62. Tronto JC. Un monde vulnérable : pour une politique du care. Paris: La découverte; 2009. p.141
63. Passos E, Carvalho YM. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde Soc*. 2015; 24(supl.1):92-101.
64. Fuganti L. Onde há presença da potência o poder não cola [internet]. In: Palestra no 1. CULPSI – Cultura & Psicologia, 2-4 maio 2007. Vitória da Conquista (BA): Faculdade de Tecnologia e Ciências; 2007 [acesso em 12 mar 2017]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/351510913/Onde-ha-presenca-de-potencia-o-pode-nao-cola-Luiz-Fuganti>

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário da Ouvidoria Ativa Da Rede Cegonha.

***Roteiro Da Pesquisa Com As Mulheres Que Tiveram o Parto em Hospitais
De Ensino Do Sistema Único De Saúde - SUS.***

Questionário

1. A senhora e o bebê estão bem?

- sim
- não, pois o bebê teve complicações e/ou está internado
- não, tive um aborto (finalizar)
- não, o bebê nasceu morto (bloquear 33 a 39)
- não, o bebê faleceu logo após o parto (até 28 dias)
- não, o bebê faleceu após 28 dias do parto
- não sabe / não respondeu

2. Qual era sua expectativa com relação ao atendimento no hospital antes de realizar o parto no sus?

- muito positiva
- positiva
- negativa
- muito negativa
- nenhuma
- não sabe / não respondeu

3. A senhora estava com quantas semanas de gestação quando seu bebê nasceu?

- até 27 semanas (6º mês)
- 28 a 31 semanas (7º mês)
- 32 a 36 semanas (8º mês)
- 37 a 41 semanas (9º mês)
- 42 semanas ou mais (mais de 9 meses)
- não sabe / não respondeu

4. A senhora já estava em trabalho de parto, com contrações/dores, quando chegou ao hospital?
- sim, parto normal
 - sim, parto cesáreo com tentativa de parto normal
 - sim, parto cesáreo sem tentativa de parto normal (bloquear 5 a 15)
 - não, parto normal
 - não, parto cesáreo com tentativa de parto normal
 - não, parto cesáreo sem tentativa de parto normal (bloquear 5 a 15)
 - não sabe / não respondeu
5. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?
- sim e eu bebi/comi
 - sim, mas eu não quis
 - não
 - não sabe / não respondeu
6. A senhora solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?
- sim
 - não (bloquear 7)
 - não sabe / não respondeu (bloquear 7)
7. Seu pedido foi atendido?
- sim
 - não
 - não sabe / não respondeu
8. Quando a senhora estava no trabalho de parto foi colocado soro na veia?
- sim
 - não (bloquear 9 e 10)
 - não sabe / não respondeu (bloquear 9 e 10)
9. Foi colocado medicamento no soro?
- sim
 - não (bloquear 10)
 - não sabe / não respondeu (bloquear 10)

10. Depois da medicação no soro as contrações (dores) aumentaram?

- não percebeu diferença
- as dores aumentaram um pouco
- as dores aumentaram muito
- não sabe / não respondeu

11. Quando a senhora estava no trabalho de parto foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto?

- sim
- não (bloquear 12)
- não sabe / não respondeu (bloquear 12)

12. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram?

- não percebeu diferença
- as dores aumentaram um pouco
- as dores aumentaram muito
- não sabe / não respondeu

13. Romperam a bolsa depois que a senhora chegou ao hospital? (sondar ou ler as opções)

- sim
- não, rompeu antes da internação
- não, rompeu sozinha durante a internação
- não sabe / não respondeu

14. A senhora pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (sondar ou ler as opções)

- sim
- não, porque não quis
- não, pois não era permitido
- não sabe / não respondeu

15. A senhora utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções; pode marcar mais de uma resposta)

- banheira
- chuveiro
- bola
- massagem
- banquinho para posição de cócoras (agachada)
- cavalinho
- outro
- nenhuma dessas opções, porque não quis
- não utilizou nada, pois não foi ofertado
- não utilizou nada, pois não deu tempo
- não sabe / não respondeu

16. Foram feitos toques vaginais repetidos na senhora?

- sim, pela mesma pessoa
- sim, por pessoas diferentes
- não
- não sabe / não respondeu

17. A senhora teve acompanhante durante sua internação? (pode ser antes, no momento ou depois do parto)

- sim (bloquear 18)
- não (bloquear 19 a 21)
- não sabe / não respondeu (bloquear 18 a 21)

18. Por quê? (aguardar resposta da cidadã)

- o serviço não permitia acompanhante (encaminhar para 136)
- o serviço não permitia homens (lei do acompanhante)
- só permitia acompanhante para adolescente (lei do acompanhante)
- só permitia acompanhante maior de idade (lei do acompanhante)
- não sabia que podia (lei do acompanhante)
- não quis
- não tinha quem ficasse comigo
- tinha que pagar para ficar com acompanhante (lei do acompanhante)
- outros
- não sabe / não respondeu

19. Seu acompanhante ficou com a senhora:
durante o atendimento na admissão (antes de internar)?
- sim não não sabe / não respondeu
todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer)?
- sim não não sabe / não respondeu
durante o parto (na hora de nascer)?
- sim não não sabe / não respondeu
logo depois que o bebê nasceu?
- sim não não sabe / não respondeu
durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?
- sim não não sabe / não respondeu
20. Quem foi o seu acompanhante? (ler as opções; pode marcar mais de uma resposta)
- companheiro ou pai da criança
 amiga
 mãe
 irmã
 doula
 outra pessoa
 não sabe / não respondeu
21. Foi a senhora quem escolheu esse acompanhante?
- sim
 não
 não sabe / não respondeu
22. Qual foi o tipo de parto que a senhora teve? (atenção ao ler a(s) opções)
- parto normal
 parto a fórceps
 parto cesáreo (bloquear 23 a 31)
 não sabe / não respondeu
23. Quem fez seu parto? (aguardar ou ler as opções)
- médico (a)
 enfermeiro (a)
 parteira
 estudante
 o profissional de saúde não se apresentou
 pariu sozinha

- outro
- não sabe / não respondeu

24. A senhora foi para outra sala na hora de ter o bebê?

- sim
- não
- não sabe / não respondeu

25. Qual foi a posição que a senhora ficou para ter o bebê? (aguardar ou ler as opções)

- deitada de costas com as pernas levantadas
- deitada de lado
- sentada / reclinada
- na banheira
- de quatro apoios
- de cócoras (agachada)
- de pé
- de joelhos
- não sabe / não respondeu

26. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de kristeller).

- sim
- não
- não sabe / não respondeu

27. Fizeram um corte (pique) na sua vagina na hora da saída do bebê? (foi realizado um corte vaginal?)

- sim
- não
- não sabe / não respondeu

28. Como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? (ler as opções)

- não rompeu, não cortou e não deu pontos (regra especial: se 27 não e ns/nr – ir para 31)
- rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos (regra especial: se 27 não e ns/nr – ir para 31)
- não levou pontos, mas não sabe se rompeu (regra especial: se 27 não e ns/nr – ir para 31)
- rompeu e deram pontos
- cortaram e deram pontos (atenção à observação!)
- levou pontos, mas não sabe se rompeu ou se o médico cortou
- cortaram, mas não deram pontos (atenção à observação!)
- não sabe / não respondeu (regra especial: se 27 não e ns/nr: ir para 31)

29. Foi feita anestesia no local antes do corte ou dos pontos?

- sim, antes do corte
- sim, antes dos pontos
- não (bloquear 30)
- não sabe / não respondeu (bloquear 30)

30. Mesmo após a anestesia, a senhora sentiu dor durante o corte ou os pontos?

- sim, durante o corte
- sim, durante os pontos
- sim, ambos
- não
- não sabe / não respondeu

31. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?

- sim
- não
- não sabe / não respondeu

32. Durante a internação para o parto, a senhora passou por alguma dessas situações: (ler as opções uma por vez; pode marcar mais de uma opção. quando sinalizar a opção “nenhuma destas situações” não marcar as outras alternativas)

- gritaram com a senhora
- mandaram a senhora parar de gritar
- debocharam do seu comportamento
- criticaram seus sentimentos ou emoções
- foi amarrada
- recebeu toque vaginal com brutalidade
- foi beliscada, empurrada ou recebeu tapas
- não recebeu atenção quando solicitada, ou se sentiu abandonada
- passou por outras agressões físicas
- demorou a ser atendida
- não teve leito para internação
- ambiente sujo ou inadequado
- outras. quais? _____
- nenhuma destas situações
- não sabe / não respondeu

33. Logo após o nascimento, ainda no local do parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê, a senhora: (ler as opções)

- colocou o bebê para mamar (bloquear 34 e 35)
- ficou com o bebê no colo
- apenas viu o bebê
- não teve contato com o bebê
- não sabe / não respondeu

34. Depois do nascimento, a senhora deu o peito ainda na sala de parto?

- sim
- não
- não sabe / não respondeu

35. Quanto tempo demorou até a senhora dar o peito pela primeira vez?

- menos de 30min
- entre 31min e 1h
- entre 1h e 3h
- mais de 3h
- não mamou / não deu o peito (na maternidade/ hospital)
- não sabe / não respondeu

36. O bebê foi para o quarto junto com a senhora?

- sim (bloquear 37 e 38)
- não
- não sabe / não respondeu (bloquear 37 e 38)

37. Por quê?

- foi para o berçário/ incubadora/ berço aquecido
- foi para a ui/ uti/ berçário patológico
- outro motivo. qual? _____
- não sabe / não respondeu

38. Quanto tempo depois o bebê foi levado para ficar com a senhora no quarto?

- menos de 1h
- entre 1h e 4h
- entre 4h e 24h
- mais de 24h
- o bebê não foi para o quarto
- não sabe / não respondeu

39. No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento prestado ao seu bebê no serviço de saúde onde realizou o parto? (ler as opções de resposta)

- muito satisfeita
- satisfeita
- pouco satisfeita
- nada satisfeita
- não sabe / não respondeu

40. No geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento do parto (no sus)? (ler as opções de resposta)

- muito satisfeita
- satisfeita
- pouco satisfeita
- nada satisfeita
- não sabe / não respondeu

Apêndice II – Lista de hospitais do estudo.

QUADRO X - Relação dos hospitais, distribuição por estado e cadastro CNES.

UF	CIDADE	CNES	HOSPITAL
AC	Cruzeiro do Sul	2000296	Hospital da Mulher e da Criança Do Juruá Irmã Maria Inete
AC	Rio Branco	2000733	Maternidade Bárbara Heliodora
AC	Rio Branco	2002078	Hospital Santa Juliana
AL	Maceió	2006197	Hospital Universitário Prof Alberto Antunes
AM	Manaus	2019558	Maternidade Balbina Mestrinho
AM	Manaus	6627595	Instituto da Mulher Dona Lindu
AM	Manaus	3151794	Maternidade Ana Braga
AM	Manaus	2012480	Maternidade Municipal Moura Tapajós
AP	Macapá	2020068	Hospital da Mulher Mãe Luzia
BA	Salvador	3859	Hospital Geral Roberto Santos
BA	Salvador	4731	Maternidade Climério de Oliveira
CE	Fortaleza	2497654	HGF Hospital Geral de Fortaleza
CE	Fortaleza	2499363	HGCC Hospital Geral Dr Cesar Cals
CE	Fortaleza	2481286	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
CE	Sobral	3021114	Santa Casa De Misericórdia de Sobral
DF	Brasília	10537	HMIB
DF	Brasília	2645157	HRPA
DF	Brasília	10502	HRS
DF	Brasília	10464	HRAN
DF	Brasília	0010510	Hospital Universitário de Brasília Da Universidade De Brasília
ES	Vitória	11746	Hospital Santa Casa de Vitoria
ES	Vitória	4044916	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes da UFES
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas
MA	São Luis	2726653	Hospital Universitário HUFMA
MG	Belo Horizonte	27049	Hospital das Clinicas da UFMG
MG	Belo Horizonte	27014	Santa Casa de Belo Horizonte

MG	Belo Horizonte	2192896	Hospital Municipal Odilon Bherens
MG	Belo Horizonte	27022	Hospital Julia Kubitschek
MG	Belo Horizonte	26972	Maternidade Odete Valadares
MG	Belo Horizonte	26794	Hospital Sofia Feldman
MG	Belo Horizonte	27863	Hospital Risoleta Tolentino Neves
MG	Juiz de Fora	2153882	Santa Casa de Misericórdia de Juiz De Fora
MG	Juiz de Fora	2153084	Hospital E Maternidade Therezinha de Jesus
MG	Montes Claros	2219654	Hospital Universitário Clemente de Faria
MG	Montes claros	2149990	Hospital Santa Casa de Montes Claros
MG	Pouso Alegre	2127989	Hospital das Clínicas Samuel Libânio Pouso Alegre
MG	Uberaba	2206595	Hospital Escola da Universidade Federal do Triangulo Mineiro
MG	Uberaba	2195585	Clinicas Integradas Hospital Universitário Mario Palmério
MG	Uberlândia	2146355	Hospital de Clinicas De Uberlândia
MG	Viçosa	2099454	Hospital São Sebastiao
MS	Campo Grande	9725	Hospital Regional De Mato Grosso Do Sul
MS	Campo grande	0009709	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da UFMS
MS	Dourados	2710935	Hospital Universitário Da Universidade Federal da Grande Dourados
MT	Cuiabá	2659107	Hospital Geral Universitário
MT	Cuiabá	2655411	Hospital Universitário Júlio Müller da UFMT
PA	Belém	2752700	Santa Casa De Misericórdia do Pará
PA	Belém	2333031	Hospital de Clinicas Gaspar Viana
PB	Joao Pessoa	2400243	Hospital Universitário Lauro Wanderley
PE	Recife	418	Hospital Agamenon Magalhaes
PE	Recife	396	Hospital das Clínicas
PE	Recife	2711613	Centro Integrado De Saúde Amauri De Medeiros - Cisam
PE	Recife	434	IMIP
PI	Teresina	2323397	Maternidade Dona Evangelina Rosa
PR	Campina Grande do Sul	13633	Hospital Angelina Caron
PR	Campo Largo	13846	Hospital Nossa Senhora do Rocio

PR	Cascavel	2738368	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
PR	Curitiba	2384299	Hospital de Clínicas
PR	Curitiba	15245	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
PR	Curitiba	15369	Hospital do Trabalhador
PR	Curitiba	2640244	Maternidade Victor Ferreira do Amaral
PR	Ponta Grossa	2686953	Santa Casa De Misericórdia de Ponta Grossa
RJ	Niterói	0012505	Hospital Universitário Antonio Pedro
RJ	Nova Iguaçu	2798662	HGNI
RJ	Petrópolis	2275562	Hospital Alcides Carneiro
RJ	Rio de Janeiro	2270021	Maternidade Escola da UFRJ
RJ	Rio de Janeiro	2295415	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
RN	Natal	2409208	Maternidade Escola Januario Cicco
RN	Santa cruz	4014111	Hospital Universitário Ana Bezerra
RO	Porto velho	4001303	Hospital De Base Ary Pinheiro
RO	Porto Velho	3970442	Maternidade Mãe Esperança
RR	Boa Vista	2566168	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth
RS	Canoas	3508528	Hospital Universitário
RS	Caxias do Sul	2223538	Hospital Geral
RS	Caxias do Sul	2223546	Hospital Pompéia
RS	Passo Fundo	2246988	Hospital São Vicente de Paulo
RS	Pelotas	2253054	Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
RS	Pelotas	2253046	Hospital Universitário São Francisco de Paula
RS	Pelotas	2252694	Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas
RS	Porto Alegre	2265052	Hospital Fêmeina
RS	Porto Alegre	2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição
RS	Porto Alegre	2237253	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas
RS	Porto Alegre	2262568	Hospital São Lucas da PUCRS
RS	Rio Grande	2707675	Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr
RS	Santa Cruz do Sul	2254964	Hospital Santa Cruz

RS	Santa Maria	2244306	HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria
SC	Criciúma	2758164	Hospital São José
SC	Florianópolis	19283	Maternidade Carmela Dutra
SC	Florianópolis	3157245	Hospital Polydoro Ernani de São Thiago
SC	Joinville	2436477	Maternidade Darcy Vargas
SC	Tubarão	2491710	Hospital Nossa Senhora da Conceição
SE	Aracaju	2232	Hospital Santa Izabel
SP	Botucatu	2748223	Hospital das Clínicas de Botucatu
SP	Bragança Paulista	2704900	Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus
SP	Campinas	2079798	Hospital das Clínicas da Unicamp
SP	Campinas	2082128	Hospital e Maternidade Celso Pierro
SP	Catanduva	2089327	Hospital Padre Albino Catanduva
SP	Fernandópolis	2093324	Santa Casa de Fernandópolis
SP	Franca	2705982	Santa Casa de Franca
SP	Jundiaí	3012212	Hospital Universitário
SP	Limeira	2081458	Santa Casa de Limeira
SP	Marília	2025523	Hospital das Clínicas Unidade Materno Infantil
SP	Presidente Prudente	2755130	Hospital Domingos Leonardo Ceravolo Presidente Prudente
SP	Ribeirão Preto	2084414	Santa Casa de Ribeirão Preto
SP	Ribeirão preto	2082187	Hospital Das Clínicas Faepa Ribeirão Preto
SP	Santos	2079720	Hospital Guilherme Álvaro Santos
SP	Santos	2025752	Santa Casa de Santos
SP	São Bernardo do Campo	2027356	Hospital Municipal Universitário
SP	São José do Rio Preto	2077396	Hospital de Base de São Jose do Rio Preto
SP	São Paulo	2078015	HC da FMUSP - Hospital Das Clínicas São Paulo
SP	São Paulo	2688689	Santa Casa de São Paulo - Hospital Central São Paulo
SP	São Paulo	2077701	Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros
SP	São Paulo	2077574	Conjunto Hospitalar do Mandaqui

SP	São Paulo	2076926	Hospital Universitário Da USP
SP	São Paulo	2079186	Hosp Mun Mat Esc Dr Mario De Moraes A Silva
SP	São Paulo	2077477	Hospital Sta Marcelina
SP	São Paulo	2077671	Hospital Geral do Grajau Prof Liber John Alphonse di Dio Sp
SP	São Paulo	2077485	Hospital São Paulo – Unifesp
SP	Sorocaba	2081695	Conjunto Hospitalar Sorocaba
SP	Sorocaba	2765942	Hospital Santa Lucinda Sorocaba
SP	Sumaré	2083981	Hospital Estadual Sumaré
SP	Taubaté	2749319	Hospital Universitário de Taubaté
TO	Palmas	2755157	Maternidade Dona Regina Siqueira de Campos